

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 22/07/2024  
NUMERO DE ROLE : FB-007-23

EN CAUSE DE : **Monsieur A.**,

Partie appelante, représentée par Maître B.,

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**, en abrégé  
SECM, institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,  
BCE 0206.653.946, dont les bureaux sont établis à 1210 Bruxelles, avenue  
Galilée, 5/1 ;

Partie intimée, représentée par le Docteur C. médecin-inspecteur, et par  
Madame D., attachée-juriste.

## **1. PROCEDURE**

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :

- le recours de Monsieur A., entré au greffe le 15 septembre 2023 ;
- les conclusions en réponse du SECM ;
- les conclusions de Monsieur A. ;
- les convocations, en prévision de l'audience du 13 juin 2024.

Lors de l'audience du 13 juin 2024, la Chambre de recours entend les parties.

## **2. OBJET DE L'APPEL - PRETENTIONS DES PARTIES**

Monsieur A. interjette appel de la décision du 11 juillet 2023 de la Chambre de première instance (rôle n° FA-010-22).

Il demande à la Chambre de recours de :

- déclarer l'appel recevable et fondé ;
- réformer la décision du 11 juillet 2023 de la Chambre de première instance ;
- annuler la décision rendue le 21 septembre 2022 par Monsieur le Fonctionnaire-dirigeant Philip TAVERNIER du SECM ;
- dire pour droit qu'il n'y a pas d'indices graves, précis et concordants de fraude relatifs à la facturation à l'assurance soins de santé en tiers payant de Monsieur A. ;
- dire pour droit qu'il n'y a pas lieu de prononcer la suspension totale du tiers payant pour une période de douze mois pour les prestations introduites au remboursement par Monsieur A.

Le SECM demande à la Chambre de recours de :

- déclarer la demande recevable mais non fondée ;
- confirmer entièrement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 21 septembre 2022.

## **3. FAITS ET ANTECEDENTS**

Il résulte des pièces du dossier et des explications fournies par les parties lors de l'audience du 13 juin 2024 que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Monsieur A. est dentiste généraliste.

Il est le gérant de la S.P.R.L. E. (BCE n° 0538.863.506).

Dans une décision du 21 septembre 2022, le Fonctionnaire-dirigeant 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. et ordonne, conformément à l'article 77 *sexies* de la loi 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 douze mois pour les prestations introduites au remboursement par Monsieur A.

Par requête, entrée au greffe le 21 octobre 2022, Monsieur A. conteste la décision du 21 septembre 2022 devant la Chambre de première instance.

Dans une décision du 11 juillet 2023, la Chambre de première instance :

- déclare la demande recevable mais non fondée ;
- confirme entièrement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 21 septembre 2022.

En date du 15 septembre 2023, Monsieur A. interjette appel de la décision du 11 juillet 2023.

#### **4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS**

##### **4.1. Recevabilité de l'appel**

###### a) En droit

A peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

A peine de nullité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient certaines mentions afférentes à l'identification de la partie requérante, à l'objet du recours et à l'identification de la partie adverse, selon l'article 4 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.

Si le délai de recours prend cours et expire entre le 1er juillet et le 31 août, il est prorogé jusqu'au 15 septembre de l'année en cours, selon l'article 20, alinéa 4, de l'arrêté royal du 9 mai 2008.

Les règles énoncées dans le Code judiciaire s'appliquent à toutes les procédures, sauf lorsque celles-ci sont régies par des dispositions légales non expressément abrogées ou par des principes de droit dont l'application n'est pas compatible avec celle des dispositions dudit Code, selon l'article 2 du Code judiciaire.

L'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former, selon l'article 17 du Code judiciaire.

b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal, eu égard à l'article 20, alinéa 4, de l'arrêté royal du 9 mai 2008, et dans les conditions réglementaires, l'appel est recevable.

**4.2. Fondement de l'appel**

a) En droit

I. Suspension des paiements par les organismes assureurs

Dans le cadre des dispositions « *concernant la lutte contre la fraude* », l'article 77sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable à l'époque des faits, 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".*

Le régime mis en place par la disposition précitée s'inscrit dans une logique de prévention et a un caractère temporaire et conservatoire : « *S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude en rapport avec les prestations tarifées par un dispensateur de soins au sens de l'article 2 n, qui pourraient provoquer une récupération à charge de ce dispensateur de soins, il est nécessaire que le Service d'Evaluation et de Contrôle médicaux de l'Institut puisse **prendre des mesures temporaires et conservatoires pour préserver les intérêts financiers du système.** Les paiements dans l'assurance obligatoire soins de santé via le régime tiers payant doivent pouvoir être suspendus temporairement s'il y a des indices graves, précis et concordants de fraude, comme visés aux articles 232 et suivants du Code pénal social, dans le chef du dispensateur de soins au sens de l'article 2 n. Quand la fraude suspectée émane d'une institution de soins ou d'un dispensateur de soins, les organismes assureurs s'informent les uns les autres et informent le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'institut de ces soupçons. Le processus de tarification lui-même ne doit pas être arrêté, seuls les paiements sont suspendus. **Cette suspension temporaire totale ou partielle des paiements permet de vérifier très soigneusement si oui ou non les prestations ont été facturées à bon droit.** Pendant la période de suspension temporaire, la mutualité peut, en collaboration avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, organiser une enquête plus précise à charge du dispensateur de soins, de l'institution de soins, pendant que les paiements sont temporairement gelés. **Il s'agit d'une mesure provisoire, limitée dans le temps, qui évite d'éventuels futurs paiements indus** »<sup>1</sup> {la Chambre de recours met en gras}.*

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) fixent les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants" visée à l'article 77sexies de la loi précitée, dans les termes suivants :

#### *"1. Généralités*

*L'article 77sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : « loi ASSI ») prévoit la suspension temporaire des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant s'il existe des "indices graves, précis et concordants de fraude" dans le chef d'un dispensateur de soins. En vertu de l'article 13bis, § 2, 6°, de la loi ASSI, la Commission Anti-Fraude élabore des directives afin de tracer les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants".*

*Cette directive vise à définir les contours de la notion d'"indices graves, précis et concordants de fraude" dans le sens de l'article 77sexies, alinéa premier de la loi ASSI.*

*Il ne faut en l'occurrence pas perdre de vue que l'objectif du législateur est d'instaurer une mesure provisoire permettant d'éviter d'éventuels futurs montants indus (Exposé des motifs, Ch. repr., sess. 2013-2014, Doc 53 3349/001, p. 65).*

---

<sup>1</sup> Ch., doc. parl., DOC 53 3349/001, pp. 64-65.

## 2. Définition des notions

### 2.1. La notion d'"indice"

*Un indice de fraude est un élément matériel, concret et vérifiable qui permet au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (ci-après : « SECM ») de raisonnablement fonder un soupçon de fraude, ce qui est différent d'une preuve.*

*En effet, il serait contraire à la volonté du législateur d'imposer au SECM de prouver au préalable ce qu'il entend précisément établir sur la base d'une instruction complémentaire. Il ne ressort pas du texte de l'article 77sexies de la loi ASSI que le SECM devrait disposer de faits connus ou de constatations qui prouvent la fraude.*

*Les indices ne doivent pas nécessairement apparaître au cours de l'instruction menée par le SECM chez le dispensateur de soins : ils peuvent aussi résulter d'une autre investigation menée par le SECM ou de renseignements reçus par le SECM d'autres services de l'INAMI ou de tiers (un organisme assureur, tout assuré social, les Offices de tarification, tous les services de l'Etat, y compris les parquets et les greffes des cours et de toutes les juridictions, des provinces, des communes, des associations dont elles font partie, des institutions publiques qui en dépendent, ainsi que toutes les institutions publiques et les institutions coopérantes de sécurité sociale, autres personnes privées que celles mentionnées ci-avant...).*

*Les indices dans le chef des dispensateurs de soins peuvent porter sur les attestations de soins donnés et factures introduites qui font l'objet de la procédure de suspension.*

### 2.2. La notion de "grave"

*Il doit s'agir de faits graves, comme par exemple une série de prestations non effectuées. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable. Des données concrètes concernant une facturation indue importante renforcent la gravité ; cela peut également être le cas pour des séries d'infractions en matière de conformité.*

*Les indices ne doivent pas être des faits prouvés, mais ne peuvent pas non plus reposer sur de vagues suppositions. Ils doivent être suffisamment crédibles. Il doit s'agir à chaque fois d'un élément crédible, concret et vérifiable, mais les éléments matériels et intentionnels de la fraude ne doivent pas être prouvés.*

### 2.3. La notion de "fraude"

*Les travaux parlementaires font référence, concernant la notion de "fraude", aux articles 232 et suivants du Code Pénal Social (Chambre, sess. 2013-2014, doc. 53, 3349/001, p. 65, [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be)). La "fraude" implique la malveillance, le dol et la malhonnêteté, avec la volonté de causer un dommage ou de se procurer un avantage financier ou d'en procurer un à un tiers et cela au détriment de l'assurance obligatoire de soins de santé (Cass. 3 octobre 1997, Arr. Cass. 1997, 918, Pas. 1997, I, 962. Voir : J. VELU, conclusion pour Cass. 13 juin 1985, Pas. 1985, I, 1300 ; H. DE PAGE, Traité élémentaire de droit civil belge, I, p. 72, n° 55.). Il s'agit d'une question de faits. De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion.*

*Les indices de fraude ne doivent pas spécifiquement avoir un lien avec le régime du tiers payant pour que la mesure puisse être appliquée.*

### 2.4. La notion de "précis"

*Les indices doivent être précis. Le SECM doit par conséquent être en état d'indiquer d'une façon motivée et précise pourquoi il estime disposer d'indices de fraude dans un dossier concret. Il n'est*

*pas nécessaire que la notification mentionne d'une façon précise de quelles intentions de nuire il s'agit. Il suffit que les indices de fraude soient mentionnés avec précision.*

## *2.5. La notion de "concordant"*

*Il ne suffit pas que le SECM dispose d'un seul indice grave et précis de fraude pour pouvoir appliquer le mécanisme de l'article 77sexies de la loi AMI. Plusieurs indices non contradictoires doivent être trouvés.*

## *2.6. La notion "dans le chef d'un dispensateur de soins"*

*Selon la loi, les indices de fraude doivent exister dans le chef d'un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n), de la loi ASSI. L'article 2, n), de la loi ASSI définit la notion "dispensateur de soins" comme suit : "les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions. Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 73bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance obligatoire soins de santé".*

## *3. Liste d'exemples :*

*Les exemples suivants peuvent être repris sous la notion d'"indices graves et précis de fraude" :*

- La présentation de documents ou d'écrits comportant une omission, une altération ou des inscriptions fictives en vue d'obtenir un remboursement indu de l'assurance soins de santé ;*
- La présentation de documents ou d'écrits rédigés à l'insu de la personne mentionnée dans le document ;*
- Des infractions identiques ou comparables commises à plusieurs reprises, comme par exemple la facturation des prestations non effectuées, a fortiori lorsqu'un dispensateur de soins a déjà été condamné définitivement par le Fonctionnaire dirigeant du SECM, la Chambre de première instance, la Chambre de recours, par un organe disciplinaire ou par toute autre juridiction ;*
- Le dispensateur de soins n'a pas adapté sa pratique malgré des constatations antérieures faites concernant le même type de prestations ;*
- Le dispensateur de soins organise son insolvabilité dans le but de se soustraire à ses obligations à l'égard de l'assurance soins de santé ;*
- Le dispensateur de soins utilise tout moyen pour contourner une mesure d'interdiction d'application du régime du tiers payant ou une mesure de suspension des paiements dans le cadre du régime du tiers payant ;*
- Les prestations facturées à l'assurance soins de santé paraissent invraisemblables au regard, par exemple, du temps nécessaire pour pouvoir effectuer ces prestations ;*
- Les données de facturation indiquent des cumuls interdits pour un montant important ;*
- Les données concernant une pharmacie dont le SECM dispose font apparaître que, pour un montant important, les mêmes codes-barres uniques ont été lus plusieurs fois ;*
- Des éléments qui portent à croire qu'il existe un accord secret entre dispensateurs de soins ou entre un dispensateur de soins et l'assuré, au détriment de l'assurance soins de santé ;*
- Facturation des mêmes prestations en paiement direct et en tiers payant pour un montant important ;*
- L'entrave au contrôle des documents dont la tenue et la conservation sont prévues par la réglementation".*

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, selon l'article 143, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans la notification de la décision du fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, il est mentionné qu'à peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant les Chambres de première instance dans le mois à compter de la notification de la décision, selon l'article 156, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

## II. Droit au procès équitable

Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle, selon l'article 6.1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Cette disposition européenne consacre le droit au procès équitable, lequel englobe le droit à être jugé dans un délai raisonnable.

La Cour de cassation a reconnu, en matière pénale, le principe général du droit à un procès équitable<sup>2</sup>.

Le principe général du droit à un procès équitable prévaut également devant une juridiction administrative qui est notamment chargée d'apprécier si une infraction administrative est établie.

## III. Principe du respect des droits de la défense

Le principe du respect des droits de la défense constitue également un principe général du droit<sup>3</sup>.

Le respect dû aux droits de la défense, qui tend à assurer entre les parties litigantes une parfaite égalité, est un principe fondamental, inhérent à l'ordre juridique<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Cass., 15 décembre 2004, *J.T.*, 2005, p. 5. Cass., 7 novembre 2012, rôle n° P.12.1711.F, <https://juportal.be>. M. PREUMONT, « Les principes généraux du droit en matière pénale », in *Au-delà de la loi ? Actualités et évolutions des principes généraux du droit*, (dir.) S. GILSON, Louvain-la-Neuve, Anthemis, 2006, p. 120.

<sup>3</sup> M. PREUMONT, « Les principes généraux du droit en matière pénale », in *Au-delà du droit ? Actualités et évolutions des principes généraux du droit*, (dir.) S. GILSON, Louvain-la-Neuve, Anthemis, 2006, p. 119. P. MARCHAL, *op. cit.*, pp. 159 et 171.

<sup>4</sup> P. MARCHAL, *Principes généraux du droit*, Bruxelles, Bruylant, 2014, p. 156.

Il gouverne toute procédure<sup>5</sup> et ce, même si le législateur n'en a pas réglé ou n'en a réglé que partiellement l'exercice<sup>6</sup>.

Le principe du respect des droits de la défense englobe le principe du contradictoire<sup>7</sup>.

Le principe du contradictoire caractérise le procès équitable, au sens de l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, évoqué ci-dessus.

#### IV. Principe de proportionnalité

Le principe de proportionnalité est un principe général en matière de limitations des droits fondamentaux, en manière telle que ces limitations sont soumises à trois conditions : les restrictions aux droits fondamentaux doivent être adéquates pour atteindre le but légitime poursuivi, elles doivent être nécessaires pour atteindre ce but (exigence du moyen le moins intrusif) et, enfin, elles doivent être proportionnées, ce qui implique une mise en balance des intérêts en cause ; il doit ainsi exister un équilibre raisonnable entre, d'une part, la protection des libertés et droits fondamentaux individuels et, d'autre part, l'intérêt sociétal qui est servi par la limitation<sup>8</sup>.

##### b) En l'espèce

Le profil élevé et en augmentation constante de Monsieur A., le dépassement par ses soins du seuil maximal autorisé de valeurs P en 2017 et en 2019 et enfin les hauts percentiles qu'il a atteints et son positionnement par rapport aux autres dispensateurs de soins, tels qu'ils sont repris dans la décision du 21 septembre 2022 du Fonctionnaire-dirigeant et dans la décision du 11 juillet 2023 de la Chambre de première instance et auxquels la Chambre de recours se réfère à son tour, constituent des indices graves, précis et concordants de fraude.

Ces éléments justifient la suspension des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant pour les prestations introduites au remboursement par Monsieur A., conformément à l'article 77sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le principe du respect des droits de la défense n'a pas été méconnu, contrairement à ce que prétend Monsieur A., dès lors que, préalablement à la décision du 21 septembre 2022 du Fonctionnaire-dirigeant, un courrier recommandé l'invitant à faire valoir ses moyens de défense a valablement été présenté à son domicile le 17 août 2022 et n'a été ni réceptionné ni retiré au bureau de poste par ses soins.

Au demeurant, Monsieur A. ne démontre pas un quelconque cas de force majeure l'ayant empêché de réceptionner à son domicile ledit courrier recommandé ou de le retirer au bureau de poste dans le délai requis ; la seule invocation de la période de vacances est insuffisante.

<sup>5</sup> Avis de la section de législation sur le projet de loi modifiant le Code de procédure civile en matière d'arbitrage, *Doc. parl.*, Ch., sess. 1955-1956, n° 567, p. 6. C.A., 25 janvier 2001, arrêt n° 4/2001, *M.B.*, 10 février 2001.

<sup>6</sup> Cass. (aud. plén.), 19 juin 1992, *Pas.*, 1992, I, n° 552.

<sup>7</sup> A. FETTWEIS, « Le rôle actif du juge balisé par le principe dispositif et le respect des droits de la défense », in *Au-delà de la loi ? Actualités et évolutions des principes généraux du droit*, (dir.) S. GILSON, Louvain-la-Neuve, Anthemis, 2006, p. 153.

<sup>8</sup> C.E., arrêt n° 252.564 du 28 décembre 2021.

Enfin, l'envoi d'un courrier simple daté du 12 septembre 2022, contenant la copie du courrier recommandé susnommé, n'était nullement prescrit par la loi et n'a pas fait courir un nouveau délai d'observations.

Le principe de proportionnalité n'a pas davantage été méconnu, dans la mesure où les indices graves, précis et concordants de fraude, tels qu'ils sont identifiés précédemment, justifient tant la suspension totale des paiements par les organismes assureurs dans le cadre du régime du tiers payant que la période de douze mois durant laquelle ladite suspension est retenue.

Dans ces conditions, l'appel n'est pas fondé.

La Chambre de recours confirme la décision du 11 juillet 2023 (rôle n° FA-010-22), en ce que la Chambre de première instance déclare la demande de Monsieur A. non fondée et confirme entièrement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 21 septembre 2022.

#### **4.3. Exécution provisoire**

##### a) En droit

Les décisions de la Chambre de recours sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours, selon l'article 156, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

##### b) En l'espèce

La présente décision est exécutoire de plein droit par provision.

\*\*\*

**POUR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DE RECOURS,**

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Les Docteurs RAIMONDI, THIBAUX et Mesdames WETTENDORFF, VIELLE, ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Reçoit l'appel ;

Dit que l'appel n'est pas fondé ;

Confirme la décision du 11 juillet 2023 (rôle n° FA-010-22), en ce que la Chambre de première instance déclare la demande de Monsieur A. non fondée et confirme entièrement la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 21 septembre 2022 ;

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision.



La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, composée de :

Monsieur Christophe BEDORET, président, Madame Anne WETTENDORFF et Madame Anne VIELLE, le Docteur Marie-Anne RAIMONDI et le Docteur Dominique THIBAUD, membres.

La présente décision est prononcée à l'audience du 22 juillet 2024 par Monsieur Christophe BEDORET, président, assisté de Madame Anne-Marie SOMERS, greffier.

Anne-Marie SOMERS  
Greffier

Christophe BEDORET  
Président