

**DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 1er OCTOBRE 2021**  
**Numéro de rôle FA-016-20**

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**

**dentiste généraliste**

Comparaissant en personne, assisté de Maître B. et Maître C.

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 ;

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

**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 9 octobre 2020 (déposée par Me B.), entrée au greffe le même jour, et la requête du 28 octobre 2020 (déposée par Me C.) par laquelle Monsieur A. saisit la Chambre de première instance d'une contestation de la **décision du 24 septembre 2020 du Fonctionnaire-dirigeant** prise en application de l'article 77*sexies* de la loi ASSI et notifiée le 25 septembre 2020 ;
- Les conclusions en réponse de l'INAMI déposées le 14 janvier 2021 ;
- Les conclusions en réplique de Monsieur A. déposées au greffe le 12 avril 2021 par Me B. et 15 avril 2021 par Me C. ;
- Les conclusions additionnelles et de synthèse de l'INAMI déposées au greffe le 11 mai 2021.

Les parties ont été entendues à l'audience du 16 septembre 2021, 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 requêtes des 9 et 28 octobre 2020, Monsieur A. demande l'annulation de la décision du **Fonctionnaire-dirigeant du SECM du 24 septembre 2020** 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 de Monsieur A. ;
- Ordonne conformément à l'art. 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 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 Monsieur A.

## 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 24 septembre 2020, le Fonctionnaire-dirigeant a ordonné, conformément à l'article 77sexies de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 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 Monsieur A.**

A la date de l'audience, soit le 16 septembre 2021, cette période de 12 mois était quasiment écoulée.

Par ailleurs, Monsieur A. invoque n'avoir facturé aucune prestation en tiers payant pendant la période de 12 mois écoulée.

Tenant compte de ces éléments, le conseil de Monsieur A. s'est interrogé sur l'intérêt de son recours à l'audience du 16 septembre 2021, puisqu'une éventuelle annulation de la décision du Fonctionnaire-dirigeant ne lui permettrait pas d'effectuer, avec effet rétroactif, les prestations en tiers payant pour la période de 12 mois écoulée.

Etant donné que la Chambre de première instance n'examine pas le fond du dossier lorsqu'il est saisi d'un recours dirigé contre une décision basée sur l'article 77sexies, mais uniquement l'existence d'indices de fraude, le conseil Monsieur A. a demandé qu'il soit constaté que son recours était devenu sans objet.

Le SECM n'a pas formulé d'observation par rapport à cette demande.

La Chambre de première instance constate que l'objectif du législateur, en implémentant l'article 77sexies, était d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus.

Etant donné que la période de 12 mois est quasiment écoulée, et que Monsieur A. confirme n'avoir facturé aucune prestation en tiers payant pendant cette période, le présent recours ne paraît plus présenter d'intérêt pour lui.

Il sera dès lors fait droit à la demande de Monsieur A. de constater que son recours est devenu sans objet.

Pour autant que de besoin, il est précisé que la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 24 septembre 2020 n'est pas annulée par ce constat, et qu'elle maintient ses pleins et entiers effets.

Ceci signifie que si Monsieur A. devait introduire des prestations en tiers payant auprès des organismes assureurs, relatives la période de suspension prévue dans la décision du 24 septembre 2020, il se verrait refuser tout remboursement par les organismes assureurs.

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

**Statuant contradictoirement,**

Constate que la demande de Monsieur A. est devenue sans objet.

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Madame Pascale BERNARD, Présidente, de Messieurs Hugues GREGOIR, Tarek EL SAYYED et des Docteurs Sophie CARLIER, Olivia GEMBALA, Membres, assistés de Madame Caroline METENS, Greffière.

Et prononcée à l'audience du 01 octobre 2021 par Madame Pascale BERNARD, Présidente, assistée de Madame Caroline METENS, greffière.

METENS Caroline  
Greffière

BERNARD Pascale  
Présidente