

EN CAUSE DE : Madame A.
praticienne de l'art dentaire - licenciée en science dentaire

Représentée par Maître B., avocat loco Maître C., avocate

Partie appelante ;

CONTRE : **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 ;

Représenté par le Docteur D., médecin-inspecteur, et par Madame E.,
juriste.

Partie intimée ;

I. La recevabilité

La décision de la Chambre de première instance ayant été notifiée le 9 mai 2012, le recours adressé au greffe par voie de recommandé le 8 juin 2012, reçu au greffe de la Chambre de recours le 11 juin 2012, régulier en la forme, est recevable.

II. Les faits

1. Quatre griefs ont été portés à l'encontre de Madame A., dentiste, à savoir :

Premier grief :

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou à ses arrêtés d'exécution, notamment à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, car les actes effectués ne correspondent pas au libellés des prestations reprises sous les codes 304415-304426 (obturation de cavités sur les trois faces dentaires ou plus de dents définitives chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire), 304430-304441 (restauration de la cuspside ou d'un bord incisal de dent chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire) et 304452-304463 (restauration complète de couronne de dent définitive – minimum 4 faces – chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire), dès lors que les prestations 304415 et/ou 304430 sont portées en compte lors de temps intermédiaires de traitement, du curetage de la gencive ou parodontal, de traitement de collets et de rééquilibrage des plans dentaires et que la prestation 304452 est portée en compte lors de remodelage de dents à visée esthétique, à

concurrence de 84 prestations attestées entre le 21 novembre 2001 et le 25 juin 2003, qui ont généré un indu de 3.611,79 €.

Deuxième grief :

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou à ses arrêtés d'exécution, notamment à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, car des radiographies mentionnées dans les libellés des prestations n'ont pu être produites en violation des articles 1 § 8 et 6, § 4, de la nomenclature, plus précisément en ce qui concerne les prestations reprises sous les codes 307031 (radiographie interbuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire à partir du 12^{ème} anniversaire), 307053 (radiographie interbuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché: par cliché supplémentaire à partir du 12^{ème} anniversaire) et 304592 (traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18^{ème} anniversaire) à concurrence de 4 prestations attestées entre le 21 novembre 2001 et le 14 juin 2003, qui ont généré un indu de 56,22 €.

Troisième grief

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou à ses arrêtés d'exécution, notamment à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, car des prestations sont attestées au nom d'un bénéficiaire différent de celui chez qui les soins sont prodigués, en violation de l'article 5 de la nomenclature, plus précisément en ce qui concerne les prestations reprises sous les codes 304415-304426 (obturations de cavités sur trois faces dentaires ou plus de dent définitive chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire) et 304430-3044 (restauration de la cuspside ou d'un bord incisal de dent définitive chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire) et 304452-304463 (restauration complète de la couronne de dent définitive – minimum quatre faces – chez le bénéficiaire à partir de 18 ans), dès lors que madame A. a reconnu avoir prodigué des soins à un assuré au nom de l'épouse de ce dernier à concurrence de 4 prestations attestées entre le 31 janvier 2003 et le 10 mai 2003, qui ont généré un indu de 218,42 €.

Quatrième grief

Avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou à ses arrêtés d'exécution, notamment à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, car des prestations sont attestées à deux reprises sous les codes 304415-304426 (obturation de cavités sur trois faces dentaires ou plus de dent définitive chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire), dès lors que Madame A. a porté en compte une prestation 304415 du 25 octobre 2002 concernant la dent 36 pour une assurée au moyen de deux ASD différentes qui ont généré un indu de 40,17 €.

Pour ces 4 griefs, l'indu est de 3.926,60 €.

2. Par sa décision notifiée le 15 mars 2010, le Fonctionnaire dirigeant a déclaré les 4 griefs établis et a condamné Madame A. au remboursement de l'indu soit la somme de 3.926,60 €.

Par sa décision dont appel du 3 mai 2012, la Chambre de première instance a déclaré les trois premiers griefs établis et le 4^{ème} grief non établi. En conséquence, elle a confirmé la décision du Fonctionnaire-dirigeant sauf en ce qui concerne le 4^{ème} grief et sauf en ce qui concerne le remboursement de la somme de 40,17 € liée à ce 4^{ème} grief. Le montant du remboursement est ramené à 3.886,43 €.

III. Les moyens des parties

Seuls les 1^{er} et 2^{ème} griefs font l'objet de l'appel.

En appel, Madame A. fait valoir :

- que le délai raisonnable est dépassé,
- que l'enquête est administrative, théorique et que l'instruction n'a pas un caractère contradictoire,
- que la règle interprétative, en ce qui concerne le 1^{er} grief, n'est entrée en vigueur que le 1^{er} janvier 2002,
- que les prestations réalisées relatives au 1^{er} grief ont été attestées, même si le traitement a été effectué en plusieurs étapes pour des raisons médicalement justifiées,
- que les radiographies, en ce qui concerne le 2^{ème} grief, ont bien été effectuées mais ont été mal classées.

L'INAMI fait valoir :

- que la nomenclature prévoit que pour certains traitements, un seul code peut être appliqué une seule fois,
- que les radiographies n'ont pu être produites,
- que le délai non raisonnable, pour autant qu'il existe, ne fait pas nécessairement échec à une sanction et ne permet pas au juge de réduire une sanction civile,
- que le principe du contradictoire a été observé,
- que l'enquête a examiné les soins donnés en se basant sur les fiches établies par Madame A., ses déclarations et l'audition de 48 assurés sociaux,
- que des soins n'ont pas été retenus à grief, soit parce qu'ils étaient conformes à la réglementation, soit parce que par manque de temps Madame A. n'a pu s'expliquer sur ceux-ci.

IV. Discussion

Le délai raisonnable

1. En vertu de l'article 6, § 1^{er}, de la convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales, toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue dans un délai raisonnable par un Tribunal qui décidera du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. Le but de cette règle est d'éviter qu'une personne accusée d'une infraction, ne demeure pas trop longtemps sous le coup d'une accusation ce qui aurait pour conséquence qu'elle ne saurait pendant un certain temps, estimé trop long, mener une vie conforme à son bien-être, à sa santé et à sa dignité.

2. Le point de départ du délai raisonnable est le jour où une personne est contrainte de se défendre au vu des accusations portées contre elle.

En l'espèce, les auditions et les constats d'infractions ont eu uniquement pour objet de relever la réalité d'infractions, en vue d'une éventuelle poursuite et d'une éventuelle condamnation. A ce stade de la procédure qui consiste en l'examen de faits pouvant constituer des infractions, aucune décision n'est prise quant à d'éventuelles poursuites à l'égard de Madame A.

Ce ne sera que par courrier du 19 octobre 2009 que Madame A. sera invitée à faire part de ses justifications au vu d'un rapport synthétique qui lui sera remis ce même jour reprenant les manquements relevés. Ce courrier du 19 octobre 2009 informe bien Madame A. que la suite à donner au dossier dépendra de l'examen des justifications fournies.

La présente Chambre considère dès lors que le délai raisonnable a pris cours le 19 octobre 2009, jour où Madame A. fut invitée à se justifier par rapport à certaines infractions qu'elle aurait commises.

3. Madame A. a fait valoir ses justifications le 18 décembre 2009.

Le Fonctionnaire-dirigeant a pris sa décision avant le 15 mars 2010, jour où celle-ci fut notifiée à Madame A..

La décision du Fonctionnaire-dirigeant fut contestée le 14 avril 2010 et le conseil de Madame A. adressa son dossier à l'INAMI le 3 mai 2010.

L'INAMI a conclu le 13 août 2010 et les conclusions de Madame A. furent communiquées le 10 novembre 2010. Le 24 juin 2011, l'INAMI sollicitait la fixation de l'affaire. Par courrier du 3 octobre 2011, les parties furent averties que le litige serait plaidé le 27 octobre 2011.

Par sa première décision du 16 décembre 2011, la Chambre de première instance a constaté que la Chambre, telle que composée, ne pouvait valablement statuer et elle a dès lors ordonné une réouverture des débats pour le 12 janvier 2012 devant une Chambre autrement composée.

Le 30 décembre 2011, Madame A. sollicitait la remise du litige et l'audience de plaidoirie fut fixée au 19 avril 2012. Le 3 mai 2012, la Chambre de première instance a prononcé sa décision qui fut notifiée le 9 mai 2012.

Le 7 juin 2012, Madame A. formait appel contre la décision de la Chambre de première instance. Le 6 septembre 2012 l'INAMI, déposait ses conclusions et le 6 décembre 2012 Madame A. déposait ses conclusions. Le 20 août 2013 les parties furent informées de la date d'audience au 10 octobre 2013, jour où elle fut plaidée.

Il résulte de ces considérations que le délai a pris cours le 19 octobre 2009 et que depuis cette date la procédure s'est déroulée dans un délai raisonnable. En effet, les parties ont conclu endéans des délais relativement brefs et les instances de décision furent saisies dans des délais raisonnables au vu des disponibilités des parties et des règles d'organisation indispensables et justifiées pour la fixation sans retard des litiges.

En l'espèce, le délai raisonnable n'a pas été dépassé.

4. La présente Chambre précise qu'en vertu des règles applicables, le remboursement indu d'une prestation ne peut s'apprécier qu'à partir de 2 ans après la réalisation de la prestation, et ce vu le délai prévu pour solliciter le remboursement de celle-ci.

Enfin la présente Chambre souligne que même en cas de délai déraisonnable, et pour autant que les droits de la défense ne soient pas mis en cause vu le temps écoulé, il appartient à la présente Chambre de définir les conséquences qu'elle estime devoir tirer d'un délai déraisonnable. L'existence d'un délai déraisonnable n'impose pas à une juridiction de ne pas prononcer de condamnation. En outre, le remboursement des prestations, en l'espèce, n'est pas une sanction mais une mesure civile de récupération ou de réparation mise à charge du prestataire de soins qui par sa faute ou son fait a provoqué un indu.

La présente Chambre relève que Madame A. ne fait pas valoir que la durée de la procédure a mis en péril ses droits de défense et qu'aucune sanction, qu'elle soit de nature pénale ou civile, n'est demandée à l'égard de Madame A..

Le caractère théorique et administratif de l'enquête

Pour vérifier la conformité des soins attestés et la réalité des soins réalisés l'INAMI s'est fondé :

- sur les fiches administratives et de soins prodigués, fiches rédigées par Madame A. elle-même,
- sur les observations et les descriptions des soins donnés de Madame A. et ce au cours de séances d'audition au cours desquelles Madame A. a pu expliquer sa pratique,
- sur l'audition de 46 assurés sociaux et sur les examens buccaux de ces assurés sociaux effectués par les médecins inspecteurs.

Il est dès lors inexact de prétendre que l'enquête présente un caractère purement théorique et administratif, les inspecteurs de l'INAMI ayant pour chaque cas retenu à grief procédé à un examen complet et pratique des soins donnés.

Le caractère non contradictoire de l'instruction

La présente Chambre relève que l'instruction fut menée conformément aux dispositions réglementaires par les médecins inspecteurs. Ces médecins inspecteurs, conformément à la loi et plus particulièrement aux articles 139 et suivants de la loi du 14 juillet 1994, ont pour mission de contrôler les prestations sur le plan de la réalité et de la conformité, de relever les éléments constitutifs des infractions et de rédiger des constats d'infraction s'il échet. Ces inspecteurs n'ont pas à instruire à charge et à décharge.

La présente Chambre relève en outre que Madame A. fut entendue à deux reprises sur les cas retenus à grief et qu'elle a pu à ces occasions faire valoir ses observations, que Madame A. a pu réagir lors de l'envoi des constats d'infraction, ce qu'elle a fait à une reprise, et qu'elle a pu adresser ses justifications suite à la note de synthèse qui lui a été adressée en octobre 2009, ce qu'elle a fait.

La présente Chambre considère dès lors que le principe du contradictoire n'a pas été violé en l'espèce et que l'instruction du dossier a été régulière.

Le premier grief

1. Le premier grief consiste à avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou à ses arrêtés d'exécution, notamment à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, car les actes effectués ne correspondent pas aux libellés des prestations reprises sous les codes 304415-304426 (obturation de cavités sur les trois faces dentaires ou plus de dents définitives chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire), 304430-304441 (restauration de la cuspside ou d'un bord incisal de dent chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire) et 304452-304463 (restauration complète de couronne de dent définitive – minimum 4 faces – chez le bénéficiaire à partir de son 18^{ème} anniversaire), dès lors que les prestations 304415 et/ou 304430 sont portées en compte lors de temps intermédiaires de traitement, du curetage de la gencive ou parodontal, de traitement de collets et de rééquilibrage des plans dentaires et que la prestation 304452 est portée en compte lors de remodelage de dents à visée esthétique, à concurrence de 84 prestations attestées entre le 21 novembre 2001 et le 25 juin 2003, qui ont généré un indu de 3.611,79 €.

Madame A. explique en terme de conclusions que si les codes repris correspondent à un traitement, ce traitement a été effectué en plusieurs étapes et ce pour des raisons médicalement justifiées. Elle fait valoir en outre que les soins donnés ne sont pas identiques lors de chaque étape du traitement et qu'il est dès lors possible d'attester plusieurs fois le même code pour un traitement lors de chaque étape de ce traitement.

La présente Chambre ne conteste nullement qu'il peut être médicalement justifié d'effectuer les prestations reprises sous les codes 304415, 304430 et 304452 en plusieurs étapes.

La présente Chambre relève toutefois que l'attestation de soins ne peut être donnée que quand le soin est réalisé. Ainsi le code 304415 correspond à l'obturation de cavités sur trois faces dentaires ou plus. Tant que l'obturation de cavités sur trois faces dentaires n'est pas réalisée, les soins correspondant au code 304415 ne sont pas donnés et il ne peut être question d'attester que ceux qui ont été donnés. Il importe peu que le soin replit sous le code

304415 soit donné en une ou plusieurs étapes, dès lors que le soin n'est réalisé qu'à la dernière étape et que ce n'est qu'à la fin de la dernière étape que le code 304415 peut être attesté. Lors des étapes intermédiaires, force est de constater que l'obturation des cavités sur trois faces dentaires n'est pas réalisée et que dès lors le soin ne peut être attesté sous le code 304415, et ce conformément à l'article 5 et 6 de la nomenclature.

Il en va de même pour les autres prestations qui ne peuvent être attestées qu'une fois le traitement effectué et ce même si ces prestations furent effectuées par étapes.

2. La règle interprétative publiée, au Moniteur belge du 1^{er} janvier 2002, qui énonce : "*En vertu des dispositions de l'article 6, § 1^{er} de la nomenclature, 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*", ne fait que confirmer et clarifier le sens que la nomenclature et notamment les articles 5 et 6 que ceux-ci ont toujours eu. Cette règle interprétative n'ajoute rien aux textes ni au sens que ceux-ci avaient antérieurement.

Au vu de ces considérations, la présente Chambre considère que le premier grief est établi.

Le second grief

Le second grief consiste à avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou à ses arrêtés d'exécution, notamment à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, car des radiographies mentionnées dans les libellés des prestations n'ont pu être produites en violation des articles 1 § 8 et 6, § 4, de la nomenclature, plus précisément en ce qui concerne les prestations reprises sous les codes 307031 (radiographie interbuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire à partir du 12^{ème} anniversaire), 307053 (radiographie interbuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché: par cliché supplémentaire à partir du 12^{ème} anniversaire) et 304592 (traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18^{ème} anniversaire) à concurrence de 4 prestations attestées entre le 21 novembre 2001 et le 14 juin 2003, qui ont généré un indu de 56,22 €.

Les clichés radiographiques concernant les prestations mises en cause doivent être conservés durant deux années en vertu de l'article 1, § 8 de la nomenclature. Ces prestations ont été réalisées le 21 novembre 2001, le 30 avril 2002 et le 16 juin 2003. Elles n'ont pu être produites jusqu'à la date du constat d'infraction du 10 octobre 2003 et ne sont toujours pas produites.

Madame A. affirme que ces radiographies ont bien été réalisées et qu'elles furent mal classées.

La présente Chambre constate que les radiographies ne sont toujours pas produites. Le grief est établi.

Les prestations non conformes ou non effectuées étant établies, elles doivent être remboursées par Madame A..

Par ces motifs,

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

composée de Monsieur Damien KREIT, Président, de Madame Sophie CARLIER et de Messieurs Claude PAUWELS, Marc LIPPERT, Alain BREMHORST, membres, assistés de Madame Caroline METENS, greffier,

après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Madame Sophie CARLIER, Messieurs Claude PAUWELS, Marc LIPPERT, Alain BREMHORST ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

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

Reçoit l'appel,

Le déclare non fondé,

Confirme la décision dont appel,

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 27 novembre 2013 à Bruxelles, par Monsieur Damien KREIT, Président, assisté de Madame Isabelle WARNOTTE, greffier.

Isabelle WARNOTTE
Greffier

Damien KREIT
Président