

## DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 5 MARS 2009

FB-003-09

Madame A.

Dentiste

Partie appelante,

Comparaissant par Maître B. remplaçant Maître C., Avocat,

Contre

**L'INAMI**

Dont le siège est établi avenue de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles

Partie intimée,

Comparaissant par le Dr D. et Mme E.;

### **I. La recevabilité**

La décision dont appel ayant été notifiée le 29 mars 2005, l'appel du 28 avril 2005, régulier en la forme et introduit dans le délai légal, est recevable.

### **II. Les faits et la procédure**

Vu le nombre important d'obturations et de restaurations de dents, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a mené une enquête concernant la pratique de Madame A. dentiste.

A la suite de cette enquête, il fut reproché à Madame A. d'avoir, entre le 5 janvier 2000 et le 12 décembre 2001 :

- Signé et délivré des attestations de soins donnés portant en compte à l'assurance des prestations non effectuées. Ce grief concerne 4 assurés et reprend 15 prestations.

Il s'agit en l'espèce, de prestations d'obturation qui ne sont pas établies.

- Signé et délivré des attestations de soins donnés portant en compte à l'assurance des prestations non attestables.

Il s'agit en l'espèce, en premier lieu, d'obturations dentaires réalisées en plusieurs étapes, chaque étape ayant fait l'objet d'une attestation de soins donnés. Ce fait concerne 20 assurés pour 49 prestations.

Il s'agit en deuxième lieu de la non présentation de la radiographie de contrôle pour des prestations de traitement de canaux. Ce fait concerne 6 assurés pour 8 prestations.

Il s'agit en troisième lieu de consultations portées en compte dans le décours d'un traitement dentaire. Ce fait est formulé pour 2 patients pour 3 consultations.

Il s'agit enfin de scellements de fissures et de puits réalisés plusieurs fois sur une même dent alors que l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par dent. Ce grief est formulé pour 2 assurés et ce pour 4 prestations.

- Avoir signé et délivré des attestations de soins donnés portant en compte à l'assurance des prestations différentes de celles qui ont été effectuées.

Il s'agit en premier lieu de radiographies extrabuccales pour des radiographies intrabuccales. Ce fait est formulé pour 9 assurés pour 12 prestations.

Il s'agit en deuxième lieu d'obturations attestées pour des traitements endodontiques. Ce fait concerne 3 assurés pour trois prestations.

Il s'agit en troisième lieu d'obturations attestées pour des scellements de fissures ou de puits. Ce fait est formulé pour 3 assurés et pour 7 prestations.

Il s'agit en quatrième lieu du nombre de faces obturées inférieur au nombre de faces exigé par la NPS.

Le montant total de l'indu est de 7.286,26 € dont 306,24 ont été remboursés le 26 août 2002.

Par sa décision dont appel, le Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux a :

- déclaré que les griefs étaient établis,
- constaté que les sommes indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé s'élèvent à 7.286,26 € dont 306,24 € ont été remboursés,
- condamné Madame A. à rembourser le solde restant dû, soit la somme de 6.980,02 €,
- décidé d'infliger à Madame A. une amende administrative égale à 50 % du total de l'indu avec un sursis de 3ans.

### **III. Positions des parties**

Devant la Chambre de recours, Madame A. fait valoir :

- qu'en l'absence de manœuvres frauduleuses, seules les prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2001 ne sont pas atteintes par la prescription,
- que les poursuites doivent être déclarées nulles en raison du dépassement manifeste du délai raisonnable et qu'il ne peut être remboursé d'indu.

A titre subsidiaire elle sollicite de ne devoir rembourser que ce qu'elle ne pouvait valablement attester sous une autre forme.

L'INAMI (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) fait valoir :

- que la prescription n'est pas atteinte,
- qu'il n'est pas établi que le délai raisonnable soit dépassé,
- que même en cas de dépassement du délai raisonnable, l'indu doit être remboursé.

#### **IV. Discussion**

##### **Les dernières conclusions de Madame A.**

Madame A. a déposé ses dernières conclusions le 11 février 2009, soit la veille de l'audience. Dans ces conclusions, Madame A., à titre infiniment subsidiaire fait valoir un moyen nouveau. Ce moyen nouveau ne fut pas vanté suite à la découverte d'un fait ou élément nouveau. Madame A. pouvait faire valoir ce moyen depuis plusieurs années, à savoir depuis 2005 à tout le moins. La partie adverse n'a pu disposer du temps nécessaire pour répondre à ce nouveau moyen. Ce nouveau moyen, évoqué tardivement, doit être écarté afin de garantir les droits de la défense de l'INAMI et de garantir à ce procès son caractère équitable.

##### **La prescription**

Les prestations furent effectuées entre le 5 janvier 2000 et le 12 décembre 2001.

En vertu de l'article 174, alinéa 1, 6°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Pour interrompre cette prescription, une lettre recommandée à la poste suffit. Madame A., estimant n'avoir pas commis de manœuvres frauduleuses et le premier acte interruptif étant une lettre recommandée du 2 septembre 2003, considère que seules les prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2001 peuvent être récupérées.

A l'époque des faits, l'article 156, alinéa 2, de la loi coordonnée précisait que les chambres restreintes, compétentes à l'époque, récupéraient auprès du dispensateur de soins les dépenses relatives aux prestations à charge de l'assurance soins de santé qui ont été jugées non conformes aux dispositions légales et réglementaires. L'article 174, 10°, précisait que la prescription prévue au 6° ne commençait à courir qu'à partir de la date où intervenait une décision définitive des chambres restreintes ou des commissions d'appel.

L'article 141, § 5, alinéa 6, de la loi coordonnée, tel que modifié par la loi programme du 24 décembre 2002, précisait également que le dispensateur de soins qui avait porté en compte de l'assurance des prestations non conformes était tenu de rembourser la valeur des prestations concernées.

L'article 174, 10°, de la loi coordonnée, tel que modifié par la loi-programme du 24 décembre 2002 précisait aussi que la prescription prévue au 6° ne commençait à courir qu'à partir de la date où intervenait une décision définitive du comité ou de la chambre de recours.

Enfin, la législation actuellement en vigueur, et notamment l'article 142 de la loi coordonnée prévoit le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé. L'article 174, 10°, de la loi coordonnée, tel que modifié par la loi-programme du 13 décembre 2006 précise aussi que la prescription prévue au 6° ne commence à courir qu'à partir de la date où intervient une décision définitive de la Chambre de 1<sup>ère</sup> instance ou de la Chambre de recours.

Il résulte de ces considérations que l'article 174, 1°, de la loi coordonnée, déroge expressément à l'article 174, 6° et qu'il doit dès lors être appliqué. Il résulte également, et ce depuis que les faits litigieux furent commis, que la prescription de la récupération ne prend cours qu'à partir du moment où intervient une décision définitive d'un organe juridictionnel ou d'une autorité administrative, en l'espèce la chambre de recours, et non à partir du moment où les prestations furent indûment octroyées. La prescription n'est donc pas atteinte et ce pour tous les faits reprochés.

#### Le délai raisonnable

Madame A. considère que le délai raisonnable a été dépassé. Elle estime dès lors que les poursuites doivent être déclarées nulles.

Dans le cas d'espèce, au vu des procès-verbaux d'audition des patients soignés par Madame A. et des éléments du dossier, l'enquête a débuté en janvier 2001 en raison, notamment, d'un nombre anormalement important d'obturations et de restaurations de dents. Le 2 septembre 2003, un rapport d'enquête de synthèse fut adressé à Madame A., rapport auquel a répondu Madame A. en novembre 2003. Madame A. fut entendue par deux auditeurs le 11 mai 2004 et elle fut entendue par le Comité le 24 février 2004 et le 28 janvier 2005, jour où le Comité a pris la décision dont appel. Vu le nombre de cas reprochés, le nombre de patients entendus et les différentes explications demandées et données par Madame A. pour lui permettre de faire valoir ses droits, la présente Chambre considère que la décision fut prise dans un délai raisonnable par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, et ce malgré les modifications législatives intervenues.

La présente Chambre ignore les raisons pour lesquelles la décision du Comité ne fut notifiée qu'en mars 2005. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a conclu le 13 juillet 2005. A partir de ce moment la procédure n'a plus été diligentée avant l'échange des conclusions en 2007 et 2009 et la fixation pour l'audience du 12 février 2009. Cette inertie de la procédure n'est nullement due aux parties mais résulte des modifications législatives intervenues et de la mise en place de nouveaux organes par le pouvoir exécutif. Il en résulte que ce ne sera qu'en février 2009 que la présente Chambre examinera des faits commis entre janvier 2000 et décembre 2001. La Chambre estime dès lors que dans le cas d'espèce, le

délai raisonnable est dépassé, plus précisément en raison des retards accumulés depuis l'acte d'appel.

### Conséquence du dépassement du délai raisonnable

Le dépassement du délai raisonnable n'entraîne pas l'incompétence de la présente chambre de se prononcer sur le cas d'espèce. Elle n'entraîne pas non plus dans le cas d'espèce nécessairement la nullité des poursuites.

La Chambre relève que le dépassement du délai raisonnable n'a nullement entravé les droits de défense de Madame A. Elle fut entendue en temps utile, soit en 2001 et 2002 sur chaque reproche formulé et a pu donner toutes les explications qu'elle jugeait utiles sur base des documents qu'elle avait à sa disposition.

Même si les droits de la défense furent respectés, il convient d'apprécier encore les mesures à appliquer. La présente chambre considère que, vu l'écoulement du temps, il ne s'indique plus de prononcer une peine. Dès lors, au cas où les griefs seraient établis, il ne convient plus de prononcer une amende.

En ce qui concerne le remboursement des prestations indûment attestées, la chambre considère que cette mesure n'est pas une peine mais une mesure de réparation. Comme le texte légal le précise, il s'agit de rembourser des prestations. Il s'agit en effet de rembourser à l'INAMI des prestations qui ne pouvaient faire l'objet de paiements, les paiements ayant été effectués en raison du comportement fautif d'un prestataire de soins. La présente Chambre considère dès lors que cette mesure de récupération peut recevoir application au cas où les griefs seraient établis.

### Le premier grief

Le premier grief concerne des soins donnés sur des dents n'existant pas ou sur des dents qui apparemment ne pas avoir été soignées. Madame A. reconnaît s'être trompée sur l'identification de certaines dents. Le grief est établi quant à ce.

En ce qui concerne toutefois les cas de Madame F. et de Mademoiselle G., la Chambre considère que le grief n'est pas établi. En effet, en ce qui concerne Madame F. (soins sur des dents absentes), les dents ont pu être soignées si les extractions n'ont eu lieu qu'au cours de l'année 2000, comme la patiente l'affirme, et non en 1999.

En ce qui concerne Mademoiselle G., il s'agit d'une dent soignée que la patiente affirme avoir été traitée par un autre dentiste, ce qui est contesté par Madame A. Il n'est pas établi que Madame A. n'a pas soigné cette dent. En effet, il n'est pas contesté que Madame A. a soigné plusieurs dents de cette patiente et la patiente a pu se tromper sur la dent soignée.

### Le deuxième grief

Pour mémoire, il s'agit de prestations non attestables.

Madame A. ne conteste pas que certaines obturations définitives se faisaient en deux temps. La réglementation considère qu'il ne peut y avoir dans ces cas qu'une prestation attestable et non deux. Le grief est établi quant à ce.

Madame A. ne conteste pas que des radiographies de contrôle pour des prestations de traitement de canaux n'ont pu être produites. Le grief est établi quant à ce.

En ce qui concerne les consultations portées en compte dans le décours d'un traitement dentaire, le grief repose sur les déclarations des patients et est contesté par Madame A. Madame A. fait valoir que dans ces cas, elle a dû effectuer un examen de bouche avec prescription d'un antibiotique. Ces cas sont rares et la présente Chambre considère que le témoignage des patients n'est pas fiable, les patients pouvant confondre un examen et des soins. Le grief n'est pas établi quant à ce.

Madame A. ne conteste pas que des scellements de fissures et de puits ont été réalisés plusieurs fois sur une même dent alors que l'intervention de l'assurance n'est due qu'une fois par dent. Le grief est établi quant à ce.

### Le troisième grief

Les faits repris à grief ne sont pas contestés sauf en ce qui concerne le nombre de faces obturées inférieur au nombre de faces exigé par le NPS. La présente Chambre constate toutefois que les faits contestés reposent sur des éléments objectifs, à savoir les constatations du médecin-inspecteur. D'autre part l'interprétation donnée par Madame A. quant aux soins donnés ne recouvre pas celle précisée par la nomenclature. Le grief est établi.

### Le remboursement des prestations

Madame A. doit être condamnée au remboursement des sommes indûment déboursées par l'INAMI. Dans le décompte, il convient toutefois de déduire des sommes à rembourser les faits concernant les patients Y. (prothèse), X. (dent 11) et les consultations portées en compte dans le décours d'un traitement.

## **Par ces motifs,**

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

composée de Monsieur KREIT D., Président, et de Messieurs les Docteurs LEVECQ A. et LAMBRECHTS H. représentants des organismes assureurs, Messieurs BREMHORST A. et GUSTIN Gr. représentants des organisations représentatives des dentistes, assistés de Mesdames METENS C. et DELROEUX Fr., greffiers,

après en avoir délibéré et statuant contradictoirement,

Messieurs les Docteurs représentant les organismes assureurs et Messieurs les représentants des organisations représentatives des dentistes ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision,

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires,

Reçoit l'appel, le déclare en partie fondé,

Réforme la décision dont appel,

Déclare les griefs établis, sauf en ce qui concerne les cas de Madame F. (prothèse), G. (dent 11) et les consultations portées en compte dans le décours d'un traitement dentaire,

Déclare que Madame A. n'a pas respecté la réglementation quant à ce et que par ses agissements des prestations furent indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé,

Dit, vu le dépassement du délai raisonnable, qu'il n'y a pas lieu de prononcer une amende,

Condamne Madame A. à rembourser à l'INAMI la valeur des prestations indûment attestées à l'assurance soins de santé, soit la somme de 6.980,02 € sous déduction de ce qui aurait déjà été remboursé et sous déduction des faits repris comme non établis.

Ainsi prononcé en langue française et en audience publique de la Chambre de recours le 5 mars 2009, à BRUXELLES, par Monsieur KREIT D., Président, assisté de Madame METENS C., greffier.

Le Président,

D. KREIT.

Le greffier

C. METENS