

CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE

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 Evaluation et Contrôle Médicaux ;

CONTRE : **Monsieur A.**

1. PROCEDURE

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

- la requête du 24 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, à savoir Monsieur A.;
- la note de synthèse du SECM ;
- les convocations adressées en prévision de l'audience du 2 avril 2009.

Lors de l'audience du 2 avril 2009, le SECM est entendu, tandis que Monsieur A. fait défaut, à la suite de quoi la cause est prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et 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 ont été respectés dans le cadre de la procédure.

2. OBJET DE LA DEMANDE

Le SECM sollicite que la Chambre de première instance :

- constate que les griefs suivants, formulés à l'égard de Monsieur A. et détaillés dans la note de synthèse, sont établis :
 - avoir signé et délivré des attestations de soins portant en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de l'article 15, §2, de la nomenclature des prestations de santé, en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, et ce à concurrence d'un indu de 41.127,89 € (déjà remboursés) (= grief I);

- avoir signé et délivré des attestations de soins ou permis que soient portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes, en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, et ce à concurrence d'un indu de 272,10 € (cas 4.2.1.) + 214,38 € (cas 4.2.2.) + 541,62 € (cas 4.2.3.) + 88,05 € (cas 4.2.4.) = 1.116,15€ (non remboursés) (= grief II);
- avoir permis que soient portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de l'article 15 §2 de la nomenclature des prestations de santé, en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, et ce à concurrence d'un indu de 336,94 € (cas 4.3.1.) + 252,71 € (cas 4.3.2.) = 589,65 € (non remboursés) (= grief III);
- avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes aux dispositions de l'article 12, §3, 1°, de la nomenclature des prestations de santé, en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, et ce à concurrence d'un indu de 48,63 € (déjà remboursés) (= grief IV);
- condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations litigieuses et non encore remboursées, soit la somme de 1.696,52 € (1.116,15 € + 589,65 € = 1.705,80 € - 9,28 € versés en sus), 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.

3. POSITION DES PARTIES

1.

Lors de l'audience du 2 avril 2009, Monsieur A. fait défaut.

Dans le cadre de ses auditions, il a reconnu les griefs I et IV et a contesté les griefs II et III.

2.

Le SECM maintient les termes de sa requête introductive d'instance.

4. FAITS

Une enquête est menée par le SECM à l'égard de Monsieur A., médecin spécialiste en stomatologie.

Des procès-verbaux de constat, en date des 28 octobre 2004 et 27 avril 2005, et des procès-verbaux d'audition sont établis.

Selon la note de synthèse rédigée par le SECM, Monsieur A. a commis un manquement, à savoir le fait d'avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes.

Monsieur A. a remboursé la somme de 41.185,80 €.

5. POSITION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE

5.1. 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 12 juillet 2002 au 27 novembre 2003.

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.

5.2. Manquement

1.

Monsieur A. ne conteste pas les griefs I et IV.

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 consistant en des prestations non conformes, 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, pour les griefs I et IV.

En conclusion, le manquement correspondant aux griefs I et IV est établi.

2.

En ce qui concerne les griefs II et III, il ressort des procès-verbaux d'audition et de constat (auxquels la note de synthèse se réfère) que les éléments matériels constitutifs du manquement consistant en des prestations non conformes, 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, à l'exception du cas repris dans la note de synthèse sous le numéro « 4.2.1. ».

Dans le cas repris sous le numéro « 4.2.1. », la prestation litigieuse est déclarée sous le code 220334 K 180, libellé comme suit : « *Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes expansives ou lésions de la face ou des lèvres, nécessitant résection large, plastique comprise* ».

L'assurée déclare qu'elle avait un bouton rouge situé sous la paupière inférieure droite, comme une gourme allongée du volume d'un petit pois, et que suite à l'intervention de Monsieur A., la cicatrice, particulièrement réussie, s'est présentée comme un « s » sur 1,5 cm au plus.

L'assurée expose qu'elle n'a pas eu de fils chirurgicaux mais que la plaie a été refermée par du stéristrip, ce qui est contesté par Monsieur A.: « (...) *Je ne referme jamais la peau par du stéristrip. Je mets du stéristrip sur des sutures (...)* ».

Le dossier médical manuscrit fait mention d'une dissection large avec fermeture.

Selon le SECM, la prestation aurait du être attestée sous le code 220150 K 30 « *Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes ou malignes superficielles* ».

La Chambre de première instance estime au contraire que Monsieur A. était fondé à déclarer la prestation sous le code 220334 K 180, dès lors que l'intervention chirurgicale était afférente à une lésion de la face nécessitant, selon le dossier médical (que ne contredisent pas à suffisance les déclarations de l'assurée), une dissection large avec fermeture.

La Chambre de première instance relève en outre que la forme en « s » de la cicatrice, sur 1,5 cm au plus, selon les déclarations de l'assurée, corrobore le caractère délicat de l'intervention.

Dans le cas repris sous le numéro « 4.2.1. », les éléments matériels du manquement imputé à Monsieur Richard A. ne sont pas démontrés.

En conclusion, le manquement correspondant aux griefs II et III est établi, à l'exception du cas repris sous le numéro « 4.2.1. » (dans le grief II).

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 conformes, en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, et ce pour les cas mentionnés dans les griefs I, II, III et IV de la note de synthèse, à l'exception du cas repris sous le numéro « 4.2.1. » (dans le grief II).

5.3. 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 conformes s'élèvent aux sommes suivantes :

- grief I = 41.127,89 € ;
- grief II = 214,38 € (cas 4.2.2.) + 541,62 € (cas 4.2.3.) + 88,05 € (cas 4.2.4.) ;
- grief III = 336,94 € (cas 4.3.1.) + 252,71 € (cas 4.3.2.) ;
- grief IV = 48,63 €.

Monsieur A. a remboursé la somme 41.185,80 € correspondant aux sommes visées dans les griefs I et IV et à un surplus de 9,28 €.

Le solde de solde de l'indu s'élève donc à la somme de 1.424,42 €.

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 1.424,42 €.

5.4. Exécution provisoire

1.

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, §1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2.

La présente décision est dès lors exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

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 conformes, en violation de l'article 141, §5, al.5, b), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits, et ce pour les cas mentionnés dans les griefs I, II, III et IV de la note de synthèse, à l'exception du cas repris sous le numéro « 4.2.1. » (dans le grief II).

Condamne Monsieur A. à rembourser la somme de 1.424,42 €.

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours et est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Christophe BEDORET, Président, du Docteur Carmen GOOVAERTS, du Docteur Didier FRIPPIAT, du Docteur Bernadette GERMAIN et du Docteur Michel PEETERS, assistés de Madame Anne-Marie SOMERS, Greffier.

Elle est prononcée lors de l'audience publique du 21 avril 2009.

Le Greffier,

A.M. SOMERS

Le Président,

Ch. BEDORET