

**DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 17 SEPTEMBRE 2013
FA-011-11**

EN CAUSE DE : **Madame A.**
praticienne de l'art dentaire licenciée en science dentaire

Partie demanderesse,

Comparaissant en personne et assistée du Docteur B. et de Monsieur C.

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,**
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à
1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Partie défenderesse,

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

I. LA PROCEDURE.

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

- la requête d'appel de Madame A., déposée au greffe le 14 avril 2011 ;
- les conclusions en réponse du SECM, déposées au greffe le 14 septembre 2011 et les pièces y annexées ;
- les conclusions de Madame A., déposées au greffe le 9 décembre 2011 et les pièces y annexées ;
- les différentes convocations en vue de l'audience du 14 janvier 2013 ;

La SPRL F. n'a pas introduit de recours contre la décision du Fonctionnaire-dirigeant notifiée le 17 mars 2011.

LE SECM n'a pas répondu aux conclusions de Madame A. déposées au greffe le 9 décembre 2011.

Les parties ont été entendues à l'audience du 14 janvier 2013

Madame A. a demandé l'application des sanctions administratives prévues par le Code pénal social. Elle a déposé la copie de la décision de la Chambre de première instance du 22

novembre 2012, à titre de jurisprudence (en cause du dentiste M. / SECM n° de rôle FA-017-11).

Elle a également demandé à la Chambre de première instance d'ordonner la production des antécédents dentaires de Madame G. ainsi que des clichés intra-buccaux repris sur la liste déposée à l'audience, sans opposition de la part du SECM.

La cause a ensuite été prise en délibéré à ladite audience.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ci-après loi ASSI 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.

II. L'OBJET DU RECOURS.

Madame A. saisit la Chambre de première instance d'un recours contre la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM notifiée le 17 mars 2011.

Dans cette décision, le fonctionnaire dirigeant du SECM déclare que les trois griefs décrits ci-après sont établis dans le chef de Madame A., condamne celle-ci, solidairement avec la SPRL F., à rembourser la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme de 4.145, 48 € et lui inflige une amende administrative s'élevant à 150% de la valeur de l'indu, dont un tiers assorti d'un sursis de trois ans, soit une amende effective de 4.145, 48 €.

Les griefs sont les suivants :

Grief 1 (basé sur l'article 73bis, 1° de la loi ASSI) : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans 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 n'ont pas été effectuées ou fournies

Grief 2 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI) : Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans 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 ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi, s'agissant de prestations réalisées dans un but esthétique et/ou ne correspondant pas à leur libellé dans la Nomenclature des prestations de santé ;

Grief 3 (basé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI): Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer un document réglementaire visé dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi – s'agissant d'une prestation dont la date a été modifiée sur ledit document réglementaire afin de contourner un cumul interdit par la Nomenclature des prestations de santé.

Madame A. demande à la Chambre de première instance de :

- En ordre principal : déclarer le grief non établi et la plainte non fondée ;
- En ordre subsidiaire et avant dire droit, désigner un dentiste-expert chargé d'examiner les dents de tout ou partie des patients auditionnés par le SECM et les documents (FDI, panoramiques, RX intrabuccales et photographies intrabuccales) détenus par elle.

Elle demande à l'audience, à titre encore plus subsidiaire, d'appliquer les amendes administratives prévues par le Code pénal social.

Le SECM demande à la Chambre de première instance de :

- Déclarer le recours recevable mais non fondé ;
- Confirmer la décision du Fonctionnaire dirigeant ;
- Constaté que le montant de l'indu, soit 8.290, 96 a été remboursé à l'INAMI, par la SPRL F., en date du 1^{er} avril 2011.

III. LES FAITS.

1.

Madame A. a obtenu son diplôme de licenciée en science dentaire à ... en 1997.

Après avoir travaillé dans deux cabinets dentaires à ... et ..., elle a ouvert son cabinet actuel situé à ... et y exerce la totalité de son activité depuis 1999 (étant domiciliée à ...).

Elle a un statut d'indépendante et s'est constituée en SPRL F., le ..., société dont elle est l'unique gérante et dont le siège social se situe à l'adresse de son cabinet actuel.

Elle n'est pas accréditée et n'a pas adhéré totalement à la convention dento-mutuelliste depuis le début de sa carrière.

Elle exerce à son cabinet de ..., tous les jours ouvrables sauf le jeudi, de 8h30-09h00 à environ 14h30 sans pause de midi (soit une moyenne de 23 heures par semaine). Elle ne travaille jamais le week-end. Elle partage son cabinet dentaire avec d'autres dentistes.

Elle pratique le tiers-payant quand ses patients le demandent ou ne disposent pas de l'argent nécessaire pour payer directement les honoraires. Elle déclare privilégier en principe le paiement direct.

Elle précise que, vu les conditions socio-économiques, le régime du tiers-payant est souvent appliqué mais que c'est toujours le patient qui signe de sa main la SFIOD (déclaration de « Situation Financière Individuelle (Occasionnelle, depuis le 1^{er} mars 2009) de Détresse »).

En cas de tiers-payant, elle perçoit un ticket modérateur d'un montant unique de 5 € pour les adultes uniquement, quand c'est possible et ce quel que soit le soin réalisé.

Ses soins dentaires sont retranscrits sur des fiches auxquelles sont agrafés les clichés de radiographie.

Le cabinet est essentiellement équipé d'un appareil classique de radiographie mais pas d'un appareil permettant de réaliser des clichés panoramiques.

Elle emploie essentiellement des matériaux composites et n'utilise pratiquement plus d'amalgames depuis plusieurs années.

Elle estime pratiquer des soins à 10 à 15 patients par jour, ses rendez-vous étant donnés toutes les 20 minutes.

2.

L'enquête du SECM trouve son origine dans une plainte anonyme reçue au Service central, le 19 août 2008.

Selon le SECM, cette plainte aurait été rédigée par un patient de Madame A. accusant celle-ci de facturer à sa mutuelle des soins non réalisés et d'appliquer le tiers-payant à tous ses patients en leur demandant de signer un document sans les interroger sur leur statut ou leur situation financière.

LE SECM a alors demandé aux unions nationales des organismes assureurs les listings informatiques pour les périodes d'introduction du 1^{er} janvier 2007 au 30 juin 2008 et du 1^{er} juillet 2008 au 28 février 2009.

Il leur a également demandé les attestations de soins donnés (ASD) pour la période de soins correspondant au dernier trimestre 2008.

14 bénéficiaires ont été entendus.

Madame A. a été auditionnée le 10 juillet 2009. Elle a refusé de signer son procès-verbal d'audition (PVA) mais a fait part, le 13 juillet 2009, de ses observations, soulignant des erreurs matérielles du PVA.

Deux procès-verbaux de constat (PVC) ont été établis le 11 février 2010, notifiés le 12 février 2010, à Madame A. et à la SPRL.

Par lettre recommandée du 13 septembre 2010, le SECM a adressé à Madame A. un rapport synthétique de l'enquête concernant la réalité et la conformité des prestations portées en compte à charge de l'assurance maladie.

Madame A. a adressé au SECM des conclusions, par lettre recommandée du 8 novembre 2010 et des conclusions additionnelles, par lettre recommandée du 27 janvier 2011.

Le Fonctionnaire-dirigeant a notifié sa décision par lettre du 17 mars 2011.

Madame A. a payé la somme de 8.290, 96 €, le 1^{er} avril 2011.

III. DISCUSSION.

A. Les infractions et le remboursement de l'indu.

1.

Le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées, conformément à l'article 142, § 1^{er}, 1^o et 2^o de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007).

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction «réalité» ou «conformité», basée sur l'article 73bis de la loi ASSI (pour les faits commis à partir du 15 mai 2007), soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

La démonstration éventuelle d'une cause de justification (contrainte, erreur ou ignorance, etc.) ne fait nullement disparaître l'obligation de remboursement de l'indu - vu que ladite obligation découle du seul non-respect de dispositions légales ou réglementaires, en particulier de la nomenclature des prestations de soins de santé, et est indépendante d'un quelconque élément moral - et ne peut avoir d'incidence que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Les éléments matériels constitutifs d'une infraction peuvent être considérés comme étant établis notamment « (...) *en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions* (...) » (C.E., arrêt n° 64.701 du 21 février 1997, publié sur <http://www.raadvst-consetat.be>).

La Chambre de première instance est tenue d'examiner si les éléments matériels constitutifs des infractions, basées sur l'article 73bis, 1^o et 2^o, de la loi ASSI et visées par le SECM sous forme de 3 griefs, sont établis dans le chef de Madame A..

2.

Grief n°1.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans 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 n'ont pas été effectuées ou fournies (fondé sur l'article 73bis, 1^o de la loi ASSI).

Les prestations en cause sont détaillées à l'article 5, § 2 de la Nomenclature des prestations de santé (prestations à partir du 12^e anniversaire-texte en vigueur du 1^{er} septembre 2007 au 30 juin 2008 et prestations à partir du 15^e anniversaire-texte en vigueur du 1^{er} juillet 2008 au 31 janvier 2009).

Le grief est formulé pour 14 bénéficiaires et 138 prestations pour la période de soins du 7 janvier 2008 au 28 janvier 2009 et introduites au remboursement du 29 février 2008 au 28 février 2009, à savoir: 58 x 303590 L7,81; 10 x 304216 L20; 2 x 304231 L30; 11 x 304371

L20; 7 x 304393 L30; 31 x 304415 L40; 18 x 304430 L50 et 1 x 304452 L60, à concurrence d'un indu de 3.865,88 €.

2.1.

Madame A. précise qu'elle entend uniquement, dans ses conclusions, démontrer dans l'ordre où elles apparaissent, dans les 36 pages de conclusions du SECM, des inexactitudes et ce, « sans vouloir être exhaustif ».

Les arguments avancés par Madame A. se retrouvent « éparpillés » au fil de la procédure et n'ont pas fait l'objet de conclusions de synthèse, étant l'exposé exhaustif de l'ensemble des arguments invoqués.

La chambre de première instance entend dès lors répondre principalement aux arguments écrits développés par Madame A., dans ses conclusions en réponse à celles du SECM du 14 septembre 2011.

2.2.

Il importe peu que l'enquête du SECM trouve son origine dans la plainte (postée le 18 août 2008) d'une patiente ou de la sœur de Madame A. (licenciée avant le 28 septembre 2006), ce que cette dernière ne démontre d'ailleurs pas (« acte de pure malveillance » de ladite sœur) et n'évoque plus que de manière incidente dans ses conclusions (page 7).

Le SECM expose à l'audience avoir fait application, dans un premier temps, de l'article 59 du Code pénal social.

Selon cette disposition, sauf autorisation expresse de l'auteur d'une plainte ou d'une dénonciation relative à une infraction aux dispositions de la législation dont ils exercent la surveillance, les inspecteurs sociaux ne peuvent révéler en aucun cas, même devant les tribunaux, le nom de l'auteur de cette plainte ou de cette dénonciation. Il leur est également interdit de révéler à l'employeur ou à son représentant qu'il a été procédé à une enquête à la suite d'une plainte ou d'une dénonciation.

Le SECM a, au demeurant, retenu les trois griefs contestés sans se fonder exclusivement sur le contenu de ladite plainte qui a certes déclenché son enquête et que Madame A. a évoquée à la fin de ladite enquête.

La preuve n'a donc pas été recueillie de manière illicite.

Rien ne permet au demeurant de supposer que le SECM aurait été en contact avec la sœur de Madame A.

Les considérations de Madame A., contredites par le SECM (p. 15 de ses conclusions en réponse du 14 septembre 2011, arguments non rencontrés par elle, notamment la question du délai entre le licenciement et la plainte écrite), pour établir que la plainte émanerait de sa sœur sont dès lors dénuées d'intérêt.

2.3.

La remarque préliminaire de Madame A. concernant l'ordre de mission du docteur D. est tout aussi dénuée d'intérêt.

Elle admet avoir pu prendre connaissance de cet ordre de mission.

Elle ne prouve pas que le docteur H. ait « désobéi » aux ordres de son supérieur hiérarchique, le docteur D. en ne recourant pas à des constats dentaires.

Elle ne répond pas aux arguments développés par le SECM, en page 16 de ses conclusions en réponse, étant, d'une part, que les deux enquêteurs ont auditionné ensemble Madame A., le 10 juillet 2009, ce qui témoigne d'une action concertée et, d'autre part, que les instructions figurant sur un ordre de mission ne sont pas des ordres « dictatoriaux » mais bien des instructions de début d'enquête.

Les docteur H. et D. ont décidé de manière concertée de recourir, outre aux auditions, à une caméra intrabuccale plutôt qu'à des constats dentaires.

Madame A. ne prouve pas le contraire.

2.4.

Le SECM se borne à relever pour Madame A., en 2008 (et non 2007), un profil global dans les 58 plus importants profils de dentistes LSD du pays ainsi qu'une nette prédominance, cette année-là, des prestations 304415 et 304430, par comparaison avec la répartition des soins conservateurs pratiqués par les autres dentistes.

Il s'agit d'un élément, parmi d'autres, ayant pu conforter le SECM dans la preuve des griefs invoqués concernant 14 cas bien précis, fondés essentiellement sur les déclarations des patients et les listings des soins dentaires.

Il ne s'agit pas de « multiplier par deux » le profil de l'année 2008 mais de tenir compte du temps de travail allégué par Madame A. elle-même (23 heures par semaine). Il n'y a donc pas altération de la réalité mais extrapolation à un temps plein de plus de 40 heures par semaine, d'un profil ne pouvant effectivement pas être qualifié de « rigoureusement normal ».

Les considérations de Madame A. (page 2 de ses conclusions) n'énervent en rien la pertinence de la présentation de son profil de l'année 2008.

Il s'agit au demeurant d'un élément de contexte.

LE SECM ne s'est pas non plus livré à de « vaines triturations de chiffres » au sujet de ce profil.

Il existe bien une anomalie (« hors norme ») par rapport au dentiste moyen.

Peu importe que le profil de l'intéressée n'ait pas interpellé la Commission des profils de l'INAMI et qu'elle n'ait pas été inquiétée par la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM), durant la période de surveillance du tiers-payant 2009-2010.

2.5.

Le SECM confirme qu'effectivement, la sélection des patients effectuée par lui n'est pas le fruit du hasard et fait remarquer à bon droit que, s'il suspecte un dispensateur de porter en compte des prestations non effectuées lors de séances de soins, il est logique qu'il sélectionne les bénéficiaires en fonction d'une facturation suspecte, faisant notamment apparaître « une quantité invraisemblable de soins conservateurs en une seule séance de soins, pratique pour le moins peu répandue en dentisterie ».

Le SECM (le docteur H.) n'a jamais tenté de faire passer pour représentatifs de la pratique de Madame A. les 14 cas examinés.

Il ne tente pas de faire passer Madame A. « pour une fraudeuse en ne présentant que quelques cas extrêmes ou atypiques ».

Seule Madame A. prétend que « le SECM va présenter ses cas extrêmes comme s'il s'agissait de cas normaux, classiques, anodins ».

Tel n'est pas l'objet des griefs retenus.

2.6.

Lors de son enquête, le SECM s'est effectivement basé sur les déclarations de 14 bénéficiaires relativement jeunes (âge moyen de 43 ans, avec des extrêmes à 18 et 61 ans) et dont les soins ont généralement été effectués dans les cinq mois précédant l'audition (sauf Madame I.).

Aucun de ces bénéficiaires n'a déclaré souffrir de troubles mnésiques ou neurologiques.

L'affirmation de Madame A. selon qui « chacun sait bien que ce n'est pas chez l'enfant ou le vieillard que les soins dentaires conservateurs sont les plus lourds » ne repose sur aucune démonstration crédible.

2.7.

Madame A. ne prouve pas que le docteur H. ait convoqué des « dizaines » de bénéficiaires.

Celui-ci a convoqué quinze bénéficiaires dont un seul s'est excusé (14 PVA de bénéficiaires au dossier).

Les dates et heures des PVA permettent effectivement de situer dans le temps les auditions.

La chambre de première instance n'aperçoit pas en quoi l'affirmation du docteur H. selon laquelle tous les cas réguliers ont été sortis du dossier d'enquête énerve le fait que seulement quinze bénéficiaires au total ont été convoqués.

Le SECM répond à cet égard à juste titre qu'il serait vraiment peu cohérent qu'à la suite d'auditions faisant état de prestations non effectuées, il auditionne des bénéficiaires chez qui Madame A. a attesté un seul soin conservateur par séance de soins.

Madame A. ne démontre pas la volonté du SECM de la faire condamner « à tout prix » ni de recourir à des procédés qualifiés à tort par elle de « déloyaux ».

Rien n'interdit au demeurant au SECM de se cantonner à un petit nombre de cas lors de son enquête.

Le SECM n'a en l'espèce procédé à aucune extrapolation à partir de l'échantillonnage, en sorte que la Chambre de première instance n'aperçoit pas la pertinence de l'argument développé par Madame A. sur ce point.

Dans ce contexte, il importe peu que seule une petite cinquantaine des trois milles patients de Madame A. présenteraient une dentition en aussi mauvais état que les quatorze patients sélectionnés, dont Madame J., souffrant de bruxisme.

2.8.

Les critiques soulevées par Madame A. au sujet des estimations par le SECM de la durée moyenne de soins dentaires ne sont pas pertinentes.

Les témoignages sont concordants et sans équivoque quant à la durée du traitement et au fait qu'habituellement, une seule dent était traitée par séance.

Les soins sur une seule dent sont corroborés par :

- la durée moyenne (critiquée à tort) des soins estimés par l'ensemble des patients ;
- les estimations de durée des soins par la dentiste elle-même ;
- les rendez-vous donnés toutes les 20 minutes.

Le SECM relève avec pertinence qu'aucun bénéficiaire n'a fait mention, lors de son entretien avec le docteur H., que plusieurs soins ont été regroupés en une seule séance.

Le SECM relève également à juste titre que, quand bien même (comme le soutient Madame A.), en cas de cumul de prestations lors de même séance, un gain de temps peut être réalisé (ne fût-ce que parce que le patient est déjà installé), aucun bénéficiaire n'évoque des séances de soins de plus de trois quarts d'heure ni des temps d'attente importants en salle d'attente (cf. la durée des consultations précisée par 13 des 14 bénéficiaires et la planification des rendez-vous évoquée par la prestataire elle-même, soit des rendez-vous donnés en règle générale toutes les 20 minutes, pour 10 à 15 patients par jour).

Il est également étonnant de constater que, s'agissant de patients présentant une dentition en très mauvais état, aucun d'entre eux ne confirme avoir subi de longues séances de soins et que la moyenne de soins atteigne à peine une demi-heure.

Dans ce contexte, les critiques de Madame A. au sujet du caractère « fort proche » de ses propres estimations de la durée de réalisation des soins (obturation d'une ou trois faces et plus, restauration de bord incisal, de cuspide et de couronne, avec ou sans anesthésie) avec les moyennes de durée de soins citées par le SECM (avis d'experts recueillis dans le cadre d'enquêtes du SECM) ne sont pas pertinentes.

Ces critiques ne convainquent nullement la Chambre de première instance qu'il y aurait eu manipulation de chiffres par le SECM pour démontrer que les soins dentaires deviennent impossibles, même cumulés.

Au contraire, les approximations relevées par Madame A. plaident en sa défaveur : elle évalue en effet l'obturation trois faces à 30 minutes alors que la moyenne des experts serait en fait de 43, 06 minutes, soit quelque 50% de plus, voire $\frac{3}{4}$ d'heure à 1 heure selon deux experts.

Le SECM relève à bon droit que le simple bon sens permet d'affirmer qu'il est tout simplement impensable qu'en cas de séances de soins aussi longues (Madame A. évoque, dans ses conclusions, une durée de 45 à 50 minutes), aucun de ces 14 bénéficiaires ne s'en soit souvenu lors de l'audition et que, de plus, la longueur de telles séances de soins aurait impliqué des temps d'attente énormes en salle d'attente, problème qui ne fut évoqué par aucun d'entre eux (cf. le résumé des déclarations de 13 des 14 bénéficiaires au sujet de la durée des soins, p. 8 et 9 des conclusions en réponse du SECM).

Il admet au demeurant que la taille de l'échantillon n'est évidemment pas assez importante pour estimer de façon significative la durée des séances de soins de Madame A., ne s'agissant pas en l'espèce de procéder à une extrapolation pour déterminer l'indu.

Il relève également de manière pertinente que la planification des rendez-vous, évoquée par Madame A. elle-même, est également tout à fait compatible avec les déclarations des bénéficiaires.

2.9.

La Chambre de première instance n'entend pas non plus retenir l'argument de la « dentisterie sociale » (cabinet situé à ...) d'une dentiste habitant à ... pour justifier la répétition de soins sur des dents antérieurement traitées.

Il s'agit d'une affirmation non étayée par aucune étude sérieuse.

Il existe au demeurant des présomptions graves, précises et concordantes de l'absence de corrélation statistique entre les caractéristiques socio-économiques des patients (recours au tiers payant, revenu moyen de la commune de résidence) et les taux de retraitement observés, voire d'une proportion de répétition moins élevée chez les patients bénéficiant du tiers-payant (cf. . le projet CENEC IP 018 F concernant le taux moyen de ré-attestation dans l'année des soins conservateurs sur une même dent, cité par le SECM en page 13 et 14/36 de ses conclusions en réponse, disponible sur le site internet de l'INAMI)

2.10.

A plusieurs reprises, Madame A. critique le refus du docteur H. de recourir à une expertise contradictoire, nonobstant sa demande.

- Le SECM a justifié comme suit son refus de recourir à une expertise :
- vu l'emploi de matériaux composites peu visibles, respectant la couleur de la dent, des cas douteux pourraient subsister, surtout quand la dent a déjà subi plusieurs traitements. Il existe même des cas pour lesquels le produit composite est indécélable ;
- il y a, chez de nombreux assurés, répétition de soins sur la même dent dans un délai court rendant ainsi le contrôle plus difficile ;
- vu la concordance des auditions des patients et leur discordance par rapport à la tarification et aux déclarations et écrits de la dispensatrice, le Service estime qu'il n'a

pas à financer, en plus, une expertise coûteuse pour la collectivité et dont le bénéfice serait médiocre quant à la réalité des griefs.

Madame A. déduit à tort de l'acceptation par les patients auditionnés d'un éventuel examen dentaire contradictoire, l'obligation pour le SECM de recourir à une expertise chez un dentiste tiers, suite à sa demande répétée.

Elle n'a donc pas à exiger que le docteur H. réalise « ce qu'il avait projeté de faire », lors des auditions.

Elle retire de son contexte l'affirmation du SECM (qui a précisé que l'expertise, étant le constat dentaire, se serait avérée nécessaire dans l'hypothèse où seule une minorité de cas aurait pu sembler litigieuse), selon laquelle en basant son PVC sur les seules déclarations de (14) bénéficiaires, il a pris le risque de déterminer les prestations indues de façon erronée et incohérente.

Le SECM précise en effet aussi que la cohérence du PVC et de la méthode d'enquête en général est renforcée par la contradiction de tous les arguments de Madame A. et, plus particulièrement, l'absence de démonstration de l'incohérence du choix des soins indus.

L'enquête du SECM ne consiste donc pas, comme précisé de manière caricaturale par Madame A., à auditionner 14 patients « tout en estimant que cela ne prouve rien ».

Le SECM estime par contre que le recours ultérieur à une expertise ne permettrait pas d'obtenir des moyens de preuve supplémentaires, pour les trois motifs pertinents repris par la Chambre de première instance, au regard du coût d'une telle expertise pour la collectivité et en comparaison du bénéfice médiocre quant à la réalité des griefs.

Le terme « cas douteux » a été utilisé par le SECM dans le contexte d'une éventuelle expertise, qui ne permettrait pas d'apporter plus de preuves, vu l'emploi de matériaux composites peu visibles, respectant la couleur de la dent et surtout lorsque la dent a déjà subi plusieurs traitements, le produit composite étant même dans certains cas indécélable.

Les critiques de Madame A. concernant le tableau des prestations réalisées chez Madame K. n'ont aucun rapport avec le fait que le SECM entend démontrer, concernant l'inutilité du recours à une expertise coûteuse pour la collectivité, étant que même si un expert confirme, par exemple, dans le cas de cette patiente, qu'il voit bien une obturation 3 faces sur la dent 14, cela ne prouverait en rien que cette obturation a bien été réalisée à 3 reprises en moins de 7 mois.

Madame A. ne répond pas à l'argumentation précise du SECM, concernant le cas de Madame K., consistant à confronter le nombre d'obturations par dent et la date des soins, d'une part, avec les déclarations de cette dernière, d'autre part, dont il résulte une discordance entre ces déclarations et les soins portés en compte à l'organisme assureur.

Elle ne précise pas en quoi la désignation d'un expert permettrait de contredire les déclarations de cette patiente.

Après avoir entendu les explications des deux parties et vu les photos projetées par le conseil de Madame A. à l'audience, la Chambre de première instance n'estime pas nécessaire de recourir à une mesure d'expertise.

Le juge limite le choix de la mesure d'instruction à ce qui est suffisant pour la solution du litige,

en privilégiant la mesure la plus simple, la plus rapide et la moins onéreuse.

Il peut (mais ne doit pas), notamment en vue de la solution d'un litige porté devant lui, charger des experts de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique.

La Chambre de première instance fonde en l'espèce sa décision, outre les listing informatisés et les déclarations de soins donnés, sur les déclarations des patients, la cohérence du PVC et la méthode d'enquête du SECM.

Les arguments développés par Madame A. ne permettent pas de considérer qu'il existerait une divergence d'avis médicaux telle que seul un expert serait en mesure de donner un avis utile à la Chambre de première instance.

Le SECM argumente à juste titre que cette expertise ne permettrait de toute manière pas d'apporter des éléments de preuve supplémentaires, pour les trois motifs indiqués.

Madame A. ne propose au demeurant au Tribunal aucune mission précise d'expertise, ce qui démontre qu'elle-même ne peut déterminer comment l'expert pourrait procéder utilement. Il ne suffit évidemment pas de demander à un expert d'examiner des dents et de prendre connaissance de certaines pièces et documents.

2.11.

Le docteur H. a bien tenu compte des justifications et objections émises par Madame A. et résumées dans sa lettre recommandée de 5 pages du 13 juillet 2009. Il en a fait mention aux pages 4,6, 17, 36 et 40 du PVC.

Madame A. n'explique pas selon quel fondement légal le docteur H. aurait dû donner suite à sa demande d'accomplir d'autres vérifications, notamment dans la base de données de l'INAMI, par exemple pour établir l'absence de soins antérieurs sur des dents (cas de G.).

La Chambre de première instance a répondu au point précédent à l'exigence de Madame A. de faire vérifier par un « dentiste-expert » l'état des dents des 14 patients auditionnés.

2.12.

Madame A. ne tire aucun argument du délai qui s'est écoulé jusqu'à l'envoi du PVC le 12 février 2010.

Le délai entre l'audition du 10 juillet 2009 et l'envoi du PVC reste raisonnable.

Il en a résulté que le SECM a renoncé à quelques prestations litigieuses car prescrites au sens de la loi ASSI, à l'avantage de Madame A.

Il en va de même des considérations personnelles de son conseil, au sujet de son intervention, en dehors d'un dossier en procédure devant les instances administratives ou juridictionnelles de l'INAMI (fonctionnaire-dirigeant, Chambres de première instance et Chambres de recours), selon les articles 141, § 1er, 3° et 145, § 5 de la loi ASSI.

Il n'y a dès lors pas eu de manœuvres d'obstruction pour écarter le conseil de Madame A., celle-ci n'ayant pas informé le SECM de l'intervention du docteur B. au cours de l'enquête.

2.13.

La Chambre de première instance constate que le conseil de Madame A. a pu commenter à l'audience les photographies en couleur prises par le docteur H. dans la bouche des patients, les originaux en couleur lui ayant été communiqué, ce afin notamment de pouvoir mettre en évidence une obturation réalisée à l'aide de résine composite.

Madame A. a pu en prendre connaissance avant l'audience. Le greffe a en effet envoyé à son conseil, par plusieurs mails du 10 janvier 2013, les fichiers de photos en format « zip », dont il a accusé réception, « sous réserve d'inventaire ».

A l'audience du lundi 14 janvier 2013, elle n'a finalement pas demandé de rouvrir les débats après avoir pourtant considéré comme pièce nouvelle le dépôt au greffe par le SECM d'un CD comportant les clichés en couleur pris par l'inspecteur.

Les droits de la défense de Madame A. ont donc été respectés.

Madame A. soutient également qu'il manque 32 clichés de dents concernées par des prestations indues (elle détaille les patients et les dents concernées) et qu'il y a 34 clichés se rapportant à des prestations indues, toutes non contestées lors de son audition (mail du 12 janvier 2013 à son conseil).

La Chambre de première instance n'estime pas utile d'ordonner au SECM de transmettre à Madame A. les clichés souhaités ni de rouvrir les débats.

Elle fonde en effet sa décision essentiellement sur les listings informatiques, obtenus des organismes assureurs, les attestations de soins donnés et l'audition des 14 bénéficiaires, s'agissant de présomptions graves, précises et concordantes confortées par d'autres éléments invoqués par le SECM dans sa note de synthèse de 52 pages, notifiée le 13 septembre 2010.

La projection de certains clichés à l'audience n'a pas convaincu la Chambre de première instance de l'absence de pertinence des moyens de preuve retenus par le SECM.

La Chambre de première instance n'aperçoit dès lors pas l'intérêt de cette demande.

Il n'y a dès lors pas lieu d'y faire droit.

2.14.

L'enquête du SECM n'est pas fondée exclusivement sur le fait qu'un dentiste soigne en moyenne une dent par séance (ce que Madame A. admet d'ailleurs comme étant évident, tout en stigmatisant « la théorie de la dent par séance ») mais bien sur les déclarations précises des 14 cas retenus que la prestataire entend soit décrédibiliser soit retenir comme étant hors norme (pour prétendre que la norme ne signifie nullement qu'il n'existe aucun cas justifiant de devoir soigner deux dents voire plus par séance, en raison de l'emploi du temps du patient et/ou de la pathologie constatée).

Le SECM répond de manière minutieuse, détaillée et complète aux arguments de Madame A., depuis le début de l'enquête, concernant les déclarations de ces 14 bénéficiaires (pages 18 à

27 de ses conclusions en réponse).

Dans ses conclusions, Madame A. n'a plus souhaité discuter des cas des 14 patients et n'entend pas entrer « dans la politique des petits bouts de phrase » qu'elle estime pratiquée par le SECM, se limitant à vouloir fournir toutes les explications voulues à l'audience.

Elle se borne à préciser que tous ces cas ont été discutés en détail lors de la procédure devant le fonctionnaire-dirigeant et à renvoyer expressément à ses conclusions devant cette juridiction.

Dans ces conclusions, Madame A. évoquait les cas de Madame J. (souffrant de bruxisme), de Madame I., de Madame L., de Monsieur M., de Madame N., de Madame O., de Madame G., de Monsieur P. et de Madame Q.

Elle ne répond toutefois plus à l'argumentation développée par le SECM dans le cadre de chaque déclaration.

Le SECM relève pertinemment qu'en réalité, sur les 14 cas de bénéficiaires retenus au 1^{er} grief du PVC (prestations non effectuées), Madame A. n'a présenté aucun argument de défense pour la moitié des cas représentant un indu de 2.410, 56 € et n'a pas présenté aucun argument de défense pour 4 des 5 cas ayant généré l'indu le plus important (plus de 400 €) au 1^{er} grief.

C'est sans le moindre fondement qu'elle prétend que le SECM tirerait « quelques pages d'audition d'un patient pour en extraire à sa guise des passages- voire quelques mots - accablants ».

Le SECM démontre que c'est l'inverse qui s'est produit (exemple : le cas de Madame O. et que le docteur H. ne s'est pas contenté d'une première information (« une dent par consultation ») qui était la plus défavorable à Madame A.

L'argumentation de Madame A. se résume à soutenir qu'en l'absence de constats dentaires et/ou d'une expertise contradictoire, il conviendrait d'écarter purement et simplement le contenu de ces auditions parce que les témoignages des patients ne seraient pas fiables.

Madame A. cite pourtant elle-même la jurisprudence selon laquelle si un PVA n'a en lui-même aucune force probante particulière, rien n'empêche de trouver dans ces déclarations actées et signées respectivement la reconnaissance de faits reprochés ou d'autres éléments de preuve (C.trav.Liège, X / INAMI et UNMS, 14 juin 2007, R.G.n° 32.086/04).

Pour démontrer que les déclarations de ses 14 patients ne sont pas fiables, Madame A. développe une argumentation particulière concernant les déclarations de SFI(O)D.

Dès lors que pratiquement tous les patients prétendent, lors de leur audition, n'avoir pas lu la déclaration de détresse financière, qu'ils ont pourtant signée à plusieurs reprises de leur propre main, Madame A. soutient qu'il étaient, après une « mise en condition » réalisée par le docteur H. (étant les conditions concrètes des auditions, contestées par le SECM) tous persuadés que c'est eux qui faisaient l'objet d'un contrôle pour surconsommation de soins de santé et abus du tiers-payant. Elle en tire alors la conclusion que c'est pour ce motif qu'ils ont « tout minimisé ». Il s'agit toutefois d'une suite d'affirmations peu étayées pour arriver à cette conclusion non prouvée à suffisance de droit.

Le SECM relève pertinemment qu'il n'existe aucune raison de croire que les 14 patients auditionnés, parmi ceux de Madame A., avaient des motifs de se sentir plus particulièrement « menacés » par ce service au point de minimiser l'importance des soins que celle-ci leur a prodigués et alors qu'ils n'ont exprimé aucune critique personnelle envers leur dentiste et/ou la qualité des soins reçus.

L'argumentation de Madame A. est par ailleurs circulaire : le patient ment lorsqu'il sous-entend avoir signé un document avant qu'il ne soit coché ou qu'il n'était pas en détresse financière ou encore qu'il signe sans savoir pourquoi, donc il minimise aussi les soins reçus et leur durée et donc Madame A. n'a pas abusé de l'application du tiers-payant en faisant signer un document sans interroger les bénéficiaires sur leur statut ou leur détresse financière.

Or, il s'agit d'une déclaration récurrente chez pratiquement tous les patients auditionnés, sept patients contestant leur état de détresse financière n'ayant pas de remboursement préférentiel.

A nouveau, hormis le changement de législation au 1er mars 2009, Madame A. ne rencontre pas les arguments précis développés par le SECM pour chaque audition des 14 patients (p. 28 à 33 de ses conclusions en réponse), notamment lorsque Monsieur M. précise que c'est bien sa signature mais que celle-ci est en bleu et que la croix sur la mention « se trouve en situation... » est en noir, ce qui permet d'induire que la croix n'a pas été complétée par lui et qu'il est possible qu'il ait signé le document « en blanc » (« elle dit juste « une petite signature et cinq euros » »), c'est-à-dire avant que la croix ne soit apposée.

Madame A. reconnaît elle-même que le document blanc présenté est effectivement déjà pré-coché au niveau de la mention « Se trouve en situation individuelle financière de détresse et/ou de surendettement », avant de faire des photocopies dont elle se servait habituellement (jusqu'en février 2009). Elle admet donc que ce ne sont pas les bénéficiaires qui cochent eux-mêmes la mention sur les documents annexés aux ASD.

Elle pose une prémisse erronée pour ensuite s'en offusquer : le SECM n'a jamais évoqué l'hypothèse dont elle fait mention dans son courrier du 13 juillet 2009 mais bien que, selon une routine organisée, elle demandait aux patients de signer ces documents pré-cochés (copies superposables) sans leur en expliquer la portée, ce qui ressort effectivement des déclarations des bénéficiaires (A titre d'exemple, Monsieur P., le 31 mars 2009 : « c'est bien ma signature mais c'est de la couillonnade, on m'a fait signer n'importe quoi, c'est Madame A. qui m'a fait signer ce papier mais je n'étais pas en surendettement. Je n'ai pas vu ce qui était écrit sur ce papier »).

Concernant le changement de législation, celui-ci est intervenu le 1er mars 2009 (suite à un arrêté royal du 9 février 2009 paru au Moniteur belge du 23 février 2009) et le SECM ne fait que constater objectivement que Madame A. a modifié sa façon de procéder en février 2009 soit peu après le début des auditions de bénéficiaires le 21 janvier 2009 en sorte qu'il est possible (« c'est en tout cas chronologiquement très plausible ») que ce changement de procédure ait été provoqué par le fait qu'elle a appris que le SECM avait commencé à enquêter sur son activité.

Par ces termes mesurés, le SECM ne perd donc pas complètement de vue la réalité et ne fait pas preuve d'une rage (sic) à faire condamner Madame A.

Le fait que, quelques années plus tard, en 2011, certains parmi ces mêmes patients écrivent de leur main, en toutes lettres, suite au changement de législation qu'ils déclarent sur l'honneur se

trouver dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant n'énervent en rien leur déclaration, en 2009, qu'ils ne se trouvaient pas en situation individuelle financière de détresse et/ou surendettement.

La Chambre de première instance considère dès lors que les auditions de ces bénéficiaires doivent être considérées comme fiables, étant toutes concordantes.

Au demeurant, sur 14 bénéficiaires auditionnés Madame A. ne cite plus, dans sa requête d'appel que deux exemples d'auditions qu'elle présente comme étant « confuses, embrouillées, contradictoires » (Mesdames N. et O.).

Il résulte des témoignages concordants quant au traitement d'une seule dent par séance et la durée moyenne des soins, ainsi que des autres preuves produites par le SECM, détaillées dans sa note de synthèse, que le premier grief est établi.

Il en résulte un indu de 3.865,88 €.

3.

Grief n° 2.

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi au sens de l'article 73bis, 2° de cette même loi, s'agissant de prestations réalisées dans un but esthétique et/ou ne correspondant pas à la nomenclature des prestations de santé (fondé sur article 73bis, 2° de la loi ASSI)

L'article 1, § 7 de la Nomenclature des prestations de santé (texte en vigueur depuis le 01/01/1985) prévoit que les interventions pratiquées dans un but purement esthétique ne sont pas honorées, sauf dans les cas admis, dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle visés à l'article 19 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en vue de permettre au bénéficiaire d'obtenir ou de conserver un emploi.

Les prestations en cause sont détaillées à l'article 5, § 2 de la Nomenclature des prestations de santé (prestations à partir du 12^e anniversaire-texte en vigueur du 1^{er} septembre 2007 au 30 juin 2008 et prestations à partir du 15^e anniversaire-texte en vigueur du 1^{er} juillet 2008 au 31 janvier 2009).

Le grief concerne 4 bénéficiaires (dont un à titre subsidiaire et une à titre partiellement subsidiaire) et 11 prestations (dont 5 à titre subsidiaire) pour la période de soins du 9 janvier 2008 au 16 décembre 2008 et introduites au remboursement du 29 février 2008 au 31 décembre 2008, à savoir: 4 x 303590 L7,81 (dont 2 à titre subsidiaire); 1 x 304415 L40; 5 x 304430 L50 (dont 2 à titre subsidiaire) et 1 x 304452 L60 (à titre subsidiaire), à concurrence d'un indu de 446,10 €, dont 217,31 € à titre subsidiaire.

Les témoignages sont à nouveau sans équivoque.

Dans le premier cas, le SECM relève à juste titre que limer la dent ne correspond pas à une obturation et dans les trois cas suivants, que le composite a été utilisé dans un but esthétique et pour atténuer la noirceur de la dent. Il ne s'agit pas non plus d'une obturation au sens de la nomenclature des prestations de santé.

Il résulte des témoignages précis recueillis lors de l'enquête que le grief est établi.

La Chambre de première instance fonde sa décision sur les déclarations des patients

Il en résulte un indu de 446, 10 € dont 217, 31 € à titre subsidiaire.

3.

Grief n° 3

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer un document réglementaire visé dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi au sens de l'article 73bis, 2° de cette même loi, s'agissant d'une prestation dont la date a été modifiée sur ledit document réglementaire afin de contourner un cumul interdit par la nomenclature des prestations de santé (fondée sur article 73bis, 2° de la loi ASSI).

Les prestations en cause sont détaillées à l'article 5, § 2 de la Nomenclature des prestations de santé (prestations à partir du 15^e anniversaire-texte en vigueur du 1^{er} juillet 2008 au 31 janvier 2009).

Le grief concerne 1 bénéficiaire et 1 prestation effectuée (selon la dispensatrice) le 15 décembre 2008 et introduite au remboursement le 31 décembre 2008, à savoir: 1 x 301593 N20, 96 à concurrence d'un indu de 50,81 €.

Il résulte du témoignage de la patiente que la prestation facturée n'a pas pu avoir lieu à la date indiquée sur l'attestation de soins donnés, étant donné l'emploi du temps de l'assurée. La date a été modifiée afin de contourner le cumul interdit avec les soins conservateurs.

Il résulte du témoignage recueilli que le troisième grief est établi.

Il en résulte un indu différentiel de 50, 81€.

En conclusion, la Chambre de première instance constate que tous les griefs sont établis et que Madame A. ne fournit aucun élément de nature à contredire l'existence de ceux-ci.

Madame A. est donc condamnée à rembourser la totalité de l'indu sur base de l'article 142, § 1^{er}, 1° et 2° de la loi ASSI, soit la somme de **4.145,48 €**.

B. La sanction.

Les éléments matériels propres aux infractions sont établis.

L'élément moral requis pour chacune des infractions est également établi, dans la mesure où le non-respect de la nomenclature des prestations de santé a été commis librement et consciemment par Madame A.

C'est en vain que celui-ci invoquerait sa bonne foi ou l'absence d'intention de fraude.

Les infractions précitées figurent parmi les infractions réglementaires pour lesquelles l'élément moral se limite au fait d'agir librement et consciemment et ne porte absolument pas sur la bonne (ou mauvaise) foi du prestataire, pas plus que sur une quelconque intention frauduleuse. De surcroît, la bonne foi ne constitue nullement une cause de justification d'une infraction. Madame A. ne peut faire valoir aucune cause de justification pour faire obstacle à la sanction.

La Chambre de première instance estime dès lors que les infractions précitées ont été commises par Madame A. et lui sont imputables.

Toutefois, comme relevé à bon droit par Madame A., les seules sanctions qui peuvent, le cas échéant, lui être infligées, dans le cadre de la présente contestation, telle qu'elle est soumise à la Chambre de première instance, sont les sanctions de niveau 2 prévues à l'article 101 du Code Pénal Social, soit une amende administrative de 25 à 250 €, majorée des décimes additionnels (article 102 du CPS) et non les sanctions prévues à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1° et 2° de la loi ASSI (voy. notamment Chambre de recours, décision prononcée le 18 avril 2013, numéro de rôle FB-005-11, publié sur le site internet de l'INAMI).

L'INAMI ne le conteste d'ailleurs plus.

A la connaissance de l'INAMI, il n'y a pas de plainte pénale concernant Madame A. (article 71 du CPS).

En cas de concours de plusieurs infractions, les montants des amendes administratives sont cumulés sans qu'ils puissent cependant excéder le double du maximum de l'amende administrative la plus élevée (article 112 du CPS).

Dans son appréciation de l'amende administrative à infliger à Madame A., la Chambre de première instance estime devoir tenir compte des éléments suivants :

- la gravité du manquement imputé à un dispensateur de soins habilité à porter des prestations en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et, à ce titre, astreint à une obligation impérative de respect de la réglementation. La Chambre de première instance constate en effet que Madame A. a attesté des prestations qu'elle n'a pas effectuées ou non conformes à la réglementation ;
- l'ampleur des prestations litigieuses ;
- le volume des sommes portées en compte de l'assurance soins de santé ;
- le remboursement de l'indu et de l'amende ;

- l'absence de tout antécédent.

En conclusion, la Chambre de première instance décide d'infliger à Madame A., une amende administrative de 250 € pour le grief 1 et de 250 € pour les griefs 2 à 3 (article 101 du CPS).

Les infractions ayant été commises avant le 1^{er} janvier 2012, ces montants doivent être majorés de quarante-cinq décimes additionnels (article 102 du CPS et article 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales, modifié par l'article 36 de la loi du 7 février 2003 portant diverses dispositions en matière de sécurité routière-M.B. du 25 février 2003 et avant sa modification par l'article 2 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses en matière de justice (II)- M.B. du 30 décembre 2011, Ed. 4, p.81669).

Une amende majorée de quarante-cinq décimes additionnels correspond à une amende multipliée par le facteur 5, 5 (chaque dixième de l'amende est en effet multiplié par 45 et ensuite ajouté au montant de l'amende).

L'amende s'élève dès lors à un montant total de 2.750 € (250 € x 2 x 5,5).

Compte tenu notamment de l'absence d'antécédents, il convient d'assortir l'amende d'un sursis de trois ans, à concurrence d'un quart de son montant, l'amende effective s'élevant donc à 2.062, 50 €.

C. La condamnation solidaire.

La SPRL F. n'a pas exercé de recours à l'encontre de la décision du Fonctionnaire-dirigeant notifiée le 17 mars 2011.

La Chambre de première instance n'a dès lors pas à se prononcer sur le caractère solidaire de la condamnation que Madame A. ne conteste pas.

D. L'exécution provisoire.

Les décisions de la Chambre de première instance sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours (article 156, § 1^{er} de la loi ASSI).

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare l'appel recevable et partiellement fondé,

Confirme la décision du Fonctionnaire-dirigeant de l'INAMI notifiée le 17 mars 2011 en ce qu'il a déclaré les trois griefs établis et a condamné Madame A., solidairement avec la SPRL F., à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 4.145,48 €.

Met néant la décision du Fonctionnaire-dirigeant de l'INAMI en ce qu'il a condamné solidairement Madame A. et la SPRL B. à payer une amende de 150% du montant de l'indu, dont le tiers assorti d'un sursis de trois ans, l'amende effective s'élevant donc à **4.145, 48 €**.

Statuant à nouveau, condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative égale à 2 x 250 €, multipliée par les décimes additionnels (x 5,5), soit la somme de **2.750 €**, dont un quart assorti d'un sursis de trois ans, l'amende effective s'élevant donc à **2.062, 50 €**.

Constate que la SPRL F. a payé la somme de 8.290, 96 €, le 1^{er} avril 2011.

Dit n'y avoir lieu à désignation d'un dentiste-expert ni d'ordonner la production des antécédents dentaires de Madame G. et/ou les clichés intra-buccaux repris sur la liste déposée à l'audience du 14 janvier 2013.

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 Monsieur Pascal HUBAIN, Président, de Madame Dominique FERON et de Messieurs Gérard VAN LIPPEVELDE, Hugues GREGOIR et Xavier GILLIS membres, assistés de Monsieur Stéphane VERBOOMEN, greffier.

Et prononcée en audience publique du 17 septembre 2013, par Monsieur Pascal HUBAIN, Président, assisté de Madame Caroline METENS, greffier.

Caroline METENS
Greffier

Pascal HUBAIN
Président