

**DECISION DU FONCTIONNAIRE – DIRIGEANT – 12 JUIN 2012
BRS/F/12-008**

**Monsieur A.
Kinésithérapeute**

1 GRIEF FORMULE

Un seul grief a été formulé concernant Monsieur 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 :

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 la dite 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.

Base réglementaire du grief

NPS Art 7

Prestations en cause

SECTION 3 - Kinésithérapie

Nomenclature des prestations de santé (annexe à l'A.R. du 14/09/1984)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

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

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 1.7.2006" (en vigueur 1.9.2006) +

"A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)

"1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé. (...)

560092 Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif MR 24 (...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"§ 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, sauf la prestation "rapport écrit", qui ne doit pas être mentionné explicitement sur la prescription."

"§ 3. La prescription médicale.

La prescription médicale doit, au moins, comporter les données suivantes :

- a) les nom et prénom du patient;
- b) les nom, prénom et numéro INAMI du prescripteur;
- c) la date de la prescription;
- d) la signature du prescripteur;
- e) le nombre maximum de séances;

- f) le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter;
- g) la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas;
- h) la date de début du traitement, si celle-ci diffère de la date de la prescription;
- i) la mention « le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales » si les prestations doivent être dispensées au domicile du bénéficiaire.

Si la date de début de traitement diffère de la date de la prescription, l'intervention de l'assurance maladie obligatoire n'est accordée que si le traitement a été entamé dans les deux mois à partir de la date de la prescription.

La prescription comporte, en outre, selon la situation pathologique, les éléments suivants : (...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 29.8.2009" (en vigueur 1.11.2009) (...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"c) la prescription d'un examen kinésithérapeutique à titre consultatif. Si un traitement est prescrit après un examen kinésithérapeutique à titre consultatif, la prescription médicale fait référence à cet examen kinésithérapeutique ; (...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"§ 3bis. (...)

2° L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.

L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif est effectué sur prescription du médecin traitant avant qu'un éventuel traitement ne soit prescrit.

Cette prestation comprend la communication au médecin traitant, sous la forme d'un rapport écrit, des constatations faites par le kinésithérapeute et d'une proposition de traitement éventuel."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif ne peut être attesté qu'une seule fois par situation pathologique." (...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"§ 5. La rédaction d'un rapport écrit fait partie intégrante des prestations de la nomenclature. Pour la rédaction d'un rapport écrit qui ne peut pas être porté en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, le kinésithérapeute ne peut pas demander d'honoraire.

Nonobstant les dispositions prévues au § 3bis, le kinésithérapeute doit adresser un rapport écrit au médecin prescripteur lorsque celui-ci le demande sur base d'une prescription." (...)

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"§ 8. Dans tous les cas, la réalisation d'un dossier par bénéficiaire, réparti sur l'ensemble du traitement fait partie intégrante du traitement de kinésithérapie.

Le terme "traitement" signifie dans ce paragraphe, un ensemble de prestations effectuées dans le cadre d'une même prescription." (...)

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"§ 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants :

- a) Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur;
- b) Les renseignements médicaux indispensables au traitement;
- c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications;
- d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée;
- e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature."

"A.R. 26.4.2009" (en vigueur 1.8.2009)

"f) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., h) et au § 11, 5ème alinéa."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"Ce dossier individuel du patient peut être établi par écrit ou sur un autre support durable. Les données du dossier doivent être accessibles immédiatement aux contrôles prévus par la loi.

Un même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles le dossier ne correspond pas aux requis de la nomenclature. (...) »

Le grief concerne 151 prestations 560092 M24 – examen consultatif du patient par le kinésithérapeute attitré – relatives à 75 assurés et introduites au remboursement pendant la période du 1/01/2009 au 30/06/2010.

2. DISCUSSION

1. Fondement du grief

Attendu que pour tous les cas cités au procès-verbal de constat du 03/12/2010, il y eut, à chaque fois, attestation systématique par Monsieur A. de 3 prestations 560092 - examen du patient par le kiné à titre consultatif - 3 jours consécutifs et ce, sur base de 1, 2 ou 3 prescriptions médicales rédigées, dans pratiquement tous les cas, à la même date et pour une même pathologie.

Attendu que Monsieur A. fait valoir qu'il ne voit aucune illégalité au fait de porter en compte 3 jours consécutifs 3 prestations 560092 dès lors qu'il s'agit de pathologies différentes ;

Attendu toutefois que si les prescriptions mentionnent une localisation différente de la pathologie, elles concernent principalement des problèmes de posture et de douleur au niveau des membres inférieurs.

Qu'il est en effet clairement établi que les situations évoquées font référence à des troubles divers (inflammatoires ou algiques) touchant les membres inférieurs et en rapport avec des déséquilibres posturaux chez des assurés ayant des pratiques sportives régulières.

Qu'à titre d'exemple, on retrouve la subtilité des diverses situations pathologiques pour le cas repris au PVA du Dr B. entendu comme témoin (enq n°...) au sujet de l'assurée C.

Qu'à ce propos en effet, le médecin déclare : « (...) j'ai réalisé 3 prescriptions à la même date, à la demande de Madame C. parce qu'elle était allée chez M.A. pour des plaintes douloureuses au niveau des membres inférieurs (...) je n'ai pas vu ou noté au dossier un problème d'inflammation de la patte d'oie gauche ni aponévrosite plantaire ou tendinite TFL gauche (...) quand à savoir s'il s'agit de 3 pathologies différentes, je pense qu'il s'agit de la même cause mais à 3 localisations différentes pouvant être traitées par le même moyen, semelles ou kiné si nécessaire (...) ».

Que par ailleurs, la Règle Interprétative n°1 de l'art 7 (NPS) précise, même s'il s'agit

d'un autre contexte, ce qu'il faut entendre par « nouvelle situation pathologique ». La réponse 1 considère en effet « l'arthrose à localisation multiple comme une seule entité nosologique, c'est-à-dire que des poussées douloureuses de même localisation voire de localisation différente ne peuvent être considérées comme une nouvelle situation pathologique ».

Que cette règle peut être appliquée, mutatis mutandis, à la présente situation ;

Attendu qu'il est à noter que ces examens consultatifs n'ont jamais été suivis de séance de kinésithérapie mais ont à chaque fois abouti à la fabrication de supports plantaires.

Qu'à cela, Monsieur A. rétorque que si ces examens consultatifs n'ont jamais été suivis de séances de kinésithérapie, c'est tout simplement parce que les patients ont opté pour le concept « PODOSYS » (supports plantaires).

Qu'à ce propos, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne peut toutefois que s'étonner du fait que l'attestation du code 560092 par Monsieur A. coïncide avec le début de son activité commerciale en supports plantaires soit, depuis fin 2008; qu'auparavant il ne faisait pas ou ne faisait que peu usage de ce code.

Attendu qu'en ce qui concerne le rapport écrit dont question à l'article 7 §3 bis 2° de la NPS, il y a lieu de relever que dans tous les cas litigieux, un seul rapport a été rédigé par Monsieur A. et envoyé au médecin prescripteur pour les 3 prestations 560092 portées en compte à l'assurance soins de santé, rapport qui, dans certains cas, était réalisé avant même la prescription médicale.

Que concernant le rapport unique, pour plusieurs pathologies, adressé aux médecins, Monsieur A. explique qu'il estimait plus logique de regrouper toutes les informations en un seul rapport complet et détaillé ;

Que lors de sa première audition, il dit avoir proposé de scinder les rapports en 3 pour que tout soit correct mais dit regretter qu'aucune trace de cette proposition ne figure dans le PVC du 03/12/2010.

Attendu toutefois que la nomenclature est très claire sur ce point. L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif est effectué sur prescription du médecin traitant avant qu'un éventuel traitement ne soit prescrit. Cette prestation comprend la communication au médecin traitant, sous la forme d'un rapport écrit, des constatations faites par le kinésithérapeute et d'une proposition de traitement éventuel.

Qu'enfin, il appert que Monsieur A. n'a jamais fait mention de la question du rapport écrit unique lors de son audition.

Attendu que Monsieur A. invoque sa bonne foi dans ce dossier, soutenant qu'il a été victime d'une information erronée de la part du Service des soins de santé de l'INAMI; qu'en effet, au début de son activité complémentaire en posturologie, il dit avoir téléphoné à l'INAMI et avoir obtenu l'information selon laquelle la seule possibilité de remboursement pour ses patients était l'examen consultatif 560092, examen également remboursable plusieurs fois en cas de pathologies différentes.

Qu'à ce propos, il y a lieu d'une part de relever qu'en l'absence de tout document écrit produit par Monsieur A., il est difficile de connaître la question exacte qui fût posée au Service des soins de santé ainsi que la teneur de la réponse qui fût fournie ;

Qu'en outre, indépendamment de cette question, le Service estime qu'en l'espèce il ne s'agissait pas de pathologies différentes pouvant donner lieu à l'attestation systématique 3 jours consécutifs de 3 prestations 560092.

Attendu qu'il est surprenant de constater que dans certains cas, le rapport écrit établi par Monsieur A. était antérieur à la date de la ou des prescription(s) médicale(s) établies par les médecins;

Qu'ainsi dans le cas de l'assurée C. le rapport établi par Mr A. est daté du 28/09/2009 alors que les 3 prescriptions sont quant à elles datées du 12/10/2009 ;

Que dans le cas de l'assuré E., le rapport établi par Monsieur A. est daté du 18/09/2009 alors que les 3 prescriptions sont datées du 12/10/2009 ;

Que ceci va à l'encontre de la règle de la Nomenclature des prestations de santé qui veut que c'est sur base de la demande du médecin établie sur une prescription médicale à la suite de l'examen du patient au cours d'une consultation, que l'examen consultatif par un kiné peut être porté en compte à l'assurance ;

Attendu qu'il est également surprenant de constater que dans certains cas, une, parfois deux prescriptions médicales ont donné lieu à l'attestation systématique 3 jours consécutifs de 3 prestations 560092 ;

Qu'ainsi dans le cas de l'assuré F., le Dr G. avait établi 2 prescriptions le 13/10/2009 l'une mentionnant : « inflammation des 2 malléoles » et l'autre mentionnant : « affaissement voûte plantaire examen consultatif » et que Monsieur A. a toutefois attesté 3 prestations 560092 3 jours consécutifs considérant un examen pour chaque malléole ;

Que de même, dans le cas de l'assuré H., le Dr I. a rédigé une seule prescription médicale en date du 23/03/2010 mentionnant : « pouvez-vous réaliser un examen consultatif pour étude posturale ? » mais que Monsieur A. a toutefois porté en compte 3 prestations 560092 à 3 dates consécutives.

Qu'à cela, Monsieur A. déclare simplement qu'il n'est pas responsable des erreurs de date sur les prescriptions des médecins ;

Que cet argument manque toutefois de pertinence et qu'il ne s'explique en rien sur la liberté qu'il a prise d'attester 3 prestations 560092 3 jours consécutifs alors qu'il ne disposait que de deux, voire dans certains cas, d'une seule prescription médicale ;

Qu'enfin, en ce qui concerne le caractère prétendument « très dirigé » des auditions réalisées par les inspecteurs, le Service relève que tous les patients et les médecins interrogés ont pu relire leur procès-verbal d'audition et en obtenir une copie s'ils le souhaitaient ;

Que ces procès-verbaux d'audition ne contiennent aucune remarque sur le caractère prétendument dirigé des questions posées lors des auditions ;

Que lors de son audition du 23/11/2010, Monsieur A. n'a jamais fait l'objet d'intimidation ; qu'il a seulement, comme il est d'usage, été averti des sanctions éventuelles qu'il était susceptible d'encourir.

De tout quoi, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime que le grief doit être déclaré établi.

2. Indu

Attendu que le grief est fondé et qu'il y a donc lieu d'ordonner le remboursement des débours indus que celui-ci a engendrés pour l'assurance obligatoire soins de santé et ce, conformément à l'article 142, §1^{er}, 2^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Attendu que toutes les prestations litigieuses ont été retenues sur base du listing présenté au prestataire le 23/11/2010 (pages 11 à 15 de la note de synthèse) ;

Qu'ont été considérées comme indues, pour tous les assurés cités, 2 prestations 560092 sur les 3 portées en compte à l'assurance, considérant que Monsieur A. avait au moins une prescription médicale par assuré pour réaliser un examen consultatif.

Que le grief concerne dès lors 151 prestations 560092 M24 – examen consultatif du patient par le kinésithérapeute attiré – relatives à 75 assurés pour un indu total dont le montant s'élève à 2.071,05 €.

Qu'il y a lieu d'en ordonner le remboursement.

3. Sanction administrative

Attendu qu'il ressort de tous les éléments du dossier que Monsieur A. procédait de façon systématique à l'attestation de la prestation 560092 dans des conditions qui ne correspondaient pas aux prescrits réglementaires ;

Que le caractère systématique de ce mode d'attestation de la prestation querellée doit être sanctionné ;

Attendu que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation ;

Qu'il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de modifier les règles administratives qui s'imposent à eux en tant que collaborateurs de l'assurance obligatoire soins de santé ni de les interpréter de façon à pouvoir en retirer des avantages financiers personnels ;

Que Monsieur A. a refusé de rembourser l'indu qui se dégage de ce dossier aussi minime soit-il, invoquant à son égard le bénéfice de la bonne foi ;

Attendu que pour ce type d'infraction (prestations non conformes), la sanction applicable en vertu de l'article 142 §1^{er}, 2^o de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, peut correspondre à un pourcentage oscillant entre 5 et 150% du montant de l'indu ;

Que l'article 157 §1^{er} de cette même loi prévoit toutefois que le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes administratives visées à l'article 142 précité ;

Que l'absence d'antécédents dans le chef de Monsieur A. est un élément qui justifie qu'il soit fait usage de cette faculté ;

Qu'en l'espèce, eu égard à l'ensemble des éléments du dossier, il est justifié de prononcer à l'égard de Monsieur A. une amende administrative fixée à 100% du montant de l'indu (2.071,05 euros) soit, une amende de 2.071,05 euros, assortie d'un

sursis de trois ans pour la moitié (1.035,53 euros).

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 le grief établi ;

Condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 2.071,05 euros ;

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative fixée à 100% du montant de la valeur des prestations non conformes (2.071,05 euros) soit une amende de 2.071,05 euros, assortie d'un sursis de trois ans pour la moitié (1.035,53 euros).

Ainsi décidé à Bruxelles, le 12-06-2012

Le Fonctionnaire-Dirigeant

Dr Bernard HEPP
Médecin-directeur général