

**DECISION FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 19 OCTOBRE 2016  
BRS/F/16-020**

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., 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 permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies au sens de l'article 73bis, 1° de la loi coordonnée.**

En l'espèce, il s'agit des cas de 13 bénéficiaires au nom desquels des honoraires pour des 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, § 1er 1° I a) et II ; 2° I a) et II, 5° I a), 6° I a) et II de la nomenclature des prestations de santé.

Elles ont été introduites au remboursement auprès des O.A. pendant la période du 30/01/2014 au 27/08/2015 et datées du 01/01/2014 au 21/08/2015.

Les faits ont été commis soit au cabinet de Monsieur A., ci-après dénommé « *le concerné* », soit en tout autre lieu où le prestataire exerce son activité.

### **1.1 Bases légales et réglementaires du grief**

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 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée le 14/07/1994 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. (...) ».

Les kinésithérapeutes sont des dispensateurs de soins (Art. 2n, Loi coordonnée le 14/07/1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, *M.b.* 27/08/1994). Les soins donnés par les kinésithérapeutes constituent des soins courants (art. 34, 1° c, LC 14/07/1994, ASSI).

L'art. 7, §1<sup>er</sup> de l'AR du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités définit les prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes.

## 1.2 Prestations en cause/à prendre en considération pour le calcul de l'indu

Prestation	Libellé	M du 01-09-2010 au 30-04-2014	M à partir 01-05-2015
	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
	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 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.		
564270	Lorsque les séances 563614 et 639656 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
	II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire		
563916	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	24	24

## 1.3 Fondements du grief

Les éléments de l'enquête ayant contribué à établir ce grief sont :

- les déclarations des assurés ;

- l'analyse des données informatisées transmises et authentifiées par les différents organismes assureurs conformément à l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- l'analyse des attestations de soins donnés (ASD) des OA 128 et 317 ;
- l'analyse des feuilles de vérification M38 et les quittances soins de santé M30 transmises par l'OA 128 ;
- l'analyse des feuilles de consultation facturier manuel transmises par l'OA 317 ;
- l'audition du concerné.

## 1.4 **CAS RETENUS**

### 1.4.1 **Eléments de portée générale**

-Déclarations de Monsieur A. en date du 27/11/2015 (Cf pièces 178 et à 181):

*« (...) Je travaille donc les jours fériés mais pas pour tous les patients. Je n'ai en effet pas l'habitude de prendre congé. Je vous accorde que j'ai bien pris quelques jours de congés entre Noël et Nouvel-An*

*(...) nous convenons ensemble que je n'ai pas travaillé les jours entre Noël et Nouvel an de chaque année que ce soit en 2014 et 2015 (...) »*

### 1.4.2 **MADAME B.** (cf note de synthèse, p. 8)

#### 1.4.2.1 Prestations attestées

Les prestations portées en compte au nom de Madame B. et introduites au remboursement pendant la période du 28/02/2014 au 31/03/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 23/02/2015) (cf annexe au PVC, p.1-13) sont les suivantes :

Prestation	Libellé	Nbre prest.	Montant/Prest	Montant (€)
560313	courante dom 30'	41	15,50	635,50
560350	courante dom 30'en cas de limitation §10	252	7,13	1.796,76
Total		293		2.432,26

#### 1.4.2.2 Prestations retenues à grief

Madame B. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 290 à 291):

*« (...) J'ai aussi un kiné : A.. Il vient 5 jours/semaine et les jours fériés. Il vient depuis que j'ai été opérée du cancer du sein puisque je suis en pathologie lourde. Il vient toujours le matin vers 10h/10h15. Il n'a jamais de remplaçant. Je ne sais plus vous dire quand il est parti en vacances mais en tout cas je n'ai eu personne d'autre pour faire les soins, c'est mon mari qui m'a massé le bras avec une crème.(...).Monsieur A., quand il vient, masse mon bras droit. Cela dure entre 10 et 20 min. et cela me fait beaucoup de bien. (...) »*

Vu le témoignage de l'assurée qui précise que lorsque Monsieur A. est parti en vacances, c'est son mari qui lui masse le bras et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief les 4 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 (mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE du document E/... aux pages 1 à 13), soit les prestations suivantes échelonnées du 26/12/2014 au 31/12/2014 :

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
560350	7,13	4	28,52
Total général		4	28,52

Le montant de l'indu correspondant aux 4 prestations non effectuées s'élève à **28,52€**

### 1.4.3 **Monsieur C.** (cf note de synthèse, p. 9)

#### 1.4.3.1 Prestations attestées

Les prestations portées en compte au nom de Monsieur C. et introduites au remboursement pendant la période du 31/01/2014 au 31/03/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 24/02/2015) (cf détails, annexe du PVC, p.13-26) sont les suivantes :

Prestation	Libellé	Montant (€)	Nbre prest.	Montant (€)
561013	lourde dom	18,20	300	5.460,00
561072	rapp lourd dom	30,65	1	30,65
Total			301	5.490,65

#### 1.4.3.2 Prestations retenues à grief

Monsieur C. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 302 à 303):

*« (...) Le kiné, c'est Monsieur A. de ..., mais son cabinet est à ... C'est toujours lui qui vient, et tous les jours depuis la sortie de l'hôpital, il y a 4 ans.*

*Il ne vient pas le samedi ni le dimanche. Il ne vient jamais les jours fériés, j'en suis sûr. (...)*

*Monsieur A. ne prend qu'1 semaine de vacances par an en juillet ou en août. Il n'a pas de remplaçant pendant ses vacances.*

*Mme D. a un remplaçant pendant ses vacances. Elle vient les WE et les jours fériés, pas comme Monsieur A.(...) »*

Vu le témoignage de l'assuré qui précise que Monsieur A. ne vient jamais les jours fériés et prend une semaine de vacances par an et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief les 10 prestations attestées durant les jours fériés de même que les 4 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 (cf p. 13 à 26 du document E/... : prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 01/01/2014 au 01/01/2015 :

6Prestation	Montant/Prest (€)	Nbr de prest.	Montant total(€)
560350	18,20	14	254,80
Total général		14	254,80

Le montant de l'indu correspondant aux 14 prestations non effectuées s'élève à **254,80€**

### 1.4.4 **Madame E.** (cf note de synthèse, p. 10)

#### 1.4.4.1 Prestations attestées

Les prestations portées en compte au nom de Madame E. et introduites au remboursement pendant la période du 23/01/2014 au 31/03/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 19/03/2015) (cf annexe du PVC, p. 26-30) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant/Prest	Nbre prest.	Montant(€)
560313	courante dom 30'	19,59	36	705,24
560350	courante dom 30'en cas de limitation §10	9,40	270	2538
Total			306	3243,24

#### 1.4.4.2 Prestations retenues à grief

En présence de son mari, Mr F., Madame E. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 315 à 318):

« (...) J'ai des soins de kiné de A., depuis un an et demi c'est sûr. (...)

Depuis un an et demi, il n'y a pas eu d'interruption sauf pour raisons de vacances. Je suis partie 5 jours du lundi au samedi en Italie en avril 2014, la semaine avant Pâques, donc on est revenu mon mari et moi le dimanche 20 avril 2014 (...)

Quand Monsieur A. part en vacances, il n'envoie pas de remplaçant, mais il prend rarement des vacances, il éparpille beaucoup. En général, il prend 1 semaine de congé.

J'ai un statut BIM comme mon mari, moi c'est depuis le 01/09/2011.

Depuis lors, je ne paie plus monsieur A., je donne des vignettes. Tous les 2-3 mois, monsieur A donne un papier au docteur G. et celle-ci remplit le papier et on y met une vignette. Je ne sais pas ce qu'il y a sur ce papier, mon mari vous dit qu'il porte le papier à madame G., qu'il ne le lit pas.

Sur question, Monsieur A. ne nous remet jamais de facture ou de document reprenant les prestations qu'il facture à la mutuelle(...) »

Vu le témoignage de l'assurée qui précise être partie avec son mari 5 jours en Italie du lundi au samedi en avril 2014, la semaine avant Pâques, retour le dimanche 20 avril 2014 et qui précise également que M. A. prend en général 1 semaine de congé, et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief les 5 prestations attestées durant le séjour en Italie de l'assurée et les 4 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 (cf p. 26 à 30 du document E/..., prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 14/04/2014 au 31/12/2014 :

Prestation	Montant /Prest (€)	Nbre de prest.	Montant total(€)
560350	9,40	9	84,60
Total général		9	84,60

Le montant de l'indu correspondant aux 9 prestations non effectuées s'élève à **84,60€**.

#### 1.4.5 MADAME H. (cf note de synthèse, p. 11)

##### 1.4.5.1 Prestations attestées sur base des ASD

Les prestations portées en compte au nom de Madame H. et introduites au remboursement pendant la période du 30/01/2014 au 06/05/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 22/04/2015) (cf détails, annexe PVC, p.31-37) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant/Prest	Nbre prest.	Montant(€)
560011	courante cab 30'	19,87	18	357,66
560055	courante cab 30' en cas de limitation §10	9,39	133	1.248,87
560313	courante dom 30'	19,59	18	352,62
560350	courante dom 30' en cas de limitation §10	9,40	92	864,80
563916	liste Fb dom 30'	20,44	60	1.226,40
564270	liste Fb cab 30'	17,81	20	356,20
Total			341	4.406,55

##### 1.4.5.2 Prestations retenues à grief

En présence de son fils, Mr I., Mme Madame H. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 544 à 545):

« (...) Sur question, j'ai un kiné, c'est Monsieur A. de .... Il vient à mon domicile. (...). Normalement, il doit venir tous les jours mais il n'est pas très régulier. Il vient normalement vers 8h -8h30. Ici, par exemple, il est venu avant-hier mais je ne sais pas quand il va repasser(...)

*J'ai commencé les soins avec lui il y a 10 ans. Il n'est jamais passé tous les jours sauf au moment de mes problèmes de hanche il y a ± 30-35 ans.*

*Il vient normalement 2x/semaine sauf le samedi et le dimanche. Il ne vient pas les jours fériés. Je suis fort active, je fais partie du club de 3ème âge de ... : je pars parfois 1 journée par ci, par là.(...)*

*Sur question, mon médecin traitant a une remplaçante quand elle part en congé.*

*Mon kiné n'en a pas, il travaille seul ; donc, quand il part en congé, personne ne vient. Il part entre Noël et Nouvel-an. Il ne travaille pas pendant cette période(...)* »

Vu le témoignage de l'assurée qui précise que Monsieur A. n'est jamais passé tous les jours, sauf il y a plus ou moins 35 ans, qu'il vient normalement 2 fois par semaine, qu'il ne vient pas les jours fériés et qu'il ne travaille pas pendant la période entre Noël et Nouvel an et vu les déclarations de portée générale de Monsieur A., le SECM retient à grief les prestations attestées durant les jours fériés, les 4 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 et les prestations attestées 3x/semaine à savoir les lundis, mercredis et vendredis (cf document E/... p.38-42 : prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE).

Le SECM formule donc le grief pour les prestations suivantes échelonnées du 01/01/2014 au 22/04/2015 :

Prestation	Montant/Prest	Nbre de prest	Montant total(€)
560011	19,87	10	198,70
560055	9,39	81	760,59
560313	19,59	12	235,08
560350	9,40	58	545,20
563916	20,44	36	735,84
564270	17,81	13	231,53
Total général		210	2706,94

Le montant de l'indu correspondant aux 210 prestations non effectuées s'élève à **2706,94€**

#### **1.4.6 MADAME J. (cf note de synthèse, p. 12)**

##### **1.4.6.1 Prestations attestées**

Les prestations portées en compte au nom de Mme J. et introduites au remboursement pendant la période du 28/02/2014 au 31/03/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 12/03/2015) (cf détails, annexe au PVC, p.43-55) sont les suivantes :

Prestation	Libellé	Montant (€)	Nbre. prest.	Montant (€)
560055	courante cab 30' en cas de limitation §10	7,40	36	266,40
560313	courante dom 30'	15,50	36	558,00
560350	courante dom 30'en cas de limitation §10	7,13	236	1.682,68
Total			308	2.507,08

##### **1.4.6.2 Prestations retenues à grief**

Mme J. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 696 à 697):

*« (...) J'ai toujours de la kiné par Monsieur A., tous les jours sauf les WE et les jours fériés, comme pour mon mari C. C'est le Dr K. de ... qui m'a prescrit la kiné quand j'ai été opérée. (...)*

*Monsieur A. reste 10 bonnes minutes. Il masse mon bras et draine. Puis il fait des exercices avec mon bras pour que je puisse le soulever.*

*Ma main et mon bras ne sont pas gonflés. Je vous montre que je peux soulever mon bras jusqu'à hauteur de mon épaule en avant et sur le côté.*

*Quand Monsieur A. vient pour mon mari, il me fait les soins après. Mes soins durent 10 bonnes minutes.*

(...)Je ne paie rien à Monsieur A....(...) »

Vu le témoignage de l'assurée qui précise que M. A. ne vient jamais les jours fériés et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief les 9 prestations attestées durant les jours fériés (cf document E/..., p.43-55, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 21/04/2014 au 01/01/2015 :

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
560313	15,50	1	15,50
560350	7,13	8	57,04
Total général		9	72,54

Le montant de l'indu correspondant aux 9 prestations non effectuées s'élève à **72,54€**.

#### 1.4.7 **MADAME L.** (cf note de synthèse, p. 13)

##### 1.4.7.1 **Prestations attestées sur base des ASD**

Les prestations portées en compte au nom de Madame L. et introduites au remboursement pendant la période du 25/02/2014 au 23/01/2015 (prestations datées du 21/01/2014 au 17/12/2015) (cf détails, annexe au PVC, p.56-60) sont les suivantes :

Prestation	Libellé	Montant/prest	Nbre. prest.	Montant(€)
560011	courante cab 30'	16,37	18	294,66
560055	courante cab 30' en cas de limitation §10	7,40	38	281,20
560350	courante dom 30' en cas de limitation §10	7,13	88	627,44
563916	liste Fb dom 30'	17,08	60	1.024,80
Total			204	2.228,10

##### 1.4.7.2 **Prestations retenues à grief**

Madame L. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 707 à 708):

« (...) Sur question, j'ai eu de la kiné par monsieur A., pendant 1 an environ en ± 2014. J'avais des problèmes d'épaule et de bras. C'est le médecin traitant qui m'a fait le papier pour le kiné.

Il venait du lundi au vendredi, jamais les week-ends ni les jours fériés ni quand il est en congé. (...)

Sur question, je ne sais plus vous dire quand il était congé, ce n'était pas souvent. Actuellement, il ne vient plus, je ne sais plus vous dire depuis quand. (...)

Vu le témoignage de l'assurée qui précise que Monsieur A. ne venait pas les jours fériés, ni quand il était en congé et vu les déclarations de portée générale de Monsieur A., le SECM retient à grief les 5 prestations attestées durant les jours fériés (21/04/2014, 01/05/2014, 29/05/2014, 09/06/2014, 11/11/2014) (cf document E/..., p.60-63, prestations mentionnées par le chiffre 1), soit les prestations suivantes échelonnées du 21/04/2014 au 11/11/2014 :

Prestation	Montant /Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
560055	7,40	1	7,40
560350	7,13	1	7,13
563916	17,08	3	51,24
Total général		5	65,77

Le montant de l'indu correspondant aux 5 prestations non effectuées s'élève à **65,77€**

#### 1.4.8 **Monsieur M.** (cf note de synthèse, p. 14)

##### 1.4.8.1 Prestations attestées sur base des ASD

Les prestations portées en compte au nom de Monsieur M. et introduites au remboursement pendant la période du 06/05/2014 au 17/04/2015 (prestations datées du 13/03/2014 au 03/02/2015) (cf détails, annexe au PVC, p.63-65) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant/Prest	Nbre. prest.	Montant(€)
560011	courante cab 30'	16,37	32	523,84
560055	courante cab 30' en cas de limitation §10	7,40	4	29,60
563010	liste Fa cab 30'	16,78	60	1.006,80
Total			96	1.560,24

##### 1.4.8.2 Prestations retenues à grief

Monsieur M. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 784 à 785):

« (...) Mon kiné est A. de ... depuis 28 ans. (...) Pour le coude gauche, Monsieur A. a commencé les soins de kiné vers la mi-avril 2014 et ça n'a plus jamais arrêté depuis lors. (...)

Monsieur A. n'a pas de remplaçant quand il prend congé, mais c'est une semaine. (...) »

Vu le témoignage de l'assuré qui précise que Monsieur A. n'a pas de remplaçant quand il prend congé et que lorsqu'il part en vacances, il part 1 semaine et vu les déclarations de portée générale de Monsieur A., le SECM retient à grief les 2 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 (cf document E/ ... p.65-67, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 29/12/2014 au 30/12/2014 :

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
560055	7,40	2	14,80
Total général		2	14,80

Le montant de l'indu correspondant aux 2 prestations non effectuées s'élève à **14,80€**

#### 1.4.9 **Madame N.** (cf note de synthèse, p. 14)

##### 1.4.9.1 Prestations attestées sur base des ASD

Les prestations portées en compte au nom de Madame N. et introduites au remboursement pendant la période du 22/01/2014 au 26/05/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 07/05/2015) (cf détails, annexe au PVC, p.67-75) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant/prest	Nbre de prest	Montant(€)
560652	lourd cab 30'	17,90	286	5119,40
560711	rapp écrit lourd cab	20,59	56	1153,04
Total général		30,65	1	30,65
			343	6303,09

##### 1.4.9.2 Prestations retenues à grief

Madame N. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 833 et 835):

« (...) Mon kiné se nomme A. qui reçoit à ....

(...)En 2014 et 2015, mon kiné Monsieur A. a pris des vacances maximum 1 semaine plusieurs fois par an notamment pendant les vacances d'été mais je ne peux être plus précise(...) »

Vu le témoignage de l'assurée qui précise que Monsieur A. a pris des vacances plusieurs fois par an en 2014 et 2015 et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM

retient à grief les 4 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 (cf document E/... aux p.75-80, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 26/12/2014 au 31/12/2014 :

Prestation	Montant/Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
560652	17,90	4	71,60
Total général		4	71,60

Le montant de l'indu correspondant aux 4 prestations non effectuées s'élève à **71,60 €**

#### 1.4.10 **MADAME O.** (cf note de synthèse, p. 15)

##### 1.4.10.1 Prestations attestées

Les prestations portées en compte au nom de Mme O. et introduites au remboursement pendant la période du 30/04/2014 au 31/03/2015 (prestations datées du 03/02/2014 au 11/02/2015) (cf annexe au PVC, p.80-91) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant/Prest	Nbre. prest.	Montant (€)
560652	lourde cab	20,59	240	4.941,60
561013	lourde dom	20,89	28	584,92
Total			268	5.526,52

##### 1.4.10.2 Prestations retenues à grief

Mme O. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 936 à 940):

*« (...) Ma kiné est Madame P. à ..., il n'y a pas si longtemps que ça, car j'ai eu des problèmes avec mon kiné précédent, A. qui percevait des indemnités alors qu'il ne me soignait plus.*

*J'ai donc changé de kiné et j'ai pris Madame P., il y a bien 5 – 6 mois de mémoire*

*Monsieur A. était mon kiné depuis beaucoup d'années, (...)*

*J'allais au cabinet de monsieur A. 2 fois par semaine, j'essayais d'aller les mardis et les jeudis. J'ai cessé de le voir avant 2010 (...)*

*Quand je suis venue habiter ici le 29/08/2013, j'ai repris contact un peu après avec monsieur A.. Je suis allée à son cabinet une à deux fois par semaine, son cabinet est à ..., c'est mon compagnon qui me conduisait quand il savait.*

*J'allais souvent le jeudi chez Monsieur A., mais pas toutes les semaines, ça dépendait de l'horaire de mon compagnon Monsieur Q. J'allais donc chez Monsieur A. environ 3 jeudis par mois, et quasi jamais le mardi. En fait, si je ne pouvais aller le jeudi, j'allais le mardi, donc en moyenne j'allais une fois par semaine mais certaines semaines je n'y allais pas. (...)*

*Il y a bien 5 – 6 mois que j'ai décidé de ne plus aller chez Monsieur A. car ses soins ne me convenaient pas, j'ai surtout besoin de massages et d'exercices.*

*Monsieur A. est venu à mon domicile actuel pour me dire bonjour, mais il ne m'a jamais fait de soins de kiné à domicile. Il voulait me donner des électrodes et que Monsieur Q. me les mette, j'ai évidemment refusé.*

*Je ne suis jamais allée au cabinet de Monsieur A. un jour férié. Si le mardi ou le jeudi était férié, le cabinet était fermé. Il ne m'a jamais soignée les week-ends.*

*Je n'ai jamais payé aucun soin à Monsieur A., même pas de ticket modérateur, il renvoyait tout lui-même à la mutuelle. Je suis VIPO ou OMNIO comme on dit maintenant, mais chez ma kiné actuelle, je paie un ticket modérateur.*

*Je crois que c'est mon médecin traitant, le docteur R. qui prescrivait la kiné depuis que j'habite ici, je suis reconnue en pathologie lourde depuis longtemps.*

*Il y a environ un an, j'ai essayé une séance chez un autre kiné Monsieur S. à ..., mais je n'ai pas été remboursée car il y avait une autorisation de soins de kiné déjà en cours chez Monsieur A., donc j'ai continué 2 mois chez Monsieur A. puis j'ai arrêté.*

*En résumé, je suis allée au maximum un fois par semaine chez Monsieur A. à ... depuis que j'habite à cette adresse, je crois que ça a commencé quelque mois après mon emménagement ici, et cela s'est terminé quand j'ai été prise en charge par la kiné P., qui pourra vous préciser cette date.*

*Depuis que Madame P. me soigne, je n'ai plus jamais vu Monsieur A.*

*Pendant ma période de soins chez Monsieur A., je n'ai jamais eu de kiné remplaçant.*

*En novembre 2014, je suis partie 2 semaines en Afrique, mais je ne me souviens pas des dates.*

*Monsieur A. ne m'a jamais remis de facture récapitulative de ses prestations.*

*Avant que je n'habite ici, il me remettait des attestations de couleur bleue à remettre à la mutuelle. Depuis que j'habite ici, il ne m'a plus jamais remis de document, depuis bien avant en fait.*

*Je ne me souviens pas avoir reçu de déclaration de détresse financière, mais ma mutuelle m'a mis VIPO, avec application du tiers payant, au 01/01/2008 comme je le lis sur une attestation que je vous montre. »*

Vu le témoignage de l'assurée qui précise avoir eu des problèmes avec son kiné précédent, M. A. qui percevait des indemnités alors qu'il ne la soignait plus, n'avoir jamais fait de soins de kiné à domicile et se rendre au cabinet de M. A. en moyenne 1 fois par semaine le jeudi et jamais un jour férié et être partie 2 semaines en Afrique en 2014, le SECM retient à grief les prestations attestées durant les 2 semaines de séjour en Afrique de l'assurée que nous convenons de fixer entre le 03/02/2014 et 14/02/2014 (correspondant aux 10 premières séances attestées en 2014), 8 prestations attestées les jours fériés et toutes les prestations attestées les lundis, mardis, mercredis et vendredis (cf document E/..., p.80-91, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE).

Le SECM formule donc le grief pour les prestations suivantes échelonnées du 03/02/2014 au 11/02/2015 :

Prestation	Montant /Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
561013	20,89	23	480,47
560652	20,59	198	4.076,82
Total général		221	4.557,29

Le montant de l'indu correspondant aux 221 prestations non effectuées s'élève à **4.557,29€**

A noter que compte tenu de la faible différence de montant entre la consultation et la visite à domicile (30 centimes d'euros), le SECM n'a pas calculé l'indu différentiel pour les prestations effectuées au cabinet et attestées avec le code à domicile.

#### **1.4.11 Monsieur T. (cf note de synthèse, p. 17)**

##### **1.4.11.1 Prestations attestées**

Les prestations portées en compte au nom de monsieur T. et introduites au remboursement pendant la période du 23/01/2014 au 31/03/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 25/03/2015) (cf annexe au PVC, p. 91-96) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant/Prest	Nbre. prest.	Montant(€)
560313	courante dom 30'	19,59	36	705,24
560350	courante dom 30'en cas de limitation §10	9,40	281	2641,40
Total			317	3346,64

#### 1.4.11.2 Prestations retenues à grief

En présence de son mari, Mr T., Madame E. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 315 à 318):

« (...) J'ai des soins de kiné de A., depuis un an et demi c'est sûr. (...)

*Depuis un an et demi, il n'y a pas eu d'interruption sauf pour raisons de vacances. Je suis partie 5 jours du lundi au samedi en Italie en avril 2014, la semaine avant Pâques, donc on est revenu mon mari et moi le dimanche 20 avril 2014 (...)*

*Quand Monsieur A. part en vacances, il n'envoie pas de remplaçant, mais il prend rarement des vacances, il éparpille beaucoup. En général, il prend 1 semaine de congé.*

*J'ai un statut BIM comme mon mari, moi c'est depuis le 01/09/2011.*

*Depuis lors, je ne paie plus monsieur A., je donne des vignettes. Tous les 2-3 mois, monsieur A. donne un papier au docteur G. et celle-ci remplit le papier et on y met une vignette. Je ne sais pas ce qu'il y a sur ce papier, mon mari vous dit qu'il porte le papier à madame G., qu'il ne le lit pas.*

*Sur question, Monsieur A. ne nous remet jamais de facture ou de document reprenant les prestations qu'il facture à la mutuelle. »*

Vu le témoignage de l'épouse de l'assuré qui précise être partie avec son mari 5 jours en Italie du lundi au samedi en avril 2014, la semaine avant Pâques, retour le dimanche 20 avril 2014 et qui précise également que M. A. prend en général 1 semaine de congé et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief les 5 prestations attestées durant le séjour en Italie de l'assurée et les 4 prestations attestées entre Noël et Nouvel An 2014-2015 (cf document E/..., p.91-96, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 14/04/2014 au 31/12/2014 :

Prestation	Montant /Prest (€)	Nbre. de prest.	Montant total(€)
560350	9,40	9	84,60
Total général		9	84,60

Le montant de l'indu correspondant aux 9 prestations non effectuées s'élève à **84,60€**

#### 1.4.12 MADAME U. (cf note de synthèse, p. 18)

##### 1.4.12.1 Prestations attestées

###### Sur base des données authentifiées

Les prestations portées en compte au nom de Madame U. et introduites au remboursement pendant la période du 31/01/2014 au 31/05/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 20/04/2015) (cf annexe au PVC, p.96-105) se résument comme suit :

Prestation	Libellé	Montant (€)	Nbre. prest.	Montant total (€)
560652	lourde cab	20,59	318	6.547,62
560711	rapp lourd cab	30,65	1	30,65
Total			319	6.578,27

###### Sur base des ASD

Les prestations portées en compte au nom de Madame U. et introduites au remboursement le 27/08/2015 (prestations datées du 03/07/2015 au 21/08/2015) (cf annexe au PVC, p. 105) se résument comme suit :

Prestation	Montant (€)	Nbre prest	Montant(€)
------------	-------------	------------	------------

...

#### 1.4.12.2 Prestations retenues à grief

Madame U. a déclaré en date du 23/09/2015 (Cf pièces 952 à 956):

*« Vous m'entendez en vos locaux après avoir pris mes convenances personnelles*

*Je vous confirme être l'auteur de la plainte adressée le 25 juin 2015 à l'Inami et dont vous me montrez une copie et que nous paraphons pour authentification et qui comporte 2 pages.*

*Je reproche dans cette lettre des anomalies de facturation de Mr A., kinésithérapeute.*

*Je vous donne mon accord pour ne pas conserver l'anonymat en tant que plaignante dans cette enquête et à cet effet, je vous signe l'autorisation que vous me présentez.*

*Vous me dites que nous allons lire ensemble cette plainte et que je vous apporterai au fur et à mesure les explications dont vous avez besoin.*

*Je souffre de polyarthrite rhumatoïde évolutive (PCE) diagnostiquée depuis février 1998 et j'ai également été opérée d'une cage cervicale le 22 juin 2011.*

*Depuis environ 1985, mon médecin traitant est le Dr V. de ... à la ... que je vois depuis 2 ans à raison de 5 fois par an à son cabinet et qui me prescrit mes médicaments ou mes soins de kiné.*

*Pour mes douleurs liées à ma polyarthrite, j'ai besoin de soins kiné depuis 2003 et j'ai fait donc appel à Mr A. qui a son cabinet à ... en 2003, c'est maman qui me l'a renseigné car elle se faisait soigner par lui en ostéopathie.*

*Monsieur A. a fait le nécessaire auprès de ma mutuelle en 2004 environ pour que j'obtienne un accord de pathologie lourde pour ma PCE, accord qui me permet d'avoir un remboursement préférentiel des soins kiné et un nombre plus important de séances par an. C'est lui qui préparait la prescription de kiné lourde à faire signer par mon médecin traitant, le Dr V. et qui indiquait 5 séances par semaine, fréquence que je n'ai jamais eue.*

*Je ne suis plus allée chez Monsieur A. depuis plus de 2 ans et certainement plus depuis mars 2013 car je trouvais que cela ne me convenait plus du tout et que les soins ne m'apportaient rien.*

*Comme nous sommes restés en bons termes, il m'envoyait de temps en temps des messages sur mon gsm ou par face book pour m'inviter à revenir quand je voulais ;*

*Il m'a d'ailleurs envoyé un message le 10 mars 2015 me signalant qu'il avait réintroduit le renouvellement de la pathologie lourde et me demandant si j'avais reçu le document pour connaître les dates d'autorisation ; en effet il faisait lui-même les demandes à ma mutuelle pour la prolongation de l'accord tous les 3 ans.*

*Pour les soins de kiné, je me rendais toujours au cabinet de Monsieur A. situé ... 2 fois par semaine maximum 3 et jamais le W-E ni jours fériés*

*Je n'ai jamais eu qu'une seule séance de kiné par jour depuis que je fais de la kiné et donc depuis 2003 et je n'ai jamais reçu de soins kiné à domicile.*

*Je me déplaçais chez lui les lundis, mardi et/ou jeudi et jamais le mercredi, jour où il ne recevait aucun patient à son cabinet dans la mesure où il donnait des cours à ... ; je ne recevais aucun soins de kiné non plus le vendredi, les W-E et durant les vacances de Monsieur A. qui les prenait souvent dans la semaine du lundi de Pâques, en été, aux fêtes de fin d'année et ce jamais plus d'une semaine à la fois.*

*Mon rendez-vous le plus souvent correspondait à 13h 30 car Monsieur A. ne recevait jamais en cabinet le matin puisqu'il effectuait ses domiciles chaque matin de la semaine.*

*A ma connaissance, Monsieur A. ne travaillait jamais le week-end.*

*Quand j'arrivais dans la salle d'attente où j'étais toujours à l'heure, il y avait maximum 4 personnes dans cette salle d'attente et Monsieur A. prenait toujours 2 patients à la fois.*

*Donc durant ma ½ heure de soins il passait d'une salle à l'autre pour donner ses soins*

*Selon mes douleurs, il adaptait le traitement à appliquer par exemple en cas de maux de cou, il m'appliquait une lampe infra-rouge, des crèmes « chauffantes », des électrodes et massait maximum 10 minutes sur la 1/2h de soins*

*Parfois je recevais de la cryothérapie pour mes douleurs de coudes et genoux, je n'ai jamais fait d'exercices de type gymnastique, de mobilisation ou d'assouplissement, les soins étaient davantage des soins à l'aide d'appareillages n'entraînant pas de mobilisation.*

*Depuis que je suis soignée par Monsieur A. et ensuite par ma Kiné actuelle, Madame W., j'ai toujours pris des congés chaque année depuis 2005*

*Je peux d'ailleurs vous donner avec précision mes dates de congé en 2013, 2014 et 2015, à savoir :*

*Du 31 juin 2013 au 11 juillet 2013, j'étais en France*

*Du 11 août 2013 au 21 août 2013, j'étais à Majorque en Espagne*

*Du 28 au 29 août, j'étais à Mondorf au Luxembourg en station thermale*

*Du 25 juin au 05 juillet 2014, j'étais en République dominicaine je vous montre d'ailleurs mon passeport avec le visa daté du 25 juin 2014 faisant foi que vous photocopiez pour l'annexer au présent procès verbal d'audition.*

*Du 10 juillet 2014 au 15 juillet 2014, j'étais à la côte Belge de même que du 09 août 2014 au 16 août 2014*

*Du 10 avril 2015 au 12 avril 2015, j'étais également à la côte Belge*

*Du 27 juin 2015 au 11 juillet 2015, j'étais en France*

*Du 24 août 2015 au 27 août 2015, j'étais à nouveau à la côte Belge*

*L'objet de ma plainte est le suivant :c'est ma kiné actuelle, Madame W. qui m'a fait part d'un refus de ma mutuelle du remboursement des soins qu'elle m'a prodigué en avril 2015 suite à la facturation de soins de kiné par Monsieur A. à la même période alors que Monsieur A. ne me soigne plus depuis au moins mars 2013 à l'exception d'un seul jour en janvier 2014.*

*En effet, j'avais spontanément stoppé mes soins kiné pour manque de résultat depuis mars 2013 mais ma rhumatologue, le Dr X. que je vois à ... toutes les 4 semaines -m'a convaincue de reprendre des soins kiné pour mes cervicalgies.*

*Ma rhumatologue m'a d'ailleurs fait une prescription lors de cette consultation qui date du 15/12/2014 comme en atteste les données administratives figurant sur la vignette autocollante et qui précise « 18 séances à raison de 3 fois par semaine au niveau de la col cervicale massage, mobilisation passive physiothérapie-ultrasons-laser-diadynamiques »*

*Vous photocopiez cette prescription pour l'annexer à cette audition, j'en dispose toujours car jamais Monsieur A. ne prenait les prescriptions autres que celles du dr V.*

*J'ai donc repris 1 séance de kiné chez Monsieur A. en janvier 2014 mais comme il n'appliquait pas d'autres traitements que le traitement habituel, je me suis limitée à cette seule séance.*

*Renseignements pris auprès de ma mutuelle, les soins seraient facturés par Monsieur A. depuis au moins 2012 et ce, 7 jours sur 7, jours fériés inclus y compris donc durant mes vacances.*

*Or, comme je viens de vous le dire, de 2003 à mars 2013 date à laquelle j'ai arrêté les soins chez lui, mes soins de kiné donnés par Monsieur A. se sont toujours limités à 2 maximum 3 séances de kiné par semaine, les lundis, mardis et/ou jeudi et donc jamais le samedi ni le dimanche*

*Je n'ai jamais été non plus soignée par Monsieur A. les jours fériés ni durant mes vacances puisque je quittais ma région, ce qui rendait matériellement impossible la réalisation de ces soins par Monsieur A..*

*Ma mutuelle m'a dit que Monsieur A. avait facturé des soins tous les jours d'avril 2015 y compris le lundi de pâques, et les 2 jours où je me suis rendue à la côte belge à savoir le vendredi 10 et samedi 11 avril or Monsieur A. ne m'a donné aucun soins en avril 2015 puisqu'il ne me soigne plus du tout depuis mars 2013 à l'exception d'un jour en janvier 2014.*

*Par contre, Madame W. m'a soignée en mars et en avril 2015 et s'est vue refuser le remboursement des séances qu'elle avait réalisées en avril 2015 du fait de la fausse facturation de Monsieur A.*

*Je vous montre la facture de Madame W. datée du 30/04/2015 qui reprend les 7 dates pendant lesquelles elle m'a soignée et qui ont été refusées par la mutuelle, vous faites 1 copie de cette facture et l'annexerez à cette audition.*

*Ces dates sont les suivantes : 01/04/2015-03/04/2015-09/04/2015-15/04/2015-16/04/2015-17/04/2015 et le 20/04/2015.*

*Vous me demandez si ma mutuelle a fait des démarches suite à ce problème, je ne peux vous répondre.*

*Je vous signale que j'ai été opérée le 21 avril 2015 de la main au ... où j'ai reçu des soins de kiné au centre de rééducation de la main de cette clinique dont 5 séances en avril, je craignais que les 5 séances réalisées au centre soient refusées*

*Par Face book, il appris que je me faisais opérer de la main et m'a donc envoyé un message le 22 avril 2015 pour prendre de mes nouvelles au lendemain de l'opération. Le 24 avril 2014 il m'envoie un message à nouveau pour me demander de mes nouvelles et je lui réponds le même jour que je faisais toute ma rééducation à ... ce même jour il me demandait s'il devait clôturer mon dossier et là , je n'ai plus jamais répondu car je me sentais ennuyée d'avoir pris une autre kiné*

*A l'époque je ne savais pas qu'il y avait des problèmes de facturation puisque les faits se sont révélés le 24 juin 2015.*

*Vous me demandez qui prescrivait mes soins kiné durant la période où j'étais soignée par Monsieur A. , je vous réponds : c'est mon médecin traitant, le Dr V. qui signait la prescription rédigée par Monsieur A. que je lui transmettais 1fois par an lors de ma consultation chez le médecin traitant qui indiquait le diagnostic de PCE le nombre de séances à savoir 60 séances et la fréquence des séances à savoir 5 fois semaine*

*A ce propos, Monsieur A. me confiait des prescriptions préparées par lui pour d'autres patients que je ne connaissais pas qui avaient le même médecin traitant que moi afin que je les fasse signer par le Dr V., je trouve ce procédé étrange.*

*Je remettais en main propre ce document à ce Monsieur A. qui l'envoyait lui-même à la mutuelle, je n'ai en effet jamais envoyé de document concernant ma kiné à ma mutuelle.*

*A propos de la prescription de la pathologie lourde pour le renouvellement de l'accord qui m'a été donné du 06/01/2015 au 05/01/2018 que j'ai reçue fin mars 2015 ,je n'ai fait aucune démarche et Madame W. était surprise que mon ancien kiné fasse la démarche du fait que je ne me faisais plus soignée par lui depuis mars 2013 mais nous ne connaissions pas encore à l'époque les problèmes de facturation.*

*J'ai demandé à mon médecin traitant le 25 juin 2015 comment se faisait-il que Monsieur A. facture alors que je ne soumettais plus les prescriptions au Dr V. pour signature et mon médecin traitant m'a répondu que Monsieur A. lui envoyait par courrier mes prescriptions de kiné rédigées à mon nom.*

*Une fois signées, mon médecin traitant renvoyait lui-même ces prescriptions à Monsieur A. sans m'en parler.*

*Vous me demandez comment je procédais pour le paiement, en fait j'ai un statut VIPO, Monsieur A. a toujours appliqué le 1/3 payant et je ne me souviens pas avoir donné de vignettes à aucun moment.*

*Au début, je payais une quote –part en recevant une facture annuelle ou parfois même un simple postit et versais sur son compte bancaire, je n'avais pas de reçu.*

*Mais depuis environ 2011, je ne payais plus cette quote-part.*

*Vous me demandez si j'ai rempli un document de détresse financière, je vous réponds que non, je n'ai jamais rempli ce genre de document.*

*Je n'ai jamais reçu de document de remboursement pour la mutuelle, ce que vous appelez une attestation de soins au nom de Monsieur A. (...)*

*A la question si Monsieur A. se faisait remplacer durant ses vacances, je vous réponds que non, son cabinet était d'ailleurs fermé. (...).»*

Dans un mail daté du 12 octobre 2015, M. A. demande à Madame Y., employée de la mutuelle Solidaris, l'annulation d'attestations tarifées par erreur au nom de Madame U. (Cf pièce 1039) :

*« Faisant suite à notre agréable entretien téléphonique je vous rédige un mail vous demandant d'enlever et retourner les attestations erronément tarifées de MADAME U. ... et ... par courrier.*

*Note ... du 6/10/2015*

*INAMI ... »*

Vu le témoignage de l'assurée qui déclare avoir arrêté les soins de kiné chez M. A. depuis mars 2013 à l'exception d'un seul jour en janvier 2014, le SECM retient à grief toutes les prestations 560652 attestées depuis le 02/01/2014 (cf document E/..., prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE, p.96-106).

Le service n'a pas retenu à grief la prestation attestée le 01/01/2014, dans la mesure où l'assurée a déclaré dans son audition n'avoir reçu qu'une seule prestation et ce en janvier 2014.

La prestation 560711 (rapport écrit pour pathologie lourde en cabinet) n'a pas été non plus retenue à grief.

Le contenu du mail du 12/10/2015 de M. A. demandant l'annulation d'attestations erronément tarifées pour Mme U. pour la période de prestations datées du 24/08/2015 au 02/10/2015 témoigne d'anomalies de facturation du chef de M. A.

Ces prestations datées du 24/08/2015 au 02/10/2015 ne sont pas reprises au PVC du 13/01/2016, étant donné qu'elles n'ont pas été perçues par le concerné.

Le SECM formule donc le grief pour les prestations suivantes échelonnées du 02/01/2014 au 21/08/2015 :

Prestation	Montant(€)	Nb de prest	Montant total (€)
560652	20,59	353	7268,27
Total général		353	7268,27

Le montant de l'indu correspondant aux 353 prestations non effectuées s'élève à **7268,27€**

### 1.4.13 **MONSIEUR Z.** (cf note de synthèse, p. 23)

#### 1.4.13.1 Prestations attestées

Les prestations portées en compte au nom de Monsieur Z. et introduites au remboursement pendant la période du 31/01/2014 au 31/05/2015 (prestations datées du 01/01/2014 au 28/04/2015) (cf annexe au PVC, p.106 à 126) sont :

Prestation	Libellé	Montant (€)	Nbre. prest.	Montant (€)
560711	rapp lourd cab	30,65	1	30,65
561013	lourde dom	20,89	478	9.985,42
Total			479	10.016,07

#### 1.4.13.2 Prestations retenues à grief

Monsieur Z. a déclaré en date du 29/10/2015 (Cf pièces 1089 à 1090):

*« (...) Mon kiné s'appelle Monsieur A. de ... il vient tous les jours à mon domicile à 8 H du matin son prénom est ..., son n° de téléphone est le ....*

*Je fais de la kiné pour mes poumons depuis de nombreuses années et c'est toujours Mr A. qui me soigne, il n'a pas de remplaçant. De toute façon je ne veux pas de remplaçant si un jour il ne vient pas. (...) Il prend ses vacances mais que 3 à 4 jours d'affilée ou un week-end.*

*Il ne vient pas le 1er janvier d'aucune année car je ne suis pas là, je suis chez mes enfants.*

*J'estime qu'il ne vient pas 20 jours par an et c'est souvent les jours fériés ou les dimanches car ce sont les jours où je ne suis pas là car je vais chez mes enfants. (...) »*

Vu le témoignage de l'assuré qui précise que M. A. ne vient pas 20 jours par an (le 1<sup>er</sup> janvier d'aucune année et souvent les jours fériés ou les dimanches lorsqu'il va chez ses enfants) et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief les prestations 561013 attestées les 01/01/2014 et 01/01/2015, de même que les prestations attestées les 18 premiers dimanches de l'année 2014 (cf document E/... p.106-126, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes :

Prestation	Montant(€)	Nb de prest	Montant total (€)
561013	20,89	20	417,80
Total général		20	417,80

Le montant de l'indu correspondant aux 20 prestations non effectuées s'élève à **417,80€**

### 1.4.14 **AA'** (cf note de synthèse, p. 24)

#### 1.4.14.1 Prestations attestées

##### Sur base des ASD

Les 59 prestations portées en compte au nom de M. AA' et introduites au remboursement pendant la période du 03/04/2015 au 26/05/2015 (prestations datées du 23/02/2015 au 14/05/2015) (cf annexe au PVC, p.126-127) sont les suivantes :

Prestation	Libellé	Montant /prestation	Nbre de prest	Montant(€)
563010	liste Fa cab 30'	20,14	59	1188,26
Total général			59	1188,26

#### 1.4.14.2 Prestations retenues à grief

Mme AB' a déclaré en date du 23/09/2015 (Cf pièce 260):

« (...)Nous parlons maintenant de Mr AA' qui est mon cohabitant légal. Je vous dis qu'il est absent pour toute la journée mais je peux vous renseigner sur ses problèmes de santé.

Il a le même médecin traitant que moi et le même kiné. Il n'a pas de gros problème de santé.(...)

Il a été opéré du ménisque droit le 20-02-2015.

Il a ensuite eu de la kinésithérapie, au cabinet, au rythme de une fois par jour pendant 1 sem.

La 2ème sem. c'était 3x par sem ainsi que les semaines suivantes. J'ai tout noté sur mon agenda et je compte le nombre de séances total : 22 séances.

Elles se déroulaient les lundis, mardis et jeudis, jusqu'à la date du 11-05-2015.

En fait la 2è sem, il était prévu qu'il aille tous les jours mais il y a eu deux séances d'annulées et ensuite cela a continué au rythme de 3x/semaine. Le Lundi de Pâques, il n'a pas eu de séance.

Je revérifie, en même temps, ce que j'ai noté pour moi : je vois dans mon agenda : 9 séances dont 1 annulée.

Pour mon conjoint, 22 séances qui se terminent le 11.05.2015.(...) »

Vu le témoignage de la cohabitante légale de M. AA' qui précise que ce dernier, après son intervention au ménisque le 20/02/2015, a reçu un total de 22 séances de kiné au cabinet de M. A. qui se sont terminées le 11/05/2015 à raison de 3 fois par semaine les lundis, mardis, jeudis, excepté la 1<sup>ère</sup> semaine où les séances ont été dispensées au rythme d'une fois par jour et pas le lundi de Pâques, et vu les déclarations de portée générale de M. A., le SECM retient à grief la prestation 563010 attestée le lundi de Pâques, soit le 06/04/2015, de même que toutes les prestations 563010 attestées les mardis et vendredis, excepté durant la 1<sup>ère</sup> semaine de soins (cf document E/..., p.128, prestations mentionnées par le chiffre 1 dans la colonne NE), soit les prestations suivantes échelonnées du 04/03/2015 au 14/05/2015 :

Prestation	Montant/prest	Nbre de prest	Montant(€)
563010	20,14	24	483,36
Total général		24	483,36

## 1.5 Justifications et attitude de M. A.

Aux déclarations de portée générale de M. A. reproduites ci-dessus s'ajoutent celles reprises dans les constats établis lors de conversations téléphoniques avec le concerné en date du 14/01/2016 (Cf pièces 196 à 197) et du 02/02/2016 (Cf pièce 198) dont la teneur est reprise ci-dessous:

« (...) L'an 2016, le 14 janvier

Nous, Madame AC', médecin-inspecteur près le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ayant notre résidence administrative à ..., ayant pour mission de veiller à l'application des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, relatons ce qui suit :

Ce jour aux environs de 10 heures 00, Mr A. nous a contacté téléphoniquement pour nous signaler avoir reçu son procès verbal de constat et une invitation volontaire de remboursement(IRV).

Il nous a déclaré accepter de rembourser l'indu figurant sur l'IRV et compter envoyer un exemplaire signé assez rapidement.

Il nous a par ailleurs fait des remarques concernant plusieurs assurés :

Concernant Madame H., il souhaitait rectifier son audition concernant les dates de soins prodigués depuis plus de 10 ans et non 35 ans date à laquelle il était encore aux études.

Concernant Madame U., il nous a précisé qu'elle ne payait plus de ticket modérateur depuis longtemps et qu'il ne pouvait savoir qu'elle se faisait soigner par 2 kinés en même temps.

Concernant Mr Y., il s'étonnait du nombre de 20 jours retenus à grief par mois, nous avons pu affirmer que le PVC citait non pas 20 jours par mois mais 20 jours par an.

Concernant MrAB' actuellement décédé et pour lequel aucune prestation à grief n'a été retenue mais dont le PVC mentionne la récupération par l'OA de prestations indûment attestées vu l'hospitalisation de l'assuré, Monsieur A. nous a demandé de façon générale comment pouvoir attester une séance kiné faite le matin alors que son patient est hospitalisé l'après-midi, nous avons répondu qu'il pouvait dans ce cas précis attester le soin prodigué

A la question de Monsieur A. sur des conseils de notre part quant à sa pratique, nous avons insisté sur l'importance du respect strict de la réglementation entre autre d'une facturation conforme à la réalité.

A la question de Monsieur A. sur la clôture de son dossier, nous avons rappelé les dispositions de l'article 142§2 de la loi ASSI citée dans l'IRV en sa possession en précisant que le montant à rembourser est supérieur à 3000 euros et en l'invitant à consulter la brochure missions et procédures sur le site de l'INAMI à la rubrique dispensateurs. (...) »

« (...) L'an 2016, le 02 février

Nous, Madame AC', médecin-inspecteur près le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ayant notre résidence administrative à ..., ayant pour mission de veiller à l'application des dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, relatons ce qui suit :

Ce jour, aux environs de 15 heures 00, Mr A. nous a contacté téléphoniquement pour nous rappeler qu'il acceptait de rembourser dans les délais prévus l'indu figurant sur l'invitation volontaire de remboursement (IRV) et pour s'assurer qu'il devait simplement nous envoyer un exemplaire signé, ce que nous avons confirmé.

Il nous a également signalé ne pas avoir de remarques particulières à énoncer sur le contenu du constat et le calcul de l'indu rendant donc inutile l'audition prévue de commun accord le 05/02/2016.

Il nous a par ailleurs affirmé avoir consulté la brochure « missions et procédures » sur le site de l'INAMI. (...) »

## 1.6 Conclusion pour le grief unique.

Le grief concerne 13 bénéficiaires et les prestations suivantes :

prestation	Nbre de prest	Indu(€)
560011	10	198,70
560055	84	782,79
560313	13	250,58
560350	89	807,09
560652	555	11.416,69
561013	57	1.153,07
563010	24	483,36
563916	39	787,08
564270	13	231,53
<b>Total général</b>	<b>884</b>	<b>16.110,89</b>

Sur base de données authentifiées, il se ventile comme suit :

Prestation	Nombre de prest.	Montant (€)
560313	1	15,50
560350	30	254,76
560652	515	10.603,85
561013	57	1153,07
<b>Total général</b>	<b>603</b>	<b>12.027,18</b>

Prestation	Montant/Prest(€)	Nbre. prest.	Indu(€)
------------	------------------	--------------	---------

Prestation	Montant/Prest(€)	Nbre. prest.	Indu(€)
560313	15,50	1	15,50
560350	7,13	12	85,56
	9,40	18	169,20
560652	20,59	515	10.603,85
561013	18,20	14	254,80
	20,89	43	898,27
<b>Total général</b>		<b>603</b>	<b>12.027,18</b>

Cas	Assurés	Prestation	Montant euro	Nombre de prestations.	Indu(€)
1	MADAME B.	560350	7,13	4	28,52
2	MONSIEUR C.	561013	18,20	14	254,80
3	MADAME E.	560350	9,40	9	84,60
4	MADAME J.	560313	15,50	1	15,50
		560350	7,13	8	57,04
5	MADAME O.	560652	20,59	198	4.076,82
		561013	20,89	23	480,47
6	Monsieur F.	560350	9,40	9	84,60
7	MADAME U.	560652	20,59	317	6.527,03
8	MONSIEUR Z.	561013	20,89	20	417,80
	<b>Total général</b>			<b>603</b>	<b>12.027,18</b>

Sur base des ASD, il se ventile comme suit :

prestation	Nbre de prest	Indu(€)
560011	10	198,70
560055	84	782,79
560313	12	235,08
560350	59	552,33
560652	40	812,84
563010	24	483,36
563916	39	787,08
564270	13	231,53
<b>Total général</b>	<b>281</b>	<b>4083,71</b>

Prestation	Montant/Prest(€)	Nbre de prest	Indu(€)
560011	19,87	10	198,7
560055	7,4	3	22,2
	9,39	81	760,59
560313	19,59	12	235,08
560350	7,13	1	7,13
	9,4	58	545,2
560652	17,9	4	71,6
	20,59	36	741,24
563010	20,14	24	483,36
563916	17,08	3	51,24
	20,44	36	735,84
564270	17,81	13	231,53
<b>Total général</b>		<b>281</b>	<b>4083,71</b>

Cas	Assurés	prestation	Montant/Prest(€)	Nbre de prest	Indu(€)
1	MADAME H.	560011	19,87	10	198,70
		560055	9,39	81	760,59
		560313	19,59	12	235,08
		560350	9,40	58	545,20
		563916	20,44	36	735,84
		564270	17,81	13	231,53
2	MADAME L.	560055	7,40	1	7,40
		560350	7,13	1	7,13
		563916	17,08	3	51,24
3	MONSIEUR M.	560055	7,40	2	14,80
4	MADAME N.	560652	17,90	4	71,60
5	MADAME U.	560652	20,59	36	741,24
6	AA'	563010	20,14	24	483,36
	<b>Total général</b>			<b>281</b>	<b>4083,71</b>

Le grief est formulé pour 13 bénéficiaires et 884 prestations non effectuées, à savoir : 10 x 560011; 84 x 560055; 13 x 560313 ; 89 x 560350 ; 555 x 560652 ; 57 x 561013 ; 24 x

563010 ; 39 x 563916 ; 13 x 564270, à concurrence d'un indu total pour le grief de **16.110,89€**

Pour ce grief unique, l'indu total a été évalué à 16.110,98 €.

Monsieur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 09/03/2016.

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Sur le bien fondé du grief**

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du manquement sont réunis et prouvés au regard :

- des déclarations des assurés et/ou de leurs proches ;
- des déclarations de Monsieur A., lui-même :
  - o lors de son audition du 27/11/2015 ;
  - o lors de son appel téléphonique au Service provincial du SECM le 14/01/2016, au cours duquel il a fait part de son intention de rembourser volontairement l'indu ;
  - o lors de son appel téléphonique au Service provincial du SECM le 02/02/2016 au cours duquel il a indiqué n'avoir aucune remarque concernant le contenu du PVC et le calcul de l'indu.

Dans ses moyens de défense en date du 02/08/2016 et reçus le 03/08/2016, Monsieur A. :

- souligne avoir remboursé l'indu suivant le délai fixé par l'IRV.
- dit que ce contrôle l'a fait « grandir administrativement et humainement ».
- fait état de l'accord avec le médecin inspecteur sur les congés annuels.
- reprend ensuite chaque assuré pour donner des explications (et ne pas faire un plaidoyer) :
  - il ne conteste pas le non effectué relatif aux vacances (Madame B., Monsieur C., Madame E., Madame H., Monsieur M., Madame N., Monsieur F.) ;
  - pour certains assurés (Mme H. – M. AA'), il maintient les avoir visités les jours pour lesquels il a attesté des prestations (sauf un jour pour M. AA').
  - pour les prestations attestées alors que l'assurée déclare ne plus avoir reçu de prestations de ce dispensateur (Madame U.) ou avoir bénéficié de moins de prestations que ce qu'il indique : M. A. reconnaît mais dans une proportion moindre que celle indiquée par l'assurée. Il n'indique néanmoins pas combien de prestations il aurait réalisées.
- dit suivre scrupuleusement les prescriptions réglementaires de l'INAMI.
- fait part de ses difficultés rencontrées avec le ticket modérateur.
- dit enfin que le contrôle dont il a fait l'objet lui a été bénéfique.

...

Si M. A. donne parfois l'impression de revenir sur les faits consignés dans la note de synthèse, il faut noter qu'il ne revient pas sur les dates de ses périodes de congés et qu'il indique lui-même que son courrier ne doit pas être considéré comme un plaidoyer mais comme une explication, de sorte qu'il ne remet pas en cause le procès-verbal de constat qui lui a été notifié.

Au regard des éléments recueillis pendant l'enquête et de la reconnaissance du grief par Monsieur A., le grief unique de prestations non effectuées est établi.

## **2.2. Quant à l'indu**

Le grief soulevé dans le cadre du présent dossier a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 16.110,89 € (pour un total de 884 prestations non effectuées concernant 13 assurés).

Un formulaire d'invitation au remboursement volontaire a été envoyé par recommandé à M. A. le 13/01/2016.

Le 22/02/2016, M. A. a signé ce document et l'a retourné au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Il y a lieu :

- d'ordonner que M. A. rembourse l'indu, en application de l'art. 142, §1<sup>er</sup>, 1° de la loi ASSI, soit la somme de 16.110,89 €.
- de constater que le 09/03/2016, M. A. a remboursé la totalité de l'indu.

## **2.3. Quant à l'amende**

### **1.1.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative**

Les mesures prévues à l'article 142, §1<sup>er</sup>, 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir pour le grief unique (prestations non effectuées) : 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<sup>er</sup>, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

### **1.1.2. Quant à l'amende administrative**

**L'attestation de 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.

En attestant des prestations alors qu'il ne les avait pas réalisées, Monsieur A. a méconnu les obligations qui lui incombaient en sa qualité de dispensateur de soins et n'a pas fait preuve de professionnalisme.

Compte tenu du nombre très important de prestations non effectuées attestées par Monsieur A. (884 prestations), de la longueur de la période concernée (introduction aux organismes assureurs de janvier 2014 à août 2015), du caractère élevé de l'indu en cause (16.110,89 €), de l'expérience de Monsieur A. et de la clarté de la nomenclature, Monsieur A. a clairement spolié les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie l'application d'une sanction assez haute.

Il est donc justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A. au titre du grief unique une amende administrative de 150% du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 24.166,33 € (indu de 16.110,89 €).

Toutefois, l'article 157, §1<sup>er</sup> de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut accorder un sursis partiel ou total de l'exécution de sa décision infligeant une amende administrative au dispensateur de soins.

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Monsieur A., au titre du grief unique, une amende administrative de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 24.166,33 €, dont 100% en amende effective (soit 16.110,89 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 8.055,44 €).

**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 unique établi ;
- Condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 16.110,89 € et constate que la totalité de l'indu a été remboursée en date du 9 mars 2016;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 24.166,33 €, dont 100% en amende effective (soit 16.110,89 €) et 50% en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 8.055,44 €).
- 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 19/10/2016

Le Fonctionnaire – dirigeant,  
Dr Bernard HEPP  
Médecin-directeur général