

**DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 17 SEPTEMBRE 2013  
FA-019-12**

EN CAUSE DE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,  
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à  
1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Partie demanderesse,

Représenté par le Docteur B., médecin-inspecteur-directeur, et par  
Madame C., juriste.

CONTRE : **Monsieur A.**  
**praticien de l'art dentaire - licencié en science dentaire**

Partie défenderesse,

Ne comparaisant pas.

---

**I. LA PROCEDURE.**

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du 23 août 2012, entrée au greffe le même jour ;
- la note de synthèse du SECM et la note déposée à l'audience ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 10 juin 2013.

Le SECM a été entendu à l'audience du 10 juin 2013, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

Bien que régulièrement convoqué, Monsieur A. n'a pas comparu.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ci-après loi ASSI 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 respectés dans le cadre de la procédure.

**II. L'OBJET DE LA DEMANDE.**

Le SECM demande à la Chambre de première instance de déclarer que les griefs suivants sont établis dans le chef de Monsieur A. :

Grief 1 (basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI) : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies - article 5, § 2 de la Nomenclature des Prestations de Santé (montant total de **30.685,91 €**);

Grief 2 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la dite loi, ses arrêtés d'exécution ou les accords conclus en vertu de cette même loi – article 5, § 2 de la Nomenclature des Prestations de Santé (montant total de **52, 22 €**);

En conséquence, le SECM demande à la Chambre de première instance de:

- condamner Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **30.738, 13 €** (article 142, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi ASSI coordonnée) ;
- condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **61.371, 82 €** (article 142, §1, 1°, de la loi ASSI coordonnée- 1<sup>er</sup> grief) ;
- condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de **78, 33 €** (article 142, §1, 2°, de la loi ASSI coordonnée-2<sup>ème</sup> grief).

A l'audience du 14 juin 2013, le SECM dépose une note par laquelle il demande à la Chambre de première instance de condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative de 1.375 € pour le premier grief (prestations non effectuées) et à une amende administrative de 1.375 € pour le deuxième grief (prestations non conformes).

### III. LES FAITS.

Monsieur A. est licencié en sciences dentaires, diplômé de l'Université de Liège en 1973.

Il a suivi diverses formations complémentaires en France et en Suisse dans les domaines de l'implantologie et de la parodontologie.

Il est conventionné. Il n'est pas accrédité.

Il exerce dans son cabinet privé rue ... à ....

Il pratique la dentisterie générale et fait de l'implantologie en appui des soins conservateurs.

En 2001, et pendant quelques années, il a pratiqué la dentisterie au ....

Il a déclaré dans le décours d'un précédent contrôle (...), avoir les horaires d'activité suivants : du lundi au vendredi inclus, de 7h30 à 20h et le samedi, de 8h30 à 12h.

Monsieur A. reçoit ses patients sur rendez-vous et leur adresse également des courriers de convocation en vue de contrôles périodiques de leur dentition.

Il dispose d'un appareil de radiographie unitaire (dont la conformité actuelle n'a pas été vérifiée dans le cadre de l'enquête).

L'activité du prestataire, auparavant exercée en SPRLU (société dissoute en ...) est exercée en personne physique.

La facturation des attestations de soins donnés (ASD) est effectuée manuellement par lui. Il ressort des données du profil individuel 2007 transmis par la Commission de profils que Monsieur A. facturait 14, 3% de ses actes en tiers-payant, représentant 23% des montants facturés.

Pour la période contrôlée, aucune prestation n'apparaît facturée en tiers-payant au listing authentifié des prestations.

Monsieur A. a fait l'objet de deux décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant, notifiées les 19 janvier 2010 et 9 juillet 2010, contre lesquelles il n'a pas introduit de recours. Il n'a pas remboursé les indus (12.631, 50 € + 581,70 € + 647, 03 €) ni l'amende administrative (1.294, 06 €).

L'enquête du SECM concerne la période d'introduction auprès des organismes assureurs comprise entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 30 novembre 2010.

Afin d'effectuer son enquête, le SECM a demandé aux différents organismes assureurs un listing authentifié des prestations remboursées pour la période précitée.

Selon le SECM, après analyse, ce listing confirme les données des profils d'activité du dispensateur de 2008 à 2010.

Sur base de ce listing, le SECM a sélectionné 5 assurés selon le critère du remboursement d'au moins une prestation de restauration complète de couronne (code 304452) en vue de l'audition des assurés et de l'établissement de constats dentaires.

Un listing authentifié des prestations remboursées par assuré a été demandé aux O.A. pour ces cas en vue de vérifier l'attestation éventuelle de prestations dentaires par d'autres L.S.D. pendant la période contrôlée.

Au vu du résultat de cette première sélection, le SECM a procédé à une seconde sélection de 20 assurés supplémentaires sur base du critère de sélection suivant : assurés présentant le plus grand nombre de restaurations complètes de couronnes (code 304452) pendant la période contrôlée, également en vue de l'audition de ces assurés et de l'établissement de constats dentaires.

Le SECM précise que, pour les cas contrôlés, les attestations de soins originales ont été demandées aux O.A. pour celles des prestations pour lesquelles la numérotation des dents n'était pas encodée dans ce listing ou pour lesquelles une vérification pouvait s'avérer utile pour exclure une erreur d'encodage (possibilité de cumuls interdits : numéro de dent impossible). Le SECM a analysé ces pièces et les a versées au dossier.

Le SECM a donc entendu 20 assurés. Un constat d'entretien avec un des assurés entendu a été dressé le 13 mai 2011 en complément à son audition.

Les constats dentaires établis à la suite de l'audition des cas entendus ont été versés au dossier.

Monsieur A. n'a pas souhaité être entendu et n'a pas fait part d'observations.

Deux procès-verbaux de constat (PVC) ont été dressés le 25 mai 2011 et le 4 octobre 2011, notifiés à Monsieur A., les 31 mai 2011 et 11 octobre 2011.

Monsieur A. a signé pour accord le 10 octobre 2011 une déclaration de remboursement volontaire pour un montant de 1.543, 55 € afférent au 1<sup>er</sup> PVC dressé le 25 mai 2011. Cet accord n'a été suivi d'aucune exécution.

#### **IV. LA DISCUSSION.**

##### **A. Les infractions et le remboursement de l'indu.**

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

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction «réalité» ou «conformité», basée sur l'article 73bis de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007), soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

La démonstration éventuelle d'une cause de justification (contrainte, erreur ou ignorance, etc.) ne fait nullement disparaître l'obligation de remboursement de l'indu - vu que ladite obligation découle du seul non-respect de dispositions légales ou réglementaires, en particulier de la nomenclature des prestations de soins de santé, et est indépendante d'un quelconque élément moral - et ne peut avoir d'incidence que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Les éléments matériels constitutifs d'une infraction peuvent être considérés comme étant établis « (...) *en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions* (...) » (C.E., arrêt n° 64.701 du 21 février 1997, inédit).

La Chambre de première instance est tenue d'examiner si les éléments matériels constitutifs des infractions, basées sur l'article 73bis, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>, de la loi ASSI et visées par le SECM sous forme de 2 griefs, sont établis dans le chef de Monsieur A..

## 2.

### Grief n° 1.

Le premier grief porte sur des prestations non effectuées.

Selon l'article 5, § 2 de la Nomenclature des Prestations de Santé (NPS), en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2009 :

A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009)  
SOINS CONSERVATEURS

304312 304323 \*\* Traitement et obturation d'un canal d'une dent, chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 44 (en vigueur depuis le 15-01-1993)

304371 304382 \*\* Obturation(s) de cavité(s) sur 1 face d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 20 (en vigueur depuis le 15-01-1993)

304393 304404 \*\* Obturation(s) de cavité(s) sur 2 faces d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 30 (en vigueur depuis le 15-01-1993)

304415 304426 \*\* Obturation(s) de cavité(s) sur 3 faces ou plus d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 40 (en vigueur depuis le 15-01-1993)

304430 304441 \*\* Restauration de cuspide ou d'un bord incisal de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 50 (en vigueur depuis le 15-01-1993)

304452 304463 \*\* Restauration complète de couronne de dent définitive (minimum 4 faces) chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 60 (en vigueur depuis le 15-01-1993)

Les prestations 304371-304382, 304393-304404, 304415-304426, 304430-304441 et 304452-304463 ne peuvent être cumulées entre elles si elles sont effectuées sur la même dent et pendant la même séance.

304533 304544 \*\* Traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 53 (en vigueur depuis le 01-05-1995)

304555 304466 \*\* Traitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire... L 50 (en vigueur depuis le 01-05-1995)

"PROTHESES DENTAIRES AMOVIBLES, consultations comprises :

A. Prothèses amovibles à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire :

307775 307786 \* Prothèse amovible supérieure de deux dents... L 376 (en vigueur depuis le 01-08-1996)

307790 307801 \* Prothèse amovible inférieure de deux dents...L 376 (en vigueur depuis le 01-08-1996)

307856\* Prothèse amovible supérieure de quatre dents... L 376

307871\* Prothèse amovible inférieure de quatre dents... L 376

B. Prestations sur les prothèses amovibles à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire :

309131 307142 \* Remplacement de la base d'une prothèse supérieure....L 600 (en vigueur depuis le 01-09-2005)

309153 309164 \* Remplacement de la base d'une prothèse inférieure...L 600 (en vigueur depuis le 01-09-2005)

Les honoraires pour le remplacement de la base sont équivalents à 30 p.c. des honoraires prévus pour la prothèse.

L'article 14,I de la Nomenclature des Prestations de Santé dispose ou disposait :

l) les prestations relevant de la spécialité en stomatologie (DR):

A.R. 9.12.2003" (en vigueur 1.2.2004)

317236 317240 + \*\* Extraction de dent incluse... K 75 (en vigueur depuis le 01-04-1985)

Règle interprétative IR 05-06/conserv./03

Question :

Que peut-on attester si on effectue une ou plusieurs obturations d'un moignon dentaire destiné au placement d'une prothèse fixe ou lorsqu'on procède à une restauration partielle ou complète de ce moignon ?

Réponse :

Si la restauration du moignon comprend 1 face, on peut attester la prestation pour l'(es) obturation(s) de cavité(s) sur 1 face de la dent. Si la restauration du moignon comprend 2 faces, on peut attester la prestation pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité (s) sur 2 faces. Si la restauration du moignon comprend 3 faces ou si on effectue une restauration complète, de ce moignon, on peut attester la prestation prévue pour l'(es) obturation(s) d'une (de) cavité(s) sur 3 ou plusieurs faces.

Date du Moniteur : 28/09/2010

Date de prise d'effet : 01/06/2010.

Ce grief est formulé pour :

- 2 prestations 304312 L 44 (traitement et obturation 1 canal) ;
- 17 prestations 304371 L 20 (obturation 1 face) ;
- 4 prestations 304393 L 30 (obturation 2 faces) ;
- 17 prestations 304415 L 40 (obturation 3 faces) ;
- 4 prestations 304430 L 50 (restauration de cuspide ou bord incisal) ;
- 31 prestations 304452 L 60 (restauration complète de couronne), hors extension ;
- 9 prestations 304533 L 53 (traitement et obturation 2 canaux) ;
- 10 prestations 304555 L 50 (traitement et obturation 3 canaux) ;
- 1 prestation 307856 L 376 (prothèse amovible supérieure de 4 dents) ;
- 1 prestation 307871 L 376 (prothèse amovible inférieure de 4 dents) ;
- 1 prestation 309131 L 600 (rebasage de prothèse supérieure) ;
- 1 prestation 309153 L 600 (rebasage de prothèse inférieure) ;
- 4 prestations 317236 K 75 (extraction de dent incluse).

Soit un total de 102 prestations chez 20 assurés pendant la période du 24 avril 2009 au 20 novembre 2010 ( date des prestations), introduites au remboursement entre le 26 mai 2009 et le 24 novembre 2010, représentant un indu pour l'assurance obligatoire de **7.003, 69 €** (1.543, 55 €, selon le PVC du 25 mai 2011 et de 5.459, 84 € selon le PVC du 4 octobre 2011).

Il ressort des éléments soumis par le SECM que les prestations attestées n'ont pas été effectuées par Monsieur A..

La Chambre de première instance fonde sa décision sur l'analyse du listing authentifié des prestations remboursées par les organismes assureurs ; l'analyse des attestations de soins donnés, l'audition des assurés contrôlés et les constats dentaires établis à la suite de ces auditions ainsi que sur l'argumentation détaillée présentée par le SECM pour chaque prestation à la discussion des cas (reprise aux pages 13/33 à 32/33 de la note de synthèse de la SECM, pour laquelle Monsieur A. n'a formulé aucune observation).

Monsieur A. a, au demeurant, renvoyé, le 17 novembre 2011, une déclaration de remboursement volontaire signée et datée du 10 octobre 2011 pour un montant de 1.543, 55 €, s'agissant du 1<sup>er</sup> PVC du 25 mai 2011 pour 19 prestations non effectuées chez 4 assurés (D., E., F. et G.).

L'indu s'élève dès lors à **7.003, 39 €**.

En ce qui concerne les 349 autres prestations 304452 (restauration complète de couronne), le SECM justifie comme suit l'indu de **23.682, 22 €** :

*« En outre, sur base des 20 cas supplémentaires contrôlés, sélectionnés sur base du critère du plus grand nombre de prestations 304452 remboursées par assuré pendant la période contrôlée, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux formule une extension du grief en ce qui concerne les prestations 304452 non effectuées.*

*Etant donné que, pour ces 20 cas, 25 prestations de code 304452 attestées n'ont pas été effectuées sur 121 prestations 304452 contrôlées et non prescrites (en l'occurrence introduites au remboursement après le 03/10/2009), soit 20, 66% du nombre des prestations 304452 attestées et non prescrites contrôlées, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux considère comme non effectuées 20, 66% des prestations 304452 attestées et non prescrites figurant au listing authentifié des prestations remboursées.*

*Ce listing authentifié comprend 1.693 prestations 304452 non prescrites faisant un montant remboursé de 124.950, 37 €. Par extension, 349, 77 arrondi à 349 prestations 304452 sont reprochées comme non effectuées, représentant un montant remboursé de 25.814, 74 € » (p.8/33 de la note de synthèse).*

*« Pour calculer le montant de l'indu résultant de ce calcul, il y a cependant lieu de déduire 2.132, 52 € comprenant l'indu de 292, 08 € afférent à 4 prestations 304452 non effectuées, introduites pendant ladite période et reprochées au PVC du 25/05/2011, ainsi que l'indu de 1.840, 44 € afférent à 25 prestations 304452 non effectuées, introduites pendant ladite période et reprochées au PVC du 04/10/2011, ces prestations étant déjà comptabilisées dans les 102 prestations non effectuées reprises ci-dessus. Soit un indu de 23.682, 22 € obtenu par application de la méthode de l'extension après avoir effectué cette déduction de montants » (p.9/33 de la note de synthèse).*

Le SECM a la charge de prouver que Monsieur A. n'a pas effectué les 349 prestations 304452 (restauration complète de couronne) représentant un montant remboursé de 25.814, 74 €.

Dans un arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013 (G./A.206.485/VI-19.715), le Conseil d'Etat a jugé que :

*« (...) le requérant reproche à la chambre de recours d'avoir recouru à une extrapolation pour conclure que certains actes sur lesquels il n'avait pas été enquêté n'avaient pas été accomplis par lui.*

*C'est à juste titre que le requérant reproche à la chambre de recours de s'être prononcée sur le raisonnement suivi par la partie adverse en recourant à une extrapolation et non sur des faits matériels dûment constatés auprès des 214 patients pour lesquels les prestations de gingivectomie n'auraient soi-disant pas été effectuées.*

*La chambre de recours a procédé, hors de toute disposition législative ou réglementaire l'y autorisant, à un renversement de la charge de la preuve des faits reprochés »*

Dans sa décision prise le 28 août 2012, la Chambre de recours avait motivé comme suit sa décision :  
*« Lors de l'enquête, toutes les gingivectomies attestées se sont avérées non réalisées au vu de l'audition des patients. L'appelant reste en défaut d'établir la réalisation d'une seule gingivectomie attestée au cours de toute la période infractionnelle. Au vu de ces éléments, l'extrapolation sera admise pour toutes les gingivectomies attestées au cours de la période infractionnelle ».* (Les constats adressés au requérant les 31 mai 2000 et 18 octobre 2000 concernaient des infractions commises en 1998 et 1999).

Suite à deux questions parlementaires jointes portant sur *« l'arrêt du Conseil d'Etat sur les méthodes d'enquête du service d'évaluation et de contrôle médicaux »*, la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des institutions culturelles fédérales a répondu ce qui suit :

*« (...) Depuis le traitement de cette affaire, le service a peaufiné sa méthode de travail et affiné ses outils statistiques. Il travaille désormais sur la base d'échantillons statistiquement significatifs. La jurisprudence et la doctrine estiment que la preuve fondée sur des extrapolations constitue une application particulière de la preuve par le biais de présomptions de fait, basée sur l'article 1349 du Code civil. La Cour de cassation, les cours d'appel et les chambres de première instance et d'appel de l'INAMI partagent ce point de vue.*

*Cela étant, j'ai demandé à ce que l'on étudie le plus rapidement possible les conséquences de cet arrêt et de vérifier si, avec les modifications que je viens d'évoquer, les nouvelles pratiques du service peuvent s'accompagner d'une certaine sécurité juridique ou s'il faut envisager une modification réglementaire (...) »* (CRIV 53 PLEN 143, n° 07.03, p.21 et 22).

Selon l'article 1349 du Code civil, *« Les présomptions sont des conséquences que la loi ou le magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu ».*

*« Le mécanisme de la présomption suppose donc un raisonnement. On part d'une réalité connue pour démontrer l'existence de quelque chose qui jusqu'alors n'était pas prouvé. Le raisonnement ainsi mis en œuvre est habituellement qualifié d'induction »* (D.MOUGENOT, Droit des obligations-la preuve, Larcier, 2002, n° 231, p.282, et les références citées à la note 1).

Selon l'article 1353 du Code civil, *« Les présomptions qui ne sont point établies par la loi, sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol »* (article 1353 du Code civil).

Le texte invite donc le juge à faire preuve de prudence mais il est de jurisprudence et doctrine constantes que, dans l'emploi des trois qualificatifs, il ne faut voir qu'un conseil du législateur qui laisse au juge l'appréciation souveraine de la pertinence des faits invoqués (D.MOUGENOT, op.cit., n° 238, p.284 et les références citées à la note 8).



Le juge du fond constate souverainement l'existence des faits sur lesquels il se fonde.

Les conséquences qu'il en déduit au titre de présomptions de l'homme sont laissées à ses lumières et à sa prudence et il n'est pas requis que ces présomptions se déduisent nécessairement desdits faits. Il suffit qu'elles puissent en résulter.

La Cour de cassation se borne à contrôler si le juge n'a pas violé la notion juridique de « *présomptions de l'homme* » et notamment s'il n'a pas déduit des faits constatés par lui des conséquences qui, sur leur fondement, ne seraient susceptibles d'aucune justification (Cass., 22 octobre 2004, Pas., I., 2004, p.1641 ; Cass., 22 mars 2001, Pas., 2001, I, p.460).

Le raisonnement doit apporter au juge une certitude quant à l'existence du fait recherché qu'il induit du fait connu. Il méconnaît l'article 1353 du Code civil s'il se contente d'une simple probabilité à cet égard (P.VAN OMMESLAGHE, Droit des obligations, T.3, Bruylant, 2010, n° 1793, p.2419 qui cite Cass., 16 juin 2003, Pas., I, 2003, p.1180 et Cass., 22 décembre 1986, Pas., 1987, I, p.501 et note).

« (...) après le rappel du pouvoir souverain d'appréciation du juge, la Cour de cassation déclare contrôler « si celui-ci n'a pas méconnu ou dénaturé la notion légale de « *présomption de l'homme* » et si, notamment, il n'a pas déduit des faits constatés par lui des conséquences qui seraient sans aucun lien avec eux ou qui ne seraient susceptibles, sur leur fondement, d'aucune justification » » ( D.MOUGENOT, op.cit., n° 240, p.285 et les arrêts cités à la note 11).

Peut être retenu à titre de présomption, le simple défaut de dénégation, par une partie, d'un fait articulé par l'autre. S'il ne constitue en règle un aveu ou un acquiescement que s'il est accompagné de circonstances lui conférant ce caractère, le juge peut toutefois retenir cette circonstance à titre de présomption de l'homme (Mons, 4 septembre 1993, Cr.circul., 1994, p.187, cité par D.MOUGENOT, op.cit., n° 241, p.286).

Peuvent également constituer des présomptions, des affirmations réitérées et non contestées d'une partie (Cass., 9 octobre 1973, Pas., 1974, I,p.551) ou, corrélativement, le silence gardé par une partie en présence d'affirmations réitérées par l'autre partie (Cass., 1<sup>er</sup> mars 1973, Pas., I, p.612 ; Cass., 24 mai 1965, Pas., I,p.1024 ; Cass., 18 septembre 1964, Pas., 1965, I,p.61 ; Cass., 12 octobre 1962, Pas., 1963, I,p.192 ; Cass., 17 décembre 1953, Pas., 1954, I,p.315). Seule une simple affirmation d'une partie dans sa propre cause qui n'est étayée d'aucun autre élément permettant d'y voir une présomption ne saurait constituer une preuve (Cass., 14 janvier 2000, Bull., 2000, p.107), décisions citées par P.VAN OMMESLAGHE, op.cit., n° 1794, p.2421.

La Chambre de première instance estime que la méthode d'extrapolation retenue en l'espèce par le SECM est valable, l'échantillon de cas examinés étant suffisamment important et les circonstances de l'infraction révélant une pratique récurrente dans le chef de Monsieur A.. Il s'agit d'un examen concret du cas, au terme d'un raisonnement rigoureux basé sur la logique du raisonnable.

Monsieur A. n'a, en outre, jamais apporté le moindre démenti au PVC du 4 octobre 2011 ayant retenu 349 prestations (code 304452) non effectuées, par extrapolation ni à la note de synthèse du SECM, reprenant le détail du calcul de ladite extrapolation.

La chambre de première instance ne fonde dès lors pas sa décision exclusivement sur la méthode d'extrapolation utilisée par le SECM mais sur un ensemble de présomptions graves, précises et concordantes.

Il y a dès lors lieu de retenir les 349 autres prestations 304452 non effectuées (restauration complète de couronne) retenus par le SECM sur base d'une extension du grief à partir des 20 cas supplémentaires contrôlés, sélectionnés sur base du critère du plus grand nombre de prestations 304452 remboursées par assuré pendant la période contrôlée.

L'indu s'élève, pour ces 349 autres prestations non effectuées à la somme de **23.682, 22 €** :

L'indu total pour le premier grief s'élève dès lors à la somme de **30.685, 61 €** (7.003, 39 € + 23.682, 22 €).

### **Grief n° 2.**

Le second grief porte sur des prestations non conformes.

Selon l'article 5, § 2 de la Nomenclature des Prestations de Santé (NPS), en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2009 :

*A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009)*

*304415 304426 \*\* Obturation(s) de cavité(s) sur 3 faces ou plus d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 40 (en vigueur depuis le 15-01-1993)*

*304452 304463 \*\* Restauration complète de couronne de dent définitive (minimum 4 faces) chez le bénéficiaire à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire...L 60 (en vigueur depuis le 15-01-1993)*

*Les prestations 304371-304382, 304393-304404, 304415-304426, 304430-304441 et 304452-304463 ne peuvent être cumulées entre elles si elles sont effectuées sur la même dent et pendant la même séance.*

Ce grief est formulé pour deux prestations 304452.

Selon le SECM, dans le cas de l'assurée H., les 2 prestations 304452 (73, 02 €) attestées sur la dent 42 ne sont pas conformes car il ressort du constat dentaire établi le 2 août 2011 qu'au maximum 3 faces de cette dent ont été obturées.

Dès lors, seul le code 304415 (46, 91 €) était attestable, soit un indu différentiel de 26, 11 € par prestation et de 52, 22 € pour les deux prestations.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur l'analyse du listing authentifié des prestations remboursées par les organismes assureurs ; l'analyse des attestations de soins donnés et quittances de remboursement et le constat dentaire établi à la suite de cette audition, non contributive, ainsi que sur l'argumentation détaillée présentée par le SECM pour les deux prestations à la discussion des cas (reprise à la page 33/33 de la note de synthèse de la SECM, pour laquelle Monsieur A. n'a formulé aucune observation).

**En conclusion**, la Chambre de première instance constate que tous les griefs sont établis et que Monsieur A. ne fournit aucun élément de nature à contredire l'existence de ceux-ci.

Monsieur A. est donc condamné à rembourser la totalité de l'indu sur base de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI, soit un montant total de **30.737, 83 €** (1.543, 55 € + 5.459, 84 € + 23.682, 22 € + 52, 22 €).

### **C. La sanction.**

Les éléments matériels propres aux infractions sont établis.

L'élément moral requis pour chacune des infractions est également établi, dans la mesure où le non-respect de la nomenclature des prestations de santé a été commis librement et consciemment par Monsieur A..

La Chambre de première instance estime dès lors que les infractions précitées ont été commises par Monsieur A. et lui sont imputables.

Les seules sanctions qui peuvent, le cas échéant, être infligées à Monsieur A., dans le cadre de la présente contestation, telle qu'elle est soumise à la Chambre de première instance, sont les sanctions de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code Pénal Social, soit une amende administrative de 25 à 250 €, majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS) et non les sanctions prévues à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, al. 1, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la loi ASSI (voy. notamment Chambre de recours, décision prononcée le 18 avril 2013, numéro de rôle FB-005-11, publié sur le site internet de l'INAMI).

L'INAMI ne le conteste d'ailleurs pas et dépose une note en ce sens.

A la connaissance de l'INAMI, il n'y a pas de plainte pénale concernant Monsieur A. (article 71 du CPS).

Dans son appréciation de l'amende administrative à infliger à Monsieur A., la Chambre de première instance estime devoir tenir compte des éléments suivants :

- la gravité du manquement imputé à un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et, à ce titre, astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation. La Chambre de première instance constate en effet que Monsieur A. a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou non conformes à la réglementation ;
- l'ampleur des prestations litigieuses ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé ;
- l'absence de remboursement de l'indu relatif au premier grief tel que constaté le 25 mai 2011, nonobstant un engagement de remboursement ;
- l'état de récidive pour 73 prestations représentant un indu de 4.835, 21 € attestées postérieurement au 19 janvier 2010, date de la notification d'une décision du Fonctionnaire dirigeant du SECM déclarant établi un grief reprochant des prestations non effectuées

**En conclusion**, la Chambre de première instance décide d'infliger à Monsieur A. une amende administrative de 250 € pour le grief 1 et de 250 € pour le grief 2 (article 101 du CPS).

Les infractions ayant été commises avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ces montants doivent être majorés de quarante- cinq décimes additionnels (article 102 du CPS et article 1<sup>er</sup> de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales, modifié par l'article 36 de la

loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière-M.B. du 25 février 2003 et avant sa modification par l'article 2 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (II)- M.B. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p.81669).

Une amende majorée de quarante-cinq décimes additionnels correspond à une amende multipliée par le facteur 5, 5 (chaque dixième de l'amende est en effet multiplié par 45 et ensuite ajouté au montant de l'amende).

L'amende s'élève dès lors à un montant total de 2.750 € (250 € x 2 x 5,5).

Compte tenu de la faiblesse de cette sanction par rapport à la gravité des faits commis, la Chambre de première instance décide de ne pas octroyer de sursis à Monsieur A..

#### **D. Les intérêts.**

Les sommes dont Monsieur A. est redevable produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi (article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2 de la loi ASSI, modifié par l'article 4 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (II)- M.B. du 30 mars 2012, Ed. 3, p. 20.558).

#### **E. L'exécution provisoire.**

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours (article 156, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI).

Si le débiteur fait défaut, l'Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines peut être chargée de la récupération des montants dus (article 156, § 1<sup>er</sup>, al. 3 de la loi ASSI).

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

**Statuant par défaut à l'égard de Monsieur A.,**

Déclare la demande du SECM recevable et fondée dans la mesure déterminée ci-après.

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs formulés à l'encontre de Monsieur A. sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse du SECM (griefs 1 et 2).

Condamne dès lors Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **30.737, 83 €**.

Condamne Monsieur A. au paiement d'une amende administrative égale à 2 x 250 €, multipliée par les décimes additionnels (x 5,5), soit la somme de **2.750 €**.

Dit que les sommes dont Monsieur A. est redevable produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, le cachet de la poste faisant foi.

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 Pascal HUBAIN, président suppléant, Docteur Dominique VANDIEPENBEECK, Docteur Xavier GILLIS, Monsieur Hugues GREGOIR et Monsieur Gérard VAN LIPPEVELDE, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffier.

Et prononcé à l'audience du 17 septembre 2013, par Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, assisté de Madame Caroline METENS, greffier.

Caroline METENS  
Greffier

Pascal HUBAIN  
Président