

EN CAUSE DU : **Service d'évaluation et de contrôle médicaux**, institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Représenté par deux fonctionnaires du Service d'Evaluation de Contrôle Médicaux ;

CONTRE : **Monsieur A**, lsd

Assisté par Me I. ONSEA loco Me P. DEPUYDT, Avocat à Bruxelles ;

1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de première instance comporte notamment les pièces suivantes :

- la requête du 11 juillet 2008, par laquelle le service d'évaluation et de contrôle médicaux, ci-après dénommé le SECM, saisit la Chambre de première instance d'une contestation avec un dispensateur de soins, Monsieur A., sur base de l'article 139, al.2, 6°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- la note de synthèse du SECM ;
- les conclusions de Monsieur A., enregistrées au greffe le 9 octobre 2008 ;
- les conclusions en réplique du SECM, enregistrées au greffe le 18 novembre 2008 ;
- les convocations adressées en prévision de l'audience du 5 février 2009, lors de laquelle la cause a été remise contradictoirement à l'audience du 12 mars 2009.

Lors de l'audience du 12 mars 2009, le SECM et Monsieur A.. sont entendus, à la suite de quoi la cause est prise en délibéré.

L'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours a été respecté dans le cadre de la procédure.

2. OBJET DE LA DEMANDE

Le SECM sollicite que la Chambre de première instance :

- constate que le grief suivant, formulé à l'égard de Monsieur A. et détaillé dans la note de synthèse, est établi :
 - avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées, du 27 février 2004 au 31 décembre 2004, en violation de l'article 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits ;

- condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations non effectuées, soit la somme de 79.419,55 €, dont à déduire la somme déjà restituée de 49.907,59 € (en manière telle que le solde de l'indu s'élève à la somme de 29.511,96 €), en application de l'article 141, §5, al.6, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits ;
- condamne Monsieur A. à payer :
 - une amende administrative égale à 200 % de la valeur des prestations non effectuées (à l'exception des prestations visées dans le procès-verbal de constat du 24 février 2006, compte tenu de la prescription), en application de l'article 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits.

Le SECM s'appuie sur trois procès-verbaux de constat dressés à charge de Monsieur A.:

- ✓ procès-verbal de constat du 24 février 2006 : 4 assurés, 76 prestations, indu de 3.169,58 € ;
- ✓ procès-verbal de constat du 22 mars 2006 : 10 assurés, 171 prestations, indu de 7.738,01 €;
- ✓ procès-verbal de constat du 23 mars 2006 : 1.616 prestations, indu de 68.511,96 €.

3. POSITION DES PARTIES

1.

Monsieur A. observe à titre préliminaire que le SECM n'a pas joint à sa requête l'inventaire des pièces invoquées à l'appui de celle-ci.

Il laisse à la Chambre de première instance le soin de décider si elle peut avoir égard à d'autres pièces que la note de synthèse annexée à la requête du SECM.

Monsieur A. reconnaît le manquement relatif aux prestations visées dans les procès-verbaux de constat des 24 février 2006 et 22 mars 2006.

Par contre, il conteste le manquement relatif aux prestations visées dans le procès-verbal de constat du 23 mars 2006.

Monsieur A. conteste les déclarations dans lesquelles il a reconnu que la technique d'enquête dite « statistique » était fondée et que la moitié de 3.233 prestations de numéro de code 304415 (« obturations de cavité sur trois faces dentaires ou plus de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 18^e anniversaire ») correspondait à des obturations provisoires, au motif que lesdites déclarations ont été faites sous la pression des inspecteurs.

Lors de l'audience du 12 mars 2009, il précise toutefois que, l'enquête n'ayant porté que sur les obturations « trois faces » (à l'exclusion des obturations « une face » et « deux faces » qui auraient pu le cas échéant prêter également à discussion), l'estimation des obturations « provisoires » faite par le SECM ne lui avait pas semblé, lors des auditions précitées, sujette à contestation.

Monsieur A. expose que le libellé de la prestation du code 304415 ne distingue pas l'obturation provisoire et l'obturation définitive, réfute toute intention frauduleuse et fait valoir une erreur d'interprétation.

Lors de l'audience du 12 mars 2009, il admet que les obturations qu'il qualifie de « provisoire » et de « définitive » ne constituent pas deux obturations distinctes mais une seule obturation effectuée en deux temps.

Monsieur A. sollicite en définitive que la Chambre de première instance :

- prenne acte de ce qu'il se réfère à justice quant à la demande de remboursement du SECM ;
- réduise de 200 % à 100 % l'amende afférente aux prestations visées dans les procès-verbaux de constat des 24 février 2006 et 22 mars 2006, soit sur la somme de 10.907,59 € ;
- déclare non fondée la réclamation d'une amende de 200 % afférente aux prestations visées dans le procès-verbal de constat du 23 mars 2006, soit sur la somme de 68.511,96 € ;
- l'autorise à se libérer des sommes dues à titre de remboursement et d'amende par versements mensuels de 1.000,00 € conformément au plan de remboursement accepté par le SECM.

Monsieur A. estime enfin que, suite aux remboursements qu'il a faits jusqu'en février 2009 inclus, le solde de l'indu s'élève à la somme de 28.511,90 € et non pas à la somme de 29.511,90€ comme allégué par le SECM.

Lors de l'audience du 12 mars 2009, il déclare avoir deux cabinets (avec un fauteuil) et être entouré de deux prothésistes et d'une assistante.

2.

Le SECM fait valoir, à titre de réplique, les arguments suivants :

- l'obligation de produire un inventaire des pièces n'est pas prescrite à peine de nullité ;
- lors de ses auditions du 16 mars 2006 et du 27 avril 2006, Monsieur A. a marqué son accord avec la méthode d'enquête statistique utilisée et celle-ci est le reflet de son activité ;
- les obturations provisoires ne sont pas remboursées, dès lors que seuls les soins complets le sont ;
- l'infraction est établie par le seul fait de la transgression de la prescription légale, indépendamment d'un élément moral ;
- une connaissance déficiente de la nomenclature ne constitue pas une cause d'excuse.

Le SECM maintient les termes de sa demande (cfr. supra) et s'en réfère à la sagesse de la Chambre de première instance quant à la demande de termes et délais.

4. FAITS

Une enquête est menée par le SECM à l'égard de Monsieur A., licencié en science dentaire.

Des procès-verbaux de constat, en date des 24 février 2006, 22 mars 2006 et 23 mars 2006, et des procès-verbaux d'audition sont établis.

La technique d'enquête est double :

- ✓ pour les procès-verbaux de constat du 24 février 2006 et du 22 mars 2006 : audition de 14 assurés ;
- ✓ pour le procès-verbal de constat du 23 mars 2006 : procédé statistique sur base d'un relevé informatique (3.233 prestations de numéro de code 304415 « obturations de cavité sur trois faces dentaires ou plus de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 18^e anniversaire », soit 53 % de plus que la moyenne des 15 plus importants dispensateurs de soins en ce qui concerne la même prestation) et des aveux de Monsieur A. (la moitié des 3.233 prestations précitées correspond à des « obturations provisoires », selon ses auditions du 16 mars 2006 et du 27 avril 2006).

Le SECM rédige une note de synthèse, selon laquelle Monsieur A. a commis une infraction, à savoir le fait d'avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées, et ce du 27 février 2004 au 31 décembre 2004.

5. POSITION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE

5.1. Inventaire

1.

La partie requérante joint à sa requête un inventaire des pièces invoquées à l'appui de celle-ci, selon l'article 5, al.1, de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours.

Toutefois, aucune sanction n'est prévue en cas de méconnaissance de l'obligation précitée.

2.

Le SECM n'a pas joint à sa requête un inventaire des pièces.

A défaut de sanction légale en pareil cas, la Chambre de première instance peut tenir compte de toutes les pièces figurant dans le dossier de procédure, d'autant que le SECM a communiqué à Monsieur A. un inventaire des pièces par le biais de ses conclusions de réplique.

5.2. Législation applicable

1.

Les faits commis avant le 15 mai 2007, date d'entrée en vigueur de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, sont soumis à l'article 141, §§ 2, 3, 5, 6, et 7, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il existait avant le 15 mai 2007 (art. 112 de la loi du 13 décembre 2006).

2.

La période infractionnelle s'étend du 27 février 2004 au 31 décembre 2004.

Il y a donc lieu d'appliquer l'article 141, §§ 2, 3, 5, 6, et 7, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits.

5.3. Manquement

1.

Monsieur A. reconnaît le manquement relatif aux prestations visées dans les procès-verbaux de constat des 24 février 2006 et 22 mars 2006.

Pour le surplus, il ressort des procès-verbaux d'audition et de constat (auxquels la note de synthèse se réfère) que les éléments matériels constitutifs du manquement correspondant à l'absence de prestation, visé à l'article 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, sont réunis.

En conclusion, le manquement relatif aux prestations visées dans les procès-verbaux de constat des 24 février 2006 et 22 mars 2006 est établi.

2.

Les dénégations de Monsieur A. quant au manquement relatif aux prestations visées dans le procès-verbal de constat du 23 mars 2006 manquent de fondement pour les motifs suivants.

Premièrement, il convient d'examiner la technique d'enquête dite « statistique » retenue par le SECM.

Cette technique est justifiée par le nombre exceptionnel de prestations de numéro de code 304415 (« obturations de cavité sur trois faces dentaires ou plus de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 18^e anniversaire ») relevées dans le chef de Monsieur A. durant la période litigieuse, du 27 février 2004 au 31 décembre 200, soit 3.233 prestations.

Il n'était pas raisonnable d'imaginer que tous les assurés sociaux puissent être interrogés, d'autant que Monsieur A. a marqué son accord par rapport au raisonnement du SECM (cfr. infra).

Pour la prestation litigieuse, en 2004, alors que la moyenne des 15 plus importants dispensateurs de soins était de 2061 cas, Monsieur A. a eu 4448 cas, ce qui constitue un écart de 53 % par rapport au « peloton de tête » des prestataires.

Lors de son audition du 16 mars 2006, Monsieur A. a déclaré qu'il était tout à fait plausible que la moitié des prestations de numéro de code 304415 durant la période litigieuse corresponde à des obturations « provisoires ».

Le SECM a dès lors considéré que la moitié des prestations de numéro de code 304415 durant la période litigieuse, soit 1.616 prestations, correspondait à des obturations « provisoires » et s'élevait à la somme de 68.511,96 €.

Un procès-verbal de constat a en ce sens été dressé par le SECM en date du 21 mars 2006 et a été envoyé à Monsieur A., sans réaction de sa part.

Lors de son audition du 27 avril 2006, Monsieur A. a déclaré expressément « (...) *Je suis d'accord avec la méthode que vous avez suivie pour la détermination des prestations indues en rapport avec le procès-verbal de constat du 21/03/2006 et donc avec l'indu qui s'élève à 68.511,96 € (...)* ».

Monsieur A. ne démontre pas avoir été victime d'un quelconque vice de consentement à l'occasion des auditions précitées.

Pour le surplus, lors de l'audience du 12 mars 2009, Monsieur A. précise que l'enquête n'ayant porté que sur les obturations « trois faces » (à l'exclusion des obturations « une face » et deux faces » qui auraient pu le cas échéant prêter également à discussion), l'estimation des obturations « provisoires » faite par le SECM ne lui avait pas semblé sujette à contestation.

Monsieur A. n'a formulé par écrit aucune remarque concernant le procès-verbal de constat du 21 mars 2006.

Dans ces conditions, il est malvenu pour Monsieur A. de contester à présent la technique d'enquête retenue par le SECM.

Deuxièmement, il est inexact de prétendre que la prestation du code 304415 peut entraîner une confusion car elle ne distingue pas l'obturation provisoire et l'obturation définitive.

De manière générale, une prestation ne peut être portée en compte à l'assurance soins de santé et indemnités que lorsqu'elle est complète et achevée.

Si une prestation comporte des niveaux intermédiaires, la nomenclature le mentionne expressément, quod non en l'espèce.

Monsieur A. a d'ailleurs reconnu, lors de l'audience du 12 mars 2009, que les obturations qu'il qualifie de « provisoire » et de « définitive » ne constituent pas deux obturations distinctes mais une seule obturation effectuée en deux temps.

Un acte d'obturation, qu'il soit accompli directement ou en deux temps, équivaut à une seule prestation du code 304415.

Troisièmement, le manquement existe dès que la matérialité des faits est établie, et ce indépendamment d'un quelconque élément moral.

En l'espèce, la moitié des obturations déclarées durant la période litigieuse n'a pas été effectuée, puisque les obturations qualifiées de « provisoire » et de « définitive » ne constituent pas deux obturations distinctes mais une seule obturation effectuée en deux temps.

Il ressort des procès-verbaux d'audition et de constat (auxquels la note de synthèse se réfère) que les éléments matériels constitutifs du manquement correspondant à l'absence de prestation, visé à l'article 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, sont réunis.

Quatrièmement, la prétendue méconnaissance de la nomenclature ne constitue pas une cause de justification ou d'excuse.

C'est donc à tort que Monsieur A. invoque une erreur d'interprétation pour considérer qu'il n'a pas commis le manquement qui lui est imputé par le SECM.

Cinquièmement, de manière surabondante, la Chambre de première instance relève qu'il est contradictoire d'accepter de rembourser la totalité des sommes visées par les manquements constatés par le SECM et de contester lesdits manquements.

En effet, un remboursement non assorti de la moindre réserve suppose que le manquement soit établi.

Or, Monsieur A. a reconnu expressément l'indu de 68.511,96 € lors de son audition du 27 avril 2006 et, ultérieurement, s'est mis à rembourser progressivement cet indu.

En conclusion, le manquement relatif aux prestations visées dans le procès-verbal de constat du 23 mars 2006 est établi.

3.

La Chambre de première instance constate dès lors que le manquement suivant est établi dans le chef de Monsieur A.:

- avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées, du 27 février 2004 au 31 décembre 2004, en violation de l'article 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits.

5.4. Remboursement

1.

Le dispensateur est tenu de rembourser la valeur des prestations concernées, lorsqu'il a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées (art. 141, §5, al.6, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

2.

Les prestations non effectuées s'élèvent à la somme de 79.419,55 €.

Monsieur A. a déjà remboursé la somme de 49.907,59 € (cfr un versement de 10.907,59 € en date du 8/6/2006, versements de 1.000,00 € en date des 19/06/2006, 11/07/2006, 22/08/2006, 10/10/2006, 21/11/2006, 19/12/2006, 16/01/2007, 20/02/2007, 20/03/2007, 24/04/2007, 22/05/2007, 19/06/2007, 17/07/2007, 21/08/2007, 18/09/2007, 23/10/2007, 20/11/2007, 18/12/2007, 15/01/2008, 19/02/2008, 18/03/2008, 22/04/2008, 22/05/2008, 17/06/2008, 08/07/2008 et versements de 2.000,00 € en date des 19/08/2008, 16/09/2008, 21/10/2008, 18/11/2008, 16/12/2008, 20/01/2009, 17/02/2009).

Le solde de l'indu s'élève donc à la somme de 29.511,96 € (selon un décompte arrêté à la date de l'audience du 12 mars 2009).

La Chambre de première instance condamne dès lors Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations concernées par le manquement précité, à savoir la somme de 29.511,96 € (selon un décompte arrêté à la date de l'audience du 12 mars 2009).

5.5. Amende administrative

1.

Une amende administrative doit être prononcée dans les trois ans à compter du jour où le manquement a été constaté (art. 141, §7, al.1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

Il peut être infligé une amende administrative :

- égale au minimum à 50 % et au maximum à 200 % de la valeur des prestations indues, lorsqu'un dispensateur a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées (art. 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

2.

Plus de trois ans se sont écoulés entre le procès-verbal de constat du 24 février 2006 et la présente décision.

Aucune amende administrative ne peut donc être prononcée quant aux prestations visées dans le procès-verbal de constat du 24 février 2006, compte tenu de la prescription.

Par contre, les manquements afférents aux prestations visées dans les procès-verbaux de constat du 22 mars 2006 et du 23 mars 2006 entraînent une amende administrative.

Dans son appréciation des amendes administratives à infliger à Monsieur A., la Chambre de première instance estime devoir tenir compte conjointement des éléments suivants :

- l'ampleur des faits constitutifs du manquement, puisque Monsieur A. a déclaré pas moins de 1.626 prestations inexistantes ;
- la durée importante de la période infractionnelle, qui couvre un peu plus de 10 mois, du 27 février 2004 au 31 décembre 2004 ;
- le volume exceptionnel des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé, puisque pour la prestation litigieuse, en 2004, alors que la moyenne des 15 plus importants dispensateurs de soins était de 2061 cas, Monsieur A. a eu 4448 cas, ce qui constitue un écart de 53 % par rapport au « peloton de tête » des prestataires ;
- les aveux de Monsieur A. quant au manquement relatif aux prestations visées dans les procès-verbaux de constat des 24 février 2006 et 22 mars 2006 ;

- le remboursement par Monsieur A. de la valeur des prestations litigieuses à concurrence de la somme de 49.907,59 €.

La Chambre de première instance inflige dès lors à Monsieur A.:

- une amende administrative égale à 150 % de la valeur des prestations concernées, soit une amende de $(7.738,01 \text{ €} + 68.511,96 \text{ €}) \times 150 \% = 114.374,95 \text{ €}$.

5.6. Plan d'apurement

1.

Des délais de paiement peuvent être accordés tant pour la somme à rembourser que pour l'amende administrative (art. 141, §7, al.12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits).

L'octroi d'un plan d'apurement est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

2.

En ce qui concerne la somme à rembourser, Monsieur A. a fait preuve de bonne volonté en ayant versé d'ores et déjà une partie.

La Chambre de première instance l'autorise à régler la somme de 29.511,96 € au moyen de 30 mensualités, chaque mensualité étant due pour le 1^{er} jour de chaque mois au plus tard et l'absence de paiement d'une seule mensualité à l'échéance prévue entraînant l'exigibilité de la totalité du solde de ladite somme à rembourser.

En ce qui concerne l'amende administrative, il échet de rappeler que l'activité de Monsieur A. a plus que doublé entre 2001 et 2005 et que, de 2002 à 2005, il est le prestataire le plus important de Belgique pour la prestation de numéro de code 304415 « obturations de cavité sur trois faces dentaires ou plus de dent définitive chez le bénéficiaire à partir du 18^e anniversaire » (cfr. note de synthèse).

En outre, son activité actuelle est florissante (deux cabinets ; deux prothésistes et une assistante).

Dans ces conditions, aucun plan d'apurement n'est accordé pour le paiement de l'amende administrative.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant après un débat contradictoire,

Constate que le manquement suivant est établi dans le chef de Monsieur A.:

- avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées, du 27 février 2004 au 31 décembre 2004, en violation de l'article 141, §5, al.5, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits.

Condamne Monsieur A. à rembourser la somme de 29.511,96 € (selon un décompte arrêté à la date de l'audience du 12 mars 2009).

Autorise Monsieur A. à régler cette somme de 29.511,96 € au moyen de 30 mensualités, chaque mensualité étant due pour le 1^{er} jour de chaque mois au plus tard et l'absence de paiement d'une seule mensualité à l'échéance prévue entraînant l'exigibilité de la totalité du solde de ladite somme à rembourser.

Inflige à Monsieur A.:

- une amende administrative égale à 150 % de la valeur des prestations concernées, soit une amende de 114.374,95 €.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Christophe BEDORET, Président, du Docteur Jacques BOLY, du Docteur Yves VAN DE GUCHT, de Monsieur Michel DEVRIESE et de Monsieur Gérard VAN LIPPEVELDE, assistés de Madame Caroline METENS, Greffier.

Elle est prononcée lors de l'audience publique du 19 mars 2009.

Signé
Le Greffier,

C. METENS

Signé
Le Président,

Ch. BEDORET

Pour copie certifiée conforme

C. METENS

Greffier