

Concerne : **Monsieur A.**
dentiste généraliste
Et
B. BV

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEFS FORMULES

Quatre griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A. et B. BV, suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il leur est reproché :

1.1 Premier grief

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies

Infraction visée à l'article 73bis, 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1.1.1. *Principe général* :

Les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé que pour autant qu'elles soient dûment effectuées au bénéfice de l'assuré.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une « attestation de soins donnés » est établie et signée par le dispensateur de soins, selon la procédure définie à l'art. 53, alinéa 1er de la LC du 14/04/1994 qui dispose :

Loi 10/04/2014 - M.B. 30/04/2014 – d'application à partir du 01/07/2015

« (...)

Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature, (...).

(...)

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance. (...)

1.1.2. Prestations en cause

Elles sont reprises par l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (ci-après N.P.S.) :

- à l'article 5 :

§2. PRESTATIONS JUSQU'AU 18e ANNIVERSAIRE

SOINS CONSERVATEURS

304371 304382 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 1 face d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 20 P 3

304393 304404 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 2 faces d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 30 P 5

304415 304426 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 3 faces ou plus d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 40 P 6

304430 304441 ** Restauration de cuspide ou d'un bord incisal de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 50 P 8

304452 304463 ** Restauration complète de couronne de dent définitive (minimum 4 faces) chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 60 P 9

303590 303601 ** Honoraires complémentaires pour l'utilisation de techniques adhésives pour obturation de cavité(s) et/ou restauration prévue à l'article 5 de la nomenclature, sur dents définitives, à partir du 18e anniversaire, par dent L 7,81 P 1

304555 304566 ** Traitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 80 P 12.

1.1.3. Argumentation :

Il apparait que sont portées en compte des prestations non effectuées.

Il s'agit de 45 prestations concernant 20 assurés pour la période de prestations du 22/06/2018 au 29/08/2019 et d'introduction aux organismes assureurs du 31/07/2018 au 30/09/2019.

Le détail du grief figure aux pages 10 à 16 de la note de synthèse.

1.1.4. Conclusion :

Le grief concerne 45 prestations pour 20 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 1961 euros (1648,50 euros pour 19 assurés + 312, 50 euros pour la 20^{ème} assurée).

1.2 Deuxième grief :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.2.1 Base réglementaire du grief :

Selon l'ARTICLE 6 § 4 de la N.P.S :

Généralités

L'intervention de l'assurance pour le traitement et l'obturation d'un ou plusieurs canaux radiculaires d'une même dent, peu importe le nombre de canaux obturés pendant le traitement, n'est due que si pour une dent définitive, chaque canal visible est obturé jusqu'à au moins 2mm de l'apex et que pour une dent de lait, chaque canal visible est obturé d'au moins un tiers de la longueur. A l'exception des dents de lait mono radiculaires, le praticien le démontre au moyen d'une radiographie, laquelle est conservée dans le dossier du patient et peut être réclamée pour consultation par le médecin-conseil.

Ces prestations comprennent tous les dispositifs et radiographies peropératoires employés afin de déterminer la longueur canalaire, et la(les) radiographie(s) de contrôle.

1.2.2. Prestations en cause

Elles sont reprises dans la N.P.S. :

- à l'article 5 :

§ 1. PRESTATIONS JUSQU'AU 18e ANNIVERSAIRE

SOINS CONSERVATEURS

374312 374323 ** Traitement et obturation d'un canal d'une dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 44 P 7

374533 374544 ** Traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 53 P 8

374555 374566 ** Traitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 80 P 12 2019-000730-C-02-000-00005-0065
18 374570 374581 ** Traitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 106 P 16

375012 375023 ** Retraitement et obturation d'un canal d'une dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 44 P 7

375034 375045 ** Retraitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 53 P 8

375056 375060 ** Retraitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 80 P 12

375071 375082 ** Retraitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent chez le bénéficiaire jusqu'au 18e anniversaire L 106 P 16

RADIOGRAPHIES

377031 377042 Radiographie intrabuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché, jusqu'au 18e anniversaire N 13 P 2

377053 377064 Radiographie intrabuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire dans une même séance, jusqu'au 18e anniversaire N 8 P 1

§ 2. PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE

SOINS CONSERVATEURS

304312 304323 ** Traitement et obturation d'un canal d'une dent, chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 44 P 7

304533 304544 ** Traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 53 P 8

304555 304566 ** Traitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 80 P 12

304570 304581 ** Traitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 106 P 16 "

305012 305023 ** Retraitement et obturation d'un canal d'une dent, chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 44 P 7

305034 305045 ** Retraitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 53 P 8

305056 305060 ** Retraitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 80 P 12

305071 305082 ** Retraitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 106 P 16

RADIOGRAPHIES

307031 307042 Radiographie intrabuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché, à partir du 18e anniversaire N 13 P 2

307053 307064 Radiographie intrabuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire dans une même séance, à partir du 18e anniversaire N 8 P 1

1.2.3 Argumentation :

En l'occurrence il s'agit de l'attestation de radiographies intrabuccales non conformes car attestées avec un ou plusieurs code(s) de traitement(s) canalaire(s) le même jour pour le même assuré.

Les radiographies peropératoires (radiographies instrumentales réalisées lors du traitement canalaire) ou post-opératoires (radiographies de contrôle du traitement canalaire) sont comprises dans le code du traitement canalaire déjà attesté et ne peuvent donc pas être attestées en supplément.

Il s'agit de 301 prestations pour 182 assurés pour la période de prestations du 02/03/2018 au 18/10/2019 qui ont été introduites auprès des organismes assureurs du 30/06/2018 au 31/10/2019.

Le détail du grief se trouve aux pages 19 à 23 de la note de synthèse.

1.2.4. Conclusion :

Le grief concerne 301 prestations pour 182 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 3194 euros.

1.3 Troisième grief :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.3.1 Base réglementaire du grief :

Selon l'article 6 de la N.P.S :

GENERALITES

§ 3ter Les prestations 373774-373785 et 303774-303785 donnent droit à une intervention pour autant que toutes les conditions suivantes soient remplies :

- la prestation était urgente pour cause de douleur aiguë,
- la prestation a été effectuée endéans les 24 heures suivant la demande,
- le tissu pulpaire a été éliminé au moins de la chambre pulpaire et des entrées des canaux radiculaires,
- la dent a été obturée temporairement en attendant son traitement ultérieur,

L'intervention de l'assurance pour ces prestations n'est due que si aucune prestation 373774- 373785 ou 303774-303785 n'a été remboursée pendant la même année civile.

L'intervention de l'assurance pour les prestations 373575-373586, 303575- 303586, 373774- 373785 et 303774-303785 n'est due que si le même jour aucune autre prestation des articles 5 et/ou 14l) de la nomenclature des prestations de santé n'a été effectuée et/ou attestée.

1.3.2 Prestations en cause

Elles sont reprises dans la N.P.S. :

- à l'article 5 :

§ 2. PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE

TRAITEMENTS PREVENTIFS

301593 301604 * Examen buccal y compris l'établissement d'un plan de traitement, l'enregistrement des données pour l'établissement ou la mise à jour du dossier dentaire et la motivation du patient concernant les soins préventifs et curatifs à effectuer, une fois par année civile, à partir du 18e jusqu'au 67e anniversaire N 20,96 P 8

La prestation 301593-301604 n'est cumulable qu'avec la fixation de l'index parodontal (DPSI) et/ou les éléments radio-diagnostiques extrabuccaux.

PARODONTOLOGIE

301254 301265 Détermination de l'index parodontal (DPSI) avec enregistrement de ces données et information du patient, une fois par année civile, à partir du 18e anniversaire L 20 P 3

La présence d'au moins six dents naturelles est exigée.

Les données de l'examen seront conservées dans le dossier dentaire, selon les normes du DPSI.

La prestation 301254-301265 ne peut être cumulée qu'avec l'examen buccal annuel, les radiographies, la consultation et le détartrage sous-gingival sous anesthésie locale.

SOINS CONSERVATEURS

303774 303785 ** Démarrage en urgence d'un traitement d'un ou de plusieurs canaux radiculaires d'une ou plusieurs dents définitives, y inclus les moyens de diagnostic utilisés, à partir du 18e anniversaire L 58,55 P 11

1.3.3 Argumentation :

Il s'agit de l'attestation de codes d'urgences pour traitements canalaires (code 303774-373774) non conformes car attestés peu de temps après (ou avant) des examens buccaux (code 301593).

La tarification sur deux dates différentes a permis au prestataire de soins de contourner la règle d'interdiction de cumuler ces deux prestations à la même date.

Cela concerne 26 prestations pour 13 assurés attestées entre le 27/03/2018 et le 23/08/2019.

Elles ont été introduites auprès des organismes assureurs entre le 30/06/2018 et le 10/09/2019.

Le détail du grief figure aux pages 25 et 26 de la note de synthèse.

1.3.4 Conclusion :

Le grief concerne 26 prestations pour 13 assurés.

L'indu correspondant s'élève à 1137 euros.

1.4 Quatrième grief :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi

Infraction visée à l'art 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

1.4.1 Base réglementaire du grief :

Selon l'article 5 de la N.P.S, la prestation 301593 n'est cumulable qu'avec la fixation de l'index parodontal (DPSI) et/ou les éléments radio-diagnostiques extrabuccaux.

1.4.2 Prestations en cause :

Elles sont reprises dans la N.P.S. :

- à l'article 5 :

§ 2. PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE

TRAITEMENTS PREVENTIFS

301593 301604 * Examen buccal y compris l'établissement d'un plan de traitement, l'enregistrement des données pour l'établissement ou la mise à jour du dossier dentaire et la motivation du patient concernant les soins préventifs et curatifs à effectuer, une fois par année civile, à partir du 18e jusqu'au 67e anniversaire N 20,96 P 8

La prestation 301593-301604 n'est cumulable qu'avec la fixation de l'index parodontal (DPSI) et/ou les éléments radio-diagnostiques extrabuccaux.

Détartrage, par quadrant, par année civile, à partir du 18e anniversaire :

302153 302164 * quadrant supérieur droit L 10 P 2

302175 302186 * quadrant supérieur gauche L 10 P 2

302190 302201 * quadrant inférieur gauche L 10 P 2

302212 302223 * quadrant inférieur droit L 10 P 2

PARODONTOLOGIE

301254 301265 Détermination de l'index parodontal (DPSI) avec enregistrement de ces données et information du patient, une fois par année civile, à partir du 18e anniversaire L 20 P 3

La présence d'au moins six dents naturelles est exigée.

Les données de l'examen seront conservées dans le dossier dentaire, selon les normes du DPSI.

La prestation 301254-301265 ne peut être cumulée qu'avec l'examen buccal annuel, les radiographies, la consultation et le détartrage sous-gingival sous anesthésie locale.

1.4.3 Argumentation :

En l'occurrence il s'agit de l'attestation de codes de détartrages avec le code d'examen buccal annuel 301593 alors que ce cumul n'est pas autorisé par la nomenclature.

Cela concerne 8 prestations pour 2 assurés attestées du 17/11/2018 au 28/11/2018. Elles ont été introduites au remboursement entre le 31/12/2018 et le 16/01/2019.

Le détail du grief se trouve à la page 29 de la note de synthèse.

1.4.4 Conclusion :

Le grief concerne 8 prestations pour deux assurés.

L'indu correspondant s'élève à 84 euros.

Pour l'ensemble des griefs précités, l'indu total a été évalué à 6.376 euros.

B. BV a procédé au remboursement partiel (3.000 euros) de l'indu le 10/11/2022.

2. DISCUSSION

1.1 Moyens de défense

Dans les moyens de défense transmis par Mr A., reçus le 8/11/2022, ce dernier conteste une partie du premier grief. Il considère que « *mes mots sont utilisés contre moi d'une manière extrêmement manipulatrice.* ». Il ne sait pas pour quelle raison la clarification sur l'utilisation de l'anesthésie a été omise. Le lien logique entre ce qu'il a dit et fait a été supprimé.

Il explique que, lorsque les dents sont mortes, il n'est pas nécessaire d'utiliser l'anesthésie. Il s'agit de la seule explication logique et pratique pour avoir effectué un traitement dans un autre quadrant.

Il confirme que les soins ont été donnés. Il n'est donc pas d'accord avec l'indu de 1648,50 euros.

Pour Mme C. il n'a aucun souvenir de cette patiente mais n'a aucune raison de contester le montant de 312, 50 euros.

En ce qui concerne le second grief, ce qui a été établi est exact et il ne le nie pas. Il précise que comme il ressort de ses déclarations il ne savait pas que les rayons X

étaient inclus dans le traitement du canal radiculaire. Il comprend que l'ignorance n'est pas une excuse mais il regrette que les inspecteurs ne s'intéressent pas à la qualité du travail mais uniquement aux codes applicables.

Lors du processus de travail il est nécessaire de prendre des radiographies de contrôle en cas de doutes sur la longueur des canaux, de suspicions de perforations etc... Il a agi dans le souci de fournir un traitement de qualité.

Pour le troisième grief, il confirme ses déclarations données le 16/03/2021. Il remercie le service pour la confiance qui lui a été accordée.

Enfin, concernant le quatrième grief, il confirme que l'erreur commise vient de lui et que l'ignorance ne constitue pas une excuse.

Il sollicite enfin une réduction du montant réclamé. Il travaille depuis 6 ans pour son employeur qui ne l'a pas averti concernant ses erreurs au niveau des codes. Il a toujours travaillé à 50% de chiffre d'affaires. Il doit ainsi rendre le double de ce qu'il a gagné. Il réitère que, concernant le montant indu de 1648,50 euros, le service a mal interprété ses propos. Il a travaillé dans un souci de qualité et pas dans le but de gonfler ses profits.

Réponses du SECM aux moyens de défense de Mr A.

En ce qui concerne la partie du premier grief qui est contestée par Mr A., les propos tenus par Mr A. lors de son audition n'ont pas été manipulés.

-Lors de son audition du 16 mars 2021 (pièce 0017 du dossier d'enquête) , les inspecteurs sociaux ont posé les questions suivantes :

« D. : *Combien de dents traitez-vous chez un même patient durant une séance ?*

Monsieur A : à ..., je traite généralement une dent par séance. A dans le cabinet E., je pouvais soigner 1, 2 voire 3 dents mais toujours situées dans le même quadrant. Je ne fais qu'une anesthésie d'un quadrant.

D. : Dans le cas où vous traitez plusieurs dents en même temps, ces dents sont-elles situées sur le même quadrant ?

Monsieur A. : oui ».

A la fin de l'audition, les inspecteurs sociaux ont relu oralement la déclaration de Mr A. en présence de ce dernier. Après cette lecture, les inspecteurs sociaux ont demandé à Mr A. s'il souhaitait encore apporter des améliorations et/ou des ajouts. Mr A. a répondu que cela avait déjà été fait (pièce 0017 du dossier d'enquête).

-Une copie du procès-verbal d'audition du 16/03/2021 a été envoyée à Mr A. par courrier daté du 17/03/2021 (pièce 0018) ainsi que par courriel daté du 17/03/2021 (pièce 0019).

-Mr A. a réagi à ce courriel le 17/03/2021 en apportant les précisions suivantes (pièce 0019 du dossier d'enquête) :

« *Bonjour Monsieur,*

il y a un léger écart entre la question et la réponse ci-dessous

sur la question des; à ..., je traite généralement une dent c'est une réponse au traitement endodontique, mais pour les obturations c'est la même chose que a ...-1,2,3 dents

J'espère que ce n'est pas un gros problème, mais j'aimerais être bien compris.

*D. : Combien de dents traitez-vous chez un même patient durant une séance ?
Monsieur A.: à ..., je traite généralement une dent par séance. A ... dans le cabinet E., je pouvais soigner 1, 2 voire 3 dents mais toujours situées dans le même quadrant. Je ne fais qu'une anesthésie d'un quadrant. (...) »*

-L'inspecteur social lui a répondu par un courriel du 17/03/2021 également (pièce 0019 du dossier d'enquête) :

« *(..) Je prends note qu'après relecture de la copie signée du procès-verbal de l'audition du 16 mars 2021 qui vous est parvenue ce matin par email, vous m'informez qu'à la question :*

D. : Combien de dents traitez-vous chez un même patient durant une séance ?

Il faut comprendre votre réponse, selon vous :

Monsieur A. : A ..., je traite 1, 2 voire 3 dents par séance.

Monsieur A. : Et à ... dans le cabinet E., je pouvais soigner 1, 2 voire 3 dents mais toujours situées dans le même quadrant. Je ne fais qu'une anesthésie d'un quadrant. (...) ».

-Monsieur A. a confirmé ses propos dans un dernier courriel (pièce 0019 du dossier) dont le contenu est repris ci-dessous :

« *(...) Oui, il n'y a aucune différence avec le lieu de traitement.
Mais l'explication du travail à ... est plus précise.*

Merci pour votre soutien et votre compréhension. (...) »

Les propos de Mr A. n'ont dès lors pas été manipulés.

Conformément à l'article 62 du code pénal social, les propos tenus lors de son audition lui ont été relus, à sa demande, à l'issue de celle-ci.

Lors de la relecture de la copie de son audition envoyée par courriel et par la poste, Mr A. a émis un commentaire qui a été pris en compte par l'inspecteur social. A aucun moment, Mr A. n'a émis de remarques quant à la question de l'anesthésie.

Dans ses moyens de défense Mr A. explique que, lorsque les dents sont mortes, il n'est pas nécessaire d'utiliser l'anesthésie. Il s'agit de la seule explication logique et pratique pour avoir effectué un traitement dans un autre quadrant.

Le service relève que l'argument de Mr A. est théorique et qu'il n'a jamais évoqué la problématique des dents mortes tant en audition que lors de la relecture de la copie de son procès-verbal d'audition.

De plus, une dent nécrosée (morte) peut ne pas nécessiter d'anesthésie mais alors cette dent est soit dévitalisée ou est à extraire mais dans ce cas le soin conservateur porté en compte à l'assurance soins de santé n'a aucun sens si la dent est à extraire.

Dans ses moyens de défense, Mr A. ne fournit aucune preuve démontrant que, pour les dents faisant l'objet du grief, elles ont été dévitalisées. Or Mr A. doit avoir une radiographie de ces dents s'il a procédé à une dévitalisation.

Le SECM considère dès lors que les explications de Mr A. reprises dans ses moyens de défense ne sont pas crédibles d'autant plus que le grief concerne, hors le cas non contesté de l'assurée C., 19 assurés.

Mr A. ne conteste pas l'indu reproché pour le cas de Mme C.

Le SECM maintient donc le grief 1 tel qu'il est reproché.

En ce qui concerne le second grief, celui-ci n'est pas contesté. Mr A. déclare dans ses moyens de défense comprendre que l'ignorance n'est pas une excuse mais regretter que les inspecteurs ne s'intéressent pas à la qualité du travail mais uniquement aux codes applicables.

Le SECM soulève qu'il ne relève pas de ses missions de se prononcer sur la qualité des soins dispensés mais que sa mission porte notamment sur le contrôle des prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, de ses arrêtés et règlements d'exécution et des conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Dans ses moyens de défense, Mr A. ne conteste pas les troisième et quatrième griefs.

Mr A. sollicite enfin une réduction du montant réclamé. Il explique travailler depuis 6 ans pour son employeur qui ne l'a pas averti concernant ses erreurs au niveau des codes. Il a toujours travaillé à 50% de chiffre d'affaires. Il doit ainsi rendre le double de ce qu'il a gagné.

Le service rappelle que le respect de la réglementation est une obligation personnelle du dispensateur de soins peu importe la complexité du droit social¹.

Un prestataire de soins a un devoir de vigilance et doit s'informer sur la manière d'attester et de prescrire les soins qu'il dispense.² Rien ne l'empêchait au demeurant

¹ Chambre de première instance, le 19/08/2021, FA-005-19
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cpi_kinesitherapeute_20210819_1.pdf

² Chambre de recours, le 14/11/2019, FB- 005-18
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20191114_1.pdf

de prendre des renseignements auprès des services de l'INAMI s'il avait des doutes à ce sujet³.

2.2. Fondement des griefs :

2.2.1. Sur le bien fondé du premier grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°1 sont réunis et prouvés au regard des éléments suivants :

- les déclarations de Mr A. lors de son audition du 16 mars 2021
- l'analyse des données de facturation
- les constats de l'inspecteur social ayant procédé à l'examen buccal de l'assurée C.

Par conséquent, au regard de ces éléments, le premier grief est établi.

2.2.2. Sur le bien fondé du second grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°2 sont réunis et prouvés au regard des éléments suivants :

- les déclarations de Mr A. lors de son audition du 16 mars 2021
- l'analyse des données de facturation

Par conséquent, au regard de ces éléments, le second grief est établi.

2.2.3. Sur le bien fondé du troisième grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°3 sont réunis et prouvés au regard des éléments suivants :

- les données de facturation
- les déclarations de Mr A. lors de son audition du 16 mars 2021 qui a également par la suite reconnu sur la base d'une liste de 53 patients cette tarification non-conforme pour les cas de prestations attestées chez 13 patients.

Par conséquent, au regard de ces éléments, le troisième grief est établi.

2.2.4. Sur le bien fondé du quatrième grief :

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief n°4 sont réunis et établis sur la base de l'analyse des données de facturation.

³ CE, arrêt n°100.814, 14 novembre 2001

2.3. Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 6.376 euros.

Les griefs étant fondés, il y a lieu de condamner Monsieur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 6.376 euros.

B. BV a perçu les remboursements litigieux.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi ASSI, B. BV doit être condamnée solidairement avec Monsieur A. au remboursement de la valeur des prestations indues.

Il y a lieu :

- d'ordonner que Mr A. et B. BV soient condamnés solidairement à rembourser l'indu, en application des articles 142, §1^{er}, 1^o et 2^o et 164, al. 2 de la loi ASSI, soit la somme de 6.376 €.
- de constater que B. BV a remboursé une partie de l'indu (3.000 €).

2.4. Quant à l'amende

2.4.1. Quant au régime de l'amende administrative

Concernant le régime légal de l'amende administrative, les mesures prévues à l'article 142, §1^{er} de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour le grief n°1 (prestations non effectuées) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement (article 73bis, 1^o et article 142, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) ;
- pour les griefs n°2 à 4 (prestations non conformes) : remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant du remboursement (article 73bis, 2^o et article 142, §1^{er}, 2^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

2.4.2. Quant à l'amende administrative

L'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave qui puisse être constatée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'encontre d'un dispensateur de soins car elle caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

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

Compte tenu de la durée de la période infractionnelle (prestations introduites aux organismes assureurs du 31/07/2018 au 30/09/2019), du montant de l'indu (1961 €) et

de l'expérience de Mr A. (arrivé en Belgique en 2014, il est détenteur d'un numéro INAMI depuis 2015), il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A., au titre de grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150 % du montant indu à rembourser (LC 14/07/1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 2.941,50 € (indu de 1961 €).

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

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé et du remboursement partiel de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel dans la mesure précisée ci-après.

Concernant l'attestation de prestations non conformes, le législateur a encadré de manière très précise les possibilités d'attester des soins dentaires, afin d'éviter les abus qui pourraient découler d'une appréciation souple et extensive des conditions fixées par la Nomenclature.

Les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement⁴ car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui repose sur un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins⁵.

Le respect des conditions posées par la nomenclature, concernant par exemple l'attestation des radiographies dans le cadre du traitement canalair ou encore l'attestation de codes d'urgence pour traitements canalaires, est un des fondements de ce rapport de confiance, puisque ces normes sont clairement et expressément énoncées dans la réglementation.

Il n'appartient pas aux dispensateurs de soins de faire une interprétation personnelle ou d'opportunité de la réglementation.

S'ils ne s'y conforment pas, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

En ne respectant pas les règles entourant la manière d'attester certains traitements, Monsieur A. a manqué à ses obligations légales en tant que dispensateur de soins.

Dans ces conditions, au regard notamment de la clarté de la Nomenclature, du montant de l'indu (4.415 euros), du nombre de prestations concernées (335 prestations) mais aussi de l'expérience de Mr A. (détenteur d'un numéro INAMI depuis 2015), il est justifié de prononcer à l'encontre de Monsieur A., au titre des griefs de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant indu à rembourser (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 4.415 euros (indu de 4.415 euros).

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

Pour fixer le quantum de cette sanction, il convient de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de

⁴ Cass. 20/11/2017, C.15.0213.N

⁵ C.arb, 30/01/2002, n°26/2002; c.arb, 12/06/2002, n°98/2002; c.arb 12/03/2003, n°31/2003; C.const. 31/01/2019, n°15/2019.

l'intéressé et du remboursement partiel de l'indu. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel dans la mesure précisée ci-après.

Il est dès lors justifié de prononcer dans le chef de Monsieur A. :

-pour le grief n°1 (prestations non effectuées), une amende administrative de 150 % du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 2.941,50 €, dont 2/3 tiers en amende effective (1961 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (980,50 euros).

-pour les griefs n°2 à 4 (prestations non conformes), une amende administrative de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 2^o), soit 4.415 €, dont la moitié avec sursis soit une amende effective de 2.207,50 euros .

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare les quatre griefs établis ;
- Condamne Monsieur A. et B. BV à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 6.376 euros;
- Constate que B. BV a remboursé une partie de l'indu s'élevant à 3000 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% du montant des prestations non effectuées indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142§1^{er} , 1^o) soit 2941,50 euros, dont 2/3 en amende effective (1961 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis de trois ans (980,50 euros);
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 100% du montant des prestations non conformes indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (LC 14/07/1994, art 142,§1^{er} , 2^o) soit 4.415 euros, dont la moitié en amende effective (2.207,50 euros) et l'autre moitié en amende assortie d'un sursis de trois ans (2.207,50 euros).
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles le (date de signature)

Le Fonctionnaire-dirigeant,