

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 29 SEPTEMBRE 2023  
BRS/F/23-015**

Concerne : **Madame A.**  
**dentiste généraliste**  
**Et**  
**SRL B.**

**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**

Trois griefs ont été formulés (voir pour le détail la note de synthèse) concernant Madame 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 :

### **1.1 Grief 1**

**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.**

#### **1.1.1 Base légale et réglementaire**

**Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994**

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.

### 1.1.2 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

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

373774 373785 \*\* 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, jusqu'au 18e anniversaire. L 58,55 P11

##### EXTRACTIONS

374850 374861 \* Extraction d'une canine lactéale, d'une molaire lactéale ou d'une dent définitive, y compris la suture éventuelle, jusqu'au 18e anniversaire. L 21,21 P5

- A 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

##### PARODONTOLOGIE

*"Détartrage sous-gingival, avec surfaçage radiculaire si nécessaire, à l'aveugle, par quadrant et une fois toutes les trois années civiles, à partir du 18e jusqu'au 55e anniversaire :*

301276 301280 \* quadrant supérieur droit L 30 P 4

301291 301302 \* quadrant supérieur gauche L 30 P 4

301313 301324 \* quadrant inférieur gauche L 30 P 4

301335 301346 \* quadrant inférieur droit L 30 P 4

301350 301361 \* plusieurs quadrants (3 dents minimum pour l'ensemble des quadrants incomplets) L 30 " P 4

##### SOINS CONSERVATEURS

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

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

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

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

#### EXTRACTIONS

304850 304861 \* Extraction d'une dent, y compris la suture éventuelle, à partir du 53e anniversaire L 21,21 P 5

304894 304905 \* Extraction d'une dent, y compris la suture éventuelle, à partir du 18e anniversaire jusqu'au 53e anniversaire, dans le cas où le bénéficiaire répond à une des conditions de l'article 6, § 3bis L 21.21 P 5

305616 305620 Forfait pour une séance de traitement orthodontique régulier; maximum 2 par mois civil et maximum 6 par 6 mois civils, quel que soit le nombre de séances. L 16,5 P 3

### 1.1.3 **Argumentation**

Il est reproché au dispensateur de soins d'avoir attestés 65 prestations non effectuées chez 13 assurés différents. Tous ces assurés ont été entendus.

Le grief se fonde sur :

- Les auditions et examens buccaux d'assurés
- Les rapport de faits téléphoniques d'assurés
- Les auditions de Madame A.

### 1.1.4 **Position et justification du dispensateur de soins**

Lors de son audition du 11 octobre 2021, nous avons informé Madame A. que sur base de l'analyse des données authentifiées et des témoignages et examens buccaux des assurés, elle avait attesté plusieurs soins dentaires non effectués. Madame A. a répondu à ce sujet : « je suis désolée tous les soins que j'atteste sont effectués ».

### 1.1.5 **Conclusion**

Les investigations du SECM et les témoignages des assurés ont révélé une série de prestations non effectuées par Madame A.

Pour la période de prestation du 30/11/2018 au 06/03/2020 avec introduction aux OA du 31/1/2019 au 31/12/2020, 19 prestations du code 372514, 13 prestations du code 372536, une prestation du code 373833, une prestations du code 373774, 4 prestations du code 374850, une prestation du code 302153, une prestation du code 302175, une prestation du code 302190, une prestation du code 302212, 2 prestations du code 301276, 2 prestations du code 301291, 2 prestations du code 301313, 2 prestations du code 301335, 2 prestations du code 304430, 2 prestations du code 304312, 2 prestations du code 303590, une prestation du code 303774, une prestations du code 304850,

304894, 6 prestations du code 305616 ont été attestées indument pour un montant de 1.663 €.

La somme des prestations non-effectuées pour ce grief est de 1.663 euros.

## 1.2 **Grief 2**

**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.**

### 1.2.1 **Base légale et réglementaire**

#### **Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994**

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 SSI coordonnée le 14/07/1994.

### 1.2.2 **Prestations en cause**

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

- A L'article 5§2

#### PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE

PROTHESES DENTAIRES AMOVIBLES, *consultations comprises* :

A. *Prothèses amovibles à partir du 18e anniversaire :*

307775 307786 \* *Prothèse amovible supérieure de deux dents L 376 P 24*

307790 307801 \* *Prothèse amovible inférieure de deux dents L 376 P 24*

307812 307823 \* *Prothèse amovible supérieure de trois dents L 376 P 24*

307834 307845 \* *Prothèse amovible inférieure de trois dents L 376 P 24*

307856 307860 \* *Prothèse amovible supérieure de quatre dents L 376 P 24*

307871 307882 \* *Prothèse amovible inférieure de quatre dents L 376 P 24*

307893 307904 \* *Prothèse amovible supérieure de cinq dents L 376 P 24*

307915 307926 \* *Prothèse amovible inférieure de cinq dents L 376 P 24*

307930 307941 \* *Prothèse amovible supérieure de six dents L 412 P 26*

307952 307963 \* Prothèse amovible inférieure de six dents L 412 P 26

307974 307985 \* Prothèse amovible supérieure de sept dents L 412 P 26

307996 308000 \* Prothèse amovible inférieure de sept dents L 412 P 26

308011 308022 \* Prothèse amovible supérieure de huit dents L 453 P 28

308033 308044 \* Prothèse amovible inférieure de huit dents L 453 P 28

308055 308066 \* Prothèse amovible supérieure de neuf dents L 453 P 28

308070 308081 \* Prothèse amovible inférieure de neuf dents L 453 P 28

308092 308103 \* Prothèse amovible supérieure de dix dents L 526 P 33

308114 308125 \* Prothèse amovible inférieure de dix dents L 526 P 33

308136 308140 \* Prothèse amovible supérieure de onze dents L 526 P 33

308151 308162 \* Prothèse amovible inférieure de onze dents L 526 P 33

306832 306843 \* Prothèse amovible supérieure douze dents L 600 P 38

306854 306865 \* Prothèse amovible inférieure douze dents L 600 P 38

306876 306880 \* Prothèse amovible supérieure treize dents L 600 P 38

306891 306902 \* Prothèse amovible inférieure treize dents L 600 P 38

306913 306924 \* Prothèse amovible totale supérieure L 600 P 38

306935 306946 \* Prothèse amovible totale inférieure L 600 P 38

*B. Prestations sur les prothèses amovibles à partir du 18e anniversaire :*

309013 309024 \* Réparation de prothèse supérieure L 61,5 P 2

309035 309046 \* Réparation de prothèse inférieure L 61,5 P 2

309050 309061 \* Adjonction d'une dent à une prothèse supérieure existante L 85 P 3

309072 309083 \* Adjonction d'une dent à une prothèse inférieure existante L 85 P 3

309094 309105 \* Adjonction de dent à une prothèse supérieure existante: par dent supplémentaire L 24,5 P 1

309116 309120 \* Adjonction de dent à une prothèse inférieure existante: par dent supplémentaire L 24,5 P 1

309131 309142 \* Remplacement de la base d'une prothèse supérieure L 90 P 6

309153 309164 \* Remplacement de la base d'une prothèse inférieure L 90 P 6

### **1.2.3 Argumentation**

Sur base d'auditions et examens buccaux d'assurés ainsi que de rapports de faits téléphoniques d'assurés, il est reproché à Madame A. d'avoir attesté entre le 11/12/2018 et le 04/12/2020, 52 prestations de prothèses dentaires amovibles non effectuées chez 8 assurés différents.

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 31/1/2019 et le 31/12/2020.

Par ailleurs, il ressort de l'analyse des factures de laboratoire remises par la dentiste A. et de l'analyse des données authentifiées qu'entre le 14/09/2018 et le 22/12/2020, la dentiste A. a attesté 520 prestations non effectuées. Il s'agit de 8 prestations de prothèses amovibles, de 206 réparations de prothèse, de 119 adjonctions et de 187 remplacements de base non effectuées.

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 31/1/2019 et le 31/12/2020.

Le grief se fonde sur :

- Les factures de laboratoire et de matériel dentaire remises par Madame A.
- Les auditions et examens buccaux d'assurés
- Les rapport de faits téléphoniques d'assurés
- Les auditions de Madame A.

#### **1.2.3.1 Analyse des factures de laboratoire de Madame A. et des données authentifiées**

Lors de son audition du 8 juillet 2021, Madame A. a remis ses factures de laboratoire et de matériel dentaire pour la période de fin 2018 à 2021. Le contenu de ces factures a été comparé aux données de facturation authentifiées. Il a été constaté que pour les codes de nomenclature de prothèses amovibles il y avait une différence importante entre le nombre de factures de laboratoire fourni et le nombre de codes de nomenclature de prothèse amovible attestés et introduits aux OA. Lors de son audition du 11 octobre 2021, Madame A. a bien confirmé que toutes les factures qu'elle a remises lors de sa

première audition du 8 juillet 2021 étaient bien complètes et constituaient les seules factures qu'elle avait.

Ainsi, 78 prothèses amovibles ont été attestées et introduites aux OA et seulement 70 factures correspondantes ont été fournies.

De même 223 réparations de prothèse amovible ont été attestées et introduites au remboursement mais seules 17 factures de réparation de prothèses ont été fournies.

195 adjonctions sur prothèse amovible ont été attestées et introduites au remboursement mais seulement 76 adjonctions ont été mentionnées dans les factures fournies par Madame A.

Concernant les remplacements de base de prothèses amovibles, Madame A. en a attestés et introduits 204. Cependant, seuls 17 remplacements de base de prothèses amovibles sont présents dans les factures fournies par Madame A.

Dans les factures fournies par Madame A., aucune facture de matériel de prothèse permettant la réparation et le rebasage des prothèses amovibles n'est présente.

Les tableaux comparant les codes de Nomenclature de prothèse amovible attestés et introduits par Madame A. et le contenu des factures de prothèses amovibles remises par Madame A. se trouvent ci-dessous.

La liste des assurés associés à ces prestations est reprise dans le PVC du 31 janvier 2022 envoyé le 10 février 2022 à Madame A. avec copie à sa société.

**Tableaux correspondants à l'analyse des factures de laboratoire et des données authentifiées**

- **Prothèses amovibles**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées  (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures  (Prestations effectuées)
Prothèse amovible	78	70

	Somme des prestations Effectués et non effectués	Prestations Effectuées	<b>Prestations non effectuées</b>
Nombre de prestation	78	70	<b>8</b>
Pourcentage de prestations	100%	89,7%	<b>10,3 %</b>
Montant en euros	32.238 €	28.917,5 €	<b>3.320,5 €</b>

- **Réparation de prothèses amovibles**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées  (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures  (Prestations effectuées)
Réparation prothèse amovible	223	17



	Somme des prestations Effectués et non effectués	Prestations Effectuées	<b>Prestations non effectués</b>
Nombre de prestation	223	17	<b>206</b>
Pourcentage de prestations	100%	7,6%	<b>92,4%</b>
Montant en euros	23.877,5 €	1.814,69 €	<b>22.062,81 €</b>

- **Adjonction à une prothèse amovible**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées  (Somme prestations effectués et non effectués)	Nombre de prestations dans les factures  (Prestations effectués)
Adjonction à une prothèse amovible	195	76

	Somme des prestations Effectués et non effectués	Prestations Effectuées	<b>Prestations non effectués</b>
Nombre de prestation	195	76	<b>119</b>
Pourcentage de prestations	100%	39%	<b>61%</b>
Montant en euros	21.160 €	8.252,4 €	<b>12.907,6 €</b>

- **Remplacement de la base d'une prothèse amovible**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures (Prestations effectuées)
Remplacement de la base d'une prothèse amovible	204	17

	Somme des prestations Effectués et non effectués	Prestations Effectuées	<b>Prestations non effectuées</b>
Nombre de prestation	204	17	<b>187</b>
Pourcentage de prestations	100%	8,3%	<b>91,7%</b>
Montant en euros	32.112,5 €	2.665,3 €	<b>29.447,16 €</b>

#### **1.2.4 Position et justification du dispensateur de soins**

Lors de son audition du 11 octobre 2021, Madame A. a été informée que sur base de l'analyse des données authentifiées, des témoignages et examens buccaux des assurés et des factures de laboratoires, elle avait attesté et introduit au remboursement plusieurs codes de prothèse amovible dentaires non effectués.

Madame A. a répondu suite à ces informations : « *je dois revoir la facturation, je ne sais pas quoi vous dire, cela me paraît bizarre, je dois voir avec mon comptable et avec mes différents laboratoires* ».

Madame A. a également dit qu'elle devait voir le nom des patients lorsqu'elle a été informée que plusieurs prothèses attestées n'étaient pas présentes en bouche. Elle a ajouté « *pour moi, tous les rebasages, adjonctions, réparations et prothèses amovibles attestées ont bien été réalisées.* »

Madame A. a également été informée lors de cette audition que dans la bouche des assurés étaient présents plusieurs couronnes ou bridges faits par ses soins en 2020, 2021 selon les assurés. Cependant, aucune trace de facture de laboratoire de prothèse fixe dans les factures données par ses soins n'a été retrouvé. Madame A. a répondu : « *je n'ai jamais fait de prothèses fixes* ». Il a été demandé comment cela se faisait que plusieurs patients affirmaient que les couronnes et les bridges avaient été faits par ses

soins. Madame A. a répondu : « je ne peux rien vous dire si je n'ai pas le nom du patient. »

### 1.2.5 **Conclusion**

Les investigations du SECM et les témoignages des assurés ont révélé une série de prestations non effectuées par Madame A.

Pour la période de prestation du 14/09/2018 au 22/12/2020 avec introduction aux OA du 31/1/2019 au 31/12/2020, 8 prestations de prothèses amovibles dont les codes sont 307775,307790,307812,307834,307856,307871,307893,307915,307930,307952,307974,307996,308011,308033,308055,308070,308092,308114,308136,308151,306832,306854,306876,306891,306913,306935, 206 prestations de réparations de prothèse dont les codes sont 309013 et 309035, 119 prestations d'adjonctions dont les codes sont 309050,309072,309094 et 309116 et enfin 187 prestations de remplacements de base de prothèse dont les codes sont 309131 et 309153 ont été indument attestées pour un montant de 67.738,07 €.

Ventilées dans le tableau ci-dessous :

#### **TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS DE PROTHESES AMOVIBLES NON EFFECTUEES :**

Type de prestation	Montant indu en euros
Prothèses amovibles	3.320,5 €
Réparation de prothèses amovibles	22.062,81 €
Adjonction à une prothèse amovible	12.907,6 €
Remplacement de la base d'une prothèse amovible	29.447,16 €
<b>TOTAL</b>	<b>67.738,07 €</b>

Sur base d'auditions et examens buccaux d'assurés ainsi que de rapports de faits téléphoniques d'assurés, il est reproché à Madame A. d'avoir attesté entre le 11/12/2018 et le 04/12/2020, 52 prestations de prothèses dentaires amovibles non effectuées chez 8 assurés différents. L'indu pour ces prestations est englobé dans l'indu dégagé de l'analyse des factures de laboratoire et des données authentifiées.

La somme des prestations non-effectuées pour ce grief est de 67.738,07 euros.

### 1.3 Grief 3

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les documents réglementaires visés par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou ses arrêtés d'exécution lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

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

#### 1.3.1 Base légale et réglementaire

**Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994**

#### 1.3.2 Prestations en cause

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

- A L'article 5§2

PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE

PARODONTOLOGIE

*"Détartrage sous-gingival, avec surfaçage radiculaire si nécessaire, à l'aveugle, par quadrant et une fois toutes les trois années civiles, à partir du 18e jusqu'au 55e anniversaire :*

*301276 301280 \* quadrant supérieur droit L 30 P 4*

*301291 301302 \* quadrant supérieur gauche L 30 P 4*

*301313 301324 \* quadrant inférieur gauche L 30 P 4*

*301335 301346 \* quadrant inférieur droit L 30 P 4*

*301350 301361 \* plusieurs quadrants (3 dents minimum pour l'ensemble des quadrants incomplets) L 30 " P 4*

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

*"Pour pouvoir être attesté, le quadrant doit comporter au moins trois dents.*

*Lorsque plusieurs quadrants qui ne comportent pas trois dents chacun, ont été traités, ils peuvent être attestés comme un seul quadrant suivant le cas sous les nos 301350-301361, pour autant qu'il y ait au total au moins trois dents."*

*"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) + "A.R. 23.5.2017" (en vigueur 1.9.2017) "L'intervention pour les prestations 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346 et 301350-301361 n'est due que:*

*- si sur le même quadrant, durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation de nettoyage prophylactique ou de détartrage a été remboursée,*

*- et si chez le bénéficiaire, durant la même année civile ou l'année civile précédente une prestation de détermination du DPSI a été faite,*

*- et si lors de la dernière détermination du DPSI, un score d'au moins 3+ a été mesuré,*

*- et si le traitement a été fait sous anesthésie locale, par infiltration ou par tronculaire."*

*"A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009) "Les prestations 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-*

### **1.3.3 Argumentation**

Il ressort des investigations et auditions qu'entre le 04/02/2019 et le 23/12/2019, la dentiste A. a attesté des prestations non conformes au prescrit de la nomenclature des prestations de santé. Les détartrages sous-gingivaux n'ont pas été effectués sous anesthésie et donc ont été effectués dans le non-respect de l'Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé, article 5 paragraphe 2 portant sur la parodontologie.

Ces prestations ont été introduites au remboursement entre le 31/03/2019 et le 13/01/2020.

Le grief se fonde sur :

- Les auditions et examens buccaux d'assurés
- Les rapport de faits téléphoniques d'assurés
- Les auditions de Madame A.

### **1.3.4 Position et justification du dispensateur de soins**

Lors de son audition du 11 octobre 2021, Madame A. a été informée que sur base de l'analyse des données authentifiées, des témoignages et examens buccaux des assurés, elle avait attesté et introduit au remboursement plusieurs prestations de détartrages sous-gingivaux non conformes. Il lui a été expliqué que plusieurs assurés disent ne pas avoir été anesthésiés pour leur détartrage sous-gingival or la Nomenclature l'impose.

Madame A. a répondu : « *dès que le patient a beaucoup de tartre, je le fait. Je dégage la gencive avec de la racestypine, j'anesthésie (bien sur), j'ai un détartréur piezo, je curette, je passe l'airflow et puis je polie* ». Madame A. a ajouté : « *bien, ce qui a été attesté a été fait, je maintiens mes positions* ». Et enfin, elle a dit : « *et j'aimerais ajouter ceci : avec le détartrage sous-gingival une chartre est établie, et j'en donne une copie aux patients, je garde la copie dans le dossier à chaque fois. Il s'agit d'un bilan gingival* ».

### **1.3.5 Conclusion**

Les investigations du SECM et les témoignages des assurés ont révélé une série de prestations effectuées de manière non conforme par Madame A.

Pour la période de prestation du 04/02/2019 au 23/12/2019 avec introduction aux OA du 31/3/2019 au 13/1/2020, 3 prestations du code 301276, 3 prestations du code 301291, 3 prestations du code 301313 et enfin 3 prestations du code 301335 ont été indument attestées pour un montant de 528 €.

**TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS NON CONFORMES ET DES MONTANTS INDUS :**

	N° Registre National	Dates des prestations	Codes	Nombres de prestations	Montant
1	...	04/02/2019	301276	1	176 €
			301291	1	
			301313	1	
			301335	1	
2	...	23/12/2019	301276	1	176 €
			301291	1	
			301313	1	
			301335	1	
3	...	03/05/2019	301276	1	176 €
			301291	1	
			301313	1	
			301335	1	
	<b>Total</b>			<b>12</b>	<b>528 €</b>

La somme des prestations non-conformes est de 528 euros.

## 2 Conclusion

L'indu total pour les trois griefs s'élève à **69.929,07 € (1.663€ + 67.738,07€ + 528€)**

## 3 Tableau synoptique

PVC 0216 du 31/1/2022	N°grief Note Synth.	Prestation	Nombre	Montant	Effectué entre le	Et le	Présenté au remboursement entre le	Et le
NE 5§1,2,3	<b>Grief 1 (prestations dentaires non effectuées)</b>	372514	19	274	30/11/18	21/8/19	31/1/19	17/9/19
6§3bis		372536	13	130	30/11/18	21/8/19	31/1/19	17/9/19
		373833	1	63	4/7/19		31/7/19	
		373774	1	90	4/7/19		31/7/19	
		374850	4	162	8/5/19	29/11/19	31/5/19	31/12/19
		302153	1	14,5	6/3/20		31/3/20	
		302175	1	14,5	6/3/20		31/3/20	
		302190	1	14,5	6/3/20		31/3/20	
		302212	1	14,5	6/3/20		31/3/20	
		301276	2	70	14/8/19	8/12/20	30/9/19	31/12/20
		301291	2	70	14/8/19	8/12/20	30/9/19	31/12/20
		301313	2	70	14/8/19	8/12/20	30/9/19	31/12/20
		301335	2	70	14/8/19	8/12/20	30/9/19	31/12/20
		304430	2	127,5	7/3/19	26/8/20	7/3/19	26/8/20
		304312	2	180	16/12/19		31/1/20	
		303590	2	18,5	7/3/19	26/8/20	7/3/19	26/8/20
		303774	1	77,5	4/2/20		4/2/20	
		304850	1	34	3/3/20		31/3/20	
		304894	1	33,5	3/6/19		18/6/19	
		305616	6	135	20/9/19	20/4/20	31/5/20	
	<b>Sous-total grief</b>	<b>13 assurés</b>	<b>65</b>	<b>1.663</b>	30/11/18	8/12/20	31/1/19	31/12/20

NE 5§2	Grief 2	307775/307 790/307812/ 307834/307 856/307871/ 307893/307 915/307930/ 307952/307 974/307996/ 308011/308 033/308055/ 308070/308 092/308114/ 308136/308 151/306832/ 306854/306 876/306891/ 306913/306 935	8	3320,5	14/9/18	22/12/20	31/1/19	31/12/20
		309013/309 035	206	22062,81	14/9/18	22/12/20	31/1/19	31/12/20
		309050/309 072/309094/ 309116	119	12907,6	18/12/18	4/12/20	31/1/19	31/12/20
		309131/309 153	187	29447,16	29/10/18	18/12/20	31/1/19	31/12/20
	<b>Sous-total grief</b>		<b>520</b>	<b>67.738,07</b>	14/9/18	4/12/20	31/1/19	31/12/20
NC 5§2	Grief 3	301276	3	132	04/2/19	23/12/19	31/03/19	13/1/20
		301291	3	132	04/2/19	23/12/19	31/03/19	13/1/20
		301313	3	132	04/2/19	23/12/19	31/03/19	13/1/20
		301335	3	132	04/2/19	23/12/19	31/03/19	13/01/20
	<b>Sous-total grief</b>	<b>3 assurés</b>	<b>12</b>	<b>528</b>	04/2/19	23/12/19	31/03/2019	13/01/20
<b>Total général griefs 1 à 3</b>				<b>69.929,07€</b>				

Pour ces 3 griefs, l'indu total s'élève à **69.929,07 euros**.

En date du 16/01/2023, Madame A. a procédé au remboursement total de l'indu.



## 2 DISCUSSION

### 2.1. QUANT AU FONDEMENT DES GRIEFS

Le 3<sup>e</sup> grief n'est pas contesté. Il est donc établi.

Mme A. conteste les 2 premiers griefs.

#### Quant au 1<sup>er</sup> grief

##### 1. Madame C.

Chez cette patiente, une obturation canalaire 3 canaux d'une même dent (code 304555), une reconstruction complète de la couronne (code 304452) et une extraction (code 304894) ont été attestées le même jour sur la même dent (26) chez le même assuré.

Or, lors de l'audition et l'examen buccal de l'assuré du 19 avril 2021, il est apparu que la dent en question était toujours en bouche et qu'elle n'avait dès lors jamais été extraite. L'extraction attestée et introduite au remboursement par Madame A. n'a donc jamais été effectuée. Le code d'extraction 304894 a donc été indument attesté pour un montant de 33,5 €.

Mme A. invoque une erreur, le code à attester serait celui d'une radio. Il n'en demeure pas moins que la prestation attestée par Mme A. n'a pas été effectuée.

Cet argument ne peut donc être retenu.

##### 2. Monsieur D.

Mme A. précise que le patient avait une plaque avec vérin et poussoir pour travailler l'arrondi de l'arcade (contrôle et serrage), la dépose des blocs a été faite au préalable.

Or, dans son PVA du 19/04/2021, l'assuré n'évoque aucune plaque avec vérin mais des plaquettes :

*HV : Quels soins ont été effectués chez vous par vos dentistes lors de vos visites lors des trois dernières années ?*

*TE : En 2017-2018 : j'ai fait faire un appareil dentaire orthodontique sous forme de plaquettes uniquement en haut chez la dentiste A. (...) Après un an, en été 2019, elle a retiré mon appareil. A ce moment-là j'étais satisfait du résultat esthétique.*

##### 3. Madame E.

Mme A. prétend que les plombages ont été remplacés par de nouveaux plombages afin de provoquer une suroccclusion et les sillons ont été comblés.

Or, Dans son PVA du 21/04/2021, l'assurée déclare :

*HC : (...) Madame A. ne m'a jamais extrait de dents, elle ne m'a jamais soigné de dents, ou de caries. »*

De plus, si le but était effectivement de réaliser une suroccclusion, même si les sillons étaient comblés, il ne pouvait s'agir d'un « scellement de fissures et de puits » ni d'une obturation de cavité étant donné qu'ils étaient de nature provisoire et ne respectaient donc pas l'art.6 § 4bis, de la nomenclature des prestations de santé :

*"§ 4bis. À l'exception de la prestation 374474-374485, pour toute(s) (les) obturation(s) de cavité(s) et la restauration de la rubrique « soins conservateurs », le matériel d'obturation doit être placé directement et durcir principalement dans la bouche (méthode directe). À l'exception des prestations 373575-373586, 303575-303586, 373774-373785 et 303774-303785, l'(es) obturation(s) de cavité(s) et la restauration de la rubrique « soins conservateurs » ne peuvent pas être de nature provisoire pour entrer en ligne de compte pour un remboursement."*

#### **4. Madame F.**

Mme A. prétend avoir protégé les sillons.

Or, lors de son audition du 28/04/2021, l'assurée déclare :

*« Je pense que la dentiste A. ne m'a pas soigné de caries. Elle m'a extrait deux dents en bas à gauche et à droite. Je n'ai pas encore eu d'extractions de dents de sagesse. Il me semble que mes dents de sagesse n'ont pas encore poussé et je n'ai jamais eu de soins sur mes dents de sagesse. »*

Lors de l'examen de bouche de l'assurée effectué le même jour, l'inspecteur social n'a pas constaté de scellements sur les dents mentionnées.

#### **5. Monsieur G.**

Mme A. invoque l'existence de radios de dévitalisation.

Or, lors de son audition, l'assuré déclare :

*« HV : Quels soins ont été effectués chez vous par votre dentiste/ dans ce cabinet lors de vos visites/ lors des trois dernières années ?*

*BB : Elle a essayé de refixer une dent en haut en avant, mais cela ne tenait pas. Elle m'a alors proposé de faire une prothèse et m'a placé cette prothèse pour remplacer les dents du haut. Ma dentiste n'a rien fait en bas. Elle ne m'a jamais soigné de caries, ni fait de plombages. Elle ne m'a jamais enlevé de dents. La dentiste m'a prise une fois une radio à son cabinet. La dentiste A. ne m'a jamais retiré de nerf de mes dents. »*

Le fait de posséder une radiographie de ces 2 dévitalisations ne prouve rien parce qu'elles auraient pu être déjà dévitalisées.

Mme A. invoque cet argument mais ne dépose pas la radio pré-opératoire et la radiographie de contrôle dont elle disposerait.

Par conséquent, aucun argument invoqué par Mme A. ne peut être retenu et le grief est établi pour ces patients.

Il l'est également pour les prestations des autres patients que Mme A. n'a pas invoqué dans ses conclusions.

**Quant au 2<sup>e</sup> grief :**

Mme A. fournit une série de factures d'un laboratoire dentaire.

La période infractionnelle concerne des prestations effectuées entre le 14/09/2018 et le 22/12/2020 avec introduction aux OA du 31/1/2019 au 31/12/2020.

Plusieurs factures déposées par Mme A. concernent des prestations en-dehors de cette période (Factures n° 2021/69, 2018/194 et 2018/194)

De plus, certaines factures ont déjà été produites lors de l'enquête et donc comptabilisées dans le calcul de l'indu. (Factures n° 2019/1038, 2019/912 et 2019/858).

Seules 2 factures peuvent être prises en compte :

- Facture 2020/801 du 15/12/2020
- Facture 2020/755 du 30/11/2020

Il faut donc rajouter aux prestations effectuées, 2 prothèses amovibles, 5 réparations de prothèses amovibles et 4 adjonctions de dents à une prothèse amovible.

Ce qui donne les calculs suivants (nombres et montants en fluo) :

Tableaux correspondants à l'analyse des factures de laboratoire et des données authentifiées

- **Prothèses amovibles**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures (Prestations effectuées)
Prothèse amovible	78	70 + 2

	Somme des prestations Effectués et non effectuées	Prestations Effectuées	<b>Prestations non effectuées</b>
Nombre de prestation	78	72	6
Pourcentage de prestations	100%		7,69 %
Montant en euros	32.238 €		2.479,85 €

- **Réparation de prothèses amovibles**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures (Prestations effectuées)
Réparation prothèse amovible	223	17 + 5

	Somme des prestations Effectués et non effectuées	Prestations Effectuées	Prestations non effectuées
Nombre de prestation	223	22	201
Pourcentage de prestations	100%		90,13 %
Montant en euros	23.877,5 €		21.521,87 €

- **Adjonction à une prothèse amovible**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures (Prestations effectuées)
Adjonction à une prothèse amovible	195	76 + 4

	Somme des prestations Effectués et non effectuées	Prestations Effectuées	Prestations non effectuées
Nombre de prestation	195	80	115
Pourcentage de prestations	100%		58,97 %
Montant en euros	21.160 €		12.478,97 €

- **Remplacement de la base d'une prothèse amovible**

Type de prestation	Nombre de prestations dans les données authentifiées (Somme prestations effectuées et non effectuées)	Nombre de prestations dans les factures (Prestations effectuées)
Remplacement de la base d'une prothèse amovible	204	17

	Somme des prestations Effectués et non effectués	Prestations Effectuées	<b>Prestations non effectués</b>
Nombre de prestation	204	17	<b>187</b>
Pourcentage de prestations	100%	8,3%	<b>91,7%</b>
Montant en euros	32.112,5 €	2.665,3 €	<b>29.447,16 €</b>

L'indu corrigé pour ce 2<sup>e</sup> grief se monte à **65.927,85 EUR** à la place de 67.738,07 EUR.

Dans ses moyens de défense, Mme A. invoque également le cas de 3 patients.

### 1. Monsieur H.

Selon Mme A., il aurait confondu soins et prothèses. Il aurait bien deux prothèses en bouche mais ne les supportait pas. Il aurait fait ses bridges chez un autre dentiste. Aujourd'hui à la suite d'une fracture il aurait remis sa prothèse maxillaire supérieure.

Or, lors de son audition du 21/04/2022 , l'assuré déclare :

*« Je disposais d'un appareil dentaire supérieur qui remplaçait trois incisives manquantes en haut et qui avait été réalisé. Cet appareil n'a jamais été réajusté ou réparé par la dentiste A. Il a été remplacé par des couronnes (bridge) par la dentiste A. Les dents voisines ont été taillées pour cela. »*

Il mentionne donc uniquement une prothèse supérieure et dit qu'elle n'a jamais été réparée ni rebasée. Il affirme que c'est la dentiste A. qui a réalisé les bridges.

Le Fonctionnaire-dirigeant estime qu'en général, le patient se souvient du praticien qui a réalisé ce type de traitement.

## 2. Madame I. et Monsieur J.

Mme A. déclare que Mme I. et M. J. reviennent sur leur déclaration.

Concernant M. J., il s'agit d'une affirmation de Mme A. Elle ne fournit aucun document à l'appui de celle-ci.

De plus, il est étonnant que M.J. ne se soit pas souvenu lors de son audition qu'on lui ait fait une prothèse dentaire d'autant plus que cela nécessite plusieurs séances avec des prises d'empreintes.

Concernant la déclaration de Mme I., le Fonctionnaire-dirigeant estime que cette déclaration ne peut être retenue.

En effet, 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 SSI coordonnée le 14-07-1994 pour investiguer de la sorte (art. 139 de la loi coordonnée).

En revanche, lorsqu'un dispensateur de soins procède ou fait procéder à un interrogatoire des assurés sociaux qui sont ses propres patients, il n'est pas légitimé par la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour le faire; il procède de la sorte *in tempore suspecto* et le caractère d'impartialité n'est dès lors pas garanti en ce qui concerne la contre-enquête menée.

Dans un dossier où le médecin concerné par l'enquête avait produit des contre-déclarations de bénéficiaires réalisées par un huissier de justice, la Chambre de 1<sup>e</sup> instance a décidé en date du 28-01-2011 (Décision de la CPI, n° de rôle FA-008-09) :

*« (...) Par ailleurs, les quelques pièces produites par Monsieur P.M., soit un procès-verbal de constat d'huissier de justice et des lettres de certains assurés, ne sont pas probantes : outre le fait qu'elles sont tardives, datant de 2009 alors que les faits remontent à 2005-2006, les conditions dans lesquelles elles ont été dressées demeurent inconnues, en manière telle que les assurés ont pu être influencés, d'autant qu'il s'agit de patients fragilisés et marginaux (selon les dires de Monsieur P. M.. (...)) »*

La Chambre de recours, dans le même dossier a confirmé la décision de la CPI de la manière suivante en date du 17-01-2013

([http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence\\_cr\\_medecin\\_20130117.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_medecin_20130117.pdf)

p. 9 à 11) :

*« (...) En ce qui concerne le procès-verbal d'huissier et les écrits produits par l'appelant au principal, ils doivent être tout d'abord envisagés en fonction de la force probante qui s'attache aux procès-verbaux d'audition rédigés par le médecin-inspecteur.*

*Il est de règle que les procès-verbaux d'audition ne lient pas le juge et celui-ci apprécie souverainement leur force probante ; les déclarations contenues dans ces procès-verbaux n'ont que la valeur qui leur est reconnue par le droit commun de la preuve .*

*Dès lors que l'appelant au principal a pris l'initiative d'une contre-enquête en faisant interroger par un huissier de justice des personnes déjà entendues par le médecin-inspecteur et en*

*demandant à ces mêmes personnes un témoignage écrit, il y a lieu de déterminer quels sont parmi les éléments produits ceux dont la force probante doit être privilégiée.*

*Dans cet exercice il faut tenir compte tout d'abord de ce que le médecin-inspecteur du Service est un agent assermenté (voy. art. 175 loi coordonnée du 14 juillet 1994 et art. 330 de l'A.R. d'exécution), ce qui signifie qu'il a pris l'engagement solennel d'exercer correctement la mission qui lui est confiée ; cette assermentation permet de présumer que le contenu des procès-verbaux d'audition qu'il dresse est conforme aux déclarations recueillies et que la méthode utilisée à cette fin est exempte de reproches. Il s'agit d'une présomption de l'homme, certes réfragable.*

*Il faut ensuite prendre en considération quelques particularités de la cause :*

*- le constat d'huissier a été dressé à la demande de l'appelant au principal après le début du litige ; les personnes interrogées par l'huissier ont été informées par l'huissier de l'existence du litige entre leur médecin-traitant et l'INAMI ; (...)*

*- si l'huissier de justice a décliné à chaque personne interrogée sa mission, il n'a pas mis en œuvre d'autre moyen permettant de garantir la loyauté dans l'administration de la preuve, contrairement au médecin-inspecteur (...);*

*- les déclarations transcrites dans les procès-verbaux d'audition sont beaucoup plus précises que celles reprises dans le constat d'huissier ;*

*- s'il a été plaidé que les personnes entendues ne pouvaient qu'être impressionnées par le médecin-inspecteur (ce que ce dernier a d'ailleurs acté concernant la dame C.) en sorte que leurs déclarations ont pu être faussées, force est de considérer que la visite d'un huissier de justice a pu ne pas être moins impressionnante ;*

*- dans le cas d'espèce, parmi les trois déclarations recueillies par l'huissier de justice une seule contient des éléments divergents de celle transcrite dans un procès-verbal d'audition (...);*

*- les témoignages écrits déposés par l'appelant au principal ont été établis in tempore suspecto, soit après le début du litige entre le docteur M. et l'INAMI ; ils ne sont pas spontanés et ont été sollicités, comme l'indique d'ailleurs la dame T. : « Il m'a fait part des ennuis qu'il a en ce moment » ; de même la fille de la dame D. écrit : « le docteur M. me fait part des ennuis qu'il a avec l'INAMI à la suite d'une enquête menée par un représentant » ; au passage on relève une similitude suspecte dans la façon d'exprimer le contexte énoncé par le docteur M.(...);*

*- à nouveau, force est de constater que l'on ne dispose d'aucune garantie de ce que ces témoignages écrits ont été recueillis avec toute l'objectivité et la retenue requises (...);*

*- certaines déclarations sont écrites par des personnes fort proches du docteur M., donc ne sont pas fiables (déclaration de la dame V. précitée et du conjoint du docteur M.).*

*Il résulte de ces observations que, aux yeux de la présente chambre, les procès-verbaux d'audition rédigés par le médecin-inspecteur, assermenté, et qui bénéficient des garanties de loyauté dans l'administration de la preuve, ont une force probante supérieure aux pièces déposées par l'appelant au principal. (...)*

Les autres cas concernés par ce 2<sup>e</sup> grief ne sont pas contestés.

Les 3 griefs sont donc incontestablement établis au regard des éléments repris notamment dans la note de synthèse précitée.



## **2.2. QUANT A L'INDU**

Les trois griefs reprochés au terme du procès-verbal de constat du 31/1/2022 ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant corrigé (suite à la prise en compte des factures déposées par Mme A. le 15/9/2023) de **68.118,85** euros.

Les griefs formulés à l'encontre de Mme A. étant fondés, il y a lieu d'ordonner qu'elle soit condamnée à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **68.118,85** euros (Loi SSI, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>).

Cependant, c'est la SRL B. qui a perçu l'ensemble de ces remboursements.

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

Le Fonctionnaire-dirigeant constate qu'une somme supérieure de 69.929,07 euros a été remboursée à la date du 16/01/2023.

## **2.3. QUANT À L'AMENDE**

### **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<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de la même loi, c'est-à-dire :

- pour les prestations non effectuées (griefs n°1 et 2), 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 ;
- et, pour les prestations non conformes (grief n°3), le remboursement de la valeur des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

### **2.3.2. Quant au quantum de l'amende administrative retenue**

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime nécessaire de prononcer des amendes administratives à charge de Madame 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 soins.

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

Compte tenu du nombre important de prestations non effectuées attestées par Madame A. (574 prestations), du montant très important de l'indu en cause (67.590,85 euros), de la durée de la période infractionnelle (2 ans suivant les dates d'introduction à l'organisme

assureur), des antécédents connus dans le chef de ce dispensateur l'application d'une sanction est justifiée.

Il est donc décidé de prononcer à l'encontre de Madame A., au titre des griefs de prestations non effectuées, une amende administrative de 150 % du montant indu à rembourser soit 101.386,28 euros (LC 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>),

Concernant l'**attestation de prestations non conformes**, il faut rappeler que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement 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 soins.

Le respect des formalités administratives prévues par la réglementation 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, les dispensateurs de soins brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

Madame A. n'a pas respecté l'obligation d'effectuer sous anesthésie les détartrages sous-gingivaux qu'elle a portés en compte de l'assurance soins de santé. Ils ont donc été effectués dans le non-respect de l'Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à savoir de l'article 5 paragraphe 2 portant sur la parodontologie.

Dans ces conditions, au regard de ces éléments, mais aussi compte tenu de la clarté de la nomenclature, du peu de prestations en cause (12), de la durée de la période infractionnelle (1 an et 11 mois), du montant très faible de l'indu (528 euros), il est justifié de prononcer à l'encontre de Madame A., au titre du grief de prestations non conformes, une amende administrative de 100% du montant à rembourser (LC, 14/07/1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>) soit 528 euros (indu de 528 euros).

Toutefois, l'article 157, §1<sup>er</sup> 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 du remboursement total de l'indu par l'intéressée.

Cela justifie que la sanction soit assortie d'une mesure de sursis partiel, la sanction effective devant rappeler à l'intéressée 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 Madame A.:

- au titre des griefs de prestations non effectuées, une amende administrative de 150% du montant des prestations induement attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 101.386,28 euros, assortie d'un sursis à hauteur d'un tiers de celle-ci et d'une durée de 3 ans (soit

une amende effective de 67.590,85 euros et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 33.795,43 euros) ;

- et au titre du grief de 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, §1er, 2<sup>o</sup>), soit 528 euros, dont la moitié en amende effective (soit 264 euros) et la moitié en amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans (soit 264 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 griefs établis ;
- Condamne solidairement Madame A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 68.118,85 euros et constate qu'une somme supérieure de 69.929,07 euros a été remboursée à la date du 16/01/2023;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non effectuées de 150% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>), soit 101.386,28 euros , assortie d'un sursis à hauteur d'un tiers de celle-ci et d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de **67.590,85 euros** et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 33.795,43 euros) ;
- Condamne Madame A. à payer une amende administrative au titre des prestations non conformes de 100% du montant des prestations indument attestées à charge de l'assurance soins de santé (L.C. 14.07.1994, art. 142, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>), soit 528 euros , assortie d'un sursis à hauteur de la moitié d'une durée de 3 ans (soit une amende effective de **264 euros** et une amende assortie d'un sursis d'une durée de 3 ans de 264 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 Fonctionnaire-dirigeant,