

EN CAUSE DU : **Service d'évaluation et de contrôle médicaux**, institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211 ;

Représenté par le Dr C. et M. B

CONTRE : **Docteur A**  
Médecin généraliste

---

### **I. La procédure**

Le 26 septembre 2008, le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a saisi la Chambre de première instance sur la base de l'article 139, alinéa 2, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Une note de synthèse est annexée à cette requête.

Le défendeur n'ayant aucun domicile connu en Belgique ni à l'étranger, la requête introductive d'instance et l'avis de fixation ont été signifiés au procureur du Roi de Bruxelles conformément à l'article 40, alinéa 2 du Code judiciaire.

A l'audience publique du 15 octobre 2009, ont comparu :

- M. B. et le Dr C. , pour le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

La partie défenderesse n'a pas comparu à cette audience ni personne en son nom.

Il a été fait application de 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 instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

### **II. L'objet de la demande**

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux estime que le docteur A. a porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la nomenclature des soins de santé et des prestations non effectuées. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux demande à la Chambre de première instance :

- de constater que les griefs formulés à l'encontre de l'intéressé sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse jointe à la requête,

- conformément aux dispositions de l'article 141, § 5, dernier alinéa, de la loi coordonnée telle qu'elle était en vigueur au moment des faits, de prononcer une décision de récupération totale, auprès de l'intéressé, des dépenses relatives aux prestations indues, soit la somme de 11.146 €.

Dans sa note de synthèse, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux développe à l'encontre du docteur A. les deux griefs suivants.

Par le premier grief, il est reproché à l'intéressé d' « avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, des prestations non effectuées ».

Les faits reprochés à l'intéressé relèvent du champ d'application de l'article 141 § 5, 5ème alinéa, a) de la loi coordonnée, tel qu'il était libellé à l'époque des faits.

Les prestations en cause relèvent de l'article 2 de la nomenclature « consultations au cabinet du médecin et visites au domicile du malade » (103110).

Ce grief est formulé pour quatre cas d'assurés au nom desquels le docteur A. a, entre le 17 janvier 2001 et le 18 janvier 2002, porté en compte une visite tous les jours de la semaine et parfois aussi les samedis, dimanches et jours fériés, alors qu'il n'effectuait en réalité que trois visites par semaine.

Le grief se fonde essentiellement sur les déclarations des bénéficiaires qui certifient avoir reçu des visites à raison de trois fois par semaine.

Le grief est formulé pour 82 prestations, à savoir : 82 x 103110 N4,2+D3+E1, à concurrence de 808,31 €.

Par le deuxième grief, il est reproché au docteur A. d' « avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution en ce sens que les prestations n'étaient pas attestables dans les conditions où elles ont été effectuées ».

Les faits reprochés à l'intéressé relèvent du champ d'application de l'article 141 § 5, 5ème alinéa, b) de la loi coordonnée, tel qu'il était libellé à l'époque des faits.

Ce grief est formulé pour 31 cas de bénéficiaires au nom desquels, pendant la période du 24 février 2000 au 18 février 2002, l'intéressé a porté en compte des visites à domicile ordinaires ou spéciales alors que :

- pour les visites spéciales (de soir, de nuit ou de week-end), les conditions d'urgence requises par la nomenclature n'étaient pas remplies ;
- pour les visites ordinaires, il s'agissait de visites simultanées ;
- pour la majorité des visites, la condition relative au domicile du bénéficiaire n'était pas rencontrée ;
- pour l'ensemble des prestations, il s'agissait d'un simulacre de prestations médicale ne répondant pas à la notion de visite.

Le grief est formulé pour 571 prestations, à savoir : 166 x 103110 N4,2+D3+E1, 23 x 104510 N4,2+D9,52+E1, 283 x 104532 N4,2+D24+E1, 96 x 104554 4,2+D11,53+E1 et 3 x 104576 N4,2+D11,53+E1 à concurrence d'un indu de 10.338,45 €

### **III. Discussion**

Les faits tels qu'ils sont libellés dans la requête ayant été commis avant le 15 mai 2007, date d'entrée en vigueur de la loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B., 22 déc. 2006), ils restent soumis aux dispositions des articles 73 et 141, §§ 2, 3, 5, 6 et 7, alinéa 1er à 5°, de la loi coordonnée, tels qu'ils étaient en vigueur avant cette date, et relèvent de la compétence de la Chambre de première instance, laquelle hérite de la compétence dévolue auparavant au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (article 216 bis de la loi coordonnée, inséré par la loi du 13 décembre 2006 et modifié par la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses).

Les deux griefs ont fait l'objet d'un procès-verbal de constat en date du 15 mars 2002, dont une copie certifiée conforme a été notifiée à l'intéressé le même jour. Ce procès-verbal fait foi jusqu'à preuve du contraire conformément à l'article 169 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le défendeur n'ayant pas rapporté la preuve contraire, les griefs doivent être considérés comme étant établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse.

Le total de l'indu s'élève à 11.146 €.

Le dispensateur doit être condamné à rembourser la valeur de ces prestations conformément à l'article 141, § 5, dernier alinéa, de la loi coordonnée.

#### **PAR CES MOTIFS,**

##### **La Chambre de première instance,**

Statuant par défaut à l'égard du docteur A.

Déclare la requête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux fondée,

Constate que les deux griefs formulés à l'encontre du docteur A. sont établis pour tous les cas cités dans la note de synthèse jointe à la requête,

Condamne le docteur A. au remboursement des dépenses relatives aux prestations indues, soit la somme de 11.146 €.

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours et est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Jérôme Martens, Président suppléant, du Docteur Dominique FERON, du Docteur Dominique VANDIEPENBEECK, du Docteur Bernadette GERMAIN et du Docteur Yves DELFORGE, assistés de Madame Françoise DELROEUX, Greffier.

Elle est prononcée lors de l'audience publique du 12 novembre 2009.

Anne-Marie SOMERS  
Greffier

J. MARTENS  
Président suppléant