

**DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 27 JUIN 2024  
BRS/F/24-008**

Concerne : **Monsieur A.**  
**Médecin généraliste agréé**  
**Et**  
**B. S.R.L.**

**Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

**1 GRIEF FORMULE**

Un grief unique a été formulé concernant le Docteur A. et la SRL B., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer les 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 la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.**

**Infraction visée à l'article 73 bis, 2° de la LC.**

Il s'agit de 2.930 prestations attestées à l'acte alors que le prestataire a fait le choix de travailler selon le système forfaitaire et ne satisfaisant pas aux possibles exceptions à l'interdiction d'attester à l'acte décrites dans l'A.R. du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales (voir contexte de l'enquête et base légale ci-dessous).

**1.1 Base légale et/ou réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction)**

*Arrêté royal du 23.04.2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales*

Moniteur belge du 30.04.2013 (en vigueur 01.05.2013)

(...)

Section II. - Inscription du bénéficiaire

Art. 15.

§ 1er. Pour pouvoir prétendre au forfait, le bénéficiaire doit s'inscrire auprès du dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné.

Le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global au médecin généraliste ou aux médecins généralistes qui travaillent dans le groupe de dispensateurs de soins.

Lors de son inscription, le bénéficiaire reçoit des informations sur le coût des soins qui lui sont dispensés dans le cadre du paiement forfaitaire. La Commission peut définir le contenu et la forme de ces informations.

Le forfait est dû au dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs à partir du premier mois suivant la date d'inscription et à condition que l'organisme assureur en soit averti par le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins auprès duquel il s'inscrit.

Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins utilise le service " Inscription" d'un logiciel approuvé par la Commission. Par le biais du même service et à condition que l'inscription ne soit pas encore effective, le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins peut notifier l'annulation d'une inscription.

Les dispensateurs de soins visés à l'alinéa précédent peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée.

§ 2. Les dispensateurs de soins qui ont conclu un accord aux conditions de l'article 52, §1er, de la loi en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations, ne peuvent pas dispenser ces prestations contre paiement à l'acte sauf dans le cas d'exception mentionné au paragraphe précédent ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires non inscrits, dans les cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital.

Une exception peut également être faite pourvu qu'il s'agisse de bénéficiaires non inscrits:

- 1° pour des consultations dans un centre de planning familial;
- 2° pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie;
- 3° pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités;
- 4° pour régler la situation particulière de bénéficiaires non inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1°.

Les exceptions visées aux points 1° à 4° de l'alinéa précédent ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse décrivant clairement les dispensateurs de soins, l'activité et le groupe cible. Il faut également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi des exceptions est soumise à la Commission par les dispensateurs de soins. La Commission communique sa décision motivée aux dispensateurs de soins.

Dans tous les autres cas mentionnés dans les accords et dans lesquels il est dérogé aux rémunérations forfaitaires des médecins, toute possibilité de rémunérer les consultations et visites à l'acte est exclue.

(1)<AR 2020-01-20/07, art. 1, 002; En vigueur : 01-05-2020

...

## **1.2 Prestations en cause**

AR du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

AR n° 20 du 13/05/2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

N° code (CNK,...) de la prestation	Rubrique	Libellé court de la prestation	Lettre-clé et coefficient	Entrée en vigueur code-libellé-lettre-clé-coefficient
101076	N01	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N 8 / Q 30	01/05/2013
101135	N01	Avis en vue de la continuité des soins	N 10	14/03/2020
101496	N01	Honoraires de gestion du dossier médical global durant l'année d'ouverture	N 8,415	01/01/2021
103132	N01	Visite par le médecin généraliste	D 4 / E 1 / N 5,6	01/05/2013

### 1.3 Argumentation du SECM

Un dispensateur de soins qui a choisi d'exercer dans une maison médicale au forfait ne peut plus dispenser de prestations contre paiement à l'acte, ni dans la maison médicale, ni en dehors de celle-ci, hors exceptions reprises dans l'art. 15 § 2. de l'A.R. du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales.

Les données de facturation des 2.974 dispensateurs (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) exerçant en MM au forfait pendant la période du 1/02/2019 au 30/06/2021, ont donc été demandées.

De toutes ces prestations facturées, ont été décomptées celles qu'il est permis d'attester à l'acte, ne tombant pas sous le forfait, et les prestations identifiées comme faisant partie des exceptions possibles décrites dans l'A.R. . Pour ce faire, l'identification de ces prestations s'est basée sur les numéros de tiers payant des établissements où ces exceptions pouvaient être attestées. Le format de ces numéros de tiers payant varie selon l'activité et est identifiable par ses premiers chiffres. Ces numéros débutent par exemple par « 678 - » pour un poste de garde, « 782 - » pour un centre de planning familial, ... .

Les prestations reprochées en fin de compte aux dispensateurs dans le PVC du 8/07/2022 ont été établies en tenant compte de dérogations obtenues auprès de la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords (Commission Forfait) par chacun d'entre eux et en éliminant les prestations dans le mois précédant le début du forfait pour les patients inscrits à la MM où travaillent les dispensateurs.

Le docteur A. n'a pas fait de demande de dérogation. 2 prestations de participation à une garde organisée ont pu être identifiées comme telles et ont été éliminées sur base du numéro de tiers payant (TP) du poste de garde de la ... et des listings de garde.

3.057 prestations à l'acte ont finalement été reprochées au docteur A. pour la période du 08/01/2019 au 27/12/2021 dans le PVC du 8/07/2022.

Malgré que le docteur A. travaille à la MM ..., qui est au forfait depuis le 1/02/2012, de nombreuses prestations avec remboursement à l'acte ont été attestées au bénéfice de 786 assurés pour la période du 08/01/2019 au 27/12/2021 (dates de prestation).

Lorsqu'on s'intéresse au nombre de contacts par patient, on constate qu'il y a eu pour 527 patients jusqu'à 3 contacts de facturés, pour 192 autres patients de 4 à 10 contacts, pour encore 44 autres patients de 11 à 20 contacts et que pour 16 patients cela concernait plus de 20 contacts (avec un maximum de 48 contacts). Un contact signifie une consultation, une visite, un avis ou un avis à distance (COVID).

Le top 5 des patients vus le plus fréquemment à l'acte sont :

- Mme C. (NRN ...) avec 48 contacts (période 3/05/2019 – 20/10/2021) dont 3 téléconsultations.
- Mr D. (NRN ...) avec 43 contacts (période 7/08/2019 – 25/11/2021) dont 1 téléconsultation. Son conjoint, Mme E. (NRN ...), a également un suivi chez le docteur A. avec 11 contacts (période 8/08/2019 – 25/11/2021) dont 1 téléconsultation, en 2021 aux mêmes dates que son mari.
- Mr F. (NRN ...) avec 42 contacts (période 8/01/2019 – 7/12/2021). Il a également une ouverture de DMG le 7/12/2021.
- Mr G. (NRN ...) avec 34 contacts (période 15/10/2019 – 23/12/2021) dont 2 téléconsultations. Il a également une ouverture de DMG le 7/12/2021.
- Mr H. (NRN ...) avec 31 contacts (période 22/07/2019 – 24/08/2021) dont 2 téléconsultations.

Mme C., Mr D. et Mr F. ont également été vus à l'acte par les autres médecins de la MM ..., et c'est le cas de bien d'autres patients encore.

Des corrections ont été apportées aux prestations reprochées suite à l'analyse des pièces justificatives fournies par le dispensateur.

En rapport avec la période du 08/01/2019 au 27/12/2021 (dates de prestation), l'infraction est donc relevée pour 2.930 prestations dont 2.874 prestations 101076, 1 prestation 101135, 38 prestations 101496 et 17 prestations 103132 (Voir tableau sous le point 4.7 de la note de synthèse).

En nombre de contacts par patients on retrouve la répartition suivante :

Nombre de contacts par patient	Nombre de patients	Nombre de contacts total
1	304	304
2	146	292
3	83	249
4	59	236
5	43	215
6 - 10	80	596
11 - 20	45	607
22 - 29	9	232
32	1	32
42 - 45	3	129
<b>Total</b>	<b>773</b>	<b>2.892</b>

En partant du postulat que les prestations ont été effectuées, cela voudrait dire que

- la patiente en position numéro 1 en nombre de contact, Mme C., aurait bénéficié de 45 consultations en 30 mois ;
- 138 patients ont bénéficié de plus de 5 contacts, soit plus que le nombre moyen de contacts par an chez un généraliste par bénéficiaire selon l'AIM pour l'arrondissement de ...(<https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>).

Le nombre total de ces contacts s'élève à 1.596, cela représente plus de la moitié du nombre de contacts total.

Pour ce grief l'indu a été évalué à 72.127,61 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 05/02/2024.

## **2 DISCUSSION**

### **2.1. JUSTIFICATIONS DU DISPENSATEUR DE SOINS ET MOYENS DE DÉFENSE**

Le Docteur A. conteste et justifie ses prestations avec les arguments exposés dans le courrier du 28/10/2022 (pièce 0031, folder 'Correspondance avec concerné hors envoi PV'), lors de son audition du 6/12/2022 (pièce 0038, folder 'PV Audition concerné') et dans l'annexe 4 du PV d'audition du 6/12/2022 (pièce 0039, folder 'PV Audition concerné') et dans ses moyens de défense du 6 juin 2024.

Dans ses moyens de défense, le Docteur A. explique que sa Maison médicale se trouve dans le quartier ... qui comporte une grande concentration de patients défavorisés. Pour plusieurs d'entre eux, il s'est avéré très difficile de les inscrire, mais ils avaient besoin de soins. Il a fait le choix de travailler avec une population aussi vulnérable par engagement social. Il produit des chiffres qui montrent la faiblesse et la défavorisation des patients dans la maison médicale expliquant, selon lui, la difficulté d'inscrire ce groupe des patients fort défavorisés.

Or, selon une étude<sup>1</sup>, les pratiques forfaitaires arrivent à toucher un public socio-économiquement vulnérable qui n'a pas ou pas suffisamment accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles. Les pratiques forfaitaires constituent donc une plus-value importante en termes d'accessibilité des soins et de lutte contre les inégalités en matière de santé. Cela ne correspond pas aux explications du Docteur A. selon lesquelles il est difficile d'inscrire les patients défavorisés.

---

<sup>1</sup> Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour », Michel Boutsen, Giulia Camilotti, Tonio Di Zinno, Anne-Françoise Pirson, Pauline Van Cutsem, Katrien Vervoort, 8 décembre 2017, IMA-AIM

### **2.1.1. Pandémie COVID**

Le dispensateur de soins soulève qu'une bonne partie des prestations à l'acte qui sont reprochées par le service sont notamment des prestations réalisées pour assurer la continuité des soins pendant la pandémie. Pendant cette période, les dispensateurs de soins ont été sursollicités.

### **2.1.2. Avis à distance COVID**

Le dispensateur de soins relève que les codes d'avis à distance 101990 et 101135 pouvaient être attestés pour des patients de maisons médicales non-inscrits. Seul un cas a été retenu par le SECM et a été remboursé par le Dr A.

### **2.1.3. Pénurie de médecins généralistes à ...**

Le dispensateur de soins soulève qu'il existe une pénurie de médecins généralistes. Les maisons médicales sont contactées par des patients non-inscrits qui demandent à être vus en situation urgente.

En outre, le Docteur A. fait référence au New Deal, qui fonctionne également avec une population fixe et qui présente des similitudes essentielles avec le système au forfait. Le DMG équivaut à une inscription et il y aurait discrimination entre un médecin à l'acte qui est autorisé à voir des patients avec lesquels il n'a pas de relation durable et un médecin forfaitaire qui n'y est pas autorisé. Les grandes lignes du fonctionnement du New Deal correspondent pleinement aux grandes lignes du fonctionnement du forfait. Le Docteur A. fait la comparaison avec les 25% qui peuvent encore être facturés pour les "patients non inscrits" dans le cadre du New Deal et déclare que, dans sa situation, cela correspondrait à 5,2%, alors que dans le cadre du New Deal, cela ne poserait pas de problème jusqu'à 25 %.

### **2.1.4. Attestation dans le cadre de soins urgents**

Le dispensateur de soins soulève que la majorité des prestations à l'acte reprochées concernant des patients non-inscrits relevaient de l'urgence. Le dispensateur de soins considère que la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait (ci-après commission « Forfait ») a décidé que les prestations réalisées dans le cadre des soins urgents devaient être rétribuées à l'acte et que cela constituerait une coutume. En outre, il allègue que le service des maisons médicales de l'INAMI a également informé par écrit que la demande d'exception n'était pas nécessaire et que les soins urgents pouvaient être facturés dans le cadre du système à l'acte (pièce 15 des moyens de défense). Il invoque également qu'il découle de la jurisprudence de la Chambre de recours que le prestataire de soins doit pouvoir s'appuyer sur une décision d'un organe compétent de l'INAMI (pièce 1 des moyens de défense - KvB 2 juni 2016, AR FB-002-14 p. 5).

Il soulève que les soins urgents dans le secteur des maisons médicales au forfait sont confirmés dans le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026 de la Commission anti-fraude (CAFC) de l'INAMI (pièce 3 - Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026 de la Commission anti-fraude de l'INAMI).

### **2.1.5. Situations spécifiques - Attestations dans le mois civil de l'inscription**

Le dispensateur de soins relève que certaines prestations reprochées concernent des patients qui ont été inscrits au forfait dans la maison médicale. Il s'agit de prestations à l'acte de patients inscrits pendant le mois civil de l'inscription dont le forfait n'avait pas encore pris effet. Ces prestations à l'acte relèvent donc d'une exception autorisée par

l'arrêté royal du 23 avril 2013. Il relève, qu'au sein de la commission Forfait du 26 février 2019, en préparation des amendements à l'arrêté royal de 2013 concernant les maisons médicales, il était admis dans le secteur que l'on était autorisé à voir un patient pendant trois mois avant qu'il ne soit enregistré.

#### **2.1.6. Situations spécifiques - patients « fragiles »**

Le dispensateur de soins relève que des prestations à l'acte ont été dispensées à des patients très fragiles socialement qui, après avoir été vus « à l'acte », ont finalement été inscrits au forfait auprès de la maison médicale. Il y a également des patients très fragiles socialement qui n'ont pas finalisé leur inscription et qui ne sont donc pas inscrits. Il évoque les patients pris en charge par le Cpas dans le cadre du statut « aide médicale urgente », les patients pris en charge par le Cpas qui ne relèvent pas du statut « aide médicale urgente », les nourrissons nés pendant la période du Covid qui n'étaient pas en ordre au niveau de l'enregistrement auprès des services de la population de la Commune et les patients dont le domicile est éloigné de la maison médicale.

#### **2.1.7. Médecin empêché**

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées à des patients qui sont suivis par un médecin, lequel était empêché (maladie, congé ou absence), pour assurer une continuité des soins.

#### **2.1.8. Patient désinscrit qui se présente pour une urgence**

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées à des patients qui se sont désinscrits de la maison médicale mais qui n'arrivent pas à trouver un autre médecin généraliste. Ont été pris en charge dans ce cadre uniquement des cas urgents.

#### **2.1.9. Patient habitant hors zone**

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont été dispensées pour des patients qui habitent en dehors de la zone d'inscriptions et de soins de la maison médicale. Eu égard à la pénurie de médecins généralistes à ..., ces prestations à l'acte ont été dispensées uniquement dans le cadre de soins urgents.

#### **2.1.10. Ouverture et prolongations de dossiers médicaux globaux**

Le dispensateur de soins ne conteste pas ces prestations reprochées. Il explique qu'il s'agit d'erreurs administratives.

#### **2.1.11. Répartition des prestations à l'acte reprochées entre tous les dispensateurs de soins de la maison médicale :**

Le dispensateur de soins explique que certaines prestations à l'acte ont pu être dispensées par un autre prestataire de la maison médicale. La délégation de la facturation a été faite au staff administratif. Il convient donc de diviser les prestations reprochées entre les différents prestataires de la maison médicale, s'agissant ici de la pratique du groupe.

#### **2.1.12. Manque d'informations des prestataires de soins travaillant au forfait en maison médicale :**

Le dispensateur de soins soulève que l'INAMI, et plus particulièrement le SECM, qui a une obligation légale d'informer, n'a pris aucune mesure en ce sens alors que l'INAMI est conscient que ces règles complexes ne sont pas connues du groupe de médecins concerné.

### **2.1.13. Demande du dispensateur de soins**

Dans ses moyens de défense du 6 juin 2024, le Docteur A. demande :

- Que les faits reprochés n'étant pas prouvés, ils ne peuvent être retenus ;
- Que les faits reprochés ne sont pas contraires à l'article 73bis de la loi SSI ;
- *Subsidiairement*, qu'il a agi conformément aux directives de la Commission Forfait et du service des Maisons médicales de l'Inami ;
- *Plus subsidiairement*, procéder à la « mise en classe sans suite » ou donner un avertissement ou ne pas imposer d'amende administrative ;
- *A titre encore plus subsidiaire*, de lui donner un avertissement, compte tenu de sa bonne foi et du fait qu'il n'a pas d'antécédents ;
- *A titre le plus subsidiaire*, de ne pas lui imposer d'amende administrative en tenant compte de sa bonne foi et du fait qu'il n'a pas d'antécédents.

## **2.2. REPONSE DU SECM**

### **2.2.1. Pandémie COVID**

Le service ne peut pas retenir l'argument avancé.

L'interdiction d'attester à l'acte, telle que décrite dans l'arrêté royal du 23/04/2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales, est restée d'application sans modification pendant la pandémie COVID.

La réglementation « maison médicale » était alors inchangée, ce qui signifie que les prestataires de soins de santé auxquels s'appliquait l'arrêté royal devaient toujours en respecter le contenu sans pouvoir, par exemple, se prévaloir d'exceptions supplémentaires.

### **2.2.2. Avis à distance COVID**

Il y a eu 74 codes d'avis à distance 101135 et 54 codes 101990 d'attestés au nom du docteur A.

Le service considère que l'attestation de codes d'avis à distance étant permise pour des patients non inscrits, ces prestations ne sont plus retenues à grief et ont fait l'objet d'un corrigendum adressé le 23/02/2023 au dispensateur.

127 avis à distances chez les patients non inscrits ont été retirés des prestations reprochées dans le PVC.

Néanmoins, le service relève que la majorité de ces prestations à distance retirées avaient été attestées au bénéfice d'assurés déjà connus du dispensateur de soins avant la pandémie COVID.

Une prestation 101135 est néanmoins retenue à grief car attestée pour un patient inscrit, cas qui n'est pas contesté par le Dr A.

### **2.2.3. Pénurie de médecins généralistes**

En Belgique, un dispensateur de soins a le choix de travailler selon 2 systèmes de facturation, l'un est la pratique à l'acte et l'autre est une pratique forfaitaire.

Le dispensateur de soins a fait librement le choix de travailler sous le mode de remboursement « au forfait » et doit dès lors respecter la réglementation applicable en la matière.

Le fait qu'il y ait une pénurie de médecins généralistes dans certaines régions ne signifie pas que l'arrêté royal du 23/04/2013 ne serait plus applicable.



Par ailleurs, le site de l'Agence Intermutualiste (AIM)<sup>2</sup> reprend dans le tableau ci-dessous l'évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans l'arrondissement de ...

	2018	2019	2020	2021
Bruxelles	1 109	1 133	1 178	1 237

Une légère augmentation du nombre de médecins généralistes est à noter. Si on se réfère au nombre de bénéficiaires par nombre de médecins généralistes, le nombre de bénéficiaires par médecin diminue :

	Bruxelles	
	Nombre de médecins généralistes	Nombre de bénéficiaires <sup>(1)</sup>
2018	1 109	1 110 925
2019	1 133	1 115 989
2020	1 178	1 115 509
2021	1 237	1 118 041

Il n'y a donc pas de corrélation entre la pénurie connue de longue date de médecins généralistes, le profil de prestations attestées à l'acte du dispensateur et la discordance entre son profil et celui d'autres médecins généralistes au forfait

L'argument de la pénurie des médecins généralistes justifiant la facturation à l'acte du dispensateur de soins n'est donc pas pertinent.

Concernant la comparaison avec le New Deal, on constate qu'il s'agit d'un nouveau mode de financement que le prestataire de soins peut choisir. Tout comme le docteur A. a choisi de travailler pour la maison médicale, un médecin généraliste peut également choisir de s'inscrire au New Deal. Comme on peut le lire sur le site de l'INAMI<sup>3</sup> :

### **Votre cabinet peut-il opter pour le nouveau modèle ?**

Toute « forme » de médecine générale peut rejoindre ce système : médecin solo, cabinet de groupe ou cabinet en réseau, qu'il soit issu du système de financement à la prestation ou du système de financement forfaitaire des maisons médicales.

#### **Voici les conditions à remplir par les cabinets de groupe ou en réseau :**

- Un cabinet généraliste doit adhérer dans son intégralité : chaque médecin généraliste du cabinet doit soutenir la candidature.
- Le cabinet de groupe ou en réseau doit être enregistré comme groupement via ProSanté.be
- Le cabinet de groupe ou en réseau doit travailler avec un dossier patients partagé.
- Utiliser des outils d'intégration, tels que les dossiers patients électroniques et homologués partagés, les concertations de soins et les réunions de coordination.

Chaque médecin généraliste du cabinet doit être accrédité au moment de l'inscription.

<sup>2</sup> <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

<sup>3</sup> [Un nouveau modèle de financement et d'organisation pour votre cabinet de médecin généraliste \(New Deal\) | INAMI \(fgov.be\)](#)

Le Docteur A. n'est pas obligé de travailler dans une maison médicale, c'était son choix. Par contre, il est obligé de respecter les règles qui accompagnent son propre choix.

Les différents systèmes de financement cohabitent et ont chacun leurs propres conditions. Il n'est pas possible pour le prestataire de soins de choisir et de combiner librement les aspects les plus attractifs des différents systèmes.

Le service maintient les prestations à charge telles que constatées.

#### **2.2.4. Attestation dans le cadre de soins urgents**

L'arrêté royal du 23/04/2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales, ne permet pas d'attester à l'acte des prestations sous la justification générale qu'il s'agirait de soins urgents.

Le dispensateur de soins se base sur des extraits de comptes-rendus de réunions de la Commission « Forfait », sortis de leurs contextes.

Ces extraits d'échanges intervenus entre des membres de la commission forfait ne constituent pas une décision ou autorisation générale de l'INAMI visant à permettre aux dispensateurs de soins qui ont adhéré au forfait de facturer à l'acte des prestations dispensées à des patients non-inscrits au motif qu'il s'agirait de soins urgents.

Premièrement, ces rapports ne sont pas publics, précisément parce qu'il s'agit de discussions purement internes et qu'ils ne peuvent être considérés comme des « décisions » de la Commission Forfait, ni comme une réglementation qui pourrait être assimilée à l'arrêté royal du 23/04/2013.

Deuxièmement, les discussions de la Commission Forfait portent toujours sur des échanges entre membres qui ne peuvent être envisagés sans leur contexte.

Un prestataire de soins peut demander une dérogation à la Commission Forfait. Le courriel du 19 décembre 2022, signé par Madame I. et plusieurs fois évoqué, ne précise pas expressément que les prestations portées en compte par le Dr A. seraient autorisées sans aucun doute. Il précise que les soins prodigués aux touristes et aux étudiants ne sont normalement accordés que lorsqu'il s'agit de soins urgents. Ils ne sont pas littéralement répertoriés comme « autorisés ». De plus, le courrier électronique date d'après la période d'investigation et la réponse ne peut donc être lue de manière rétroactive pour les prestations réalisées pendant la période d'investigation.

Le Dr A. invoque également de la jurisprudence de la Chambre de recours selon laquelle le prestataire de soins doit pouvoir s'appuyer sur une décision d'un organe compétent de l'INAMI (légitime confiance).

Les principes généraux de bonne administration, comme la « légitime confiance », ne peuvent pas être invoqués s'ils aboutissent à une politique ou une décision contraire aux dispositions légales (Cass, 14.06.1999, J.T.T., 1999, p. 384, Cass., 30.10.2000, JTT, 2000, p. 497, Cass., 26.05.2003, S 010108 F et Cass., 29.11.2004, S 030057 F, Larcier Cass, 2005, p. 34, n°184).

Dans le même sens, la jurisprudence constante du Conseil d'Etat souligne que ce principe ne permet pas de revendiquer le maintien d'une situation irrégulière et il ne permet pas de justifier une décision illégale<sup>4</sup>.

Le dispensateur de soins ne peut pas non plus être suivi au regard de la « coutume » qui aurait été créée. Les rapports de la Commission forfait n'étant pas publiés dans

---

<sup>4</sup> Voy. notamment: C.E., arrêt n°254.300, 29.07.2022 et C.E., arrêt n°257.714, 24.10.2023.

leur intégralité, ils ne sont normalement pas connus du public. Il ne peut être question de « droit coutumier » quand ne sont pas concernées des décisions officielles prises par l'institution et portées à la connaissance du public. Cela porterait atteinte à la sécurité juridique si les échanges entre membres lors d'une réunion de la Commission devaient s'appliquer au-delà des règles relatives à l'assurance soins de santé et indemnités publiées au Moniteur belge. L'administration n'a pris aucun engagement (ni promesse) concret<sup>5</sup>.

En tout état de cause, une règle de droit non écrite, comme la « coutume », ne peut ajouter à la norme écrite lorsqu'une situation est réglée par celle-ci.

Concernant le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026, il y est précisé qu'une urgence médicale est en principe un phénomène rare en médecine générale.

La section sur les maisons médicales du plan d'action commence clairement en indiquant que plusieurs types d'infractions sont répertoriés pour lesquels des mesures seront prises lors de la mise en place du plan.

Le fait que le secteur estime que les règles d'exception de l'article 15, § 2 de l'arrêté royal du 23/04/2013 ne seraient pas suffisamment clairement formulées et/ou seraient pratiquement inadéquates n'équivaut pas à dire que l'INAMI a formulé ce point de vue. L'INAMI a établi que cela semble être le cas pour le secteur et étudie quelles sont les alternatives possibles. Cela ne signifie pas en soi que les réglementations, actuellement en vigueur, ne doivent plus être respectées. Dans le cas contraire, tout prestataire de soins pourrait prétendre que les réglementations ne sont pas suffisamment claires et qu'il ne doit donc pas les respecter.

Le Conseil d'Etat a d'ailleurs jugé que si un dispensateur de soins considère que la réglementation ne serait plus/pas adaptée, il ne lui appartient pas « *sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet* »<sup>6</sup>.

En outre, le plan d'action évoqué n'a été publié sur le site Internet de l'INAMI qu'après la période contrôlée. Ce document n'a donc pas semé la « confusion » au moment des faits, comme semble le laisser entendre le prestataire de soins.

### **2.2.5. Attestations dans le mois civil de l'inscription**

Lorsque le service a procédé à l'analyse d'origine, les prestations attestées pour chaque patient dans le mois qui précède le début du forfait ont été écartées des prestations à l'acte du dispensateur.

L'affirmation selon laquelle « *il était admis dans le secteur que l'on était autorisé à voir un patient pendant trois mois avant qu'il ne soit enregistré* » est contraire aux dispositions de l'arrêté royal du 23.04.2013 et en particulier à son article 15 §1 et §2. Ces dispositions prévoient que les prestations et honoraires « à l'acte » sont possibles pour « *les bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription* », « *le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période maximum de trois mois qui ne peut être renouvelée* »<sup>7</sup> ou « *pour les bénéficiaires non inscrits, dans le cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital* ».

---

<sup>5</sup> Antwerpen (burg.) (B6Me k.) 17 avril 2023, nr. 2021/AR/1165.

<sup>6</sup> C.E., Reynart c. Inami, arrêt n°130202 du 9 avril 2004

<sup>7</sup> Nous soulignons

Il n'est nullement prévu qu'une dérogation au délai d'un mois ou de trois mois soit possible pour la période qui précède l'enregistrement, sauf et uniquement dans les cas visés à l'article 15 §2.

La réglementation en matière de soins de santé est d'ordre public et d'interprétation stricte<sup>8</sup>.

Par ailleurs, dans l'extrait du procès-verbal de la Commission forfait du 26 février 2019, il a été uniquement répondu à la question posée que « *le délai de trois mois serait annulé* »<sup>9</sup>, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

En tout état de cause, la Commission forfait ne peut modifier, ajouter ou retrancher au texte clair de l'arrêté royal du 23.04.2013.

Le dispensateur de soins n'apporte pas de pièces pour appuyer son argument.

### **2.2.6. Situations spécifiques - patients « fragiles »**

#### **2.2.6.1. Les patients pris en charge par le CPAS dans le cadre du statut « aide médicale urgente »**

Le service relève qu'un patient CPAS « AMU » (aide médicale urgente) est un patient inscrit au CPAS et dont les soins sont pris en charge par le SPF intégration sociale. Ces patients ne sont pas inscrits auprès d'une mutualité.

Les prestations effectuées dans ce cadre-ci ne sont donc pas remboursées par une mutualité et ne se retrouvent en principe pas dans les données de facturation du dispensateur. Cela a été confirmé par le CPAS de ... et les organismes assureurs.

Le Dr A. prétend que certaines prestations ont été introduites pour remboursement par le CPAS après que le patient ait été régularisé et inscrit auprès d'une mutualité.

Le SECM a fait ces vérifications au cours de l'enquête et aucune prestation de ce type n'a pu être identifiée.

Ces prestations à l'acte restent reprochées.

#### **2.2.6.2. Les patients pris en charge par le CPAS en dehors du statut « aide médicale urgente »**

Le service relève qu'un patient CPAS « non AMU » est inscrit auprès d'une mutualité et donc éligible à l'inscription au forfait.

De nombreux CPAS exigent notamment en vue de l'octroi de la carte médicale l'ouverture d'un dossier médical global auprès d'un médecin généraliste conventionné et agréé avec le CPAS.

Le patient CPAS « non AMU » doit donc s'inscrire au forfait pour l'ouverture de son DMG, s'il choisit de consulter un dispensateur en maison médicale au forfait.

Ces prestations à l'acte restent reprochées.

#### **2.2.6.3. Les nourrissons nés pendant la période du Covid qui n'étaient pas en ordre au niveau de l'enregistrement auprès des services de la population de la commune**

Le service relève que la liste des prestations reprochées a été vérifiée pour les prestations attestées chez des enfants nés entre le 01/03/2020 et le 31/12/2020.

---

<sup>8</sup> Voy. notamment: C.trav.Mons, 03.05.1998, BI INAMI, 1998/3, p.387 ; C.trav.Mons, 26.06.1998, BI INAMI, 1998/3, p. 388 ; C.trav.Anvers, 13.02.2001, BI INAMI, 2001/2, p. 238, et C.trav.Bruxelles, 10.04.2003, BI INAMI, 2003/3, p. 343

<sup>9</sup> Nous soulignons

Toutes les prestations ont été effectuées à une période bien ultérieure à la date de leur naissance et hors période de difficulté à l'enregistrement de l'enfant au service « population » de la Commune.

Ces prestations à l'acte restent reprochées.

**2.2.6.4. De façon générale**, le service relève que l'article 15, §1<sup>er</sup>, dernier alinéa, de l'arrêté royal du 23/04/2013 relatif aux maisons médicales prévoit que (nous soulignons)

*« Les dispensateurs de soins visés à l'alinéa précédent peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée. ».*

Les exceptions prévues dans la réglementation permettent des prestations à l'acte dispensées aux bénéficiaires qui sont inscrits (dans le mois civil de l'inscription ainsi que pendant 3 mois pour une inscription avec option du bénéficiaire).

La réglementation n'autorise nullement des prestations à l'acte par des dispensateurs de soins qui ont opté pour le forfait dans l'attente d'une inscription du bénéficiaire.

#### **2.2.7. Médecin empêché**

Ces prestations ne font pas partie des exceptions permises pour les dispensateurs de soins ayant opté pour le forfait, le SECM ne peut donc pas les accepter.

#### **2.2.8. Patients désinscrits qui se présente pour une urgence**

Une réinscription au forfait du patient était dans de tels cas possible.

Ces prestations ne font pas partie des exceptions permises, le SECM ne peut donc pas les accepter.

#### **2.2.9. Patients habitant hors zone**

Le service relève que la zone d'action de la Maison médicale ... comprend les communes de ...

Les patients concernés par ces prestations viendraient dans le cadre de soins urgents d'une autre commune ... ou d'ailleurs.

Ces prestations ne font pas partie des exceptions permises, le SECM ne peut donc pas les accepter.

#### **2.2.10. Ouverture et prolongations de dossiers médicaux globaux**

Le dispensateur de soins ne conteste pas ces prestations reprochées.

Il explique qu'il s'agit d'erreurs dont l'indu a été remboursé.

#### **2.2.11. A diviser entre tous les prestataires**

Le service relève que la responsabilité des faits est attribuée au Docteur A., les prestations reprochées ayant été attestées à l'assurance soins de santé à son nom.

Toutes les prestations à l'acte effectuées à la Maison médicale ... ne sont pas attestées qu'au nom du docteur A. mais elles sont réparties au nom de tous les dispensateurs de la Maison Médicale ....

Il n'y a donc pas de raison de diviser les prestations reprochées au Dr A. par le nombre de prestataires. Ses assistants attestent d'ailleurs en son nom conformément à l'art. 1 § 4ter.2 de la Nomenclature des prestations de santé.

### **2.2.12. Manque d'informations**

Le service relève que, sur le site de l'INAMI, une rubrique est consacrée au système forfaitaire. Les données de contact du Service des Soins de Santé (Mh-Mm) s'occupant de ce sujet sont également reprises sur le site et ce service est joignable pour toute question.

Le Service des Soins de Santé Mh-Mm transmet les circulaires concernant les maisons médicales aux maisons médicales au forfait qui sont leurs interlocuteurs fixes.

Les fédérations de Maisons médicales sont représentées dans la Commission Forfait et sont le lien entre les Maisons médicales, l'INAMI et les OA.

Le manque d'informations ne peut être invoqué.

### **3. QUANT À L'INDU**

Le grief a entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 72.127,61 euros.

Le grief étant fondé, il y a lieu de condamner le Docteur A. au remboursement de l'indu, en application de l'article 142, §1er, alinéa 1er, 2°, de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, soit la somme de 72.127,61 euros.

Cependant, c'est la SRL « B. » qui a perçu ces remboursements.

Dès lors, en application de l'article 164, alinéa 2 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994, la SRL « B.» doit être condamnée solidairement avec le Dr A. au remboursement des sommes induites, soit 72.127,61 euros.

Le Docteur A. a procédé au remboursement total de l'indu le 05/02/2024.

**PAR CES MOTIFS,**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

**APRES EN AVOIR DELIBERE,**

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare le grief établi ;
- Condamne le Docteur A. et la SRL B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 72.127,61 euros ;
- Constate que ce montant a été remboursé ;

Ainsi décidé à Bruxelles, le (date de la signature).

Le Fonctionnaire-dirigeant,