

**DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 12 JANVIER 2012**  
**Numéro de rôle : FB-015-07 et FB-011-07**

**Madame A.**

Médecin - spécialiste en médecine physique ou physiothérapie  
Partie appelante,  
Comparaissant par Maîtres B. ET C., avocats

**CONTRE :**

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI)**  
**SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**, établissement public,

Dont le siège est établi avenue de Tervueren, n° 211 à 1150 Bruxelles ;

Partie intimée,  
Comparaissant par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur et Monsieur E.,  
conseiller.

**AINSI QUE :**

**Monsieur F.**

Médecin - spécialiste en médecine physique ou physiothérapie  
Partie appelante, comparaissant par Maître G.

**CONTRE :**

**L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI)**  
**SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**, établissement public,

Dont le siège est établi avenue de Tervueren, n° 211 à 1150 Bruxelles ;

Partie intimée,  
Comparaissant par le Docteur D., médecin-inspecteur directeur et Monsieur E.,  
conseiller.

**II. La recevabilité**

Par sa décision du 1<sup>er</sup> avril 2010, la présente Chambre avait décidé que le recours introduit par Madame A. contre la décision du 11 mai 2007 du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux était recevable.

La décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du 11 mai 2007 concernant le Docteur F. a été notifiée le 4 juillet 2007. L'appel contre cette décision ayant été reçu au secrétariat le 13 juillet 2007, il est recevable.

**II. Les faits et la procédure**

**1.**

Madame A. travaille en qualité de médecin spécialiste en médecine physique et physiothérapie à l'Hôpital H. à ..., à raison de 4 demi-journées par semaine, depuis septembre 1998. Madame A. est rémunérée sur base d'un pourcentage sur ses

consultations et ses actes techniques mais ne perçoit aucune rétribution sur les traitements physiothérapeuthiques ou kinésithérapiques.

Madame A. n'est pas liée contractuellement à l'hôpital. Elle intervient à l'hôpital à la demande du Docteur F. qui gère le service de physiothérapie.

Il est reproché à Madame A., médecin spécialiste en médecine physique et physiothérapie,

**1°.** D'avoir entre le 29 décembre 1998 et le 23 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne répondant pas aux exigences de durée moyenne de traitement et/ou du nombre de techniques appliquées, reprises au libellé des prestations 558810-558821 K30 et 558832- 558843 K60 de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 17 cas d'assurés pour 113 prestations à concurrence d'un indu de 170.132 francs.

**2°.** D'avoir, entre le 29 décembre 1998 et le 29 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la présence physique de l'article 1, § 4bis, II, B, 1, c), de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 24 cas d'assurés pour 273 prestations à concurrence d'un indu de 445.109 francs.

**3°.** D'avoir, entre le 21 octobre 1998 et le 29 février 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre les prestations diagnostiques et thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 22, I et 23, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 38 prestations à concurrence d'un indu de 35.611 francs.

**4°.** D'avoir, entre le 14 décembre 1999 et le 18 juillet 2001, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la condition de lieu de l'article 23, § 6, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 208 cas d'assurés, pour 934 et 477 prestations à concurrence d'un indu de 2.128.617 francs.

**5°.** D'avoir, entre le 2 janvier 2001 et le 27 février 2002, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre consultations et prestations thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 15 cas d'assurés pour 15 prestations à concurrence d'un indu de 11.214 francs.

Par sa décision du 11 mai 2007, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a déclaré les griefs établis et condamné Madame A. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 63.481,91 €.

## **2.**

Monsieur F. travaille en qualité de chef du service de médecine physique à l'hôpital H. à ... depuis 1989.

Il est reproché au Docteur F. :

**1°.** D'avoir, entre le 30 décembre 1998 et le 24 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne répondant pas aux exigences de durée moyenne de traitement et/ou du nombre de techniques appliquées, reprises au libellé des prestations 558810-558821 K30 et 558832- 558843 K60 de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 20 cas d'assurés sociaux, pour 209 prestations, à concurrence d'un indu de 334.695 francs.

**2°.** D'avoir, entre le 23 novembre 1998 et le 26 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la présence physique de l'article 1, § 4bis, II, B, 1, c), de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 26 cas d'assurés pour 467 prestations à concurrence d'un indu de 824.238 francs.

**3°.** D'avoir, entre le 14 octobre 1989 et le 21 avril 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre les prestations diagnostiques et thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 22, I et 23, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 73 prestations à concurrence d'un indu de 114.732 francs.

**4°.** D'avoir, entre le 5 janvier 2000 et le 6 juillet 2001, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la condition de lieu de l'article 23, § 6, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 204 cas d'assurés, pour 1.231 prestations à concurrence d'un indu de 2.503.071 francs.

**5°.** D'avoir, entre le 3 janvier 2001 et le 27 février 2002, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre consultations et prestations thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 32 cas d'assurés pour 46 prestations à concurrence d'un indu de 16.725 francs.

**6°.** D'avoir permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non effectuées.

Cette infraction concerne un cas d'assuré social pour 2 prestations, à concurrence d'un indu de 3.593 francs.

Par sa décision du 11 mai 2007, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a déclaré les griefs établis et condamné Monsieur F. à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 84.101,22 €.

**3.**

Par sa décision du 1<sup>er</sup> avril 2010 en la cause concernant le Docteur A., la présente Chambre de recours avait :

- ordonné la jonction de la présente affaire avec celle du Docteur F. et dit que les litiges ainsi joints seront plaidés à la même audience,
- invité les parties à préciser les cas retenus à griefs en ce qui concerne le premier grief repris dans le dossier du Docteur A.,
- invité les parties à s'expliquer et à conclure, documents à l'appui s'il échet, quant à l'étendue du mandat donné par le Docteur A. au Docteur F. et quant aux documents, établis, contrôlés, vérifiés, paraphés ou signés par le Docteur A. et remis, soit aux patients, soit au service, soit à l'hôpital en vue de facturations et/ou de remboursements,
- invité l'INAMI à produire une traduction en français de toutes les auditions reprises en langue allemande,
- invité l'INAMI à produire les procès-verbaux reprenant les déclarations du Docteur F. ainsi que le procès-verbal établi le 16 février 2001 reprenant les entretiens du Docteur I. et d'un kinésithérapeute.

**III. Positions des parties en appel**

En appel, Madame A. fait valoir :

- que la motivation de la décision dont appel n'est pas adéquate,
- qu'elle n'a pu faire valoir utilement ses droits de défense,
- que le délai raisonnable est dépassé,
- que les auditions des assurés ne sont pas complètes et que les déclarations des assurés ne sont pas fiables,
- que la présence physique du médecin n'est pas requise durant les traitements,
- qu'elle n'est pas responsable du paiement des cumuls interdits et n'a nullement profité de ces faits,
- que la législation n'interdit pas que des prestations soient effectuées en dehors du service de médecine physique.

L'INAMI fait valoir :

- que la motivation de la décision dont appel est suffisante,
- que le délai est raisonnable ainsi que les droits de la défense ont été respectés et que le remboursement de l'indu ne constitue pas une peine,
- que les auditions des assurés sont fiables et que les griefs se fondent sur les auditions de 32 assurés et d'autres personnes,

- que tous les témoignages ne sont pas retenus pour tous les griefs,
- que lors de certaines séances de prestations, la présence physique du médecin est requise et que la règle interprétative et la disposition législative, non applicables à l'époque des faits, ne concernent pas le cas d'espèce,
- que les cumuls ont été faits au nom de Madame A. par son mandataire,
- que des traitements n'ont pas eu lieu au service de physiothérapie,
- que l'article 164 visant la solidarité n'est pas applicable en l'espèce.

Le Docteur F. fait valoir :

- que la décision dont appel n'est pas correctement motivée,
- que la Chambre de recours n'est pas un organe juridictionnel indépendant au sens de l'article 6, § 1<sup>er</sup>, de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEHD),
- qu'il n'a pu utilement faire valoir ses droits de défense, que l'enquête n'a pas été menée de manière impartiale et qu'il n'a pu recevoir une copie de son dossier,
- que le délai raisonnable est dépassé,
- que l'action en remboursement de la valeur des prestations indues est prescrite,
- que les auditions des assurés ne sont pas complètes et que les déclarations des assurés ne sont pas fiables,
- que la présence physique du médecin n'est pas requise durant les traitements,
- que le grief 3 est reconnu,
- que l'ensemble de l'hôpital représente les activités du service de physiothérapie,
- que les griefs 5 et 6 ne sont pas contestés,
- qu'il n'existait pas de mandat entre lui et le Docteur A..

L'INAMI fait valoir :

- que la décision du Comité est suffisamment motivée,
- que les droits de la défense ont été respectés,
- que la récupération de l'indu n'est pas une mesure répressive,
- que les Chambres de recours sont des juridictions administratives,
- qu'il était loisible au Docteur F. de venir consulter son dossier ou prendre copie de celui-ci,
- que le délai est raisonnable,
- que la prescription n'est pas acquise,

- que les déclarations des assurés sociaux sont concordantes et fiables,
- que le Docteur F. disposait d'un mandat.

#### **IV. Discussion**

##### **I. En ce qui concerne le Docteur F.**

###### La décision du Comité

En vertu de la loi du 21 juillet 1991, les actes administratifs doivent être motivés, c'est-à-dire qu'ils doivent indiquer les considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Cette motivation doit, notamment, permettre à l'administré de comprendre les raisons qui ont conduit l'administration à prendre sa décision et d'envisager de la contester si les raisons invoquées ne lui paraissent pas pertinentes.

En l'espèce qui concerne la réalité des griefs, la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux reprend : *"Les justifications et explications fournies lors de l'audition de monsieur F. et de son avocat ne remettent sérieusement pas en cause la matérialité des faits. Que le comité considère que les faits sont suffisamment établis, qu'ils ne sont pas sérieusement contestés et que les justifications apportées ne sont pas de nature à mettre à néant les griefs formulés."*

La décision du Comité ne précise nullement en quoi les faits ne sont pas sérieusement contestés et pourquoi les justifications apportées ne sont pas de nature à mettre à néant les griefs formulés. L'administré ne saurait au vu de cette décision comprendre pour quelles raisons la décision a été prise et cette décision n'est dès lors pas correctement motivée. Pour cette raison elle doit être annulée.

###### Organe juridictionnel indépendant

Le Docteur F. considère que la présente Chambre de recours n'est pas un organe juridictionnel indépendant.

Il est exact qu'un administré doit pouvoir contester une décision de l'administration qui touche à ses droits patrimoniaux et civils devant un organe juridictionnel indépendant, doté de la plénitude de juridiction et offrant les garanties prévues à l'article 6, § 1<sup>er</sup> de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Le Docteur F. ne précise pas en quoi la présente Chambre de recours ne serait pas un organe juridictionnel indépendant. A cet égard, la présente Chambre précise qu'elle a été instaurée par la loi et est composée de membres indépendants qui ne dépendent pas de l'administration et qui, dans l'appréciation des causes présentées, doivent se conformer à la réglementation applicable.

Il a été d'autre part jugé, à plusieurs reprises, que la Chambre de recours, juridiction administrative, et les anciennes Commissions d'appel, remplacées par les Chambres de recours, étaient bien des juridictions indépendantes et impartiales et que la loi avait organisé l'indépendance et l'impartialité des membres de la Chambre de recours (Cf. arrêts du Conseil d'Etat du 29 novembre 2010 et 16 février 2011, n° 209.282 et 211.299).

###### Violation du principe de la défense

###### **1.**

Le Docteur F. fait valoir qu'il n'a pas pu faire valoir utilement ses droits de défense, particulièrement au cours de l'enquête. En effet, il considère qu'il n'a été mis au courant des résultats des témoignages qu'en phase finale de la procédure, soit le 1<sup>er</sup> décembre 2006. Il fait valoir qu'il n'a pas eu la possibilité de faire entendre des témoins, soit pendant l'enquête, soit après la communication de l'acte d'accusation, soit devant la juridiction amenée à trancher son cas.

La présente chambre relève que le Docteur F. fut entendu le 19 octobre 2000, le 23 novembre 2000, le 18 janvier 2001, le 17 mai 2001. A ces occasions, il a pris connaissance des auditions des patients et pu faire valoir ses remarques. Il a également pu demander l'audition de certaines personnes et faire valoir ses remarques après l'envoi des procès-verbaux de constat. La présente Chambre relève d'autre part qu'en termes de conclusions, il sollicite de nouvelles enquêtes et l'audition de témoins ce qui démontre bien qu'il n'est pas impossible de solliciter l'audition de témoins.

Quant à ce, aucune violation des droits de la défense ne peut être retenue.

## 2.

Le Docteur F. considère que l'enquête a été mal conduite, en sorte que les auditions des assurés sociaux ne sont pas fiables. Il appartiendra à la présente Chambre d'apprécier la fiabilité et l'exactitude des témoignages produits, notamment en ce qui concerne la nature des soins prodigués, la durée de ceux-ci et les personnes rencontrées à ces occasions.

Le Docteur F. relève que : *"On peut constater que les informations obtenues ont été soutirées par des procédés peu loyaux, en tout cas hors de la contradiction du concluant."* Le Docteur F. ne précise pas comment les informations obtenues ont été soutirées et les procédés peu loyaux utilisés. Aucun élément du dossier n'établit l'usage de procédés déloyaux et les personnes entendues ont pu relire et signer leurs déclarations. Enfin, le fait que les auditions se soient effectuées en dehors de la présence du Docteur F. n'entraîne nullement l'irrecevabilité de la procédure, les inspecteurs ayant légalement le droit d'entendre des témoins en dehors de la personne du Docteur F.. Le Docteur F. demeure toutefois en droit de contester l'exactitude et/ou la pertinence des témoignages recueillis.

Quant à ce, aucune violation des droits de la défense ne peut être retenue.

## 3.

La présente Chambre relève que dans son courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2006, l'INAMI avait informé le Docteur F. qu'il pouvait consulter son dossier, ce qu'il a fait du reste par l'envoi d'un mandataire. Ce mandataire a demandé et obtenu les copies des pièces demandées. Il résulte de ces éléments que le Docteur F. pouvait consulter son dossier et qu'il pouvait prendre copie de celui-ci. Aucun élément du dossier n'établit qu'une copie de ce dossier lui fut refusée ou qu'il ne fut pas fait droit à une demande de copie de dossier.

Aucune violation du droit de la défense n'est établi quant à ce.

### Le délai raisonnable

Le Docteur F. souligne le délai important entre la fin de l'enquête et la saisine du Comité et fait valoir que la procédure ultérieure n'a pas été menée avec diligence.

Le dernier procès-verbal de constat date du 31 janvier 2003. La période examinée s'étend du 14 octobre 1998 au 27 février 2002. L'enquête a exigé l'audition de

plusieurs témoins, l'audition, à plusieurs reprises, du Docteur F. et la réception de renseignements et de documents de la part de services hospitaliers et de mutuelles. Le Comité fut saisi du cas du Docteur F. le 1<sup>er</sup> décembre 2006. Un délai de deux ans et 10 mois s'est écoulé entre le dernier procès-verbal de constat et la saisine du Comité. Ce délai est long mais est justifié, en partie, par la note de synthèse rédigée par l'INAMI. Ce délai concerne d'autre part la durée de l'information et de l'instruction du dossier et non pas une phase juridictionnelle.

A partir de la saisine du Comité, la présente Chambre considère que la procédure s'est poursuivie régulièrement et sans délai imputable à l'INAMI. En effet, invité à plusieurs reprises à mettre son dossier en état, ce ne sera que plus de trois ans après l'introduction de son recours devant la présente Chambre et plus de 2 ans après l'introduction de son appel que le Docteur F. conclura pour la première fois. Les délais sont imputables exclusivement à la partie appelante dans cette phase de la procédure.

En tout état de cause le délai ne pourra avoir une influence que sur hauteur des pénalités et que sur la mise en péril des droits de la défense mais non sur la recevabilité des poursuites. Il ne peut avoir d'influence sur les demandes de réparation au cas où les griefs seraient reconnus établis.

#### La prescription

Le Docteur F. considère que la demande de remboursement est prescrite car il a été poursuivi devant le Comité plus de deux ans à compter de la date à laquelle les organismes assureurs ont reçu les documents relatifs aux faits litigieux. Avec raison, l'INAMI fait valoir que la mesure de prescription invoquée par le Docteur F. n'est pas applicable en l'espèce. En effet, la norme légale a été modifiée par la loi du 24 décembre 2002 et, à l'époque, la prescription de deux ans invoquée ne commençait à courir qu'à partir d'une décision définitive de la chambre restreinte ou des commissions d'appel, organes aujourd'hui disparus.

En vertu de l'article 174, alinéa 4, actuellement applicable de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, pour les faits soumis aux Chambres de recours notamment la prescription de deux ans court à partir du moment où intervient une décision définitive de la Chambre de recours.

La prescription n'est pas atteinte.

#### Le premier grief

Il est reproché au Docteur F.

1°. D'avoir, entre le 30 décembre 1998 et le 24 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne répondant pas aux exigences de durée moyenne de traitement et/ou du nombre de techniques appliquées, reprises au libellé des prestations 558810-558821 K30 et 558832- 558843 K60 de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 20 cas d'assurés sociaux, pour 209 prestations, à concurrence d'un indu de 334.695 francs.

La présente Chambre relève que les déclarations de l'assuré social J. sont contradictoires.

La présente Chambre relève aussi que les déclarations des témoins ne sont pas toujours précises, soit en ce qui concerne les soins donnés, soit en ce qui concerne la durée de ceux-ci. En effet, certains assurés sociaux ont omis dans un premier temps de parler de l'ergothérapie.

Il est exact également que la Chambre ignore les questions précises qui ont été posées aux assurés sociaux et elle ne saurait dès lors déterminer avec précision à quel objet la réponse des patients est destinée.

Il n'est pas contesté que les assurés sociaux ont fait des déclarations sincères. Ce n'est pas pour autant qu'elles sont complètes et conformes à la réalité. En effet, certaines fiches de soins sont paraphées par les kinésithérapeutes, ce qui tend à établir que le traitement prescrit a été effectué.

En ce qui concerne la durée des soins, les déclarations des assurés sociaux sont contestées, le Docteur F. expliquant que, soit les patients omettaient certains soins, soit avaient une notion inexacte de la durée de ceux-ci. Il admet ne pas avoir vérifié personnellement la durée des soins pour tous les patients mais fait valoir qu'en cas d'usage de l'appareil "kinetec" pour de nombreux cas, la durée des soins était certainement conforme à la législation.

La présente Chambre relève que la durée de l'usage du "kinetec" est très variable pour les différents assurés sociaux entendus et va d'une demi-heure à trois heures par jour.

La présente chambre relève aussi que pour un même type d'opération, la nature des soins donnés n'est pas toujours la même selon les déclarations des patients, notamment en ce qui concerne l'électrothérapie et l'ergothérapie. La présente Chambre relève en outre que les assurés sociaux ne sont certainement pas tous à même de préciser ou de distinguer la nature des soins prodigués; soit ergothérapie, électrothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèse.

Le grief repose en grande partie sur les déclarations des assurés sociaux. Lors de son audition, au cours de l'enquête administrative, le Docteur F. avait invité les médecins inspecteurs à interroger les kinésithérapeutes de son service qui auraient pu préciser, confirmer, infirmer les soins donnés et la durée de ceux-ci, ces kinésithérapeutes ayant effectué les soins. Il avait également sollicité une nouvelle audition de certains assurés sociaux. Cette demande ne fut pas suivie. La présente Chambre considère que la confrontation des déclarations des patients avec celles des kinésithérapeutes ayant donné les soins aurait pu permettre d'avoir une idée plus précise sur la durée et la nature des soins prodigués. A défaut des déclarations des personnes ayant prodigué les soins, un doute persiste quant à la réalité de ce grief, doute qui doit bénéficier au Docteur F.

Vu l'écoulement du temps, la présente Chambre considère qu'il serait inutile de procéder à l'audition des patients ayant été suivis ou des kinés ayant pratiqué les soins. En effet, aucune précision fiable ne pourrait être donnée actuellement quant à la durée des traitements et quant aux techniques utilisées.

La présente Chambre considère que ce grief n'est pas établi à suffisance.

#### Le deuxième grief

##### **1.**

Il est reproché au Docteur F. d'avoir, entre le 23 novembre 1998 et le 26 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de

santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la présence physique de l'article 1, § 4bis, II, B, 1, c), de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 26 cas d'assurés pour 467 prestations à concurrence d'un indu de 824.238 francs.

Une partie technique de l'exécution de ces prestations peut être confiée à des auxiliaires qualifiés, sous la réserve expresse que le médecin puisse intervenir immédiatement en cas de besoin. En vertu de l'article 1, § 4bis, II, B, 1, c), de la NPS, à l'occasion de chaque séance des prestations n° 558810-558821 et 558832-558843, le médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou en rééducation fonctionnelle doit se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement.

La Chambre précise qu'au vu du texte réglementaire tel que repris ci-dessus il faut considérer qu'à l'occasion de chaque séance des prestations en cause, le médecin spécialiste doit pour chaque patient se rendre compte personnellement de l'évolution du traitement.

## 2.

Par se "rendre compte personnellement de l'évolution du traitement", la Chambre considère que la réglementation a considéré que le médecin spécialiste ne pouvait confier cette mission à quelqu'un d'autre n'étant pas médecin spécialiste.

La Chambre de recours précise qu'elle considère donc que la présence physique du médecin spécialiste, soit dans le service de physiothérapie durant le traitement est indispensable si le traitement se déroule dans le service de physiothérapie, soit dans le service où est hospitalisé le patient si le traitement se déroule dans le service où est hospitalisé le patient. Cela n'implique pas toutefois que le médecin spécialiste doive avoir un contact particulier avec le patient lors de chaque séance des prestations en cause, la réglementation ne précisant pas comment il doit se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement. La présente Chambre considère que le médecin spécialiste peut se rendre compte personnellement de l'évolution du traitement chez un patient, certes soit en examinant personnellement le patient mais aussi en analysant les comptes rendus, oraux ou écrits, faits par les kinés à l'occasion des soins donnés, soit en surveillant les soins donnés.

La présente chambre relève d'autre part que les règles d'interprétation de la fonction de coordination ne sont pas applicables dans le cas d'espèce. En effet, ces règles précisent la fonction de coordination et non pas le suivi personnel d'un cas par un médecin spécialiste. En outre, il ne s'agit nullement d'une loi interprétative dès lors que la règle décide d'une date d'entrée en vigueur différente de la date d'entrée en vigueur de la norme à interpréter.

## 3.

Il résulte des déclarations du Docteur K., du Docteur F. et du Docteur L., que pour les patients hospitalisés en salle de chirurgie ou en salle de gériatrie il peut être admis que ces patients recevaient une fois la visite d'un médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou en rééducation fonctionnelle, soit le jour de l'opération, soit le lendemain. En effet, les notes reprises au dossier des patients et établies *in tempore non suspecto* révèlent fréquemment le passage, à une reprise, d'un médecin spécialiste en physiothérapie.

Par contre, au vu des déclarations des patients et des déclarations mêmes du Docteur F., il est établi que le médecin ne pouvait pas intervenir immédiatement en cas de besoin et que le médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou en rééducation fonctionnelle ne pouvait se rendre compte, à l'occasion de chaque séance de prestations n° 558810-558821 et 558832-558843, personnellement et individuellement de l'évolution du traitement.

En effet, les locaux des médecins spécialistes en physiothérapie ne se trouvent pas en salle de chirurgie ou gériatrie ou près de ceux-ci. Il en résulte que les médecins spécialistes ne pouvaient intervenir immédiatement en cas de besoin.

En outre Le Docteur F. déclare : *"Pour les patients hospitalisés recevant de la physiothérapie, le suivi est assuré soit quotidiennement par information avec le kinésithérapeute (chef de service ou kiné en salle), soit lors de réunion hebdomadaire reprenant l'ensemble du service."* Le Docteur L., assistante du Docteur F. a déclaré le 12 octobre 2000 : *"Je passais régulièrement deux à trois fois en salle de soins (chirurgie et gériatrie). Je saluais les patients sans les examiner, sauf s'il y avait une demande spécifique du kiné."* Il importe de préciser que le Docteur L. n'était présent à l'hôpital que trois demi-journées par semaine. Il résulte de ces déclarations que les médecins spécialistes ne pouvaient se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement à l'occasion de chaque séance des prestations incriminées et ce, soit parce qu'ils ne suivaient pas tous les jours l'évolution des cas en traitement, soit parce qu'ils ne pouvaient suivre l'évolution de ces traitements quotidiennement, soit parce qu'ils n'étaient pas présents dans les locaux où se donnaient les soins.

Le grief, pour les patients hospitalisés est donc établi sur base des déclarations mêmes des médecins entendus et l'écoulement du temps n'a pu nuire au droit de la défense.

#### 4.

La présente Chambre relève que la situation était autre pour les patients ambulatoires suivant leur traitement dans les locaux du service de physiothérapie. Dans ce service se trouvent également les cabinets de consultation des physiothérapeutes et les locaux où sont réalisés les examens techniques. En effet, il résulte des déclarations des patients qu'ils ont vu les physiothérapeutes passer dans le service et parfois les interroger. Certains précisent qu'en cas de problème il pouvait être fait appel à un physiothérapeute. Un patient affirme avoir constaté qu'un kiné parlait de cas de patients avec un médecin physiothérapeute. Le fait que les médecins spécialistes ne rencontraient pas les patients à l'occasion de chaque séance n'énerve nullement le fait que ces médecins pouvaient se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement, soit par les rapports oraux ou verbaux rendus par les kinés, soit par leurs constatations personnelles.

Le grief n'est pas établi pour les patients ambulatoires.

Au vu de ces éléments, la présente Chambre considère que le grief est établi pour les patients hospitalisés mais n'est pas établi pour les patients ambulatoires.

#### Le troisième grief

Il est reproché au Docteur F. d'avoir, entre le 14 octobre 1989 et le 21 avril 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre les prestations diagnostiques et les prestations thérapeutiques,

explicitées dans les dispositions de l'article 22, I et 23, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 73 prestations à concurrence d'un indu de 114.732 francs. Ce grief n'est pas contesté et le Docteur F. explique que l'erreur provient de l'organisation administrative de l'hôpital. En effet, les traitements sont encodés et facturés par l'hôpital en fonction des prestations réalisées par les kinésithérapeutes et le nom du médecin inscrit sur le listing des prestations était celui d'un des médecins présents le jour où les prestations étaient réalisées. C'est l'hôpital qui facturait ces prestations aux mutuelles. Par contre, en ce qui concerne les prestations diagnostiques et les actes techniques, chaque médecin spécialiste renseignait ses prestations au secrétariat du service de physiothérapie géré par le Docteur F. et c'est ce secrétariat qui établissait la facturation. Il en résulte qu'en l'absence d'une coordination parfaite entre les services de facturation de l'hôpital et le service de facturation du service de physiothérapie des cumuls prohibés par la loi se sont produits. Cette organisation n'énerve nullement le fait que le Docteur F. a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations qui ne pouvaient être cumulées.

En tant que chef de service, il se devait de veiller à une correcte facturation de tous les actes posés dans son service.

Le grief est établi.

#### Le quatrième grief

Il est reproché au Docteur F. d'avoir, entre le 5 janvier 2000 et le 6 juillet 2001, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la condition de lieu de l'article 23, § 6, de la nomenclature des prestations de santé. Cette infraction concerne 204 cas d'assurés, pour 1.231 prestations à concurrence d'un indu de 2.503.071 francs.

En vertu de l'article 23, § 6, de la nomenclature, afin de pouvoir être remboursées, les prestations n° 558810-558821 et 558832-558843 doivent être effectuées dans un service de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle où sont représentées, en plus du médecin en médecine physique ou en physiothérapie ou du médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle, au moins trois des disciplines médicales suivantes (kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie, thermothérapie), qui collabore avec un ou plusieurs services hospitaliers aigus et uniquement à l'occasion du traitement d'affections aiguës ou de poussées aiguës d'une affection chronique manifestement susceptible de rééducation fonctionnelle.

Les traitements en cause sont ceux qui ont été donnés lors de l'hospitalisation des patients soit en salle de chirurgie, salle 21, soit en salle de gériatrie, salle 30.

Le Docteur F. fait valoir que la nomenclature ne précise pas ce qu'il y a lieu d'entendre par un service de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle. Il considère qu'il faut entendre un endroit où le service peut être donné en continu et où immédiatement les médecins et physiothérapeutes peuvent intervenir. Constatant que l'hôpital se trouve dans un seul site et se compose d'un seul bâtiment, il considère que l'ensemble de l'hôpital peut constituer le service de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle et qu'il est amené à travailler régulièrement auprès des patients hospitalisés dans ce bâtiment, quel que soit le service. Il considère aussi que le service de gériatrie est doté d'une salle de

revalidation entièrement équipée qui peut être également considérée comme faisant partie du service de physiothérapie. Il explique aussi que les salles d'hospitalisation sont aussi parfaitement équipées.

La législation précise que pour être portés en compte, les traitements doivent être effectués dans un service particulier, c'est-à-dire dans un local particulier et que dans ce local particulier doit être représenté un ou des médecins spécialistes en médecine physique ou en physiothérapie ou spécialistes en rééducation fonctionnelle. Dans le service de revalidation de gériatrie et dans les services d'hospitalisation ou chirurgie, la présente Chambre relève que ne sont pas représentés des médecins de ces spécialités. Le fait que ces médecins spécialistes peuvent passer soit dans le service de gériatrie soit dans les services d'hospitalisation n'énerve nullement ce fait dès lors que la législation impose la présence constante de ces spécialistes lorsque les prestations incriminées sont effectuées.

Il résulte des déclarations des patients entendus que lorsqu'ils ont suivi leur traitement, soit en salle d'hospitalisation, soit en gériatrie, les spécialistes en rééducation ou en physiothérapie n'étaient pas présents dans ces services. Le Docteur F. ne conteste du reste nullement ce fait dès lors qu'il affirme passer régulièrement dans le service hospitalisation ou de gériatrie mais explique que lui-même ou l'un de ses confrères spécialistes ne se trouvaient pas constamment mais plutôt épisodiquement dans ces services.

Le grief est établi au vu même des déclarations des médecins entendus et de la configuration des lieux. La durée de l'instruction et de la procédure n'a pu nuire quant à ce au droit de la défense.

#### Le cinquième grief

Il est reproché au Docteur F. d'avoir, entre le 3 janvier 2001 et le 27 février 2002, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre consultations et prestations thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 23, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 32 cas d'assurés pour 46 prestations à concurrence d'un indu de 16.725 francs.

Le grief n'est pas contesté. L'erreur commise trouve son origine, comme expliqué pour le troisième grief, dans l'organisation administrative de l'hôpital.

#### Le sixième grief

Il est reproché au Docteur F. d'avoir permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non effectuées.

Cette infraction concerne un cas d'assuré social pour 2 prestations, à concurrence d'un indu de 3.593 francs.

Ce grief n'est pas contesté et le Docteur F. explique que c'est le résultat d'une erreur d'encodage de sa part.

### Le remboursement

En vertu de l'article 141, § 5, alinéa 6, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, devenu l'article 142, § 1<sup>er</sup>, le dispensateur de soins est tenu de rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé au vu de l'article 73bis. Cette mesure n'est pas une peine mais une mesure de nature civile destinée à réparer les manquements commis. Cette mesure civile n'est pas modulable et consiste à rembourser les sommes qui furent déboursées indûment par l'INAMI en raison du comportement fautif du prestataire de soins.

Dans le cas d'espèce, la Chambre considère que le 1<sup>er</sup> grief n'est pas établi, que le 2<sup>ème</sup> grief est établi mais seulement pour les patients hospitalisés ou en salle de gériatrie, à l'exclusion des patients ambulatoires et que les 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> griefs sont établis. Le remboursement de l'indu doit être calculé dans cette mesure.

### Le mandat

En termes de conclusions, le Docteur F. conteste l'existence de tout mandat qui lui aurait été donné par le Docteur A. pour signer les attestations globales de soins.

Toujours en termes de conclusions, le Docteur A. explique n'avoir pas donné de mandat écrit au Docteur F. pour porter en compte les prestations en son nom.

Toutefois, Madame A., lors de son audition du 14 décembre 2000 a précisé qu'elle avait donné mandat au Docteur F. pour porter en compte les prestations à son nom. Lors de son audition du 20 septembre 2000, le Docteur F. a déclaré : *"Je dispose d'un mandat pour signer les attestations globales de soins et je vous les montre pour le Docteur M. et le Docteur A.."*. Il résulte de ces déclarations, effectuées *in tempore non suspecto*, qu'un mandat a bien été donné par le Docteur A. au Docteur F. et que ce mandat était écrit dès lors qu'il a été exhibé aux médecins inspecteurs et que ceux-ci ont vérifié son existence.

L'INAMI relève que, par un courrier du 27 juillet 2001 adressé au médecin inspecteur, le Docteur F. a indiqué qu'il confirmait prendre la responsabilité des prestations de physiothérapie qui sont attestées en son nom sur les factures d'hospitalisation.

L'INAMI demande dès lors que le Docteur F. soit également tenu au remboursement des cumuls interdits mis à charge du Docteur A., le Docteur F. ayant dépassé son mandat. Il s'agit en l'espèce d'une demande nouvelle formulée pour la première fois par conclusions reçues le 1<sup>er</sup> avril 2011.

La présente Chambre relève que le remboursement ne peut être demandé, au vu de la législation applicable, que si le grief ayant entraîné un indu est établi. Or le Docteur F. n'est pas poursuivi pour les griefs mis à charge du Docteur A. et la présente Chambre ne peut d'autorité poursuivre le Docteur F. pour d'autres griefs que ceux soumis au Comité.

La demande de l'INAMI quant à ce ne sera pas rencontrée.

## **En ce qui concerne le Docteur A.**

### La décision du Comité

En vertu de la loi du 21 juillet 1991, les actes administratifs doivent être motivés, c'est-à-dire qu'ils doivent indiquer les considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Cette motivation doit, notamment, permettre à l'administré de comprendre les raisons qui ont conduit l'administration à prendre la décision et d'envisager de la contester si les raisons invoquées ne lui paraissent pas pertinentes.

En l'espèce qui concerne la réalité des griefs, la décision du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux reprend : *"Madame A. ne conteste pas la matérialité des faits mais tente, en vain, de s'exonérer de toute responsabilité quant aux faits reprochés en tentant d'incriminer soit le secrétariat, soit le procédé informatique, ou encore en se présentant victime d'un système au motif que 'tout le monde fait comme ça'. Attendu que le Comité considère que les faits sont suffisamment établis, qu'ils ne sont pas sérieusement contestés et que les justifications apportées ne sont pas de nature à mettre à néant les griefs formulés."*

La Chambre relève que la matérialité des faits a été contestée pour trois des cinq griefs.

La décision du Comité ne précise nullement en quoi les faits ne sont pas sérieusement contestés, pourquoi les justifications apportées ne sont pas de nature à mettre à néant les griefs formulés et pour quelles raisons les faits sont suffisamment établis. L'administré ne saurait au vu de cette décision comprendre pour quelles raisons la décision a été prise et cette décision n'est dès lors pas correctement motivée. Pour cette raison elle doit être annulée.

### Le délai raisonnable

Le Docteur A. relève que les griefs se fondant sur les auditions des patients réalisées en 2000 pour des faits remontant parfois à 1998 n'a fait l'objet d'une décision du Comité qu'en mai 2007. Elle fait valoir que le dépassement du délai raisonnable l'empêche de présenter une défense utile.

La Chambre précise qu'en l'état actuel de la législation, les remboursements de soins donnés peuvent être demandés, notamment, par les particuliers endéans un délai de deux ans. Il en résulte fatalement qu'un déboursement indu et/ou une demande de prise en charge par la mutuelle peuvent être introduits auprès de la mutuelle bien après (au plus tard deux ans) la réalisation des soins. La constatation de griefs consistant à avoir porté en compte à l'AMI des prestations non conformes ne saurait dès lors être opérée dans de nombreux cas que bien après la réalisation de soins.

Le dernier procès-verbal de constat date du 3 février 2003. La période examinée s'étend de 1998 à juin 2002. L'enquête a exigé l'audition de plusieurs témoins, l'audition, à plusieurs reprises, du Docteur A. et la réception de renseignements et de documents de la part de services hospitaliers et de mutuelles. Le Comité était saisi du cas du Docteur A. le 1<sup>er</sup> décembre 2006. Un délai de deux ans et 10 mois s'est écoulé entre le dernier procès-verbal de constat et la saisine du Comité. Ce délai est long mais est justifié, en partie par la note de synthèse rédigée par l'INAMI. Ce délai concerne d'autre part la durée de l'information et de l'instruction du dossier et non pas une phase juridictionnelle.

A partir de l'introduction du recours devant la présente Chambre, la procédure ne fut véritablement menée sans délai qu'à partir du 11 juin 2009, date où l'INAMI a dressé et envoyé ses conclusions avec un certain retard.

En tout état de cause le délai ne pourra avoir une influence que sur hauteur des pénalités et que sur la mise en péril des droits de la défense mais non sur la recevabilité des poursuites. Il ne peut avoir d'influence sur les demandes de réparation au cas où les griefs seraient reconnus établis.

### Le premier grief

#### 1.

Il est reproché à Madame A., médecin spécialiste en médecine physique et physiothérapie, d'avoir entre le 29 décembre 1998 et le 23 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne répondant pas aux exigences de durée moyenne de traitement et/ou du nombre de techniques appliquées, reprises au libellé des prestations 558810-558821 K30 et 558832- 558843 K60 de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 17 cas d'assurés pour 113 prestations à concurrence d'un indu de 170.132 francs.

L'INAMI a précisé les cas retenus à grief. Le fait que pour un même assuré le grief soit mis à charge du Docteur A. et du Docteur F. s'explique par le fait que l'un ou l'autre de ces médecins spécialistes attestait les soins prodigués pour une même personne en fonction de sa disponibilité. Il résulte toutefois des documents déposés qu'il n'y a pas de double emploi et que le grief mis à charge du Docteur A. concerne d'autres soins que ceux attestés par le Docteur F., les traitements étant d'une certaine durée.

#### 2.

Le grief repose sur les déclarations des assurés et d'un chirurgien. Les assurés et le chirurgien ont signé leurs procès-verbaux d'audition. La présente chambre considère dès lors que ces procès-verbaux reflètent les déclarations des assurés et du chirurgien, aucun élément ne permettant de croire ou de penser le contraire.

La présente Chambre relève aussi que les déclarations des témoins ne sont pas toujours précises, soit en ce qui concerne les soins donnés, soit en ce qui concerne la durée de ceux-ci. En effet, certains assurés sociaux ont omis dans un premier temps de parler de l'ergothérapie.

Il est exact également que la Chambre ignore les questions précises qui ont été posées aux assurés sociaux et elle ne saurait dès lors déterminer avec précision à quel objet la réponse des patients est destinée.

Il n'est pas contesté que les assurés sociaux ont fait des déclarations sincères. Ce n'est pas pour autant qu'elles sont complètes et conformes à la réalité. En effet, certaines fiches de soins sont paraphées par les kinésithérapeutes, ce qui tend à établir que le traitement prescrit a été correctement effectué.

En ce qui concerne la durée des soins, les déclarations des assurés sociaux sont contestées, le Docteur F. expliquant que soit les patients omettaient certains soins, soit avaient une notion inexacte de la durée de ceux-ci. Il admet ne pas avoir vérifié personnellement la durée des soins pour tous les patients mais fait valoir qu'en cas

d'usage de l'appareil "kinetec" pour de nombreux cas, la durée des soins était certainement conforme à la législation.

La présente Chambre relève que la durée de l'usage du "kinetec" est très variable pour les différents assurés sociaux entendus et va d'une demi-heure à trois heures par jour.

La présente chambre relève aussi que pour un même type d'opération, la nature des soins donnés n'est pas toujours la même selon les déclarations des patients, notamment en ce qui concerne l'électrothérapie et l'ergothérapie. La présente Chambre relève en outre que les assurés sociaux ne sont certainement pas à même de préciser ou de distinguer la nature des soins prodigués; soit ergothérapie, électrothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèse.

Le grief repose sur les déclarations des assurés sociaux. Lors de ses auditions, au cours de l'enquête administrative, le Docteur A. avait expliqué que les kinésithérapeutes avaient reçu des instructions conformes à la réglementation quant à la durée et quant aux soins à prodiguer et qu'elle pensait bien que les kinésithérapeutes les suivaient. Les kinésithérapeutes ayant prodigué les soins ne furent pas entendus. La confrontation des déclarations des patients avec celles des kinésithérapeutes ayant donné les soins aurait pu permettre d'avoir une idée plus précise sur la durée et la nature des soins prodigués. A défaut des déclarations des personnes ayant prodigué les soins, un doute persiste quant à la réalité de ce grief, doute qui doit bénéficier au Docteur A..

Vu l'écoulement du temps, la présente Chambre considère qu'il serait inutile de procéder à l'audition des patients ayant été suivis ou des kinés ayant pratiqué les soins. En effet, aucune précision fiable ne pourrait être donnée actuellement quant à la durée des traitements et quant aux techniques utilisées.

La présente Chambre considère que ce grief n'est pas établi à suffisance.

### Le deuxième grief

#### **1.**

Il est reproché à Madame A. d'avoir, entre le 29 décembre 1998 et le 29 mai 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la présence physique reprise à l'article 1, § 4bis, II, B, 1, c), de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 24 cas d'assurés pour 273 prestations à concurrence d'un indu de 445.109 francs.

Une partie technique de l'exécution de ces prestations peut être confiée à des auxiliaires qualifiés, sous la réserve expresse que le médecin puisse intervenir immédiatement en cas de besoin. En vertu de l'article 1, § 4bis, II, B, 1, c), de la NPS, à l'occasion de chaque séance des prestations n° 558810-558821 et 558832 - 558843, le médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou en rééducation fonctionnelle doit se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement.

La Chambre précise qu'au vu du texte réglementaire tel que repris ci-dessus il faut considérer qu'à l'occasion de chaque séance des prestations en cause, le médecin spécialiste doit pour chaque patient se rendre compte personnellement de l'évolution du traitement.

## 2.

Par se "rendre compte personnellement de l'évolution du traitement", la Chambre considère que la réglementation a considéré que le médecin spécialiste ne pouvait confier cette mission à quelqu'un d'autre n'étant pas médecin spécialiste.

La Chambre de recours a déjà précisé qu'elle considère donc que la présence physique du médecin spécialiste durant le traitement est indispensable soit dans le service de physiothérapie si le traitement se déroule dans le service de physiothérapie, soit dans le service où est hospitalisé le patient si le traitement se déroule dans le service où est hospitalisé le patient. Cela n'implique pas toutefois que le médecin spécialiste doive avoir un contact particulier avec le patient lors de chaque séance des prestations en cause, la réglementation ne précisant pas comment il doit se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement. La présente Chambre considère que le médecin spécialiste peut se rendre compte personnellement de l'évolution du traitement chez un patient, certes soit en examinant personnellement le patient mais aussi soit en analysant les comptes rendus, oraux ou écrits, faits par les kinés à l'occasion des soins donnés, soit en surveillant les soins donnés.

La présente chambre relève d'autre part que les règles d'interprétation de la fonction de coordination ne sont pas applicables dans le cas d'espèce. En effet, ces règles précisent la fonction de coordination et non pas le suivi personnel d'un cas par un médecin spécialiste. En outre, il ne s'agit nullement d'une loi interprétative dès lors que la règle décide d'une date d'entrée en vigueur différente de la date d'entrée en vigueur de la norme à interpréter.

## 3.

Il résulte des déclarations du Docteur K., du Docteur A. et du Docteur L., que pour les patients hospitalisés en salle de chirurgie ou en salle de gériatrie il peut être admis que ces patients recevaient une fois la visite d'un médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou en rééducation fonctionnelle, soit le jour de l'opération, soit le lendemain. En effet, les notes reprises au dossier des patients et établies *in tempore non suspecto* révèlent fréquemment le passage, à une reprise, d'un médecin spécialiste en physiothérapie.

Par contre, au vu des déclarations des patients et des déclarations mêmes du Docteur A. et du Docteur L., il est établi que le médecin ne pouvait pas intervenir immédiatement en cas de besoin et que le médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou en rééducation fonctionnelle ne pouvait se rendre compte, à l'occasion de chaque séance de prestations n° 558810-558821 et 558832-558843, personnellement et individuellement de l'évolution du traitement.

En effet, les locaux des médecins spécialistes en physiothérapie ne se trouvent pas en salle de chirurgie ou gériatrie ou près de ceux-ci et les médecins spécialistes ne se trouvaient pas dans les locaux de chirurgie ou de gériatrie lorsque les soins étaient donnés. Il en résulte que les médecins spécialistes ne pouvaient intervenir immédiatement en cas de besoin.

En outre Le Docteur A. déclare : *"Pour les patients hospitalisés devant recevoir des soins de physiothérapie, Monsieur F. avait engagé une assistante qui était chargée de prescrire et de suivre ces traitements, et ce n'est que ponctuellement que je me rendais dans les salles d'hospitalisation pour les patients recevant des soins de physiothérapie."* Rappelons que le Docteur F. avait expliqué que pour les patients recevant de la physiothérapie en salle d'hospitalisation, le suivi était assuré soit quotidiennement par information avec le kinésithérapeute (chef de service ou kiné en salle), soit lors de réunion hebdomadaire reprenant l'ensemble du service." Le Docteur L., assistante du Docteur F. a déclaré le 12 octobre 2000 : *"Je passais régulièrement deux à trois fois en salle de soins (chirurgie et gériatrie). Je saluais les patients sans les examiner, sauf s'il y avait une demande spécifique du kiné."* Il convient de préciser que cette assistante prestait seulement trois demi-journées par semaine à l'hôpital de ... Il résulte de ces déclarations que les médecins spécialistes ne pouvaient se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement à l'occasion de chaque séance des prestations incriminées et ce soit parce qu'ils ne suivaient pas tous les jours l'évolution des cas en traitement, soit parce qu'ils ne suivaient pas du tout l'évolution de ces traitements, si ce n'est une fois par semaine.

Le grief est établi quant à ce et sur base des déclarations mêmes du Docteur A., de l'assistante et du Docteur F.. En l'espèce, l'ancienneté des faits et la durée de l'instruction et de la procédure n'a pu nuire aux droits de la défense. En effet, l'organisation du service et le nombre personnes disponibles chargées légalement du suivi régulier du traitement ne pouvaient pas permettre la présence de médecins spécialistes lors des traitements et le suivi journalier à tout le moins des traitements donnés et de l'évolution des patients.

#### 4.

La présente Chambre relève que la situation était autre pour les patients ambulatoires suivant leur traitement dans les locaux du service de physiothérapie. Dans ce service se trouvent également les cabinets de consultation des physiothérapeutes et les locaux où sont réalisés les examens techniques. En effet, il résulte des déclarations des patients qu'ils ont vu les physiothérapeutes passer dans le service et que parfois ceux-ci les interrogeaient. Certains précisent qu'en cas de problème il pouvait être fait appel à un physiothérapeute. Un patient affirme avoir constaté qu'un kiné parlait de cas de patients avec un physiothérapeute. Le fait que les médecins spécialistes ne rencontraient pas les patients à l'occasion de chaque séance n'énervé nullement le fait que ces médecins pouvaient se rendre compte personnellement et individuellement de l'évolution du traitement, soit par les rapports oraux ou verbaux rendus par les kinés, soit par leurs constatations personnelles.

Au vu de ces éléments, la présente Chambre considère que le grief est établi pour les patients hospitalisés mais n'est pas établi pour les patients ambulatoires.

#### Le troisième grief et le cinquième grief

##### 1.

Il est reproché au Docteur A. :  
 - d'avoir, entre le 21 octobre 1998 et le 29 février 2000, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre les prestations diagnostiques et les prestations thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 22 I et 23, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 38 prestations à concurrence d'un indu de 35.611 francs.

- d'avoir, entre le 2 janvier 2001 au 27 février 2002, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les règles de cumul interdit entre consultations et prestations thérapeutiques, explicitées dans les dispositions de l'article 23, §3, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette infraction concerne 15 cas d'assurés pour 15 prestations à concurrence d'un indu de 11.214 francs.

## 2.

La matérialité des griefs n'est pas contestée. En effet, les traitements sont encodés et facturés par l'hôpital en fonction des prestations réalisées par les kinésithérapeutes et le nom du médecin inscrit sur le listing des prestations était celui d'un des médecins présents le jour où les prestations étaient réalisées. C'est l'hôpital qui facturait ces prestations aux mutuelles. En ce qui concerne les prestations diagnostiques et les actes techniques, chaque médecin spécialiste renseignait ses prestations au secrétariat du service de physiothérapie géré par le Docteur F. et c'est ce secrétariat qui établissait la facturation. Il en résulte qu'en l'absence d'une coordination parfaite entre les services de facturation de l'hôpital et le service de facturation du service de physiothérapie des cumuls prohibés par la loi se sont produits.

L'erreur provient de deux systèmes de facturation. Les traitements donnés sont encodés et facturés par l'hôpital, le nom du médecin spécialiste présent étant inscrit sur la feuille de prestations. Par contre, les consultations et examens sont encodés et facturés par le service de médecine physique. Madame A., en termes de plaidoiries, le 8 septembre 2011 a précisé les modalités de facturation et d'attestations de soins donnés.

Madame A. fait valoir qu'elle est étrangère à l'organisation du système de facturation, qu'elle ignorait ce cumul et qu'elle n'a tiré aucun profit de cette irrégularité, ce qui est exact.

Madame A. explique qu'elle ne peut être tenue responsable des prestations portées en compte à l'INAMI, à son nom, par le Docteur F.. Il n'est pas contesté que le Docteur F. a confirmé avoir signé les attestations globales de soins au nom du Docteur A..

En termes de conclusions, le Docteur F. conteste l'existence de tout mandat qui lui aurait été donné par le Docteur A. pour signer les attestations globales de soins. Toujours en termes de conclusions, le Docteur A. explique n'avoir pas donné de mandat écrit au Docteur F. pour porter en compte les prestations en son nom.

Toutefois, Madame A., lors de son audition du 14 décembre 2000, a précisé qu'elle avait donné mandat au Docteur F. pour porter en compte les prestations à son nom. Lors de son audition du 20 septembre 2000, le Docteur F. a déclaré : *"Je dispose d'un mandat pour signer les attestations globales de soins et je vous les montre pour le Docteur M. et le Docteur A."* Il résulte de ces déclarations, effectuées *in tempore non suspecto*, qu'un mandat a bien été donné par le Docteur A. au Docteur F. et que ce mandat était écrit dès lors qu'il a été exhibé aux médecins inspecteurs et que ceux-ci ont vérifié son existence.

Le fait que le mandataire doive répondre de ses fautes commises à l'égard de son mandant et le fait que le mandataire n'a pas rendu compte de l'exécution de son mandat concernent les relations entre le mandant et le mandataire ne concernent nullement l'INAMI. Ces faits n'ont dès lors aucune influence quant à la réalité du grief et n'ont aucune conséquence envers l'INAMI quant à la réalité des erreurs commises.

Il est exact qu'en vertu de l'article 1998 du Code civil le mandant est tenu d'exécuter les engagements contractés par le mandataire, conformément au pouvoir qui lui a été donné mais que le mandant n'est pas tenu de ce qui a pu être fait au-delà sauf en cas de ratification expresse ou tacite. Cependant les fautes commises par le mandataire dans l'exécution de sa mission engagent le mandant (Cf. Cass., arrêt du 22 avril 1985, *Pas.* p. 794). Dans le cas d'espèce, le mandat avait été donné pour que soient portées en compte, à tout le moins, les attestations globales de soins. En portant en compte les attestations globales de soins du Docteur A., le Docteur F. n'a pas dépassé le mandat lui donné. Lors de l'exécution du mandat et dans le cadre de celui-ci, le mandataire a commis une faute en pratiquant un cumul interdit par la législation. Cette faute engage le mandant, le Docteur A..

Le Docteur A. fait aussi valoir qu'en vertu de l'article 164 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte, par une personne physique ou morale, elle est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins. Dans le cas d'espèce, les traitements ont été encodés et facturés par l'hôpital et c'est l'hôpital seul qui percevait des mutuelles ou des patients le prix des prestations; la considération que l'hôpital reversait au Docteur F. 20 % de ces traitements n'énervent nullement ce fait. Le Docteur A. d'autre part ne percevait pas de rémunération ou d'honoraire pour les soins donnés par les kinésithérapeutes. Il résulte de ces considérations que le Docteur F. ne peut être condamné solidairement avec le Docteur A. au remboursement de l'indu mis à charge du Docteur A. quant à ce grief.

En outre, la présente Chambre ne peut condamner l'hôpital de ... au remboursement de l'indu, l'hôpital n'étant pas à la cause.

#### Le 4<sup>ème</sup> grief

Il est reproché à Madame A. d'avoir, entre le 14 décembre 1999 et le 18 juillet 2001, permis que soient portées en compte en son nom à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes car ne respectant pas les dispositions relatives à la condition de lieu de l'article 23 § 6, de la nomenclature des prestations de santé. Cette infraction concerne 208 cas d'assurés, pour 934 et 477 prestations à concurrence d'un indu de 2.128.617 francs.

L'article 23, § 6, de la NPS reprend : *"Afin de pouvoir être remboursées, ces prestations (les prestations en cause dans le présent litige) doivent être effectuées dans un service de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle où sont représentées, en plus du médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou du médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle, au moins trois des disciplines paramédicales suivantes (kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie, thermothérapie), qui collabore avec un ou plusieurs services hospitaliers aigus et uniquement à l'occasion du traitement d'affections aiguës ou poussées aiguës d'une affection chronique manifestement susceptible de rééducation fonctionnelle..."*

Les traitements en cause sont ceux qui ont été donnés lors de l'hospitalisation des patients, soit en salle de chirurgie, salle 21, soit en salle de gériatrie, salle 30. Madame A. ne conteste nullement que ces soins ont été donnés en salle d'hospitalisation et/ou de gériatrie.

Le Docteur A. fait valoir que l'article 23, § 6, de la nomenclature des prestations de soins de santé énonce notamment que : "*Le service extra muros de médecine physique et de réadaptation, qui peut produire un contrat avec un établissement hospitalier agréé et qui satisfait aux autres conditions de personnel est assimilé au service intégré à la condition que cette collaboration existait déjà à la date de la publication du présent arrêté.*" Elle fait également valoir que les règles interprétatives de la nomenclature admettent que l'organisation d'un service de médecine physique avec des unités de traitement détachées auprès de certains services d'hospitalisation est conforme aux dispositions de la nomenclature de médecine physique actuelles dont l'entrée en vigueur est le 1<sup>er</sup> août 2004. La présente Chambre relève que la disposition invoquée n'est pas applicable en l'espèce. En effet, la disposition invoquée, outre qu'elle est entrée en vigueur postérieurement aux faits reprochés, envisage le cas d'un service *extra-muros*, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, le service de physiothérapie se trouvant dans le même bâtiment que les salles d'hospitalisation et de gériatrie. En outre ce service qui serait *extra muros* n'a pas établi de contrat avec un établissement hospitalier et ce service *extra muros*, qui serait en l'occurrence les salles d'hospitalisation et de gériatrie, ne dispose pas du personnel requis, à savoir de médecins spécialistes en médecine physique.

La législation précise que pour être portés en compte, les traitements doivent être effectués dans un service particulier, c'est-à-dire dans un local particulier et que dans ce local particulier doivent être représentés un ou des médecins spécialistes en médecine physique ou en physiothérapie ou spécialistes en rééducation fonctionnelle.

Dans le service de revalidation de gériatrie et dans les services d'hospitalisation ou chirurgie, la présente Chambre relève que ne sont pas représentés des médecins de ces spécialités. Si, comme l'invoque le Docteur A., des unités de traitement peuvent être détachées auprès de certains services d'hospitalisation, ces unités doivent comprendre aussi le personnel requis et notamment des médecins spécialistes en médecine physique, ce qui n'était pas le cas.

Le fait que ces médecins spécialistes peuvent passer soit dans le service de gériatrie soit dans les services d'hospitalisation n'énerve nullement ce fait dès lors que la législation impose la présence constante de ces spécialistes lorsque les prestations incriminées sont effectuées.

Il résulte des déclarations des patients entendus que lorsqu'ils ont suivi leur traitement, soit en salle d'hospitalisation, soit en gériatrie, que les spécialistes en rééducation ou en physiothérapie n'étaient pas présents dans ces services. Le Docteur A. ne conteste du reste nullement ce fait dès lors qu'elle affirme passer ponctuellement dans le service hospitalisation ou de gériatrie mais explique qu'elle-même et/ou l'un de ses confrères spécialistes ne se trouvaient pas constamment mais plutôt épisodiquement dans ces services.

Le fait qu'il était plus utile, pratique et bénéfique pour la santé des patients de traiter ceux-ci, soit en salle d'hospitalisation ou en salle de gériatrie, n'énerve nullement le

fait que les traitements n'ont pas été donnés dans un service de physiothérapie, condition indispensable pour entraîner le remboursement des soins prodigués.

Le grief est établi, et ce, notamment, au vu des déclarations des médecins et de la configuration des lieux. La durée de l'information et de la procédure n'a pas nui aux droits de la défense quant à ce.

La présente chambre considère dès lors que le premier grief n'est pas établi, que le deuxième grief est établi mais seulement en ce qui concerne les patients traités en salle d'hospitalisation et/ou de gériatrie et que le troisième, le quatrième, et le cinquième griefs sont établis. L'indu pourra être récupéré à la hauteur des griefs établis.

### **PAR CES MOTIFS,**

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

composée de Monsieur KREIT Damien, Président, et des docteurs CARLIER Sophie et ANCKAERT Maurice, représentants des organismes assureurs, et des docteurs VANDERMEEREN Philippe et PENNEC Jean-Pierre, représentants du corps médical, assistée de Madame DELROEUX Françoise, greffier, après en avoir délibéré et statuant contradictoirement, les docteurs CARLIER Sophie, ANCKAERT Maurice, VANDERMEEREN Philippe et PENNEC Jean-Pierre ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires,

Reçoit les appels introduits par les Docteurs A. et F.,

Annule les décisions critiquées du Comité,

#### **En ce qui concerne le Docteur F. :**

- déclare le premier grief non établi,
- déclare le deuxième grief établi pour ce qui concerne les patients traités en salles d'hospitalisation et/ou de gériatrie et le déclare non établi pour les patients ambulatoires,
- déclare le troisième, le quatrième, le cinquième et sixième griefs établis,
- le condamne à rembourser l'indu afférent aux griefs établis, en sorte que l'indu de 84.101,22 € doit être diminué du montant de l'indu sollicité pour le 1<sup>er</sup> grief et sollicité pour le 2<sup>ème</sup> grief pour les patients ambulatoires,
- dit que le Docteur F. ne peut être tenu au remboursement de l'indu mis à charge du Docteur A..

#### **En ce qui concerne le Docteur A. :**

- déclare le premier grief non établi,

- déclare le deuxième grief établi pour ce qui concerne les patients traités en salles d'hospitalisation et/ou de gériatrie et le déclare non établi pour les patients ambulatoires,

- déclare le troisième, le quatrième et le cinquième griefs établis,

- la condamne à rembourser l'indu afférent aux griefs établis, en sorte que l'indu de 63.481,91 € doit être diminué du montant de l'indu sollicité pour le 1<sup>er</sup> grief et sollicité pour le 2<sup>ème</sup> grief pour les patients ambulatoires.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 12 janvier 2012 à Bruxelles, par Monsieur KREIT Damien, Président, assisté de Madame WARNOTTE Isabelle, Greffier.

Isabelle WARNOTTE  
Greffier

Damien KREIT  
Président