

EN CAUSE DE : **Madame A.**,
Licenciée en sciences dentaires

Assistée de Me B.;

CONTRE : **Service d'évaluation et de contrôle médicaux**, institué au
sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi
à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Représenté par le Docteur C., médecin-inspecteur, et par
Monsieur D., juriste ;

1. PROCÉDURE

Le dossier de la Chambre de première instance comporte notamment les pièces suivantes :

- la requête du 8 janvier 2009, entrée au greffe le 13 janvier 2009, qui émane de Madame A. ;
- la décision du fonctionnaire dirigeant du service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, prise à l'égard de Madame A., qui n'est pas datée et qui a été notifiée par courrier du 12 décembre 2008 ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les conclusions du SECM, entrées au greffe le 7 avril 2009 ;
- les conclusions de Madame A. entrées au greffe le 16 septembre 2009 ;
- les conclusions additionnelles du SECM, entrées au greffe le 8 octobre 2009 ;
- la décision du 18 février 2010 ;
- les conclusions après réouverture des débats du SECM, entrées au greffe le 14 juillet 2010 ;
- les conclusions après réouverture des débats de Madame A., entrées au greffe le 27 octobre 2010 ;
- les secondes conclusions après réouverture des débats du SECM, entrées au greffe le 8 décembre 2010 ;
- les conclusions de Madame A., entrées au greffe le 12 janvier 2011 ;
- les pièces de Madame A., déposées lors de l'audience du 27 janvier 2011.

Lors de l'audience du 27 janvier 2011, Madame A. (assistée de son conseil) et le SECM sont entendus, à la suite de quoi la cause est prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été appliqués.

2. OBJET DU RECOURS ET POSITION DES PARTIES

1.

Madame A. saisit la Chambre de première instance d'un recours contre la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM, qui n'est pas datée, qui a été notifiée par courrier du 12 décembre 2008 et qui porte sur le grief suivant : « (...)

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution car le code 301011 (consultation) est attesté dans des conditions qui ne correspondent pas aux prescrits réglementaires.

L'enquête menée a démontré que les consultations 301011 N5 ont été attestées de manière non conforme car elles sont utilisées pour des soins qui :

- soit sont déjà compris dans la prestation 305594 attestée par ailleurs pour les cas concernés,
- soit sont des contrôles de contention attestables sous des codes spécifiques dont l'utilisation autorise le contrôle des prestations par les organismes assureurs.

Le grief concerne 272 prestations de numéro de code 301011 (consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitare, N5), pour 199 assurés pour la période du 01.08.2003 au 29.12.2004 (date des prestations) et introduites au remboursement pendant la période du 07.01.2004 au 30.12.2004.

Ces prestations non conformes sont qualifiées de manquements sanctionnés par l'article 141, §5, 4^{ème} alinéa, b, de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994 tel qu'il était en vigueur avant le 15.05.2007.

L'indu total pour l'assurance a été calculé à 3.670,01 €.

Madame A. n'a pas effectué de remboursement volontaire de cet indu (...) » (cf. page 2 de la décision).

Dans la décision, le fonctionnaire dirigeant déclare le grief établi, condamne Madame A. au remboursement d'un indu fixé à 3.670,01 € et la condamne à une amende administrative fixée à 3.670,01 € dont 50 % est assorti d'un sursis de trois années.

2.

Madame A. demande à la Chambre de première instance de :

- à titre principal, ordonner au SECM de répondre par écrit et de manière explicite aux questions suivantes :
 - après suspension d'un traitement sous le code 305653, quel code le praticien doit-il utiliser lorsque le patient se représente au cabinet pour une consultation :
 - dans le cas de traitement en deux phases chez les jeunes patients (sous-entendu : en attendant les dents définitives au niveau des zones d'appui) ?
 - dans le cas en une phase, chez les patients plus âgés, lorsqu'on surveille l'éruption des 2° et 3° molaires ?
 - compte tenu des griefs formulés à l'égard de l'utilisation du code 301011 (maintenant 301092 et 371092), dans quel cadre précis ce code peut (doit)-il être utilisé ?
 - quel est le nombre minimum de codes 305852 à prester par an et dans quel délai (période minimale et/ou maximale entre deux prescriptions) ? Le patient doit-il revenir pour rester en ordre de mutuelle ?
 - peut-on utiliser des RX en même temps qu'un code 305594 ?
 - combien de fois le code 305830 peut-il être prescrit pour un même patient ?
- à titre subsidiaire, dire le recours recevable et fondé et dire que la décision du fonctionnaire dirigeant est irrecevable ou à tout le moins entachée de nullité ou à tout le moins non fondée ;
- à titre infiniment subsidiaire, réduire l'amende appliquée au minimum légal et octroyer le bénéfice d'un sursis total.

3.

Le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- dire le recours recevable mais non fondé ;
- confirmer la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM, notifiée par courrier du 12 décembre 2008 ;
- condamner Madame A. à rembourser la valeur des prestations indument versées par l'assurance soins de santé, soit le montant total de 3.497,08 € ;

...

- condamner Madame A. à payer une amende administrative fixée à 3.497,08 €, dont 50 % est assorti d'un sursis de trois années ;
- condamner Madame A. à payer les intérêts légaux, en application de l'article 156, §1^{er}, al.2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

3. FAITS

Une enquête est menée par le SECM à l'égard de Madame A., dentiste orthodontiste.

Des faits infractionnels sont retenus durant les périodes du 1er août 2003 au 29 décembre 2004 (date des prestations) et du 7 janvier 2004 au 30 décembre 2004 (date des demandes de remboursement).

Le SECM dresse notamment un procès-verbal de constat à charge de Madame A. en date du 27 janvier 2006.

Aucun remboursement n'a été opéré par Madame A.

4. ANTECEDENTS

Par courrier du 12 décembre 2008, le fonctionnaire dirigeant du SECM notifie à Madame A. la décision querellée, qui n'est pas datée et qui, après avoir déclaré établi un grief de non-conformité, condamne Madame A. au remboursement d'un indu fixé à 3.603,72 € et au paiement d'une amende administrative fixée à 3.603,72 € dont 50 % est assorti d'un sursis de trois années (*cf. supra*).

Dans une requête du 8 janvier 2009, entrée au greffe le mardi 13 janvier 2009, Madame A. forme un recours contre la décision querellée.

Dans une décision avant-dire droit du 18 février 2010, la Chambre de première instance ordonne la réouverture des débats à l'audience du 9 septembre 2010 afin de permettre aux parties de s'expliquer quant à l'éventuelle tardiveté du recours introduit par Madame A. et afin que le SECM produise un nouveau décompte des prestations litigieuses pour lesquelles un indu est réclamé, déduction faite des actes pour lesquels un seul code 301011 a été attesté préalablement au code 305594.

Lors de l'audience du 9 septembre 2010, la cause est reportée à l'audience du 28 octobre 2010, puis à l'audience du 27 janvier 2011.

5. POSITION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE

5.1. Législation applicable

1.

Les faits commis avant le 15 mai 2007, date d'entrée en vigueur de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, sont soumis à l'article 141, §§ 2, 3, 5, 6, et 7, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il existait avant le 15 mai 2007 (art. 112 de la loi du 13 décembre 2006).

2.

La période infractionnelle s'étend du 1er août 2003 au 29 décembre 2004 (date des prestations) et du 7 janvier 2004 au 30 décembre 2004 (date des demandes de remboursement).

Il y a donc lieu d'appliquer l'article 141, §§ 2, 3, 5, 6, et 7, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits.

5.2. Recevabilité du recours

1.

Dans la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM, il doit être mentionné qu'à peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de première instance dans le mois à compter de la notification de la décision, selon l'article 156, §3 (anciennement §2), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Le délai d'un mois commence à courir le jour de l'expédition de la lettre recommandée à la poste, le cachet de la poste faisant foi, selon l'article 156, §2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2.

La décision querellée est notifiée par courrier du 12 décembre 2008.

Le recours du 8 janvier 2009 de Madame A. porte le cachet du greffe du 13 janvier 2009.

Toutefois, il résulte d'un examen minutieux qu'il est arrivé dès le 12 janvier 2009 (cf. poinçon figurant sur la première page de la requête).

Partant, le recours n'est pas tardif.

Pour le surplus, le courrier du 12 décembre 2008 est libellé comme suit : « (...) *le délai pour introduire un éventuel appel contre la décision précitée est de 1 mois, en vertu de l'article 153, §3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994* (...) ».

Outre le fait que la référence légale contient une erreur matérielle (cf. référence à l'article 153, en lieu et place de l'article 156), il n'est pas précisé que les modalités relatives à l'introduction d'un recours sont prescrites « à peine d'irrecevabilité ».

Par voie de conséquence, le recours ne peut être considéré comme étant irrecevable.

La recevabilité du recours est d'ailleurs expressément admise par le SECM.

En conclusion, le recours formé par Madame A. est recevable.

5.3. Questions de Madame A.

1.

Madame A. demande à la Chambre de première instance d'ordonner au SECM de répondre par écrit et de manière explicite à certaines questions (*cf. supra*).

2.

Il est indéniable que le SECM est chargé de diffuser de l'information aux dispensateurs de soins, comme il résulte de l'article 139 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La Chambre de première instance, instituée par l'article 144 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, n'a toutefois pas pour vocation de permettre au SECM de remplir sa mission d'information à l'occasion d'une contestation déférée devant elle.

Tout au plus, la Chambre de première instance pourrait-elle, dans une décision interlocutoire, inviter les parties et notamment le SECM à fournir des explications, si nécessaire, quant à la contestation.

En l'espèce, la Chambre de première instance est en mesure de trancher la contestation, sans devoir recourir à une telle décision interlocutoire.

Il n'y a pas lieu d'ordonner au SECM de répondre par écrit et de manière explicite aux questions de Madame A.

5.4. Arguments de Madame A. tendant à l'irrecevabilité ou à l'annulation de la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM

1.

Madame A. soulève différents moyens :

- irrégularité des poursuites : elle soulève le fait que les attestations litigieuses ont été dressées au départ d'un carnet d'attestations libellé au nom de la SPRL E., inscrite à la BCE sous le n° ... et estime en conséquence que les poursuites auraient dû être dirigées contre cette personne morale ;
- non respect du formalisme obligatoire : elle soulève le fait que la décision querellée n'est pas datée, qu'elle a été notifiée en copie certifiée conforme et qu'elle ne mentionne pas le domicile du rédacteur ;
- irrégularité de la procédure : elle se plaint de ce que le SECM n'a pas répondu aux griefs, interpellations et questions qu'elle lui a fait parvenir ;
- prescription du grief : elle estime que le grief porté à sa charge est prescrit ;
- non respect des droits de la défense : elle se plaint de ce que la problématique du grief retenu à sa charge n'ait pas été abordée lors des auditions de novembre 2005 et de janvier 2006 et de ce qu'elle n'a jamais reçu de réponse aux questions qu'elle a posées ;
- absence de délai raisonnable : elle estime que les poursuites n'ont pas été menées avec la diligence requise (accès au dossier administratif près de trois ans après le contrôle ; décision près de trois ans après le contrôle ; délai de

...

plus de deux ans entre la notification du procès-verbal de constat et la notification de la décision entreprise).

2.

L'argumentation de Madame A. manque de fondement :

- irrégularité des poursuites : les attestations litigieuses ont été dressées par Madame A. elle-même ;
- non respect du formalisme obligatoire : aucune violation de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs n'est établie et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ne s'applique nullement à la décision querellée ;
- irrégularité de la procédure : aucune irrégularité de la procédure ne peut être déduite de ce que le SECM n'aurait pas répondu aux griefs, interpellations et questions que Madame A. lui a fait parvenir et aucune violation de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs n'est établie ;
- prescription : le grief dirigé contre Madame A. n'est nullement prescrit, car le procès-verbal de constat a été dressé dans les deux ans de la réception des documents relatifs aux faits litigieux par les organismes assureurs, conformément à l'article 142, §2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- non respect des droits de la défense : aucune violation des droits de la défense ne peut être déduite de ce que la problématique du grief retenu à sa charge n'aurait pas été abordée lors des auditions de novembre 2005 et de janvier 2006 et de ce qu'elle n'aurait jamais reçu de réponse aux questions qu'elle a posées, dès lors qu'elle a pu faire avoir ses droits à chaque stade de la procédure ;
- absence de délai raisonnable : le dossier qui a abouti à la décision querellée a été traité dans un délai certes long mais raisonnable, comme, du reste, en atteste la défense pointue de Madame A., notamment quant au fondement du grief.

Il n'y a pas lieu de déclarer les poursuites irrecevables, de déclarer irrecevable ou nulle la décision querellée ou encore d'annuler la décision querellée.

5.5. Manquement

1.

Selon l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les codes litigieux sont libellés comme suit :

- code 301011 : « Consultation au cabinet d'un licencié en sciences dentaire ou d'un dentiste capacitaire » ;

- code 305594 305605 : « Examen préliminaire à un traitement orthodontique éventuel, y compris la consultation et comportant la prise d'empreinte des deux arcades, la confection des moulages d'étude, l'établissement du diagnostic et du plan de traitement, avec rapport ».

A la question de savoir si l'intervention de l'assurance peut être accordée pour la prestation 301011 lorsque celle-ci figure conjointement avec un traitement, il a été précisé, dans une règle interprétative (M.B., 1^{er} janvier 2002), que « (...) les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations effectuées entre les dates de début et de fin de traitement portées sur l'attestation de soins donnés. Si le bénéficiaire est amené à consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'est pas en rapport avec le traitement en cours et en dehors du programme de traitement établi, la consultation peut figurer sur la même attestation de soins donnés et l'intervention est accordée. Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison en relation avec le traitement, l'intervention pour cette consultation ne peut être accordée (...) ».

Cette règle interprétative a été confirmée ultérieurement (M.B., 12 mai 2006).

Par ailleurs, l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 prévoit que les contrôles de contention sont attestables sous des codes spécifiques (305852 305863 et 305896 305900), de manière limitée (au maximum, 4 par année civile et 12 au total), dont l'utilisation autorise le contrôle par les organismes assureurs).

2.

Madame A. pratique uniquement l'orthodontie (cf. déclaration du 8 novembre 2005).

Il est établi, notamment au vu de la déclaration du 25 janvier 2006 de Madame A. que, dans les cas épinglés par le SECM, chaque bénéficiaire continuait à la consulter pour des raisons en relation avec le traitement orthodontique, nonobstant l'attestation éventuelle d'un code d'interruption.

Il résulte du dossier que les consultations 301011N5 attestées par Madame A. ne sont pas conformes car elles sont utilisées pour des soins qui :

- ✓ soit sont compris dans la prestation 305594 attestée par ailleurs ;
- ✓ soit correspondent à des contrôles de contention attestables sous des codes spécifiques.

Eu égard à la règle interprétative précitée, qui a été publiée au Moniteur du 1^{er} janvier 2002, soit avant les faits litigieux, et compte tenu de l'existence des codes spécifiques relatifs aux contrôles de contention, le grief dirigé contre Madame A. est fondé.

5.6. Remboursement

1.

Le dispensateur est tenu de rembourser la valeur des prestations concernées, lorsqu'il a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées (art. 141, §5, al.6, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

Les sommes produisent de plein droit des intérêts au taux légal à partir du jour suivant la date de la décision, selon l'article 156, §1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2.

Les prestations litigieuses s'élèvent à la somme de 3.497,08 € (cf. dernières conclusions du SECM).

La Chambre de première instance condamne dès lors Madame A. à rembourser la somme de 3.497,08 €, majorée des intérêts légaux au taux légal à partir du 3 mars 2011.

5.7. Amende administrative et sursis

1.

Une amende administrative doit être prononcée dans les trois ans à compter du jour où le manquement a été constaté (art. 141, §7, al.1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

Il peut être infligé une amende administrative :

- égale au minimum à 1 % et au maximum à 150 % de la valeur des prestations concernées, lorsqu'un dispensateur a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes (art. 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

Le sursis d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'Institut (art. 157 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

L'octroi du sursis nécessite à tout le moins l'absence, depuis trois ans, d'amende administrative et de demande de remboursement de prestations indues et est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

2.

En l'espèce, la décision querellée du fonctionnaire dirigeant a été prise avant l'expiration du délai de prescription triennal.

Le manquement mis à charge de Madame A. entraîne une amende administrative.

Dans son appréciation de l'amende administrative à infliger à Madame A. et du sursis qu'elle invoque, la Chambre de première instance estime devoir tenir compte conjointement des éléments suivants :

- la gravité du manquement, eu égard à la violation de la législation afférente à l'assurance maladie-invalidité qui est d'ordre public;

...

- la durée relativement importante de la période infractionnelle, laquelle s'étend du 1er août 2003 au 29 décembre 2004 (date des prestations) et du 7 janvier 2004 au 30 décembre 2004 (date des demandes de remboursement);
- l'ampleur relativement importante des faits constitutifs du manquement, puisque Madame A. a déclaré 272 prestations indues pour 199 assurés ;
- le volume limité des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé, vu que l'indu s'élève à la somme de 3.497,08 € ;
- l'inexpérience et la bonne foi apparente de Madame A.;
- l'absence d'antécédents de Madame A..

Dans ces conditions, la Chambre de première instance inflige à Madame A.:

- une amende administrative égale à 50 % de la valeur des prestations concernées par le manquement précité, soit une amende de 3.497,08 € x 50 % = 1.748,54 €.

Dans son appréciation du sursis à accorder à Madame A., la Chambre de première instance estime devoir tenir compte conjointement des éléments déjà évoqués ci-avant.

Dans ces conditions, la Chambre de première instance accorde à Madame A. le bénéfice d'un sursis d'une durée de deux ans à concurrence du montant total de l'amende, soit de la somme de 1.748,54 €.

5.8. Exécution provisoire

1.

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, §1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2.

La présente décision est dès lors exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant après un débat contradictoire lors de l'audience du 27 janvier 2011,

Déclare le recours recevable.

Dans le mesure déterminée ci-après, déclare le recours fondé et confirme la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM notifiée par courrier du 12 décembre 2008.

Constate que le manquement suivant est établi dans le chef de Madame A.:

- avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées, du 1er août 2003 au 29 décembre 2004 (date des prestations) et du 7 janvier 2004 au 30 décembre 2004 (date des demandes de remboursement), en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits.

Condamne Madame A. à rembourser la somme de 3.497,08 €, majorée des intérêts légaux au taux légal à partir du 3 mars 2011.

Inflige à Madame A. une amende administrative égale à 50 % de la valeur des prestations concernées par le manquement précité, soit une amende de 3.497,08 € x 50 % = 1.748,54 €.

Accorde à Madame A. le bénéfice d'un sursis d'une durée de deux ans à concurrence du montant total de l'amende, soit de la somme de 1.748,54 €.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

* * *

La présente décision est prise par la Chambre de première instance composée de Monsieur Christophe BEDORET, Président, du Docteur Dominique FERON, du Docteur Dominique VANDIEPENBEECK, de Monsieur Gérard VAN LIPPEVELDE et de Monsieur Hugues GREGOIRE et est prononcée lors de l'audience du 3 mars 2011.

Anne-Marie Somers
Le Greffier

Christophe BEDORET
Le Président