

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 10 AVRIL 2024
BRS/F/23-024**

Concerne : **Monsieur A.**
Dentiste

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEF FORMULE

Un grief a été formulé (voir pour le détail la note de synthèse) concernant Monsieur A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, 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 de cette même loi ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

Infraction visée à l'article 73bis, 2° de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

En l'espèce, il s'agit d'une infraction aux dispositions de l'article 6 §19 de la Nomenclature des prestations de santé (NPS) dans la mesure où le nombre de valeurs P attestées pour l'année 2020 dépasse le plafond annuel de 46.000 valeurs P.

1.1 Base légale et réglementaire

Nomenclature des prestations de santé (annexe à l'arrêté royal du 14/09/1984), article 6, § 19 inséré par l'arrêté royal du 2.06.2015 (en vigueur le 1.07.2015) :

« § 19. À chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'art dentaire. Le coefficient P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'art dentaire ni le coût du matériel utilisé ni l'amortissement des moyens utilisés.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire :

- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil ;
- Ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre ;
- Ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile. »

1.2 Prestations en cause

Le procès-verbal de constat du 02/12/2022 énumère toutes les prestations de l'article 5 de la Nomenclature avec leur valeur P associée. Toutes les prestations du dentiste A. (n° INAMI : ...), pour la période de prestation du 01/01/2020 au 31/12/2020 et pour la période de réception aux organismes assureurs (OA) s'étendant du 08/01/2020 au 02/03/2022, ont été transmises dans un fichier excel via un lien Tresorit à M. A.

1.3 Argumentation

L'article 6§19 de la Nomenclature prévoit qu'à chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'art dentaire.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire : 5000 P pour une période donnée d'un mois civil ; ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre ; ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile.

La valeur P totale des prestations que le dentiste A. a portées en compte pour l'année 2020 s'élevait à 47 011 P.

Il a ainsi dépassé la valeur maximale autorisée de 46 000 P pour une période donnée d'une année civile.

1.4 Conclusion

Pour l'année 2020 (dépassement annuel), un montant de 10.056,54 € a été porté en compte en trop cf. infra point 2.2.3. relatif au calcul de l'indu.

Monsieur A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

2. DISCUSSION

2.1. Moyens de défense

2.1.1. Quant à l'arrêté royal du 2 juin 2015

M. A. considère que l'urgence d'adopter l'arrêté royal invoquée par le Conseil technique dentaire est non justifiée puisque les mesures de plafonnements instaurées par l'arrêté royal du 2 juin 2015 seraient mises en œuvre seulement en 2018.

Il soutient que l'arrêté royal serait illégal, au motif que l'avis du Conseil technique dentaire (requis suivant l'article 35, § 2, de la loi SSI) a été émis suivant une procédure écrite qui n'est prévue qu'en cas d'extrême-urgence par le règlement d'ordre intérieur de cet organisme.

Il invoque l'arrêt du 15 novembre 2021 de la Cour du travail de Bruxelles qui a décidé que lorsque le Roi se prévaut d'une urgence spécialement motivée pour ne pas solliciter l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat, le comportement de l'autorité ne peut démentir l'urgence ainsi invoquée.

2.1.2. Quant à l'exception d'illégalité

M. A. soulève une exception d'illégalité et une discrimination. Selon lui, il y aurait une différence de traitement entre le dispensateur de soins qui effectue des prestations superflues et inutilement onéreuses et qui est mis sous monitoring et le dispensateur de soins qui dépasse le quota de prestations.

2.1.3. Quant au calcul de l'indu

M. A. invoque que le montant de l'indu ne serait pas justifié et que la formule de calcul n'est pas fixée par la loi.

2.2. Décision

2.2.1. Quant à l'arrêté royal du 2 juin 2015

1° L'arrêté royal du 2 juin 2015 instaure le dépassement des plafonds P, repris à l'article 6 § 19 de la Nomenclature.

Concernant l'origine de cet arrêté royal, le Conseil technique dentaire s'est réuni le 22 janvier 2015 et, après discussion, a adopté la proposition de modification de la nomenclature.

Pour que la décision devienne exécutoire, il aurait fallu attendre la prochaine réunion du Conseil technique dentaire afin que le projet de procès-verbal soit approuvé.

Pour éviter ce délai, le Président du Conseil, au terme de la réunion, a décidé de recourir à la procédure écrite de l'article 8 de l'arrêté royal du 12 mai 2011 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire. Il y a lieu de relever qu'aucun membre du Conseil ne paraît avoir mis cela en cause alors que l'article 8 du règlement d'ordre intérieur prévoit une possibilité de s'opposer à cette procédure.

Le Conseil d'Etat a rejeté le moyen d'irrégularité fondé sur le recours à cette procédure écrite et a également rejeté la critique relative à l'insuffisance de motivation formelle de l'extrême-urgence (arrêt du Conseil d'Etat n°238.252 du 18 mai 2017 pp. 79 et 80, <http://www.raadvst-consetat.be>)¹ :

« Dès lors que le Conseil technique dentaire avait déjà pris position sur le texte à soumettre à la CNDM, on ne peut concevoir le recours à la procédure écrite que pour permettre à sa délibération de devenir exécutoire avant l'approbation du procès-verbal de cette réunion, conformément à ce que permet l'article 10, alinéa 2, du règlement.

S'il est indéniable que la motivation de l'urgence est particulièrement courte, il ressort clairement de l'exposé des faits, lequel fait notamment état de l'annulation de l'arrêté royal du 17 janvier 2013 par le Conseil d'Etat et de la Convention dento-mutualiste 2015-2016, qu'il entrerait dans l'intention des membres de la CNDM de réintroduire au plus vite le système de quota instauré par l'acte attaqué, ce qui suffirait à justifier l'urgence permettant de recourir à la procédure écrite.

¹ Nous soulignons.

Aux considérations émises par le requérant dans son dernier mémoire, il y a lieu de répondre ce qui suit.

D'une part, ce que dénonce essentiellement le moyen, c'est l'insuffisance de motivation formelle de l'extrême urgence qui autoriserait le Conseil technique dentaire à recourir à la consultation écrite. Il ne vise toutefois pas les principes ou dispositions imposant une obligation de motiver formellement cette extrême urgence.

N'est, pour cette raison, pas pertinente la comparaison avec la jurisprudence relative à l'obligation de motivation spéciale de l'urgence de laquelle se prévaut l'auteur d'un projet d'arrêté réglementaire pour se dispenser de la consultation de la section de législation du Conseil d'Etat, l'obligation de motivation spéciale étant, dans ce cas, expressément prescrite par l'article 3, §1er, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

D'autre part, le requérant laisse entendre que l'extrême urgence serait contredite par le fait que l'arrêté royal du 17 janvier 2013 qui instituait – fût-ce selon des modalités différentes que celles que définit l'arrêté attaqué en la présente cause – un régime de limitation des prestations attestées similaire à celui qui est contesté en l'espèce, et qui a été annulé par le Conseil d'Etat, n'avait jamais été appliqué avant son annulation, et que l'arrêté attaqué n'a pas davantage été mis en œuvre. Le requérant ne fait toutefois état d'aucun élément qui permettrait de vérifier ses allégations.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen nouveau n'est pas davantage fondé en sa seconde branche.»

Ainsi, le Conseil d'Etat a clairement considéré que l'urgence, permettant de recourir à la procédure écrite via l'article 8 de l'arrêté royal du 12 mai 2011, était suffisamment justifiée. Cet arrêt n'a donc pas conclu à l'irrégularité de l'arrêté royal du 2 juin 2015. L'avis du Conseil technique dentaire a dès lors été recueilli dans le respect de l'article 35, § 2 de la loi ASSI.

De plus, il a souligné que le requérant ne justifiait pas les principes ou dispositions qui auraient imposé de motiver formellement cette extrême urgence.

2° Le Fonctionnaire-dirigeant relève que l'appréciation de l'urgence relative à l'adoption d'un texte réglementaire ne peut être effectuée au regard de la tenue ultérieure des enquêtes permettant de vérifier si la réglementation est ou non correctement appliquée.

L'arrêté royal du 2 juin 2015, publié au Moniteur belge du 12 juin 2015, est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

En l'espèce, les prestations litigieuses portent sur l'année 2020.

D'une part, il n'était pas judicieux de mener des contrôles dès l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 2 juin 2015 sachant que celui-ci faisait l'objet d'un recours en annulation au Conseil d'Etat introduit le 7 août 2015 (rejeté par l'arrêt précité du 18 mai 2017).

D'autre part, les enquêtes menées par le personnel d'inspection nécessitent différents devoirs d'enquête qui prennent du temps : il faut notamment collecter les données de

remboursement auprès des organismes assureurs et analyser ces données. Il peut en outre y avoir un décalage dans le temps important entre la date des prestations et la date de réception par les organismes assureurs.

La loi SSI prévoit d'ailleurs que le constat d'infraction doit intervenir « *dans les trois ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs* » (art. 142, §2, alinéa 2).

Par ailleurs, il était logiquement impossible de faire des enquêtes sur base de l'arrêté royal du 17 janvier 2013 vu son annulation par le Conseil d'Etat.

Enfin, la référence faite par M. A. à l'arrêt de la Cour du travail du 15 novembre 2011 est dénuée de pertinence. En effet, le comportement du SECM ne dément pas l'urgence invoquée.

3° Le Fonctionnaire-dirigeant renvoie à la décision de la Chambre de recours FB-001-23 du 7 mars 2024 pp. 11 et 12 suivant laquelle :

« A l'instar de la Chambre de première instance, dans sa décision du 20 décembre 2022, la Chambre de recours fait sienne l'argumentation que tient le Conseil d'Etat, dans l'arrêt du 18 mars 2017 (rôle n° 238.252), par lequel il rejette une demande d'annulation de l'arrêté royal du 2 juin 2015 : « (...) S'il est indéniable que la motivation de l'urgence est particulièrement courte, il ressort clairement de l'exposé des faits, lequel fait notamment état de l'annulation de l'arrêté royal du 17 janvier 2013 par le Conseil d'Etat et de la Convention dento-mutualiste 2015-2016, qu'il entraine dans l'intention des membres de la CNDM de réintroduire au plus vite le système de quota instauré par l'acte attaqué, ce qui suffisait à justifier l'urgence permettant de recourir à la procédure écrite (...) ».

Le fait que le Conseil technique dentaire ait fait mention de l'urgence - et non pas de l'extrême urgence - importe peu, dans la mesure où, d'une part, la référence à l'extrême urgence n'était pas prescrite par une norme légale ou réglementaire, d'autre part, comme cela ressort de ce qui précède, l'urgence permettant de recourir à la procédure écrite, c'est-à-dire, l'extrême urgence, était établie.

Le fait que le contrôle du régime mis en place par l'arrêté royal du 2 juin 2015 n'aurait pas été immédiatement mis en œuvre par l'INAMI ne permet nullement de déduire qu'il n'y avait pas d'extrême urgence, pour le Conseil technique dentaire, à prendre position, puisque le choix de mener des contrôles relève du pouvoir d'appréciation de l'INAMI.

De manière surabondante, les éléments avancés par le SECM - d'une part, ledit arrêté royal a fait l'objet d'une procédure en annulation devant le Conseil d'Etat, lequel a statué dans un arrêt du 18 mars 2017, d'autre part, il faut du temps pour collecter les données de remboursement auprès des organismes assureurs et pour analyser ces données - sont de nature à expliquer que l'enquête portant sur l'année 2016 à l'égard de Monsieur A. a entraîné un procès-verbal de constat seulement en date du 24 septembre 2018, d'autant que les demandes de remboursement afférentes aux prestations litigieuses ont été introduites auprès des organismes assureurs du 18 janvier 2016 au 31 mai 2017.

Le fait que l'arrêté royal du 2 juin 2015 a été publié au Moniteur du 12 juin 2015, pour une entrée en vigueur le 1er juillet 2015, ne permet nullement de déduire qu'il n'y avait pas d'extrême urgence, pour le Conseil technique dentaire, à prendre position.

Dans ces conditions, la procédure d'adoption de l'arrêté royal du 2 juin 2015 n'est pas irrégulière et il n'y a pas lieu d'écarter ses dispositions sur la base de l'article 159 de la Constitution.

La Chambre de recours rejette ce moyen."

2.2.2. Quant à l'exception d'illégalité

1° Le Fonctionnaire-dirigeant relève que le présent litige concerne des prestations non conformes et non des prestations superflues et inutilement onéreuses où un placement sous monitoring était auparavant possible.

Au préalable, il convient de souligner que la procédure en matière de « surconsommation » a été profondément modifiée par la loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé du 18 mai 2022². Ces modifications portent notamment sur la suppression de l'intervention du Comité du SECM et la suppression du « monitoring » (art. 113 de la loi du 18 mai 2022).

La « surconsommation » est appréciée au regard des « indicateurs de déviation manifeste définis par rapport aux recommandations de bonne pratique » ou, à défaut, par comparaison de la pratique avec celle de « dispensateurs normalement prudents et diligents placés dans des circonstances similaires » (art. 73 de la loi SSI).

Les infractions en matière de « surconsommation » ne peuvent être constatées qu'après avoir procédé à un examen approfondi et compliqué sur le plan technique et après avoir comparé, pendant une période plus ou moins longue, le comportement adopté en matière de prescriptions et de prestations.

La situation est donc objectivement différente des dossiers « réalité-conformité » (art. 73bis 1° et 2° de la loi SSI).

Qui plus est le placement sous monitoring consistait en une mesure d'enquête/d'instruction (le texte néerlandais des travaux préparatoires Doc. parl., Chambre, Exposé des motifs, sess. 2005-2006, n°51-2594/001, pp. 51, 52 et 100 utilise le terme « *onderzoeksmaatregel* ») destinée à permettre au SECM de disposer des données qu'il soumettait ensuite au Comité appelé à décider des suites à réserver au dossier de surconsommation (classement sans suite, avertissement ou saisine de la Chambre de première instance).

Le SECM n'était pas obligé de décider, dans tous les cas, du placement sous monitoring. L'intention du législateur n'a pas été de rendre cette formalité obligatoire, mais consistait plutôt à confier la décision de placement sous monitoring au SECM, chargé de mener l'enquête, plutôt qu'au Comité, chargé de se prononcer sur les suites à donner au dossier.

² Loi du 18.05.2022, M.B.30.05.2022, entrée en vigueur le 09.06.2022.

Il appartenait au SECM de « décider » de mettre en œuvre cette procédure de monitoring, selon les besoins de l'enquête. Cette mesure ne se justifiait que quand elle paraissait nécessaire au SECM afin d'établir une surconsommation suite à une comparaison de la pratique du dispensateur concerné avec celle du dispensateur normalement prudent et diligent placé dans des circonstances similaires.

2° Pour qu'il soit question d'une éventuelle discrimination, encore faut-il constater l'existence d'une situation comparable.

Or, il est reproché à M. A. des prestations non-conformes à la nomenclature (article 73bis, 2° de la loi ASSI) et non pas d'avoir effectué des prestations superflues ou inutilement onéreuses, lesquelles sont visées par l'article 73bis, 4°, 5° et 6° (ces prestations doivent être constatées en fonction d'indicateurs de déviation manifeste comme le prévoit l'article 73, § 2 de la loi SSI).

Dès lors qu'un dépassement de quotas est constaté, il n'y a aucune raison de recourir à une procédure de monitoring pour vérifier si l'on rencontre des indicateurs de déviation manifeste.

3° Le Fonctionnaire-dirigeant renvoie également à la décision de la Chambre de recours FB-001-23 du 7 mars 2024 suivant laquelle pp. 12 et 13 :

« Monsieur A. soulève un moyen relatif à une discrimination découlant de l'absence de mise sous « monitoring », comme le prévoit l'article 146bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans l'hypothèse où le prestataire de soins effectue des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Eu égard à la différence fondamentale qui existe entre les prestations litigieuses, étant donné que c'est un grief de prestations non conformes qui est formulé à l'égard de Monsieur A., et, de surcroît, dans la mesure où, comme le souligne pertinemment la Chambre de première instance, dans sa décision du 20 décembre 2022, dès lors qu'un dépassement de quotas est constaté, il n'y a aucune raison de recourir à une procédure de monitoring pour vérifier si des indicateurs de déviation manifeste sont présents, la Chambre de recours estime que les catégories de personnes entre lesquelles une inégalité est alléguée ne sont pas suffisamment comparables. Pour le surplus, la différence de traitement est objectivement justifiée par la spécificité des prestations superflues ou inutilement onéreuses, par rapport aux prestations non conformes. »

Le Fonctionnaire-dirigeant constate que les situations ne sont donc pas objectivement comparables et qu'il n'y a aucune discrimination.

En conséquences, le Fonctionnaire-dirigeant décide que le grief est établi.

2.2.3. Quant au calcul de l'indu

1° Le Fonctionnaire-dirigeant relève que le grief est fondé sur l'article 6 §19 de la Nomenclature des prestations de santé, à savoir que le nombre de valeurs P attestées pour l'année 2020 dépasse le plafond annuel de 46.000 P.

L'article 6 §19 stipule clairement que l'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition, en l'occurrence, que le total des valeurs P ne peut pas dépasser 46000 P pour une période donnée d'une année civile.

Intuitivement, la méthode de calcul serait de reprocher toutes les prestations qui viennent après que le plafond soit atteint.

Cependant, le SECM n'a pas retenu cette option afin de ne pas cibler des assurés pour éviter des situations absurdes telle la prise en charge du début d'un traitement et pas le traitement dans son entièreté si ce dernier est à cheval sur le dépassement de la limite des valeurs P ou encore le refus de remboursement de prestations très onéreuses en admettant que toutes celles-ci tombent en fin d'année quand le plafond est dépassé. C'est donc par souci d'équité que le SECM a choisi de travailler avec la valeur P moyenne. Le SECM recourt à une valeur P « moyenne », pour ensuite calculer l'indu, selon le dépassement du nombre annuel de 46.000 valeur P.

L'article 6§19 de la nomenclature prévoit qu'à chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'art dentaire.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire : 5000 P pour une période donnée d'un mois civil ; ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre ; ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile.

Pour trouver la valeur moyenne du P, le montant total remboursé pour l'année par les OA est divisé par le nombre total de P. Cette valeur obtenue, concrètement la valeur moyenne du P, est multipliée par le nombre de P autorisé, à savoir 46.000, ce qui donne le montant maximal remboursable pour 46.000 valeurs P.

La différence entre ce montant maximal et le montant remboursé par les OA constitue l'indu du dossier.

2° Le SECM s'est basé sur les prestations que le dentiste A. a portées en compte entre le 01/01/2020 et le 31/12/2020 en ce qui concerne la date de prestation et entre le 08/01/2020 et le 02/03/2022 en ce qui concerne la date de réception à l'organisme assureur.

La valeur P totale des prestations que le dentiste A. a portées en compte pour l'année 2020 s'élevait à 47 011 P.

Il a ainsi dépassé la valeur maximale autorisée de 46 000 P pour une période donnée d'une année civile.

Le montant total que les OA ont remboursé pour ces prestations pour l'année 2020 s'élevait à 467.624,04 euros.

Calcul de l'indu :

Compte tenu de la valeur maximale autorisée de 46 000 P pour la période donnée d'une année civile, le montant maximum autorisé est de : 457.567,5 euros.

Montant maximum autorisé = $(467\,624,04/47\,011) \times 46.000 = 457.567,50$ euros.

Montant attesté en trop = le montant attesté moins le montant maximum autorisé : $467\,624,04 - 457\,567,5 = 10.056,54$ euros.

Pour l'année 2020 un montant de 10.056,54 euros a donc été porté en compte en trop.

3° Le SECM n'a reçu aucun argument de la part du dispensateur de soins pour réfuter ces données. Le SECM lui a également donné la possibilité de faire entendre ses arguments lors d'une audition et le lui a notifié lors de l'envoi du procès-verbal de constat du 02/12/2022.

Le dentiste A. n'a pas signé l'invitation au remboursement volontaire.

M. A. ne suggère aucun autre mode de calcul de l'indu et ne soutient pas que le dommage aurait déjà été réparé sur la base d'une autre disposition de la loi SSI.

Quant au fait que les soins auraient été effectués par d'autres dentistes si M. A. ne les avait pas dispensés, cet argument manque de pertinence dès lors que la règle des valeurs P fixe un plafond d'intervention au-delà duquel l'assurance n'intervient plus. Le SECM est fondé à réclamer l'indu correspondant au dépassement de ce plafond.

Dès lors que la limite fixée par l'article 6, §19 de la nomenclature est dépassée, il y a infraction de non-conformité si les prestations excédant cette limite ont été portées en compte, sans qu'il soit nécessaire de vérifier l'existence ou non d'une fraude ou l'absence de soins de qualité.

Suivant le Conseil d'Etat (C.E., 18 mai 2017, arrêt n°238.251, p. 60), « *c'est le seul dépassement d'un des plafonds de valeurs P qui exposera le praticien au risque d'un remboursement, sans qu'il y ait lieu d'avoir égard au fait que les soins ont été réalisés correctement ou non ; le système ainsi conçu ne prévoit pas la prise en considération de justifications liées à un éventuel surcroît de travail* ».

4° Le Fonctionnaire-dirigeant renvoie également à la décision de la Chambre de recours FB-001-23 du 7 mars 2024 suivant laquelle p. 13 :

« Il ressort de l'article 142, § 1er, alinéa 1, 2°, et alinéa 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 que le dommage financier subi par l'assurance soins de santé doit être estimé par le SECM.

En l'espèce, le SECM fixe son dommage financier à la suite d'un calcul qui est basé sur l'article 6, § 19, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre et qui permet d'identifier la valeur moyenne « P », en manière telle que la différence entre le montant maximal remboursable et le montant remboursé par les organismes assureurs constitue l'indu ; une telle estimation du dommage financier subi par l'assurance soins de santé est conforme au prescrit légal et est correcte.

Le fait que les prestations litigieuses auraient été réalisées par un autre dentiste, ce qui, du reste, n'est nullement établi, ne change rien à ce qui précède, dans la mesure où, à l'égard de Monsieur A., le dommage financier subi par l'assurance soins de santé est établi.

A cet égard, la Chambre de recours fait sienne l'argumentation que tient le Conseil d'Etat, dans l'arrêt du 18 mars 2017 (rôle n° 238.252), par lequel il rejette une demande d'annulation de l'arrêté royal du 2 juin 2015 : « (...) l'acte attaqué n'a pas pour objet d'interdire aux praticiens de l'art dentaire de prodiguer les soins qu'ils estimeraient nécessaires, mais bien de définir les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé interviendra dans la prise en charge du coût de ceux-ci, étant entendu que, de l'accord des organismes assureurs et des représentants des prestataires de soins dentaires, il est impossible de réaliser correctement et régulièrement un nombre de prestations dépassant une certaine quantité chaque jour (...) ».

La Chambre de recours rejette ce moyen."

Au vu de tous ces éléments, le calcul de l'indu du SECM doit être approuvé.

3. Quant à l'indu

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 10.056,54 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner M. A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 10.056,54 euros.

4. Quant à la demande de prononcé d'une amende administrative

4.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative

4.1.1. Quant au régime juridique de l'amende administrative, l'article 142, §1^{er}, 2° de la loi SSI prévoit, pour les prestations non conformes, une amende administrative comprise entre 5% et 150% du montant du remboursement.

4.1.2. Concernant l'application d'une amende administrative, deux éléments doivent être réunis: un élément matériel et un élément moral.

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

En ce qui concerne l'élément moral, il existe des infractions dites « réglementaires » pour lesquelles « *le législateur n'a pas expressément prévu, comme condition de l'existence de l'infraction, une intention ou un défaut de prévoyance ou de précaution* »³. Ces infractions sont prévues par des lois qui « *punissent la simple violation matérielle de leur prescription. Elles ne recherchent que l'acte lui-même, le punissent dès qu'il est constaté et ne s'enquêtent ni de ses causes, ni de la volonté qui l'a dirigé* »⁴.

Dès lors, « *la responsabilité pénale en droit social n'est souvent subordonnée qu'à deux conditions : la transgression matérielle et l'imputabilité, les délits en cette matière étant*

³ F. KEFER, Précis de droit pénal social, 2e éd., Limal, Anthémis, 2014, p. 68, §61.

⁴ *Idem*

généralement des délits réglementaires ne requérant aucun élément moral particulier sauf exceptions. Ainsi, [le fait réprimé] est constitutif d'infraction par le seul fait de la transgression de la prescription légale, abstraction faite de l'intention de l'auteur ou de sa bonne foi. Toutefois, (...) la responsabilité de l'auteur de l'acte ne peut être retenue que si le juge constate en outre que l'acte peut lui être imputé. Toute infraction, qu'elle soit ou non réglementaire, doit être le résultat de l'activité libre et consciente de son auteur »⁵.

Les infractions prévues par l'article 73bis de la loi SSI constituent des infractions réglementaires. En effet, elles ne nécessitent pas une volonté particulière de celui qui la commet (« *il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés (...) de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents [non réglementaires]* »).

4.1.3. Une sanction s'impose car M. A. semble ne pas accorder d'importance aux obligations qui s'imposent à lui en tant que collaborateur de l'assurance obligatoire soins de santé.

Ci-après, il est rappelé les deux antécédents dans le chef de M. A. pour des infractions similaires.

En l'espèce, des prestations non conformes ont été attestées sur une période infractionnelle de 12 mois et ont généré un indu de 10.056,54 euros.

Le SECM souligne que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont de stricte interprétation et doivent être appliquées rigoureusement car les dispensateurs de soins collaborent à un service public, ce qui suppose un rapport de confiance notamment entre l'INAMI, les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Le respect des conditions prévues par la réglementation est un des fondements de ce rapport de confiance.

La nomenclature des prestations de santé est une réglementation d'ordre public (Chambre de première instance FA-008-13 du 27 juin 2014, pp. 12 et 13, FA-013-13, 21 janvier 2015, p. 5, , FA-017-14 du 2 juin 2015, pp. 3 et 4, FA-016-14 du 2 juin 2015, p. 4, www.inami-fgov.be/Professionnels/Infractions; Cass., 28 décembre 1988, *J.T.T.*, 1989, p. 23 ; Cass., 24 avril 1989, *Pas.*, 1989, I, p. 877 ; C. trav. Mons, 8 mai 1998, RG n° 13949, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Anvers, sect. Anvers, 13 février 2001, *B.I.*, 2001/2, p. 238 ; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 18 avril 2003, *B.I.*, 2003/3, p. 345 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

Si les prestataires ne se conforment pas à la réglementation, ils brisent ce rapport de confiance et mettent en péril l'équilibre des deniers publics.

⁵ C.trav. Mons, 26 juin 2007, *J.T.T.*, 2008, p. 146.

4.2. Quant à l'amende administrative

En l'espèce, le SECM estime nécessaire de prononcer une amende administrative à charge de M. A.

En effet, M. A. a des antécédents dont deux pour des faits similaires :

1. eDos ... :
Prestations 304393, 304415, 304496, radiographies intra-buccales et prothèses non effectuées (indu : 12.631,50 €) ; radiographies intra-buccales non conformes (indu : 581,70 €). **Montant total de l'indu : 13.213,20 €**. Pas de remboursement volontaire. Décision du Fonctionnaire-dirigeant notifiée le 18/01/2010. Griefs établis. Indu à rembourser. **Prescription pour l'amende**. Aucun remboursement. Transmission au bureau des recettes et des amendes pénales.
2. eDos ... :
Prestations 304371, 304415, 304592, 304614 non effectuées. **Montant de l'indu : 647,03 €**. Pas de remboursement volontaire. Décision du Fonctionnaire-dirigeant notifiée le 09/07/2010 : grief établi. Indu à rembourser. **Amende effective de 200% : 1.924,06 €**. Aucun remboursement. Transmission au bureau des recettes et des amendes pénales.
3. eDos ... :
Prestations non effectuées pour un montant indu de 30.685,91 EUR et non conformes (46,91 EUR). Décision de la Chambre de première instance datée du 17/09/2013 : griefs établis, **indu de 30.737,83 €** à rembourser, **amende Code pénal social de 2.750 €**. Aucun remboursement. Transmission au bureau des recettes et des amendes pénales.
4. eDos ... :
Prestations superflues et inutilement onéreuses. Taux de réattestation de soins conservateurs sur la même dent endéans l'année de 15,88%. Procès-verbal de constat du 19/9/2013. **Indu : 6.875,34 €**. Décision de la Chambre de première instance datée du 2/6/2015. Grief établi, indu à rembourser, **amende de 1.500 €**. Aucun remboursement. Transmission au bureau des recettes et des amendes pénales.
5. eDos ... :
Enquête thématique sur les valeurs P de 2016. Dépassement des valeurs P pour **un montant indu de 62.875,21 €**. Décision de la Chambre de première instance datée du 20/12/2022 : grief établi, indu à rembourser, **amende effective de 100% : 62.875,21 € (avec un sursis partiel : 31.437.60 €)**. Aucun remboursement. Recours en Chambre de recours par le prestataire contre décision Chambre de première Instance. Décision du 7 mars 2024 condamnant M. A. à rembourser l'indu et à une amende administrative à 120 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 62.875,21 euros x 120 % = 75.450,25), dont deux tiers en amende effective, soit la somme de 50.300,16 euros, et un tiers en amende assortie d'un sursis de trois ans, soit la somme de 25.150,08 euros.
6. eDos ... :
Enquête thématique sur les valeurs P de 2019. Dépassement des valeurs P pour un montant indu de **47.350,55 €**. Aucun remboursement volontaire. Procédure en cours devant la Chambre de première instance.

Le SECM ne peut que constater que M. A. n'accorde aucune importance aux deux décisions du Fonctionnaire-dirigeant, aux deux décisions de la Chambre de première instance et à une décision de la Chambre de recours prises à son égard.

En conséquence, vu l'expérience de M. A., ses 6 antécédents, l'importance du dépassement des plafonds autorisés (le total de valeurs P est de 47.011 et est donc supérieur au seuil annuel maximal autorisé de 46.000) et l'absence de remboursement, le SECM estime justifié le prononcé de l'amende suivante :

une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues soit 15.084,81 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI coordonnée).

5. Demande de termes et délais

L'article 156, §1er alinéa 1 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. »

M. A. ne soumet aucun document permettant d'apprécier le bien-fondé de sa demande et il n'y a donc pas lieu d'accorder des termes et délais.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare établi le grief ;
- Condamne Monsieur A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 10.056,54 euros ;
- Condamne Monsieur A. à payer une amende de 150% du montant de la valeur des prestations indues soit 15.084,81 euros (article 142, §1er, 2° de la loi SSI coordonnée) ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,