

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 10 JANVIER 2023
BRS/F/22-014**

Concerne : **Monsieur A**
dentiste généraliste
B. SRL

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

Un grief a été formulé (voir pour le détail la note de synthèse précitée) concernant Monsieur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

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 ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession;

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

1.1. Base réglementaire du grief

Le grief s'appuie sur le principe général qui veut que les prestations ne sont remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités 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 loi coordonnée le 14/07/1994.

1.2. Prestations en cause

Elles sont reprises dans la Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) :

- à l'article 5 § 1 :

*PRESTATIONS JUSQU'AU 18e ANNIVERSAIRE
TRAITEMENTS PREVENTIFS*

*372514 372525 * Scellement de fissures et de puits d'une dent définitive, par dent, jusqu'au 18e anniversaire L 10 P 2
372536 372540 * Scellement de fissures et de puits d'une autre dent définitive, au cours de la même séance et dans le même quadrant - par dent supplémentaire, jusqu'au 18e anniversaire L 7 P 1*

SOINS CONSERVATEURS

373811 373822 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 1 face dentaire de dent lactéale, jusqu'au 15e anniversaire L 30 P 5

373833 373844 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 2 faces dentaires de dent lactéale, jusqu'au 15e anniversaire L 40 P 6

373855 373866 * Obturation(s) de cavité(s) sur 3 faces dentaires ou plus de dent lactéale, jusqu'au 15e anniversaire L 50 P 8

373892 373903 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 1 face dentaire de dent définitive chez l'enfant jusqu'au 15e anniversaire L 30 P 5

373914 373925 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 2 faces dentaires de dent définitive chez l'enfant jusqu'au 15e anniversaire L 40 P 6

373936 373940 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 3 faces dentaires ou plus de dent définitive chez l'enfant jusqu'au 15e anniversaire L 50 P 8

373951 373962 ** Restauration de cuspide ou d'un bord incisal de dent définitive chez l'enfant jusqu'au 15e anniversaire L 60 P 9

373973 373984 ** Restauration complète de couronne de dent définitive (minimum 4 faces) chez l'enfant jusqu'au 15e anniversaire L 70 P 11

374371 374382 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 1 face d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 15e anniversaire jusqu'au 18e anniversaire L 20 P 3

374393 374404 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 2 faces d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 15e anniversaire jusqu'au 18e anniversaire L 30 P 5

374415 374426 ** Obturation(s) de cavité(s) sur 3 faces ou plus d'une dent chez le bénéficiaire à partir du 15e anniversaire jusqu'au 18e anniversaire L 40 P 6

374430 374441 ** Restauration de cuspide ou d'un bord incisal de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 15e anniversaire jusqu'au 18e anniversaire L 50 P 8

374452 374463 ** Restauration complète de couronne de dent définitive (minimum 4 faces) chez le bénéficiaire à partir du 15e anniversaire jusqu'au 18e anniversaire L 60 P 9

373590 373601 ** 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, jusqu'au 18e anniversaire, par dent L 7,81 P 1

- à l'article 5 § 2:

PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE TRAITEMENTS PREVENTIFS

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

A partir du 18e anniversaire, le droit à l'intervention de l'assurance pour les prestations 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212- 302223, 302234-302245 est conditionné, pour le bénéficiaire, par le recours, au cours de l'année civile précédant celle pendant laquelle la prestation est effectuée, soit à une consultation effectuée par un praticien de l'art dentaire ou à une prestation dentaire visée par le présent article, ayant fait l'objet d'une intervention en vertu de la législation belge d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Pour le bénéficiaire qui ne satisfait pas à cette condition,

l'intervention de l'assurance est fixée sur la base de la valeur relative L 5 et codée par l'organisme assureur sous le numéro 301976. P 2

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 cuspside 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*

1.3. Argumentation

Le grief se base sur les témoignages des assurés. Les déclarations des assurés ont confirmé que la plupart du temps seulement une à deux obturations sont réalisées par séance. La tarification systématique d'obturations supplémentaires non réalisées a ainsi pu être mise en évidence. Dans d'autres cas, aucun soin tarifé n'a été réalisé. Cette tendance concerne aussi bien les adultes que les enfants, aussi bien au cabinet ... qu'au

1.4. Position et justification du dispensateur de soins

- **Concernant le nombre de dents traitées chez un enfant durant une séance :**

« Cela dépend du patient. Si c'est un enfant difficile et que j'ai réussi à le calmer, je fais le maximum de soins à la demande des parents. Je fais généralement les soins des dents supérieures en une séance et les soins des dents inférieures lors d'une autre séance.

Quand les enfants sont coopérants, je donne plusieurs rendez-vous pour les différents soins à faire car je préfère ne pas soigner plusieurs dents la même séance. »

- **Concernant le nombre de dents traitées chez un adulte durant une séance :**

« En général je soigne 1 à maximum 3 dents par séance et c'est généralement quand ce sont des dents du même quadrant . Je peux soigner des dents dans des quadrants différents mais je ne fais pas d'anesthésie dans plus de deux quadrants.

Quand je fais l'anesthésie dans deux quadrants différents, c'est que ce sont des quadrants antagonistes.

Quand les caries sont profondes je ne fais pas plusieurs soins sur une même séance.

Certains patients me demandent de tout soigner en une séance mais c'est rare. »

- Concernant le temps nécessaire pour réaliser une obturation de 3 faces chez un enfant (code 373936) ou pour une obturation de 3 faces chez un adulte (code 304415) :

« Cela dépend de la dent, du patient, de son hygiène, des saignements éventuels,...en général 30 minutes suffisent. »

1.5. Conclusion :

Le grief concerne 101 prestations non effectuées chez 12 assurés différents. Il s'agit d'obturations dentaires et de détartrages.

Ces prestations ont été attestées entre le 12/06/2018 et le 27/09/2019 et introduites au remboursement entre le 31/07/2018 et le 31/10/2019. Elles sont reprises inscrites **en gras** dans les tableaux ci-dessous (voir discussion des cas).

L'indu pour le grief s'élève à **3.197,50 €**.

2. DISCUSSION

2.1. Quant au bien fondé du grief

Monsieur A. conteste le grief qui lui a été reproché au terme du PVC du 19/07/2021.

Lors de son audition du 17/03/2021, il a déclaré en substance que pour les enfants il soigne un maximum de dents à la demande des parents des patients, notamment quand l'enfant est difficile et qu'il a dû passer du temps à le calmer. Si l'enfant est coopératif, il donne plusieurs rendez-vous.

Pour les adultes, il soigne au maximum 1 à 3 dents par séance, généralement des dents du même quadrant. Il dit ne pas faire d'anesthésie dans plus de 2 quadrants par séance. S'il en fait dans 2 quadrants différents, c'est que c'est dans 2 quadrants antagonistes. Si la carie est profonde, il ne fait pas plusieurs soins sur une même séance.

Il précise qu'il est rare que les patients lui demandent de tout soigner en une séance et qu'une obturation 3 faces dure 30 min pour un enfant mais tout dépend de son hygiène ou des saignements éventuels.

Lors de son audition du 14/09/2021 (audition organisée à sa demande suite à la réception de son procès verbal de constat), il a formulé ses observations sur les cas d'assurés.

Ces observations sont reprises dans les moyens de défense du 17 novembre 2022 et seront examinées ci-après.

Il ajoute dans ses moyens de défense que les propos des assurés recueillis en audition doivent être pris en compte comme une simple allégation, pas comme une preuve. Il indique que lorsque les assurés ont simplement été contactés par téléphone, l'enquêteur n'a pas pu procéder à un examen buccal et que les souvenirs de l'un des parents sont trop faibles.

Il considère que la majorité de ses patients ont une mauvaise hygiène buccale.

Il s'interroge sur le point de savoir comment les assurés ou les parents des assurés mineurs se souviennent des soins reçus il y a deux ou trois ans.

2.1.1. Quant aux éléments de preuve dont dispose le Service

Le SECM a fondé son procès verbal de constat :

- D'une part, sur les propos des assurés recueillis en audition et accompagnés pour la plupart d'un examen buccal.

Les auditions réalisées par les enquêteurs du SECM le sont par une autorité assermentée, telle que prévue par la loi et la réglementation prise en exécution de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 146, § 1er, 169 et 175 de la loi coordonnée le 14-07-1994 – art. 330 de l'AR du 03-07-1996 portant exécution de la loi coordonnée).

Ces auditions sont menées *in tempore non suspecto* selon les règles légales ou réglementaires (respect du Code pénal social, plus particulièrement dans ses articles 62 et 63) et dans les limites prévues par la loi coordonnée le 14/07/1994 pour investiguer de la sorte (art. 139 de la loi coordonnée).

Les auditions des assurés ou de leurs proches se sont tenues de manière rapprochée dans le temps, afin de s'assurer de la fiabilité des propos recueillis et donc d'éviter l'influence de tiers, notamment du dispensateur de soins, sur les témoignages recueillis.

Le Service a néanmoins la possibilité de prendre ses distances par rapport aux déclarations recueillies en se fondant notamment sur les observations faites par les inspecteurs sociaux lors de l'audition.

- D'autre part, sur les propos recueillis au cours d'un entretien téléphonique auprès des assurés (ou un des parents pour les enfants). Cette technique a été utilisée pendant la période covid, les assurés ne souhaitant pas nécessairement être auditionnés et examinés, compte tenu des risques sanitaires encourus.

Dès lors que leurs déclarations ont été recueillies par téléphone, elles ont été consignées dans ces comptes-rendus d'entretien téléphonique qui ont été soumis par courrier aux assurés par écrit afin qu'ils puissent apporter des corrections, précisions et puissent le cas échéant les signer.

Les comptes-rendus d'entretien téléphonique sur lesquels le Service a fondé son grief sont exclusivement ceux qui ont été signés par l'assuré et retournés à l'INAMI. Certains ont juste signé ce compte-rendu et l'ont renvoyé au SECM ; D'autres ont apporté des précisions sur le document, comme par exemple, C. (pour D.), E. (déclarations traduites par son épouse) et F.

Monsieur A., dans ses moyens de défense, remet en question la fiabilité des comptes-rendus d'entretien téléphonique, dans la mesure où aucun examen buccal n'a été pratiqué.

D'une part, le Service n'a pas le pouvoir de contraindre un assuré pour qu'il se soumette à un examen buccal, ce d'autant plus en période covid.

D'autre part, le Service semble percevoir une contradiction dans la défense de Monsieur A. qui, dans le même temps, conteste systématiquement tous les cas d'assurés que ceux-ci aient fait l'objet ou non d'une audition accompagnée d'un examen buccal et remet en cause les cas fondés sur des entretiens téléphoniques car ceux-ci n'ont pas donné lieu à

un examen buccal. Monsieur A. semble en quelque sorte valider les cas d'assurés qui ont fait l'objet d'un examen buccal.

Le Service n'a retenu à grief que les cas d'assurés pour lesquels il disposait d'éléments de preuve fiables.

En revanche, Monsieur A. pour contester les cas d'assurés, n'avance aucune preuve à l'appui de ses propos.

Les comptes-rendus d'entretien téléphonique comme les auditions d'assurés auxquelles le Service a pu procéder sont des éléments qui ont été recueillis *in tempore non suspecto*.

L'argumentation de Monsieur A. tendant à remettre en cause les auditions et les comptes-rendus d'entretien téléphonique ne peut pas être suivie.

2.1.2. Quant aux cas d'assurés

2.1.2.1. Concernant le cas de l'assurée Madame G., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé sont reprises à la note de synthèse, page 9.

Lors de son audition du 5/05/2021 (document ...), Madame G. a déclaré en substance que les deux dentistes (Messieurs A. et H.) ont soigné une dent par séance et que pendant la période 2019-2020, trois dents ont été soignées.

La mère de l'assuré a signé le procès verbal de constat après relecture de son contenu.

Un examen buccal a été effectué par l'inspecteur social lors de l'audition (cf document ...) qui a confirmé les propos de l'assurée.

Lors de son audition du 14/09/2021, qui a été organisée, à sa demande, après réception de son procès-verbal de constat, ce qui implique une moins grande spontanéité sur les cas d'assurés retenus à grief au terme de son procès verbal de constat du 19/07/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant la patiente Madame G., j'ai été très surpris de ce qui est noté ou de ce qu'elle a dit. Elle vient avec ou sans rendez-vous, avec un bébé et est toujours pressée. Je me souviens très bien d'elle. Elle a une très mauvaise hygiène buccale. Elle a quelques dents saines seulement. Elle avait plusieurs caries à soigner. Je lui ai dit que j'allais le faire sur plusieurs séances mais elle a insisté pour que je soigne tout en le moins de séances possibles. Je me souviens très bien de la séance du 23/09/2019 : ces soins ont été faits des deux côtés en haut. Elle a insisté pour que je fasse toutes les 5 dents ce jour-là (des caries soignées pour la première fois et des plombages qui étaient tombés). Le 27/09/2019, j'ai terminé les soins. J'ai fait toutes ces dents par séance à la demande de la patiente et elle dit que j'ai soigné une dent par séance. »

Monsieur A. a repris dans ses moyens de défense la même argumentation sur cette assurée.

Il n'apporte aucun élément de preuve à l'appui de sa position.

Dans la mesure où l'assurée a été auditionnée et a fait l'objet d'un examen buccal qui a confirmé ses propos, le Service maintient le grief pour le cas de cette assurée.

2.1.2.2. Concernant le cas de l'assurée Madame J., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé sont reprises à la note de synthèse, page 10.

Lors de son audition du 23/04/2021, Mme J. a déclaré en substance que le dentiste A. lui avait soigné, en 2019-2020, des caries sur trois dents de devant en haut.

Cette audition a été accompagnée d'un examen buccal (document ...) qui a confirmé son propos.

L'assurée a signé le procès verbal d'audition après relecture de celui-ci.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant Mademoiselle J., j'ai soigné des caries interdentaires donc forcément j'ai touché les faces de deux dents. Le tableau du PVC reprend 3 soins faits sur les dents 11, 12 et 22 et deux soins non faits sur les dents 13 et 21. Or en fait, j'ai fait tous les soins sur les 5 dents car ce sont des caries interdentaires et donc le patient croit que seules 3 dents ont été soignées alors que les faces proximales des dents ont été traitées également. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. reprend la même explication qu'au cours de son audition du 14/09/2021.

Il n'apporte aucun élément de preuve à l'appui de sa position.

Dans la mesure où l'assurée a été auditionnée et a fait l'objet d'un examen buccal qui a confirmé ses propos, le Service maintient le grief pour le cas de cette assurée.

2.1.2.3. Concernant l'assurée Madame K., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé sont reprises à la note de synthèse, page 10.

Lors de son audition du 29/04/2021 (document ...), Mme K. a déclaré en substance que le dentiste A. lui avait fait des soins sur les dents 45 et 25 et qu'un autre dentiste (L.) a réalisé un meulage occlusal inférieur incisal. Elle a également précisé que les dentistes lui soignaient une à deux dents à la fois, tout en assurant qu'aucun ne lui avait soigné 3-4 dents durant la même séance.

Cette audition a été accompagnée d'un examen buccal (document ...) qui a confirmé son propos.

L'assurée a signé le procès verbal d'audition après relecture de celui-ci.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant Madame K., elle vient à ... comme dit plus haut. Quand j'ai parlé de ce nom à la secrétaire elle m'a dit qu'elle s'en souvenait très bien. Elle avait insisté ce 27/06/2019 pour que je lui soigne ses dents. J'en ai soigné 4 mais la patiente dit que j'en ai soigné deux. Ce ne sont pas des caries interdentaires. Ce sont 4 plombages de face vestibulaire. Normalement elle sait très bien que ce sont 4 soins de dents différentes. La secrétaire s'en souvient très bien car elle a discuté avec la patiente qui disait avoir une soirée ou un mariage le soir-même et c'est pour ça qu'elle voulait tout faire le même jour. »

Le Service avait noté dans la note de synthèse qu'un recouvrement esthétique sous forme de facettes vestibulaires n'est pas tarifiable par des codes d'obturations dentaires d'après la nomenclature.

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. écrit :

A mon avis, on ne peut même pas prendre en considération sa version des faits car elle ne mentionne aucun soin fait sur les incisives inférieures alors que Monsieur l'Inspecteur a bien trouvé une obturation visible sur la dent 31 et 41. Sinon, concernant les dents 32 et 42, la seule explication logique qui explique l'absence des obturations de type recouvrement du bord incisal lors de l'audition de la Patiente en date du 29/04/2021. Si c'est vraiment le cas et qu'elles sont absentes car il y a un doute concernant ces dents d'après Monsieur l'Inspecteur, c'est que ces plombages faits sur des dents mêlées auparavant et que la Patiente voulait à tout prix les reconstituer à l'occasion du mariage qu'elle avait, n'ont pas tenu.

Lors de son audition du 29 avril 2021, comme demandé par l'inspecteur du SECM, l'assurée a évoqué les soins effectués au cours des trois dernières années.

Le soin visible par le dentiste inspecteur du SECM sur la 31 a, dès lors, pu être effectué avant cette période de 3 ans et c'est pour cela que l'assurée ne l'a pas évoqué.

Sur la 41, le dentiste-inspecteur n'a pas observé d'obturation contrairement à ce que prétend Monsieur A.

Toujours lors de son audition du 29 avril 2021, l'assurée parle de deux incisives soignées, celles du haut.

Lors de son audition du 14 septembre 2021, Monsieur A. a remis en question ses propos sur le nombre de dents soignées, mais pas sur la localisation.

En d'autres termes, Monsieur A. dit lui avoir soigné 4 incisives du haut et ce via des obturations vestibulaires, le 27 juin 2019. Or, ce qui est porté à grief, ce sont les incisives du bas pour du non effectué.

Sur les 32 et 42, aucune obturation du type recouvrement incisal n'a donc été effectuée, tout comme l'assurée l'affirme et comme le confirme l'examen buccal du dentiste-inspecteur du SECM.

Monsieur A. n'apporte aucun élément de preuve à l'appui de sa position.

Dans la mesure où l'assurée a été auditionnée et a fait l'objet d'un examen buccal qui a confirmé ses propos, le Service maintient le grief pour le cas de cette assurée.

2.1.2.4. Concernant les assurés M. et N., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 11-12.

Au cours de son audition le 20/04/2021, Mme O., mère de ces deux assurés, a déclaré que deux dents ont été soignées au total, à raison d'une à deux dents par séance au maximum et que les séances duraient entre 15 et 30 minutes.

Cette audition a été accompagnée d'un examen buccal de M. (document ...) qui a confirmé les propos de sa mère.

Le Service a donc retenu l'obturation d'une dent par séance pour chacun des assurés.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant N. et M., j'ai vu la maman qui m'a dit que vous l'aviez interrogée. Elle m'a dit qu'elle n'avait dit que du bien de moi, que je soignais bien, que j'étais très doux et qu'elle n'avait dit que la vérité et que tous les soins avaient été faits. Je lui ai dit que ce n'est pas ce que j'avais lu et elle m'a dit ensuite qu'elle allait vous rappeler et vous voir pour dire que tous les soins avaient bien été faits. »

Dans ses moyens de défense, il reprend la même explication que la maman lui aurait dit ne pas avoir donné des informations exactes en réponse aux questions des enquêteurs.

Monsieur A. n'apporte aucun élément de preuve à l'appui de sa position.

Mme O. a signé le procès verbal d'audition après relecture et a donc validé le contenu de ses propos.

Dans la mesure où la mère des deux assurés a été auditionnée et que l'un des assurés a fait l'objet d'un examen buccal qui a confirmé ses propos, le Service maintient le grief pour le cas de ces deux assurés.

2.1.2.5. Concernant l'assuré D., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 12.

Mme C., mère de l'assuré, a été contactée par téléphone le 02/04/2022. Elle a indiqué que Monsieur A. a soigné deux à trois petites caries en deux séances et qu'il lui soigne une à deux dents par séance.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant Monsieur D., il est venu quelques fois chez moi et c'est clair que le 15/05/2019 j'ai soigné les caries présentes en bas et le 20/05/2019 j'ai soigné en haut. Quand je fais ainsi, le bas puis le haut, c'est toujours à la demande du patient. Parfois aussi je ne fais pas d'anesthésie car ce sont des caries superficielles et je n'anesthésie donc pas dans ces cas les deux côtés. Je confirme que j'ai fait tous les soins et que les parents du patient ne s'en rappellent pas. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. écrit :

J'insiste que j'ai fait tous les soins tout comme pour les autres Patients d'ailleurs. Je me demande comment la maman du Patient pouvait être si certaine que je lui soignais une à deux dents par séance alors que je ne suis même pas sûr que c'est elle qui accompagnait son fils lors de ses rendez-vous, et en plus elle ignore que deux caries interdentaires (74-75) et (84-85) touchent 4 dents et non pas deux.

Pour ce Patient, j'imagine qu'il changé ses dents de lait maintenant qu'il a 13 ans, mais qu'en bouche, la preuve que la 16 et 46 étaient soignées est toujours là. Ce qui constitue à mon avis une preuve que tout a été fait car les soins qui ont été retenus et d'autres rejetés, étaient choisis arbitrairement j'imagine, puisque c'était un constat téléphonique, et en se basant sur la parole de la maman.

Le compte-rendu d'entretien téléphonique a été envoyé par courrier à la mère de l'assuré pour signature.

Mme C. a non seulement signé le compte-rendu, mais elle a précisé son numéro de registre national et apporté la précision suivante :

Données manuscrites anonymisées.

L'ensemble de ces éléments assoit bien le fait qu'elle a pris au sérieux ce sur quoi le Service l'a interrogée. Si elle n'avait pas été certaine de ce qu'elle a affirmé, elle aurait pu également nuancer son propos et apporter des précisions à ce sujet en renvoyant le compte-rendu d'entretien. Elle ne l'a pas fait.

Le Service dispose d'un document émanant du représentant légal de l'enfant indiquant quel soin a été fait sur son enfant.

Monsieur A. n'apporte aucun commencement de preuve pour prouver ce qu'il dit.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cet assuré.

2.1.2.6. Concernant l'assuré P., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 13.

Le 12/04/2021, Monsieur P. a été contacté par téléphone par le SECM. Au cours de cet entretien téléphonique auquel son épouse a participé, il a indiqué que seules deux dents ont été soignées en bas et aucune dent en haut devant.

Il a indiqué être allé voir Monsieur A. trois fois (quatre fois maximum) et avoir eu pendant une séance, un détartrage, puis au cours d'autres séances des soins de petites caries : une séance pour une dent en bas à gauche et une autre pour une dent en bas à droite.

Le Service a donc retenu comme effectuées les obturations sur les dents 37 et 47.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant Monsieur P., il est venu le 8/06/2019 et le 19/07/2019. Je me souviens bien que lors de la première séance il y avait des caries interdentaires sur l'arcade supérieure. Il voulait que je fasse tout. Il était très content du résultat et il répond qu'il n'y a pas eu de soins faits mais juste un détartrage et une radio. Il a nié toutes les caries qu'il avait au niveau supérieur. Or ça on peut voir que les caries elles existent. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. déclare :

Données anonymisées.

Au contraire, le Service relève que M. P. a porté de l'attention et du soin dans la relecture du compte-rendu d'entretien téléphonique envoyé par l'enquêteur. En effet, il a ajouté des informations.

Données anonymisées.

En outre, il a signé le compte rendu d'entretien téléphonique et l'a retourné à l'INAMI avec la copie de sa carte d'identité.

Monsieur A. n'apporte aucun commencement de preuve pour prouver ce qu'il dit.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cet assuré.

2.1.2.7. Concernant l'assurée Madame F., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 14.

Le 12/04/2021, Madame F. a été contactée par le Service par téléphone. Elle a indiqué avoir été soignée uniquement par une dentiste dont le cabinet est situé ... et qu'elle n'avait jamais eu de soins dentaires sur ses dents du bas en avant.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant Madame F., elle venue trois fois chez moi : le 2/04/2019, le 4/04/2019 et le 9/04/2019. Or elle dit qu'elle n'est pas venue. Je ne l'ai vue que ces trois fois là.

Concernant Mesdames F. et Q., elles viennent au cabinet de La secrétaire a appelé (de sa propre initiative) une des deux patientes pour vérifier. Je ne sais plus laquelle. Son mari a répondu que sa femme n'était pas allée chez le dentiste à la période dont parlait la secrétaire. Or cette dame est patiente chez nous.»

Dans ses moyens de défense, il écrit :

Données anonymisées.

Le Service relève que le compte rendu d'entretien téléphonique de Mme F. a été retourné signé par Mme F. :

Signature anonymisée.

Outre, cette signature du document, des précisions ont été apportées à ce qui était rapporté au terme de l'entretien téléphonique avec l'enquêteur. :

Données anonymisées.

En revanche, pour remettre en cause le fait que ce soit bien Mme F. qui ait répondu aux questions du SECM, M. A. n'apporte aucune preuve et procède par affirmation sans preuve.

Quand quelqu'un d'autre assiste à la conversation, comme le conjoint, il en est généralement fait état par l'assuré contacté.

En l'espèce, tel n'a pas été le cas de Mme F.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cette assurée.

2.1.2.8. Concernant l'assuré R., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 15.

Le 31/03/2021, la mère de l'assuré R., Mme S., a été contactée par le SECM. Elle a indiqué que Monsieur A. ne soigne qu'une seule dent à la fois et qu'il soigne directement la dent.

Le SECM a retenu comme effectuée une obturation par séance.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant R., je le connais très bien et il est venu plusieurs fois chez moi avec sa maman. Il a une mauvaise hygiène buccale. Il a énormément de caries. La première séance en 2018, j'ai soigné deux dents définitives et une seule dent est accordée sur le PVC alors que j'ai fait tous les soins. La deuxième séance deux soins ont été refusés alors que j'ai fait 3 dents et pas une seule. L'avant-dernière séance, j'imagine que la maman ne se souvient que d'une seule dent. La dernière séance une seule dent a été accordée mais je peux vous confirmer encore une fois que j'ai fait tous les soins que j'ai attestés. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. écrit :

En aucun cas ce qu'a dit la maman ne peut être correct. Selon elle, la dent est soignée directement. Peut-être qu'elle se souvient juste de la séance du 25/09/2019 quand j'ai refait les bords incisaux de la 11 et 21 sans anesthésie, mais pour les autres séances, c'est impossible que je n'ai pas fait d'anesthésie avant de soigner. J'insiste que tous les soins ont été faits, et que tous ces soins étaient sur des dents définitives ; donc c'est toujours possible de vérifier si les dents ont été vraiment soignées ou pas.

Le

Service relève que Mme S. a retourné le compte-rendu d'entretien téléphonique signé.

De son côté, Monsieur A. ne produit aucun commencement de preuve à ce qu'il affirme.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cet assuré.

2.1.2.9. Concernant l'assurée Madame Q., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 16.

Le 6/04/2022, Mme Q. a été contactée par téléphone par le SECM. Elle a indiqué que Monsieur A. ne lui a soigné que 4 dents au cours des trois dernières années. Il ne soigne qu'une dent par séance, voire deux. Elle indique également qu'il a rempli complètement une dent qui était cassée en bas à droite avec un plombage blanc.

Au cours de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Madame Q. est venue chez moi il y a deux semaines ou moins. A la fin de la séance on a parlé de cette affaire. Elle a dit qu'elle se souvenait bien que j'avais fait tous les soins et qu'elle voulait bien vous en parler. Elle a dit qu'elle était disponible si j'avais besoin d'elle pour le confirmer. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. écrit :

Données anonymisées.

Il n'apporte aucun commencement de preuve à ce qu'il affirme.

En revanche, le compte rendu d'entretien téléphonique avec Mme Q. est revenu signé par Mme Q., de sorte que cela accrédite le bien fondé de ce document.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cet assuré.

2.1.2.10. Concernant l'assurée Madame T., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 17.

Le 23/09/2020, Mme T. a été auditionnée par le Service. Un examen buccal a été fait.

Elle a indiqué avoir été soignée par deux dentistes et qu'une seule dent était soignée à chaque fois par séance.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant Madame T., je vois que la séance du 26/06/2019 il y a 4 dents qui ont été soignées et un détartrage. La patiente dit qu'un soin a été fait. J'ai vu la patiente récemment mais je ne lui ai pas parlé de ça. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. écrit :

Je vois que cette Patiente ne prend pas la peine d'essayer de bien se souvenir de ce qui a été vraiment réalisé comme soins. La preuve en est qu'en répondant aux questions lors de l'audition que tous les dentistes qui l'ont soigné n'ont traité qu'une seule dent par séance, alors que je vois dans son dossier, elle a soigné plus d'une dent par séance chez mes Collègues aussi auparavant.

Concernant cette Patiente, je me souviens d'elle, elle est venue une première fois chez moi, et on a discuté des dents qu'il faut soigner, et c'est noté dans son dossier, elle est revenue par la suite, et je lui ai soigné les dents en une séance. Les deux plombages du haut également les deux du bas, et à mon avis, elle se souviendra surtout des soins des dents inférieures si on lui rappelle que ce sont des dents qui ont été soignées auparavant d'après son dossier ; mais qu'il y a encore du tissu carieux visible et qu'il faut les cureter de nouveau et plomber.

Il n'apporte aucun commencement de preuve à ce qu'il affirme.

En revanche, Mme T. a signé son procès verbal d'audition après relecture.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cet assuré.

2.1.2.11. Concernant l'assuré U., les prestations facturées à l'assurance obligatoire soins de santé pour ces deux assurés sont reprises à la note de synthèse, pages 17.

Le 23/04/2022, M. U. a été contacté par téléphone par le Service. Il a indiqué avoir été soigné par deux dentistes, à savoir :

- Le dentiste V. ;
- Exceptionnellement par un autre dentiste qui est spécialisé en orthodontie qui, en 2019, a recollé des bagues, scellé l'appareil orthodontique, enlevé les élastiques et fait une fois un plombage sur une dent.

Le Service a donc considéré que les prestations facturées par Monsieur A. à l'assurance soins de santé comme non effectuées.

Lors de son audition du 14/09/2021, Monsieur A. a déclaré :

« Concernant U., personnellement je ne me souviens pas de ce patient. J'ai vu qu'il venait toujours chez mon collègue le Dr H. sauf la séance du 13/04/2019 où il est renseigné pour moi. Donc je crois que c'est une erreur car en plus je ne me souviens pas de ce patient.

Auparavant on utilisait Baltes et si on ne changeait pas son nom sur le logiciel, il y avait erreur d'encodage et la facturation était faite au nom qui restait renseigné. »

Dans ses moyens de défense, Monsieur A. écrit :

Concernant ce Patient, comme j'ai dit lors de l'audition du 14/09/2021, ça devrait être une erreur de mon collègue qui s'est trompé, et a oublié de changer le nom du praticien avant d'attester. Surtout que le Patient est passé par son dentiste qui le suivait en 2019 avant et après cette séance, et c'était le même.

Monsieur U. a renvoyé le compte rendu d'entretien téléphonique signé avec la mention :

Mention anonymisée.

Dans ces conditions, le Service maintient le grief pour le cas de cet assuré.

Il ressort du dossier que les éléments matériels et constitutifs du grief unique du procès verbal de constat du 19/07/2021 sont réunis et prouvés, notamment sur base des témoignages des assurés qui ont été recueillis au cours d'auditions ou bien d'entretiens téléphoniques pour lesquels des comptes-rendus ont été établis et contresignés par la personne contactée téléphoniquement.

Par conséquent, au regard de tous ces éléments, le grief unique du procès verbal de constat du 19/07/2021 est bien établi.

2.2. Quant à l'indu

Le grief unique reproché au terme du procès verbal de constat du 19/07/2021 a entraîné des débours dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 3.197,50 euros.

Monsieur A. n'a pas procédé au remboursement volontaire de l'indu.

Le grief formulé à l'encontre de M. A. étant établi, il y a lieu d'ordonner qu'il soit condamné à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.197,50 euros et de constater qu'aucun remboursement volontaire n'est intervenu.

Au regard du fait que les remboursements de l'assurance obligatoire soins de santé ont été perçus par la SRL B., il doit être fait application de l'article 164, alinéa 2 de la loi SSI.

En conséquence, la SRL B. doit être condamnée solidairement à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.197,50 € (Loi SSI, art. 142, §er, 1° et art. 164, al. 2).

Les griefs formulés à l'encontre de Monsieur A. et de la SRL B. étant fondés, il y a lieu d'ordonner que Monsieur A. et la SRL B. soient condamnés solidairement à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.197,50 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1° et 2° et art. 164, al. 2).

2.3. Quant à l'amende administrative

2.3.1. Quant au régime de l'amende administrative

En vertu de l'article 169 de la loi SSI, la sanction applicable est celle visée à l'article 142, §1^{er}, 1^o de la même loi, c'est-à-dire pour les prestations non effectuées (grief unique), le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% de la valeur des prestations concernées ;

2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue

Les prestations citées à grief sont comprises entre le 12/06/2018 et le 27/09/2019 et ont été introduites auprès des organismes assureurs du 31/07/2018 au 31/10/2019.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

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 soins¹.

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

Compte tenu du nombre de prestations non effectuées attestées par Monsieur A. (101 prestations pour 12 assurés), du montant de l'indu en cause (3.197,50 €), de la durée de la période infractionnelle (15 mois), du peu d'expérience de Monsieur A. (diplômé en Roumanie en 2010, puis obtention d'un n° INAMI en 2016), de l'absence d'antécédent, Monsieur A. a cherché à spolier les deniers de l'assurance soins de santé et donc de la collectivité, ce qui justifie de prononcer à l'encontre de Monsieur A. au titre du grief de prestations non effectuées une amende administrative de 150 % du montant indu à rembourser (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 4.796,25 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 cependant de tenir compte, non seulement des éléments rappelés ci-dessus, mais aussi de l'absence d'antécédents dans le chef de l'intéressé. Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressé l'importance de la faute commise, et celle avec sursis devant l'inciter à rectifier, pour l'avenir, sa pratique dans un sens conforme à la réglementation et aux exigences de son art.

Il est dès lors justifié de prononcer, dans le chef de Monsieur A., au titre du grief de 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 4.796,25

¹ C. arb. 30/10/2001, n°26/2002 ; C. arb. 30/01/2002, n°98/2002 ; C. arb. 12/03/2003, n°31/2003 ; C. const. 31/01/2019, n°15/2019

euros, dont 2/3 en amende effective (soit 3.197,50 euros) et 1/3 en amende assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans (soit 1.598,75 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 établi le grief unique reproché à Monsieur A. au terme du procès verbal de constat du 19/07/2021 ;
- Condamne solidairement Monsieur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.197,50 euros (Loi SSI, art. 142, §1^{er}, 1^o et art. 164, al. 2) ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 150% du montant des prestations induites attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1^{er}, 1^o), soit 4.796,25 euros , assortie d'un sursis à hauteur d'un tiers d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de 3.197,50 euros) et une amende assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans (soit 1.598,75 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 (voir date de signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,