

**DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 31/05/2022**  
**Numéro de rôle FA-011-21**

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**  
médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie  
Partie requérante ne comparaisant pas ;

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,  
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,  
établi à 1210 Bruxelles, avenue Galilée 5/01,  
**N° BCE : 0206.653.946** ;  
Partie défenderesse, représentée par le Docteur B. et par Madame  
C., juriste attachée.

**I. 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 du 13 août 2021, entrée au greffe le 18 août 2021, par laquelle le Docteur A. saisit la Chambre de première instance d'une contestation de la **décision du 14 juillet 2021 du Fonctionnaire-dirigeant** prise à l'égard du Docteur A. et de la SC D. en application de l'article 77sexies de la loi ASSI et notifiée le 15 juillet 2021 ;
- les conclusions en réponse de l'INAMI déposées le 17 novembre 2021 ;
- le courrier du Docteur A. du 10 avril 2022.

A l'audience du 12 mai 2022, le Docteur A. n'a pas comparu et ne s'est pas fait représenter. Le SECM a été entendu à cette audience du 12 mai 2022, à la suite de quoi la cause a été prise en délibéré.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure.

## II. OBJET DE LA DEMANDE

Par requête du 13 août 2021, Monsieur A. demande l'annulation de la décision du **Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 14 juillet 2021** par laquelle il :

- déclare qu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant du Docteur A. ;
- ordonne conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par le Docteur A. sous son propre numéro de tiers payant.

## III. DISCUSSION

### 1. Principes - Article 77sexies de la loi ASSI

L'article 77sexies de la loi ASSI dispose que :

*« **S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude** dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n, les paiements par les organismes assureurs à ce dispensateur de soins et/ou à l'entité qui organise la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé, dans le cadre du régime du tiers payant peuvent être suspendus, totalement ou partiellement, pour une période maximale de 12 mois.*

*Chaque organisme assureur ou assuré social peut communiquer ces indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui peut également agir de sa propre initiative. Si un organisme assureur communique des indices au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il les communique simultanément aux autres organismes assureurs.*

*Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, notifie les faits sur lesquels se basent les indices au dispensateur de soins par lettre recommandée, qui est censée être reçue le troisième jour ouvrable après remise aux services de la Poste. Il invite le dispensateur de soins à lui transmettre par lettre recommandée ses moyens de défense dans un délai de quinze jours.*

*Après l'examen des moyens de défense, ou en l'absence de moyens de défense reçus dans le délai imparti, le Fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, prend sa décision. S'il décide de suspendre les paiements, il détermine la durée de la période de suspension. Il détermine également si la suspension est totale ou partielle.*

*La décision exécutoire du Fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, est motivée. Elle est notifiée par lettre recommandée au dispensateur de soins et prend effet, nonobstant appel, le troisième jour ouvrable qui suit celui où le pli a été remis aux services de la Poste. Copie de la décision est simultanément notifiée aux organismes assureurs.*

*Un appel non suspensif peut être formé devant la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut conformément à l'article 144.*

*La suspension prend fin de plein droit si, dans un délai de 12 mois à compter de la décision, aucun procès-verbal de constat n'est établi.*

*Si un procès-verbal de constat est établi, les prestations dont la date se situe durant la période de suspension, ne peuvent être payées par les organismes assureurs dans le régime du tiers payant, jusqu'à la décision définitive sur le fond du dossier. »*

Selon l'article 143§ 5, le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ou le fonctionnaire désigné par lui, prend les décisions dans le cadre de la procédure de suspension des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant, lorsqu'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude, conformément aux dispositions de l'article 77sexies.

Les directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 15 septembre 2017) définissent les contours de la notion d' « *indices graves, précis et concordants de fraude* » au sens de l'article 77sexies, alinéa premier de la loi ASSI, tenant compte de l'objectif du législateur d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus.

## 2. En l'espèce

Par décision du 14 juillet 2021, le Fonctionnaire-dirigeant a ordonné, conformément à l'article 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, la **suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour une période de 12 mois pour les prestations introduites au remboursement par le Docteur A.**

Par courrier du 10 avril 2022 signé de sa main et accompagné d'une copie de sa carte d'identité, le Docteur A. a indiqué « renoncer » à son recours contre cette décision.

Cette renonciation doit être interprétée comme un désistement d'instance au sens de l'article 820 du code judiciaire.

La Chambre de première instance constate que le SECM a marqué son accord sur ce désistement d'instance à l'audience du 12 mai 2022.

Il sera dès lors donné acte au Docteur A. de son désistement d'instance.

Conformément à l'article 826, al. 1<sup>er</sup> du code judiciaire, « *le désistement d'instance, lorsqu'il a été accepté, emporte de plein droit consentement que les choses soient remises, de part et d'autre, en même état que s'il n'y avait pas eu d'instance* ».

Pour autant que de besoin, la Chambre de première instance précise donc que cela implique que la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 14 juillet 2021 subsiste et que, si le Docteur A. devait introduire des prestations en tiers payant auprès des organismes assureurs pendant la période de suspension prévue dans cette décision, il se verrait refuser tout remboursement par les organismes assureurs.

**PAR CES MOTIFS;  
LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,**

**Statuant contradictoirement,**

Donne acte au Docteur A. de son désistement d'instance et au SECM de son acceptation de ce désistement d'instance.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, Docteurs Olivia GEMBALA et Georges DESQUIENS, Christiane JACQUEMAIN et Daniel LECLERCQ, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Et prononcée à l'audience du 31 mai 2022 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Dominique HONVAULT, greffière.

Dominique HONVAULT  
Greffière

Pascale BERNARD  
Présidente