

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 14 MARS 2024

Numéro de rôle FA-015-22

EN CAUSE DE : **SERVICE D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,
N° BCE : 0206.653.946 ;

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

Partie requérante ;

CONTRE : **Monsieur A.**
dentiste généraliste
Et B. SRL

Comparaisant en personne et en qualité de gérant de la SRL B.,
assisté par son conseil, Maître C., avocat ;

Parties défenderesses.

I. PROCEDURE

La Chambre de première instance a pris en compte dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment :

- la requête du SECM reçue au greffe de la Chambre de Première Instance le 08.11.2022 et notifiée aux parties défenderesses le 09.11.2022 ;
- la note de synthèse et le dossier du SECM ;
- les conclusions et conclusions en réplique de la partie défenderesse ;
- les conclusions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après le SECM) ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 07.12.2023.

Les parties ont comparu à l'audience du 07.12.2023, audience à laquelle les débats ont été clos et le dossier pris en délibéré.

Il a été fait application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi ASSI) et de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et de recours.

II. OBJET DE LA DEMANDE

En termes de requête, le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse,
- Condamner solidairement Monsieur A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 61.430,19 euros (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI),
- Condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues reprises aux griefs 1 et 2 (51.972,72 euros), soit la somme de 77.959,08 euros (article 142, §1er, 1° de la loi SSI),
- Condamner Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues reprises aux griefs 3, 4 et 5 (9.457,47 euros), soit la somme de 9.457,47 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI),
- Dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et/ou la SRL B. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

III. POSITION DE MONSIEUR A.

Monsieur A. demande :

- de dire la demande du SECM recevable mais non fondée ;
- et à titre subsidiaire, si l'un ou l'autre grief était fondé, d'accorder le sursis total à l'amende.

IV. SYNTHÈSE DES FAITS

Monsieur le dentiste A. a obtenu son diplôme de dentiste en 1993 puis a poursuivi ses études en Iran, où il a passé son doctorat DDS en 1994 et une formation en orthodontie en 1995.

Il rentre en Belgique en 2005.

Il s'est installé dans un cabinet privé au ... dont le responsable était le dentiste F. Il a constitué sa propre société en 2006 au cabinet situé au En 2008 il démarre un nouveau cabinet, et en 2012 un autre cabinet au

Progressivement il a cessé de travailler pour le dentiste F. et a cédé son cabinet de ...

Depuis lors, il ne travaille que sur les deux sites ...et ... Il a réduit son activité depuis 2015 pour des problèmes de santé.

Il est indépendant pour toutes ses activités et est gérant de deux sociétés :

- S.R.L. B.: créée le 8 novembre 2006, numéro ... et dont le siège social est établi ... et qui gère l'activité des deux cabinets.
- S.R.L. G. : créée le 29 janvier 2008, numéro BCE ... et dont le siège social est établi ...

Monsieur A. est accrédité par l'INAMI. Il est partiellement conventionné mais applique généralement les tarifs de la convention.

Il pratique comme généraliste avec un peu d'orthodontie.

Il est maître de stage formé en 2015 et a eu un premier stagiaire en 2017, deux en 2018, deux en 2019 et 2020 et aucun en 2021 à cause de sa santé. Les stagiaires sont rémunérés par un salaire fixe, imposé par la loi. Un seul stagiaire, Monsieur H. recevait 50 % des honoraires des prestations qu'il effectuait.

Monsieur A déclare travailler tous les jours sauf le dimanche, de 10 h à 18 h : les mardis et jeudis à ... et les autres jours, ...

Depuis 2020, il travaille seulement le jeudi à ... et les lundis, mercredis, vendredis et certains samedis ...

Avant la période de pandémie Covid-19, il voyait un patient par demi-heure pour une moyenne de 10 à 15 patients par jour.

Cabinet de ...

La société propriétaire est G., une société immobilière au nom de ses enfants. Sa société B. est locataire des lieux.

Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi 10h-18h / samedi 10h-14h /sauf le dimanche.

Les secrétaires se chargent du travail administratif (documents d'assurance, contrôle de carte d'identité, création du dossier, fourniture de rendez-vous, gestion du téléphone,...). Les assistantes traduisent, préparent les instruments et les nettoient, préparent les produits et les mettent à disposition. Elles désinfectent et préparent le cabinet pour le prochain patient.

Monsieur A. travaille en permanence avec une assistante.

La société B. gère les recettes de l'ensemble des prestations attestées dans le cabinet. La patientèle est composée de personnes à petits revenus, essentiellement BIM, certains patients dépendent du CPAS.

Le système e-FACT est utilisé pour la facturation. Chaque dentiste utilise le logiciel DENTADMIN avec un mot de passe pour facturer les prestations en son nom propre. Le tiers-payant est appliqué aux patients BIM, malades chroniques...

Tout est facturé au jour le jour, le dentiste A. ne regroupe pas les soins de plusieurs jours sur une même attestation.

Monsieur A. signale qu'un document récapitulatif des soins est imprimé et remis au patient.

Les dossiers patients et clichés radiographiques sont conservés dans le système DENTADMIN depuis 2020. Auparavant, le système BALTES était utilisé.

Cabinet de ...

La société B. est locataire de la société G. qui elle-même est en sous-location des lieux.

Il y a un assistant dentaire et une secrétaire. Monsieur A. travaille deux jours dans ce cabinet et les autres dentistes les autres jours.

Il y a moins d'activité et moins d'urgences à gérer au cabinet de ...

La patientèle est différente de celle du cabinet de Il y a moins de patients au statut BIM. Les patients paient leurs soins. Ils sont aussi plus ponctuels.

Pour le surplus, la méthode de travail est identique à celle de ...

Activités

Monsieur A. prend en moyenne 30 minutes par rendez-vous (hors situation de pandémie Covid).

Il déclare être particulièrement sensible à l'état gingival et à l'hygiène bucco-dentaire de ses patients et prendre le temps de bien détartre.

Il déclare que quand il soigne plusieurs dents à la fois ce sont souvent des petites caries et des obturations de 1 ou 2 faces, situées sur le même quadrant et traitées sans anesthésie.

Le détail des prestations, volume, se trouvent en pages 6 à 10 de la requête. La chambre en tient compte sans les reproduire dans sa décision.

V. ANTECEDENTS RELATIFS A LA LEGISLATION ASSI

Dossier ... : attestations de prestations non-effectuées et non conformes pour un montant de 5.500€. Montant remboursé par le prestataire de soins le 06/01/2010.

VI. GRIEFS

Grief 1 – « prestations non exécutées »

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.

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.

Le constat de l'infraction se base sur l'examen des prestations (obturations dentaires) d'un échantillon aléatoire de 65 bénéficiaires et sur l'application de la méthode de contrôle par échantillonnage et extrapolation conformément à l'article 146 § 2.1¹ de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Prestations en cause

Elles sont reprises dans la Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) à l'article 5, § 1 et 5, §2 sous les numéros 374371 374382, 374393 374404, 374415 374426, 374430 374441, 374452 374463 et 373590 373601 (moins de 18 ans) et 304371 304382, 304393 304404, 304415 304426 , 304430 304441, 304452 304463 et 303590 303601 (plus de 18 ans)

Pour ces prestations, il est reproché à Monsieur A. d'avoir attesté des obturations dentaires qu'il n'a pas effectuées.

L'examen des données de tarification a révélé qu'entre le 13/02/2018 et le 25/02/2020, entre 3 et 12 obturations sur des dents souvent situées sur des quadrants différents ont été tarifées à la même date chez un même patient. On retrouve cette tarification chez 322 patients différents.

Ceci est en contradiction avec les témoignages de patients interrogés qui ne mentionnent qu'une à deux dents traitées par séance et des rendez-vous qui ne durent généralement que 30 minutes.

Il a été décidé de pratiquer la méthode de l'extrapolation pour analyser le pourcentage de prestations non effectuées.

La méthode de sondage et d'extrapolation est reprise en termes de requête ; elle est conforme aux dispositions légales.

Sur base de l'analyse de l'échantillon ainsi obtenue, et par le biais d'auditions des bénéficiaires concernés, il a pu être démontré que 212 des 435 obturations ou restaurations (48,7356 %) de l'échantillon concernaient des prestations non effectuées. Le bénéfice du doute a été accordé pour toute prestation qui n'a pas pu être vérifiée : ces prestations sont donc automatiquement considérées comme remboursées à juste titre.

¹ « Pour constater les infractions visées à l'article 73bis et calculer la valeur des prestations indûment remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, le personnel d'inspection visé au § 1er peut entre autres utiliser la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation.

(...) »

Le montant total faisant l'objet de l'extrapolation étant de 130.157,50 €, l'application de la borne inférieure donne un indu estimé de $130.157,50 \text{ €} \times 0,396456 = \underline{\underline{51.601,72 \text{ €}}}$

Grief 2 – « prestations non exécutées »

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.

Prestations en cause

Elles sont reprises dans la Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) à l'article 5, § 1 et 5, §2 sous les numéros 373833 373844, 373914 373925, et 373590 373601(moins de 18 ans) et 304415 304426, 303590 303601, 374850 374861 et 377090 377101 (plus de 18 ans)

Il ressort de nos investigations et auditions qu'entre le 23/06/2018 et le 20/02/2019 Monsieur A. a attesté en double 9 prestations qui n'ont pas été effectuées chez 3 assurés différents. Il s'agit de prestations qui ont été attestées deux fois sur deux attestations de soins différentes, souvent sur un original et un duplicata. L'organisme assureur (306) est intervenu à deux reprises pour les cas concernés.

L'indu pour ce grief s'élève à **371 €**.

D'autres cas de double facturation concernent des assurés repris de la base de sondage de l'extrapolation du grief 1. Ils n'ont pas été retenus dans le grief 2.

Grief 3 – « prestations non conformes »

1. Du 09/04/2012 au 25/11/2018

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.

2.A partir du 26/11/2018

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.

En l'espèce le SECM retient l'attestation des honoraires complémentaires pour soins conservateurs chez les personnes avec besoins particuliers (codes 309514-379514) mais non conformes.

La NPS stipule en son article 6 § 4quater :

« Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations de la rubrique « soins conservateurs » et « extractions » à l'exception des prestations 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774- 373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774-303785, 374931-374942, 304931-304942, 371151-371162, 301151- 301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210- 301221 pour les soins dont la réalisation prend plus de temps à cause d'un handicap ou de limitations fonctionnelles persistants d'ordre physique ou mental chez le patient.

La motivation pour l'attestation des prestations 379514-379525 et 309514- 309525 et la documentation du handicap sont reprises par le praticien dans le dossier du bénéficiaire.

L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien traitant. Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 sont limitées à deux par jour. »

Prestations en cause

Elles sont reprises dans la Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) à l'article 5, § 1 sous les numéros

*379514 379525 * Honoraires complémentaires pour les soins conservateurs et/ou extractions chez les personnes avec des besoins particuliers dans les conditions de l'article 6, § 4quater, jusqu'au 18e anniversaire, par prestation L 10 P 2*

*309514 309525 * Honoraires complémentaires pour les soins conservateurs et/ou extractions chez les personnes avec des besoins particuliers dans les conditions de l'article 6, § 4quater, à partir du 18e anniversaire, par prestation L 10 P 2 (moins de 18 ans)*

Il ressort des investigations et auditions, qu'entre le 15/03/2018 et le 25/01/2020 Monsieur A. a attesté 311 prestations 309514-379514 (honoraires complémentaires pour soins conservateurs chez les personnes avec besoins particuliers) non conformes.

L'enquête a montré que ces prestations n'ont pas été attestées conformément à la réglementation : les patients concernés ne correspondent pas aux critères d'handicap, et/ou on constate une absence de documentation précise à propos d'handicaps physiques ou mentaux dans les dossiers des patients.

Aucun des dossiers de patients examinés lors de l'audition du 02/02/2021 ne mentionne un handicap persistant physique ou fonctionnel. Dans les rubriques « anamnèse » figure le plus souvent la mention : R.A.S. (rien à signaler).

Les auditions des assurés n'ont pas mis en évidence de réels handicaps justifiant l'utilisation de ce code de la nomenclature.

Contrairement aux allégations de Monsieur A., aucun élément ne permet d'établir que ces mentions seraient erronées ou que le handicap justifiant ce code aurait été encodé dans l'ancien fichier.

L'indu pour ce grief s'élève à **3.872,50 €**.

Grief 4 – « prestations non conformes »

1. Du 09/04/2012 au 25/11/2018

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.

2. A partir du 26/11/2018

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.

Base réglementaire du grief

Il s'agit de l'attestation pour des prestations d'examens buccaux annuels non conformes.

Prestations en cause

Elles sont reprises dans la Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) à l'article 5 § 2 :

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

Il ressort des investigations et auditions qu'entre le 08/08/2017 et le 27/02/2020 Monsieur A. a attesté 608 prestations 301593 (examens buccaux annuels) dont certaines sont non conformes. En effet, l'enquête a montré qu'une partie de ces prestations n'ont pas été exécutées conformément à la réglementation (manque d'informations suffisantes données aux patients).

Certains assurés auditionnés (10 sur 40 cas soit 25%) ont déclaré n'avoir jamais eu d'examens buccaux annuels.

L'indu pour ce grief s'élève à **1.910,20 €** (5% x 38204).

Grief 5 – « prestations non conformes »

1. Du 09/04/2012 au 25/11/2018

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.

2. A partir du 26/11/2018

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.

Base réglementaire du grief

Il s'agit de l'attestation des prestations de détermination de l'index parodontal DPSI (codes 301254-371254) non conformes.

Prestations en cause

Elles sont reprises dans la Nomenclature des Prestations de Santé (N.P.S.) à l'article 5 § 2 :

PARODONTOLOGIE

301254 301265 Détermination de l'index parodontal (DPSI) avec enregistrement de ces données et information du patient, une fois par année civile, à partir du 18e anniversaire L 20 P 3 La présence d'au moins six dents naturelles est exigée. Les données de l'examen seront conservées dans le dossier dentaire, selon les normes du DPSI. La prestation 301254-301265 ne peut être cumulée qu'avec l'examen buccal annuel, les radiographies, la consultation et le détartrage sous-gingival sous anesthésie locale.

Il ressort des investigations et auditions qu'entre le 07/01/2017 et le 24/02/2020 Monsieur A. a attesté 482 prestations 301254-371254 dont certaines sont non conformes. Certaines prestations n'ont pas été exécutées conformément à la réglementation, notamment de par un manque d'informations suffisantes données aux patients. Certains assurés auditionnés (29 sur 38 cas soit 76 %) ont déclaré n'avoir jamais eu d'examen de détermination de l'index parodontal.

L'indu pour ce grief s'élève à **3.674,77 €** (33% x 11135,67).

Remarque - Absence de grief

Des cas de cumuls de prestations non autorisées (non repris dans le PVC du 31/05/2021) ont été relevés².

Toutefois ils n'ont pas été portés à charge du dentiste car les prestations concernées 301254 et 301593 sont déjà prises en compte dans les griefs 4 et 5.

VII. DISCUSSION DES GRIEFS

Grief 1

Selon Monsieur A., les témoignages ne peuvent être retenus car émanant de patients non aptes à répondre à des enquêtes téléphoniques, ne pouvant se souvenir des soins reçus, ne maîtrisant pas le français,...

Monsieur A. dépose les dossiers de patients censés apporter la preuve de la réalisation des soins ainsi que les déclarations d'un nombre important de ces patients confirmant que les soins ont bien été donnés.

Lors de son audition du 2/02/2020, le dentiste A. a déclaré :

Concernant les témoignages de patients qui mentionnent une à deux dents traitées par séance et une durée moyenne de 30 minutes par séance :

« C'est impossible. J'ai effectué tous les soins et je soigne toujours plusieurs dents. Quand j'atteste des soins c'est que je les ai faits. Je n'ai jamais attesté des soins que je n'avais pas effectués. »

« Je peux vous montrer dans les dossiers et les radiographies. Vous verrez que tous les soins y sont. »

Concernant les soins sur plusieurs dents situées sur des quadrants différents :

« Je ne fais pas beaucoup d'anesthésie. Je joue aussi avec la vitesse de l'appareil. »

Dès que le patient a mal je diminue la vitesse de fraisage. Je ne sais pas l'expliquer mais en changeant de vitesse ou de sorte de fraise c'est beaucoup moins douloureux.

Ça me permet de soigner plusieurs dents dans plusieurs quadrants. »

M. A. met en doute la fiabilité des témoignages et fournit des attestations contraires des mêmes patients. Or, ces rapports ont été envoyés aux assurés et contresignés par eux. Ils ont donc marqué leur accord sur le contenu et confirmé que le rapport était fidèle à leurs déclarations.

Par ailleurs, 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

² Treize codes 301254 ou 301593 ont été attestés au nom de 7 patients différents du 18/5/2018 au 26/09/2019 (date d'introduction du 30/6/2018 au 31/10/2019) en cumuls interdits avec d'autres prestations de la Nomenclature des Prestations de Santé.

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).

Tel n'est pas le cas des attestations fournies par le dispensateur de soins et établies à sa demande, auprès de ses patients et alors que le litige était en cours.

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 1ère instance a décidé en date du 28/01/2011³ :

« (...) 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 17/01/2013⁴ :

« (...) 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 :

³ Décision de la CPI, n° de rôle FA-008-09

⁴

- 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. (...)

Le SECM relève également que l'écriture de diverses attestations est identique ou très semblable⁵, ou rédigées dans un français correct alors que le patient est décrit comme ne maîtrisant pas le français.

Le SECM relève également que sur les radiographies fournies, les panoramiques ne permettent pas de détecter les obturations de petite envergure mais essentiellement les problèmes d'ordre osseux ou parodontaux, la position des dents de sagesse,.. Pour les caries et les obturations il faut des radiographies intrabuccales ou des bite-wings de bonne qualité, non produites/réalisées.

⁵ Voir les documents de Mme I., le rapport de M. A. et l'attestation de J., K., L., M., N.

De plus, les radios fournies ne portent pas toutes le nom de l'assuré concerné. Et les dates sont souvent absentes ou rajoutées à la main. Ces annotations sont parfois illisibles.

Ainsi, par exemple, une radio serait celle de M. O., mais outre la mauvaise qualité de la radio, le nom et la date sont absents, l'ajout manuscrit est illisible.

Il résulte de ces observations pertinentes émanant du SECM⁶, qu'il n'est pas possible de donner crédit aux documents déposés par Monsieur A.

En outre dans les 49 documents déposés par Monsieur A, certains ne sont pas concernés par les griefs : P., Q., R., S.

Le grief est établi.

Grief 2

Ce serait une erreur administrative.

Le SECM relève toutefois qu'il s'agit de prestations qui ont été attestées deux fois sur deux attestations de soins différentes, souvent sur un original et un duplicata⁷.

On ne peut parler en l'espèce d'erreur administrative.

Le grief est établi.

Grief 3

La Nomenclature des Prestations de Santé stipule en son article 6 § 4quater :

« Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 peuvent être attestées comme honoraires complémentaires pour les prestations de la rubrique « soins conservateurs » et « extractions » à l'exception des prestations 373590-373601, 373612-373623, 373575-373586, 373774- 373785, 303590-303601, 303612-303623, 303575-303586, 303774- 303785, 374931-374942, 304931304942, 371151-371162, 301151- 301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 et 301210- 301221 pour les soins dont la réalisation prend plus de temps à cause d'un handicap ou de limitations fonctionnelles persistants d'ordre physique ou mental chez le patient.

La motivation pour l'attestation des prestations 379514-379525 et 309514- 309525 et la documentation du handicap sont reprises par le praticien dans le dossier du bénéficiaire. L'invocation d'une de ces conditions d'intervention est de la responsabilité du praticien traitant. Les prestations 379514-379525 et 309514-309525 sont limitées à deux par jour.»

Lors de son audition du 2/02/2020, Monsieur A. a déclaré :

«J'ai utilisé (ce code) en 2018, moins en 2019 et pas du tout en 2020. Je l'atteste pour les patients où il y a plus de temps à passer pour travailler. Ce sont des personnes handicapées, les personnes âgées que je dois aider à calmer et avec qui je dois discuter plus longtemps. Je l'utilise également chez quelques enfants qui devraient aller à l'hôpital pour les soigner car ils sont très agités. Pour éviter ça je prends plus de temps avec eux . »

⁶ Pour l'examen cas par cas, voir les conclusions en réplique de l'INAMI dans lesquelles les 49 pièces sont examinées une à une.

⁷ Voir la pièce 0120 dans le folder 06.2 du dossier

Toutefois, aucune mention des « besoins particuliers n'apparaît ni dans le nouveau fichier, ni dans l'ancien. Il n'y a qu'une indication « RAS » soit « rien à signaler ».

Le grief est établi.

Grief 4

Lors de son audition du 2/02/2020, le dentiste A. a déclaré :

« J'ai beaucoup de patients mais je prends le temps d'expliquer ce qu'il faut. Ensuite je leur donne rendez-vous chez moi ou chez mes collègues.

Je dirais que chez 5% des patients je n'ai pas assez expliqué ce que je faisais mais j'ai toujours fait les examens que j'ai attestés »

Ce sont ces 5% qui sont retenus pour le grief. Celui-ci est établi.

Grief 5

Lors de son audition du 2/02/2020, Monsieur A. a déclaré :

- Concernant le devoir d'information du patient lors de la détermination de l'index parodontal DPSI :
*« Je dois dire que je ne donne pas d'explications trop techniques et ne parle pas de poches et de profondeur de poches avec les patients. Ce n'est pas compréhensible. Je leur explique où il y a des problèmes et où ils doivent insister pour le brossage, utiliser des brossettes, le fil interdentaire,..
 Donc si j'ai expliqué cela, c'est que j'ai mesuré les poches. Cet examen n'est pas douloureux. Les patients ne font pas la différence entre la sonde paro et la sonde normale. Les patients ne s'en rendent pas compte.
 Pour moi, si ils ne s'en rappellent pas, je m'en félicite. Ils ne s'en plaignent pas. J'affirme que tous les DPSI que j'ai facturés je les ai effectués. »*
- Concernant le taux élevé de patients qui affirment n'avoir jamais eu d'un examen DPSI :
*« Ce pourcentage de 76% est énorme pour moi. Je ne dis pas que je ne les ai pas faits mais peut-être qu'il y a certains patients chez qui je n'ai pas ou pas bien expliqué, qui n'a pas entendu ou chez qui le problème est débutant et que je n'ai pas alarmé. **J'accepte que ces cas-là représentent un tiers des cas de DPSI attestés.** »*

Ce sont ces 33 % qui sont reprochés.

Le grief est établi.

VIII. LA DEMANDE DE TITRE EXÉCUTOIRE

Conformément à la réglementation, il a été demandé à Monsieur A. s'il envisageait de rembourser volontairement l'indu constaté.

Il a répondu via la lettre du 19/08/2021 transmise par son avocat Maître T. Dans ce courrier, sont mentionnées diverses observations au PVC du 31/05/2021 et il y est demandé de pouvoir obtenir une réduction du montant de l'indu pour un solde qui resterait dû de 18.212,56 €.

A ce jour, il n'y a eu aucun remboursement volontaire et l'indu total du dossier est de 61.430,19 €.

Le SECM introduit une demande de récupération en application des articles 143, §1er et 144, §2, 1° de la loi ASSI tendant à la condamnation Monsieur A. et de la S.R.L. B. à rembourser la valeur des prestations excessives soit la somme de 61.430,19 €.

Les griefs étant établis, il convient de faire droit à cette demande.

IX. LES INTÉRÊTS

L'article 156, §1er alinéa 2 de la loi SSI (tel que modifié par l'article 26, 1°, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17 août 2015) dispose que :

« § 1er. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ».

Ce chef de demande est fondé.

X. L'AMENDE ADMINISTRATIVE

Le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de Monsieur A.

La demande est justifiée comme suit :

« En effet, Les deux premiers griefs concernent des prestations non effectuées.

C'est le grief le plus grave qui puisse être reproché à un dispensateur de soins car il caractérise la rupture du lien de confiance entre l'INAMI, les organismes assureurs et le dispensateur de soins.

Sur une période de 2 ans (du 13/02/2018 au le 25/02/2020), un pourcentage de 39,6456% des prestations visées attestées par Monsieur A. n'ont pas été effectuées, provoquant un indu pour l'assurance soins de santé de 51.601,72 euros, soit plus de 2.000 euros par mois !

Ce comportement est inacceptable dans le chef d'un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire. Les

responsabilités que les dispensateurs assument dans ce cadre justifient que l'on attende d'eux un minimum de rigueur et de probité qui fait totalement défaut en l'espèce.

L'enquête a démontré que par son comportement, le dentiste A. a spolié les deniers de l'assurance soins de santé, et donc de la collectivité, à son profit.

Cette attitude est d'autant plus inacceptable au vu de la qualité de maître de stage de l'intéressé.

Par conséquent, le SECM estime qu'une sanction très sévère doit être infligée à Monsieur A. pour ces 2 griefs, soit une sanction de 150% du montant de la valeur des prestations non effectuées (77.959,08 euros).

Quant aux griefs 2 à 5, ils démontrent également le peu d'égard de M. A. à l'égard de la réglementation qui s'impose à lui.

Une sanction sévère est également justifiée pour ces griefs, soit une amende de 100% du montant de la valeur des prestations indues reprises aux griefs 3, 4 et 5 (9.457,47 euros). »

Monsieur A. argue de sa bonne foi et estime qu'il n'est pas opportun de lui infliger une amende administrative.

Les mesures prévues à l'article 142, §1^{er}, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, à savoir :

- pour les prestations non effectuées, le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50% et 200% du montant du remboursement ;
- et,
- pour les prestations non conformes, le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative comprise entre 5% et 150 % du montant du remboursement.

X.A. Les principes de l'amende administrative

Pour entraîner une amende, deux éléments doivent être réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire (accomplissement de l'acte interdit ou omission de l'acte prescrit).

L'élément moral suppose que cette transgression soit commise librement et consciemment.

L'auteur d'une infraction sociale peut démontrer ne pas avoir agi librement en rapportant la preuve de l'existence d'une cause de justification : la force majeure (ou contrainte), l'état de nécessité, l'erreur ou l'ignorance invincible et l'ordre de l'autorité.

C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 24 février 2014 :

« l'existence de cet élément moral peut être déduite du simple fait matériel commis et de la constatation que ce fait est imputable au prévenu, étant entendu que l'auteur est mis hors de cause si un cas de force majeure, une erreur invincible ou une autre cause d'excuse sont établis, à tout le moins, ne sont pas dénués de crédibilité. »⁸

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente⁹.

Fabienne KEFER¹⁰, rappelle à juste titre que les infractions réglementaires ne requièrent ni intention ni imprudence et sont punissables quel que soit l'état d'esprit de leur auteur, par le seul fait de la transgression d'une disposition légale ou réglementaire, à condition que cette transgression soit commise librement et consciemment.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible¹¹.

De plus, la simple constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible¹².

Le régime de sanctions applicable aux faits litigieux est repris à l'article 142, §1er, al. 1er, 1° et 2° de la loi ASSI :

« Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1°;

2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°; »

⁸ Cass. 24 février 2014, S.2013.0031.N, Juportal

⁹ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F; C. trav. Bruxelles, 26 octobre 2010, RG n° 40.153-40.316; C. trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09.

¹⁰ KEFER F. « *L'erreur invincible de l'employeur ou l'infraction imputable comme condition d'application de la prescription quinquennale de l'action ex delicto* », Chr.D.S., 2000, pp. 257 et s. citant Cass., 3 octobre 1994, J.T., 1995, p. 26 ; Cass., 2ème ch., 27 septembre 2005, rôle n° P050371N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

¹¹ C. HENNEAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruylant, Bruxelles, 1991, p. 338; Anvers, 9 octobre 1997, Chr.D.S., 1998, p. 145; C. trav. Liège, sect. Namur, 6 août 2009, RG n° 8697/08-8700/08 consultable sur juridat ; cass. 14 mai 2012, Pas. 2012, n°300.

¹² Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, RG n° P011 006N.

L'article 73 bis dispose :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

[...]

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités 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; »

Le sursis d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque, dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'institut (art 157 de la loi ASSI).

L'octroi du sursis nécessite à tout le moins l'absence, depuis trois ans, d'amende administrative et de demande de remboursement de prestations indues et est laissé à l'appréciation de la Chambre de première instance.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve.

X.B. La ratio legis de l'amende administrative et le principe de proportionnalité

Il convient de relever que les infractions sont établies dans le chef de Monsieur A.

On ne peut parler dans son chef d'erreur quand il est attesté de prestations non réalisées. Et, élément supplémentaire, il est maître de stage, chargé de parfaire la formation et l'apprentissage de jeunes confrères, ce qui devrait le conduire à encore plus de vigilance et de respect des dispositions légales et réglementaires.

Et quand bien même, comme il l'a été rappelé ci-dessus, l'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que pour autant qu'elles soient invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente¹³.

Le caractère dissuasif de l'amende administrative trouve ici à s'appliquer.

¹³ Cass., 2ème ch., 1er octobre 2002, rôle n° P011006N, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; Cass., 1ère ch., 16 septembre 2005, rôle n° C040276F, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C. trav. Bruxelles, 24 mars 2010, RG n° 40.153-40.316, <http://jure.juridat.just.fgov.be> ; C trav. Liège, sect. Liège, 21 avril 2010, RG n° 36395/09, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

X.C. Quant au montant de l'amende

En cas de prestations non effectuées, le législateur a prévu une amende administrative de 50 à 200% et pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant de l'indu.

Le SECM demande que soit infligée à Monsieur A. :

- *une sanction de 150% du montant de la valeur des prestations non effectuées (77.959,08 euros) pour le premier grief*
- *une amende de 100% du montant de la valeur des prestations indues reprises aux griefs 3, 4 et 5 (9.457,47 euros). »*

Cette amende est confirmée dans son principe et dans sa hauteur. De nombreuses infractions à la NPS sont reprochées à Monsieur A., qui introduisent une suspicion légitime de l'INAMI à son encontre.

Le montant de l'amende doit être suffisamment dissuasif pour éviter la récidive.

X.D. Le sursis

Monsieur A. sollicite qu'il soit sursis à l'amende administrative.

Il existe un antécédent spécifique dans son chef, en 2010.

Il ne s'oppose pas à un sursis. Celui-ci sera toutefois partiel de manière à attirer encore plus son attention à l'avenir sur le nécessaire et strict respect des normes.

Un sursis de 3 ans lui est octroyé pour la moitié de l'amende.

PAR CES MOTIFS;

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant contradictoirement

Déclare la demande du SECM recevable et entièrement fondée.

En conséquence,

- **Déclare** établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse.
- **Condamne** solidairement Monsieur A. et la SRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de **61.430,19 euros** (article 142, §1er, 1° et 2°, de la loi SSI).
- **Condamne** Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues reprises aux griefs 1 et 2 (51.972,72 euros), soit la somme de **77.959,08 euros** (article 142, §1er, 1° de la loi SSI).

- **Condamne** Monsieur A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues reprises aux griefs 3, 4 et 5 (9.457,47 euros), soit la somme de **9.457,47 euros** (article 142, §1er, 2° de la loi SSI).
- **Dit** qu'à défaut de paiement des sommes dues par Monsieur A. et/ou la SRL B. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, §1er de la loi SSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.
- **Octroie** un sursis de 3 ans à partir du présent prononcé, à l'exécution de la moitié des deux amendes administratives.
- **Dit** que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Corinne GUIDET, Présidente, Docteurs Sophie CARLIER et Xavier GILLIS, Madame Julie BOLLY et Monsieur Hugues GREGOIR, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 14 mars 2024 par Madame Corinne GUIDET, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT
Greffière

Corinne GUIDET
Présidente