



# Rapport annuel du SECM

## Activités en 2024



Service d'évaluation et de contrôle médicaux

# Avant-propos

C'est avec fierté que je vous présente le rapport d'activités du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI. Ce service d'inspection a notamment pour mission de prévenir et combattre la facturation indue de soins de santé. Ce rapport offre un aperçu clair des résultats obtenus et des efforts continus déployés par notre service au cours de l'année écoulée.

Grâce à l'engagement quotidien et à l'implication de nos collaborateurs (inspecteurs sociaux, juristes, analystes de données, collaborateurs administratifs), nous avons à nouveau réalisé des avancées importantes dans la lutte contre la facturation indue de soins de santé. Leur expertise, leur détermination et leur intégrité constituent le fondement de notre approche. Chaque jour, ils démontrent leur professionnalisme et leur dévouement, permettant à l'INAMI de faire réellement la différence pour les patients qui comptent sur des soins de santé de qualité.

On pense souvent à l'intelligence artificielle et à l'analyse de risques comme solutions à la lourde charge de travail des services d'inspection. Bien que ces outils soient des atouts précieux dans la lutte contre la fraude, la véritable marge de progrès réside dans la preuve. Détecter et prouver les infractions est ce qui exige le plus d'énergie et de temps. Cet aspect reste souvent sous-estimé et parfois difficile à expliquer. Dans nos activités, une preuve solide demeure la clé du succès. La collecte, l'analyse et la documentation rigoureuses des faits nous permettent d'agir de manière responsable et efficace contre les facturations indues des dispensateurs de soins. La collaboration des patients est, à cet égard, indispensable. Leur bonne volonté pour partager des informations et participer aux actions de contrôle contribue directement à l'équité et à la transparence de la facturation des soins. Ensemble, avec les patients, nous pouvons bâtir un système de santé où la confiance et l'intégrité sont centraux. Il est essentiel d'écarter les quelques fraudeurs, non seulement parce qu'ils détournent des fonds publics, mais aussi parce qu'ils ternissent l'image des dispensateurs de soins en général et ébranlent la confiance des patients.

Le SECM ne se limite pas à des actions de contrôle *individuelles*. Ce rapport présente à nouveau un bel aperçu de la diversité de nos actions, telles que notre action de contrôle *nationale* sur la facturation des examens duplex couleur par les urologues ou notre action de sensibilisation auprès des médecins généralistes concernant la facturation de contacts urgents.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les collaborateurs du SECM pour leur engagement sans faille, ainsi que l'immense majorité des dispensateurs de soins qui facturent chaque jour correctement. Ce n'est qu'ensemble que nous pouvons garantir l'accessibilité à des soins abordables et de qualité, où la fraude n'a pas sa place.

*Philip Tavernier*  
*Médecin-directeur général du SECM*

Décembre 2025

# Table des matières

Avant-propos .....	2
Partie 1 – Présentation du SECM .....	5
I. Mission.....	5
1. Missions légales .....	5
2. Plan stratégique 2022-2025.....	6
II. Structure organisationnelle .....	8
III. Méthode de travail .....	8
IV. Personnel et formation.....	10
Partie 2 – Origine de nos actions .....	13
I. Signalements externes.....	13
II. Propositions internes.....	14
Partie 3 – Actions .....	16
I. Sensibilisation et information.....	16
1. Actions de sensibilisation par courrier.....	16
2. Conférences .....	18
3. Brochures d’information.....	19
II. Propositions d’amélioration de la réglementation.....	19
1. Réforme structurelle de la nomenclature .....	20
2. Adaptations de la nomenclature .....	20
3. Indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales.....	22
III. Contrôle et récupérations .....	25
1. Décisions du médecin-inspecteur général.....	25
2. Concernés .....	26
3. Évolution 2020-2024.....	28
4. Suivi des procédures contentieuses .....	29
5. Lutte contre la fraude .....	36
IV. Missions nationales .....	40
1. Facturation d’examens duplex couleur .....	40
2. Facturation de cathéters et accessoires pour l’examen électrophysiologique et l’ablation percutanée.....	42
3. Facturation de prestations psychiatriques avec une durée minimale.....	43
4. Dépassement des limites de valeurs P.....	45
5. Facturation de soins infirmiers effectués dans des institutions pour personnes handicapées.....	47

6.	Facturation de walker boots .....	48
7.	Respect des critères de remboursement des anti-TNF en cas d'arthrite rhumatoïde .....	49
8.	Contrôle primaire de la réduction mammaire .....	51
9.	Circulaires aux organismes assureurs .....	52
Partie 4 – Collaborations.....		54
I.	Passerelle : Audit des hôpitaux.....	54
1.	Audit sur la chirurgie complexe .....	54
2.	Audit sur les prothèses de hanche.....	55
II.	Affaires internationales : EHFCN .....	55
1.	<i>Open House</i> .....	56
2.	<i>Joint event</i> avec l'Association internationale de la mutualité .....	56
3.	Webinaires .....	57
III.	Évaluation des performances de gestion des organismes assureurs .....	58
1.	Communication via IDES de propositions de motivation de l'état d'incapacité .....	58
2.	Respect des règles de remboursement de certaines prestations de soins de santé.....	59
3.	Qualité des données via NewAttest.....	59
IV.	Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026 .....	60
Partie 5 – Impact.....		61
I.	Impact de nos actions de 2021.....	61
1.	Méthodologie globale .....	61
2.	Impact des procès-verbaux de constat sur la facturation .....	62
3.	Impact des missions nationales .....	65
II.	Impact financier total en 2024 .....	68
1.	Remboursements et amendes.....	68
2.	Dépenses diminuées .....	69
3.	Impact financier global .....	69
Liste des abréviations.....		70
Plus d'informations ? .....		71

# Partie 1 – Présentation du SECM

## I. MISSION

En vue d'une utilisation optimale du budget public destiné à l'assurance soins de santé, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM<sup>1</sup>) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) veille à ce que les acteurs concernés remplissent correctement leurs obligations dans le cadre légal et réglementaire. Ces acteurs sont les dispensateurs de soins, les gestionnaires des institutions de soins, les organismes assureurs (O.A.) et les assurés sociaux. Le SECM suit en outre l'évolution des connaissances scientifiques en vue de davantage d'*appropriate care* (soins nécessaires, scientifiquement étayés et efficaces). Le rôle sociétal du SECM est aujourd'hui d'autant plus pertinent : en période d'économies en particulier, il faut préserver un système de soins de santé financièrement accessible et de qualité tel que le nôtre.

Concrètement, nous voulons avoir un impact sur le comportement de facturation<sup>2</sup> et de prescription d'un maximum de dispensateurs de soins. Pour ce faire, nous avons développé une stratégie à plusieurs axes (évaluer, informer, contrôler). Après une analyse du comportement de facturation et de prescription, nous réalisons les actions les plus appropriées, telles que :

- ✦ des actions de sensibilisation pour prévenir les infractions ;
- ✦ des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé ou de la réglementation, afin de les rendre plus claires et univoques ;
- ✦ des actions de contrôle pour constater les infractions ;
- ✦ une suspension provisoire du paiement des prestations via le régime du tiers payant.

### 1. Missions légales

Le législateur a notamment confié les missions suivantes<sup>3</sup> au SECM :

- ✦ fournir des informations aux dispensateurs de soins afin d'éviter toute infraction à la réglementation ;
- ✦ évaluer les prestations, prescrites ou effectuées, de l'assurance soins de santé et examiner la façon dont des groupes de dispensateurs de soins exercent leur activité ;
- ✦ contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité, conformément aux dispositions de la loi, et sur le plan de l'*appropriate care* ;
- ✦ exécuter les décisions du fonctionnaire dirigeant, de la chambre de première instance et de la chambre de recours.

---

<sup>1</sup> Une [liste des abréviations](#) utilisées se trouve à la fin du rapport, p. 70.

<sup>2</sup> Par « facturation », nous entendons la facturation (ou attestation) à l'assurance soins de santé.

<sup>3</sup> Art. 139 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

## 2. Plan stratégique 2022-2025

Afin de remplir sa mission, le SECM a défini 4 domaines de vision. Toutes les équipes y ont identifié des actions clés et des points d'attention, qui ont été traduits en 11 objectifs stratégiques, dans le cadre d'un plan stratégique pour le SECM de 2022 à 2025.

Un tel plan stratégique avec des priorités claires augmente l'efficacité et la transparence des activités d'inspection. Il clarifie également l'utilisation des fonds publics. Il s'agit par ailleurs d'une main tendue à l'intérieur et à l'extérieur de l'INAMI pour assumer collectivement notre responsabilité d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles en matière de soins de santé.

### a) Domaines de vision

Dans ce rapport annuel, nous nous concentrons sur les 2 premiers domaines de vision : d'une part, le fonctionnement de notre service et, d'autre part, la relation avec les partenaires et les parties prenantes. Les 2 autres domaines de vision concernent le fonctionnement interne et nos collaborateurs.

En tant que service d'inspection, il est important que le fonctionnement donne des résultats concrets et ait un impact mesurable. Dans le cadre de la sécurité sociale, cela concerne principalement les résultats financiers, sans oublier pour autant l'accessibilité et la qualité des soins. L'accent mis sur les résultats financiers doit en effet être en équilibre avec la gravité des infractions. Il est donc important que le SECM soit à la fois orienté vers les résultats et juste.

La relation du SECM avec ses partenaires et les parties prenantes doit être efficace. Cela ne peut se faire qu'en travaillant ensemble et en recherchant des synergies dans un contexte où tous les intéressés partagent les données de manière transparente afin que chacun puisse assumer sa responsabilité.

### b) Objectifs stratégiques

6 des 11 objectifs stratégiques du SECM sont liés aux 2 premiers domaines de vision, à savoir le fonctionnement et la relation avec les partenaires et les parties prenantes.

#### **1. Analyses de risques systématiques et étendues avec des priorités claires**

Le SECM reçoit chaque année suffisamment de signalements externes pour avoir un réel impact avec les effectifs actuels. En filtrant ces signalements dès le départ grâce à des analyses supplémentaires, le SECM peut se concentrer sur les infractions les plus importantes et les indications de fraude. Cela nous permet de consacrer plus de temps à nos propres analyses de risques, afin de détecter d'autres fraudes et infractions.

Depuis 2022, ces analyses de risques sont effectuées systématiquement – sur une période de 3 à 4 ans – pour chaque partie du budget des soins de santé pour laquelle le SECM est compétent.

#### **2. Impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins**

Ce n'est pas nouveau, mais c'est essentiel. Chaque action du SECM a pour objectif d'avoir un impact concret et mesurable sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins. Cela signifie également que le SECM recherche l'action la plus appropriée pour avoir le même impact avec des activités qui prennent moins de temps.

### **3. Prévention structurelle des erreurs administratives, de la réglementation peu claire et des violations intentionnelles de la réglementation (fraude)**

Mettre un emplâtre sur une jambe de bois ne sert pas à grand-chose. Il est essentiel de prévenir les infractions, mais en tant que service d'inspection, nous n'avons qu'un rôle partiel à jouer dans ce domaine. Les différents types d'infraction requièrent une approche différente. Une erreur administrative peut souvent être évitée grâce à une adaptation du logiciel de facturation, en rendant impossible la facturation de ce qui n'est pas autorisé. L'utilisation abusive d'une réglementation peu claire doit être traitée au niveau de la réglementation elle-même, par le biais d'une modification de la nomenclature ou d'une règle interprétative. Les infractions intentionnelles (fraude) concernent un groupe très restreint de dispensateurs de soins qui facturent souvent des montants très élevés. Ils sont toujours à la recherche des failles du système et, trop souvent, celui-ci est conçu pour la majorité des dispensateurs de soins bien intentionnés sans tenir compte du risque de fraude.

### **4. Sentiment d'équité de la part du SECM parmi les dispensateurs de soins et les assurés**

Les infractions intentionnelles (fraude) sont plus graves que les erreurs administratives et doivent être traitées plus sévèrement. Un dispensateur de soins ayant fraudé fera l'objet d'un suivi proactif de son comportement de facturation. Le paiement effectif du montant porté à grief et de la sanction administrative après une décision définitive du fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives est également un point d'attention majeur.

### **5. Implication et responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins**

Les dispensateurs de soins et les assurés doivent prendre leurs responsabilités. Toutefois, ils ne peuvent le faire pleinement que s'il y a transparence et qu'ils sont aussi entièrement impliqués. Pour le dispensateur de soins, cela signifie avoir une vue sur son comportement de facturation par rapport aux dispensateurs de soins avec une patientèle similaire. Pour les assurés, il s'agit d'avoir une visibilité sur ce qui a été facturé en leur nom (par des attestations de soins donnés, mais aussi directement auprès des O.A. par le régime du tiers payant).

### **6. Utilisation efficace de l'expertise externe et des moyens d'inspection dans le cadre de la collaboration/synergie, de l'échange d'information et développement d'une expertise commune/partage des connaissances**

Il s'agit en particulier d'améliorer la coopération avec les autres services au sein de l'INAMI, les O.A. et les dispensateurs de soins. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) est également un partenaire important dans le cadre de *l'appropriate care*.

Pour assurer le suivi de ces objectifs, ainsi que des autres objectifs stratégiques, le SECM a établi des indicateurs clés de performance (*key performance indicators – KPI*), qui sont suivis dans un tableau de bord.

## II. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le SECM est organisé selon la structure suivante.

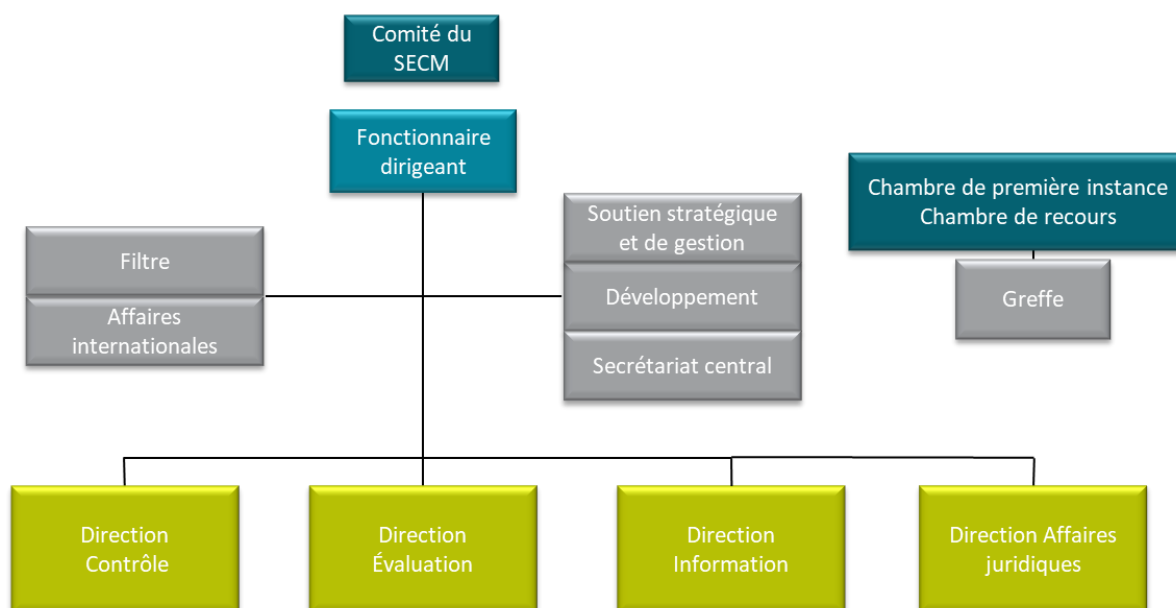


Illustration 1. Structure organisationnelle du SECM

## III. MÉTHODE DE TRAVAIL

Une action du SECM peut résulter d'un signalement externe ou d'une proposition interne. Un signalement externe correspond à une plainte, une requête ou une mission venant de l'extérieur. Une proposition interne provient de nos propres analyses de risques. Nous réalisons celles-ci depuis 2022 de manière systématique pour tous les groupes professionnels (sur une période de 3 à 4 ans).

Une équipe centralisée, appelée « Filtre », reçoit et analyse les signalements externes et les propositions internes. Elle les confronte aux compétences du SECM, aux priorités stratégiques et aux moyens disponibles. Elle émet ensuite un avis à l'attention du *Beslissingsorgaan*/organe décisionnel (BOD). Celui-ci est composé de responsables du Filtre et des directions Information, Contrôle, Évaluation et Affaires juridiques. Il décide quelle action le SECM entreprendra et quels moyens devront être mis en œuvre à cette fin.

Le BOD individuel confie les missions à finalité individuelle à un dirigeant qui assurera le suivi des travaux du gestionnaire de dossiers. Les missions sont suivies en réunion provinciale.

Le BOD thématique confie des missions d'action à portée générale ou nationale à une équipe multidisciplinaire généralement composée de représentants des directions Information, Contrôle et Évaluation. Cette équipe est soutenue par la cellule data, qui analyse les données de facturation et apporte une aide technique aux inspecteurs sociaux (par exemple pour extrapoler les résultats selon la formule légale et déterminer la taille de l'échantillon). Les missions décidées par le BOD peuvent impliquer diverses actions telles qu'une analyse supplémentaire, une communication d'informations et/ou une action de contrôle nationale. Le SECM mène en l'occurrence une stratégie à multiples axes : informer, contrôler et évaluer (ICE). Les actions peuvent être menées simultanément ou

successivement. Les circonstances factuelles indiquent généralement quelles actions sont appropriées et dans quel ordre.

Les collaborateurs du SECM évaluent le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins en fonction :

- ✦ du respect de la nomenclature et de l'application des règles connexes ;
- ✦ de la conformité aux connaissances scientifiques (*evidence-based medicine* [EBM]) dans le cadre de l'*appropriate care*.

La communication d'informations peut se faire sous diverses formes :

- ✦ mise à jour de brochures d'information ;
- ✦ envoi de lettres de sensibilisation à un groupe de dispensateurs de soins comparables ;
- ✦ conférences pour des groupes cibles bien définis ;
- ✦ publication d'informations sur le site web de l'INAMI ;
- ✦ réponses aux questions de la presse.

Les actions de contrôle ont pour objectif de vérifier si les dispensateurs de soins ont commis des infractions et indûment facturé des prestations à l'assurance soins de santé. Dans le cas d'une action de contrôle nationale, nous examinons le comportement de facturation d'un grand groupe comparable de dispensateurs de soins sur la base des mêmes critères et selon une méthodologie convenue au préalable.

Les actions susmentionnées sont menées par une équipe multidisciplinaire dont la méthodologie est suivie, sur la base de projets, par le comité de pilotage ICE. L'équipe fait ensuite rapport au BOD thématique et peut formuler des propositions d'actions supplémentaires.

L'illustration ci-dessous présente schématiquement le processus de travail interne du SECM.

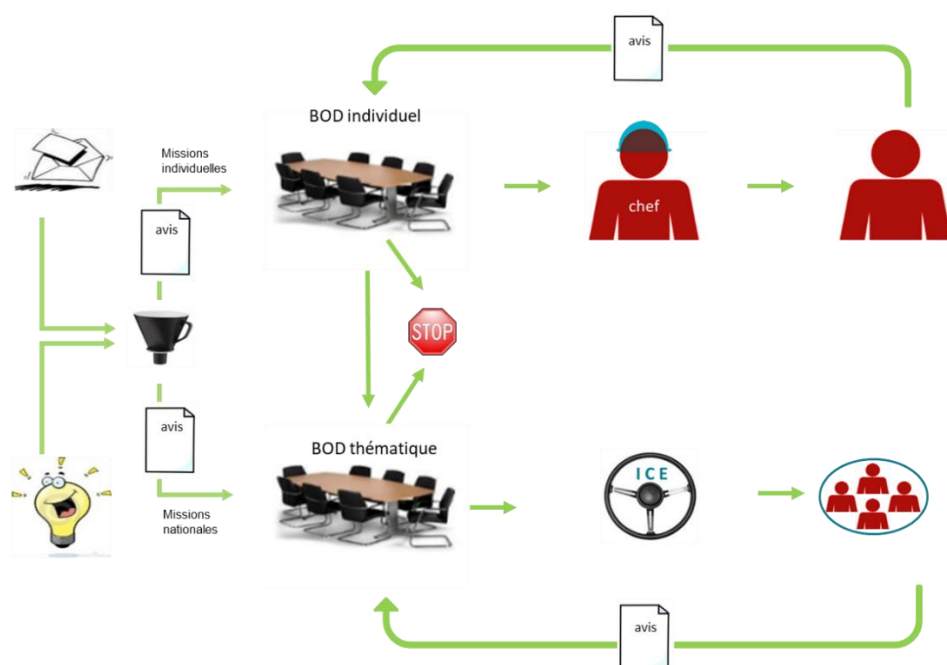


Illustration 2. Processus de travail du SECM

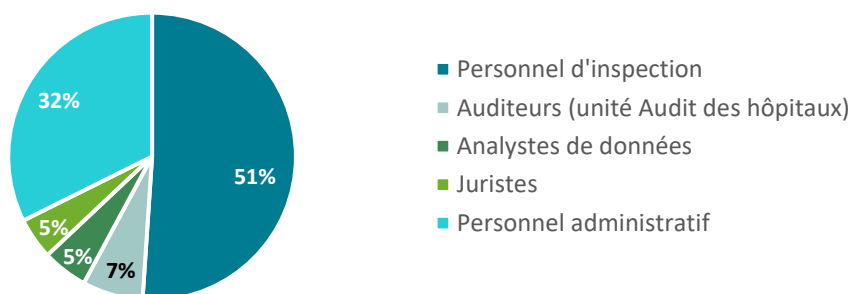
## IV. PERSONNEL ET FORMATION

Le SECM comptait 237 membres du personnel le 31 décembre 2024. Le tableau ci-dessous présente la répartition des membres du personnel selon leur fonction, leur résidence administrative et leur rôle linguistique.

**Tableau 1. Répartition des membres du personnel du SECM le 31 décembre 2024**

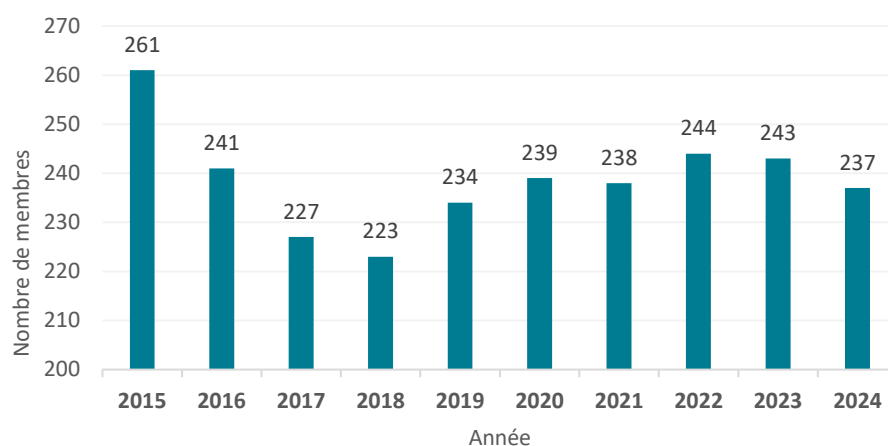
		Services centraux		Bureaux provinciaux		Total
		NL	FR	NL	FR	
Fonctionnaire dirigeant/médecin-directeur général		1				1
Médecins-inspecteurs généraux		1	1			2
Directeurs		1	1	4	2	8
Responsables et coordinateurs		4	2			6
Inspecteurs sociaux :	médecins	3	2	30	24	59
	pharmaciens			3	3	6
	dentistes			1	2	3
	infirmiers			15	13	28
	attachés scientifiques	1		6	5	12
Auditeurs		9	7			16
Juristes		5	5			10
ICT et développement		3	2			5
Collaboration internationale			1			1
Analystes de données		3	7			10
Personnel administratif :	attachés et conseillers	4	3	1		8
	experts	2	3	7	2	14
	assistants	5	8	11	14	38
	collaborateurs	4	1	4	1	10
<b>TOTAL</b>		<b>46</b>	<b>43</b>	<b>82</b>	<b>66</b>	<b>237</b>

Le personnel d'inspection, les auditeurs, les analystes de données et les juristes ont une mission opérationnelle. Les évolutions numériques et technologiques amènent une diminution de la demande de soutien administratif. C'est pourquoi nous faisons de plus en plus appel au personnel administratif pour réaliser certaines tâches opérationnelles, et non plus uniquement de support.



**Illustration 3. Répartition des membres du personnel du SECM selon leur fonction en 2024**

Pour garantir la continuité du fonctionnement de notre service, nous avons recruté 13 nouveaux collaborateurs en 2024. La majorité d'entre eux ont été engagés comme inspecteurs sociaux : médecins et dentistes. Malgré ces engagements, le nombre de membres du personnel a baissé.



**Illustration 4. Évolution du nombre de membres du personnel du SECM**

Nous avons réussi à mieux détecter les fraudeurs présentant des profils de facturation irréalistes ces dernières années. Il y a plusieurs explications à cela : notre approche multidisciplinaire, plus de stratégie nationale d'inspection, une meilleure collaboration avec d'autres services d'inspection et avec le ministère public, la transmission plus rapide des données de facturation par les O.A., la priorisation plus efficace de nos missions d'inspection, des analyses de données plus performantes, etc.

Cependant, cette meilleure détection des fraudeurs ne suffit pas à prouver leur fraude et à obtenir le remboursement à l'assurance soins de santé des facturations indues. Il s'agit là de processus laborieux qui nécessitent un personnel d'inspection suffisant.

Le recrutement d'inspecteurs sociaux est le meilleur investissement dans la lutte contre la fraude : leur retour sur investissement s'élevait à 195 % en 2024. Cela signifie concrètement qu'ils ont rapporté au moins 1,95 fois leur coût brut. Par « retour sur investissement », nous entendons le bénéfice rapporté par l'inspecteur social à l'assurance soins de santé, après déduction de son coût salarial. Pour calculer ce retour sur investissement, nous avons analysé les montants portés à grief par les inspecteurs<sup>4</sup> et l'impact de leurs actions<sup>5</sup> par rapport à leur coût salarial moyen.

**Tableau 2. Retour sur investissement (ROI) moyen des inspecteurs sociaux du SECM en 2024**

	Montant moyen porté à grief par inspecteur (€) (a)	Impact moyen par inspecteur (€) (b)	Coût salarial moyen par inspecteur (€) (c)	ROI moyen (%) $\left(\frac{a + b}{c} * 100\right)$
Moyenne	114.783,71	108.296,94	114.135,77	195

Nous tenons à assurer le transfert des connaissances, aptitudes et attitudes aux nouveaux collaborateurs. C'est à présent d'autant plus important que plus d'un quart de notre personnel d'inspection est en service chez nous depuis moins de 3 ans. Nous avons donc continué à organiser

<sup>4</sup> Montants portés à grief dans les actions de contrôle clôturées en 2024. Voir « [Contrôle et récupérations](#) », p. 25.

<sup>5</sup> Voir « [Impact financier total en 2024 – Dépenses diminuées](#) », p. 69.

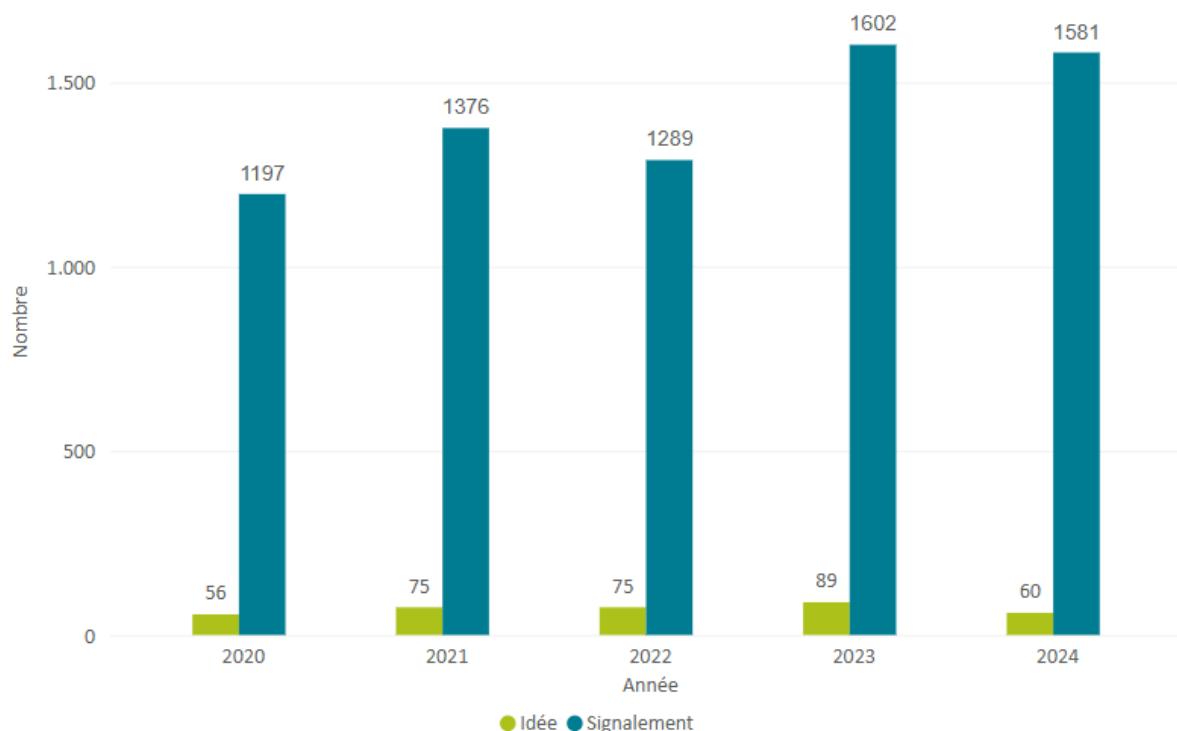
une formation intensive de base pour tous les nouveaux collaborateurs. Les nouveaux inspecteurs sociaux bénéficient aussi d'un coaching individuel et d'un suivi personnel lors de journées de bilan.

Outre le trajet de formation pour les nouveaux arrivants, nous avons également poursuivi le programme de formation continue initié en 2020, tant en ligne qu'en présentiel. Ces formations s'adressent à l'ensemble du personnel du SECM et portent sur des sujets liés à la mission du Service, sur l'utilisation d'outils informatiques internes ou sur des missions récemment clôturées par nos inspecteurs sociaux.

## Partie 2 – Origine de nos actions

En 2024, nous avons reçu 1.581 signalements provenant de l'extérieur du SECM. Les signalements sont entre autres des déclarations de fraude possible, des questions, des plaintes, et des missions obligatoires.

En outre, les collaborateurs du SECM ont eux-mêmes formulé 60 propositions d'actions en se basant sur leurs propres analyses de risques.



**Illustration 5. Évolution du nombre de signalements externes et de propositions internes (idées)**

Bien que les propositions internes soient minoritaires par rapport aux signalements, elles donnent plus souvent lieu à des actions ayant un impact important. En 2024, 85 % des propositions internes ont donné lieu à une mission ou à l'extension d'une mission existante. Ce n'est le cas que de 9 % des signalements. De nombreux signalements sont néanmoins utiles au SECM afin de détecter des fraudeurs ou des systèmes de fraude.

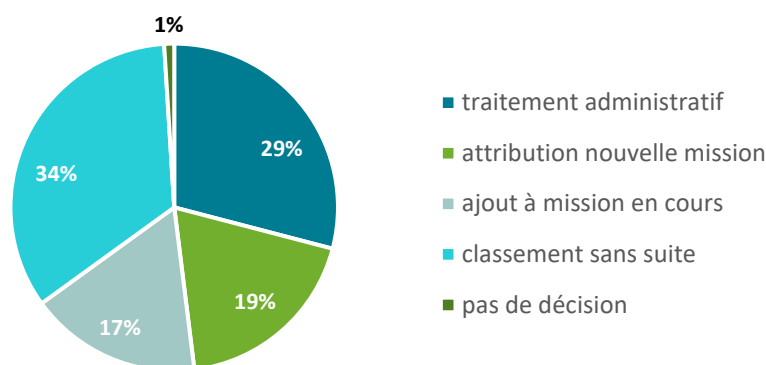
### I. SIGNALEMENTS EXTERNES

Les signalements que nous recevons sont d'abord analysés par le Filtre. Il s'agit d'une cellule qui examine tous les signalements en vue d'un suivi correct ou d'une orientation rapide vers la personne ou le service le plus indiqué, au sein de l'INAMI ou en dehors. Nous recevons des signalements d'assurés, de dispensateurs et d'institutions de soins, d'O.A., d'instances officielles comme la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé et l'Ordre des médecins, ainsi que des parquets, des auditorats du travail et des services de police.

Les signalements externes que nous avons reçus en 2024 concernaient aussi bien des dispensateurs de soins et des assurés que des institutions de soins.

Parmi les 1.581 signalements reçus, le Filtre a :

- ✦ traité administrativement la majorité des signalements (1.098). Cela signifie que les collaborateurs du Filtre ont immédiatement formulé une réponse ou transmis le signalement à l'instance compétente, après en avoir accusé réception ;
- ✦ transmis directement 103 signalements à un collaborateur du SECM, car il s'agissait de missions obligatoires : généralement une mission de contrôle ou d'évaluation, parfois une mission d'information ;
- ✦ ajouté 2 signalements à une action de contrôle en cours ;
- ✦ remis 407 avis au BOD concernant 378 signalements afin que cet organe de décision dispose des informations nécessaires pour décider de la suite à donner au signalement. En se basant sur ces avis, le BOD a pris les décisions suivantes :
  - ✧ traitement administratif<sup>6</sup> (118),
  - ✧ attribution d'une nouvelle mission<sup>7</sup> (contrôle, évaluation ou information) (77),
  - ✧ ajout du signalement à une mission en cours (69),
  - ✧ classement sans suite (139).
  - ✧ 4 avis sont encore en cours de traitement.



**Illustration 6. Décisions du BOD concernant les signalements externes d'après les avis du Filtre en 2024**

## II. PROPOSITIONS INTERNES

Nous encourageons les membres de notre personnel à formuler des propositions d'action. Ils ont formulé 60 propositions en 2024. Les propositions approuvées sont ensuite généralement soumises à une préanalyse par la cellule data afin de confronter l'hypothèse de l'inspecteur social aux données de facturation enregistrées. Selon les dossiers, nous examinons les informations disponibles avec différents angles d'approche, afin d'établir la base des étapes suivantes (information, contrôle ou évaluation).

<sup>6</sup> Le BOD charge le Filtre de traiter le dossier administrativement selon les procédures prévues (réponse au plaignant, transmission à des tiers, etc.).

<sup>7</sup> La création d'une nouvelle mission peut concerner plusieurs dispensateurs ou institutions de soins. Cela veut dire qu'une mission peut donner lieu à plusieurs dossiers individuels.

Les actions menées sur la base de nos propositions internes ont un impact plus important. Par conséquent, il est primordial de conserver une offre d'idées suffisante et de qualité. C'est pourquoi nous avons débuté en 2022 des analyses de risques systématiques et spécifiques pour chaque groupe professionnel. Ces analyses de risques périodiques basées sur les données se focalisent sur les tendances et les évolutions. Nous avons pour objectif de parvenir à une répartition proportionnelle de ces analyses des différents domaines de l'assurance soins de santé. L'analyse de chaque domaine s'articule autour de 3 axes principaux : le contrôle primaire des O.A., l'efficacité des soins facturés et le contrôle de la réglementation.

En 2024, nous avons mené 5 analyses de risques sur :

- ✦ les pharmacies hospitalières ;
- ✦ les médecins spécialistes en anesthésie, réanimation et médecine d'urgence ;
- ✦ la kinésithérapie et la logopédie ;
- ✦ les infirmiers (à domicile) ;
- ✦ la médecine interne, la gastro-entérologie, la cardiologie et la pneumologie.

Nous avons identifié 4 actions possibles dans le domaine des pharmacies hospitalières. Nous avons retenu un contrôle primaire renforcé par les O.A., ainsi qu'une action de contrôle dans 5 à 10 pharmacies hospitalières.

Dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'urgence, nous avons sélectionné 5 propositions d'action. Une analyse plus approfondie concernant l'anesthésie est en cours, et une analyse relative à l'anesthésie hors des hôpitaux est également prévue.

Dans le domaine de la kinésithérapie et de la logopédie, 14 actions possibles ont été proposées (4 concernant la kinésithérapie et 10 concernant la logopédie). Nous avons retenu une analyse plus approfondie en kinésithérapie et 2 missions individuelles.

Concernant les infirmiers à domicile, 9 actions et/ou recommandations avaient été formulées. Le résultat est, d'une part, qu'une nouvelle méthode de sélection a été élaborée pour les contrôles effectués par le Collège national des médecins-conseils (CNMC). D'autre part, nous avons envoyé une circulaire aux O.A. afin de régulariser et renforcer le contrôle primaire des prestations qui ne peuvent pas être facturées par des aides-soignants.

L'analyse concernant la médecine interne, la gastro-entérologie, la cardiologie et la pneumologie a mis en lumière 20 risques. Nous en avons retenu 7 : 2 analyses plus approfondies, 2 actions de contrôle individuelles, un contrôle primaire renforcé en vue d'une récupération par les O.A., une idée introduite auprès du Filtre, et une recommandation pour l'unité Audit des hôpitaux.

# Partie 3 – Actions

## I. SENSIBILISATION ET INFORMATION

Nous informons les dispensateurs et institutions de soins sur les réglementations pertinentes par différents canaux : par lettre ou courriel, par des conférences, sur le site web de l'INAMI et par des brochures d'information. Nous les informons aussi des résultats de nos études d'évaluation et de nos actions de contrôle nationales. Notre objectif est de prévenir les infractions par ignorance et de sensibiliser les dispensateurs de soins à l'importance de l'utilisation optimale du budget de l'assurance soins de santé pour la durabilité de l'accès aux soins. Enfin, nous renseignons également la presse sur les résultats de nos actions et répondons à ses questions.

### 1. Actions de sensibilisation par courrier

En 2024, nous avons mené 12 actions de sensibilisation par lettre ou courriel auprès de différents groupes professionnels de dispensateurs de soins<sup>8</sup>.

#### a) Facturation du traitement chirurgical de l'endométriose

À la suite d'un signalement et d'une analyse des données de facturation des hôpitaux, nous avons remarqué que certains gynécologues facturaient le traitement chirurgical de l'endométriose avec un code de nomenclature erroné (243751-243762).

Nous avons demandé à tous les hôpitaux de vérifier si cela avait été le cas dans leur établissement et de régulariser les facturations indues (tant de la prestation chirurgicale et de l'aide opératoire correspondante, que de l'anesthésie et du matériel pour l'intervention) auprès des O.A.

#### b) Facturation d'irradiations stéréotaxiques en cas de tumeurs mammaires

Nous avons analysé les données de facturation des irradiations stéréotaxiques en raison du dépassement du budget alloué à cette prestation. Le rapport intermédiaire de la fondation Registre du cancer (BCR) du 21 novembre 2022 indiquait à ce sujet que les irradiations stéréotaxiques avaient été utilisées beaucoup plus souvent que prévu pour le traitement de lésions mammaires primaires<sup>9</sup>. Notre analyse de données a révélé que ces irradiations étaient manifestement fréquemment utilisées en tant que *boost* après un traitement radiothérapeutique externe pour une tumeur du sein<sup>10</sup>. Or, ce cumul n'est pas autorisé pour la facturation à l'assurance soins de santé, car les irradiations sont dirigées vers le même volume cible.

Nous avons envoyé une lettre de sensibilisation à tous les hôpitaux disposant d'un centre de radiothérapie et leur avons demandé de régulariser les facturations indues auprès des O.A.

---

<sup>8</sup> En ce qui concerne les 4 lettres de sensibilisation relatives aux indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales, voir « [Propositions d'amélioration de la réglementation – Indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales](#) », p. 22.

<sup>9</sup> Code de nomenclature 444636-444640.

<sup>10</sup> Code de nomenclature 444710-444721.

### c) Facturation de l'appendicectomie

Nous avons réalisé une étude de la facturation de l'appendicectomie nécessitant la résection du fond caecal<sup>11</sup> après avoir observé un dépassement très important du budget prévu pour cette prestation<sup>12</sup>.

Les conclusions ont été les suivantes :

- ✦ les conditions de facturation n'étaient pas toujours respectées ;
- ✦ certains hôpitaux diagnostiquaient une appendicite par le biais de l'imagerie médicale pour la majorité de leurs patients, alors qu'un diagnostic clinique est souvent suffisant ;
- ✦ dans certains hôpitaux, une aide opératoire d'un collègue médecin était systématiquement facturée à tort : ce collègue effectuait entretemps d'autres tâches ou n'était pas présent à l'hôpital.

Une action de contrôle a été menée dans 22 hôpitaux, et une lettre de sensibilisation a été envoyée à l'ensemble des hôpitaux. Nous leur y avons fait part des résultats de notre étude et leur avons demandé de veiller à respecter à l'avenir les conditions de facturation, ainsi que de régulariser les facturations indues (de l'intervention, de l'anesthésie et du matériel) auprès des O.A. Nous leur avons également recommandé d'examiner dans quelle mesure l'imagerie médicale peut être évitée lors du diagnostic de l'appendicite. Enfin, nous leur avons rappelé que l'aide opératoire ne peut être facturée que lorsqu'elle a réellement été effectuée.

### d) Facturation de tests PCR

À la suite d'un signalement et d'une analyse des données de facturation, nous avons remarqué que certains laboratoires facturaient très souvent les tests PCR ambulants<sup>13</sup> en mentionnant le code du pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 au lieu du code du prescripteur (pour plus de 50 % de leurs tests PCR). Or, ce pseudo-code ne peut être utilisé que dans des cas précis.

Nous avons demandé à ces laboratoires la raison de ces facturations si nombreuses avec le pseudo-prescripteur et de veiller à respecter les instructions de facturation relatives aux tests PCR.

### e) Facturation des contacts urgents

Nous avons analysé la facturation des contacts urgents<sup>14</sup> par les médecins généralistes en 2022 et sélectionné 2 groupes à sensibiliser :

- ✦ les médecins ayant facturé plus de 10.000 euros de contacts urgents en 2022 ;
- ✦ les médecins ayant facturé plus de 20.000 euros de contacts urgents en 2022.

Nous avons exclu des 2 groupes les médecins qui avaient été précédemment contactés à ce sujet dans le cadre d'une action de sensibilisation ou de contrôle.

Nous avons rappelé la réglementation relative à la facturation des contacts urgents aux 2 groupes et leur avons demandé de régulariser les facturations indues auprès des O.A. Nous avons également attiré leur attention sur le fait que la configuration de leur logiciel de facturation pouvait causer des facturations erronées de ces prestations. Nous avons en outre demandé au deuxième groupe de compléter un formulaire afin de mieux comprendre leur pratique et leur facturation importante de contacts urgents.

---

<sup>11</sup> Code de nomenclature 244871-244882.

<sup>12</sup> Voir [Rapport annuel du SECM. Activités en 2023](#), p. 54.

<sup>13</sup> Code de nomenclature 554934.

<sup>14</sup> Codes de nomenclature 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613 et 104635.

#### f) Facturation de prestations avec des appareils d'imagerie médicale lourde

Après avoir observé plusieurs problèmes liés à la facturation des prestations réalisées avec des appareils d'imagerie médicale lourde (CT, RMN, PET, PET-CT, PET-IRM ou SPECT-CT), nous avons rappelé à tous les hôpitaux que :

- ✦ la cellule Cadastre des appareils lourds d'imagerie médicale du SPF Santé publique doit être informée en temps utile de la mise en service et hors service d'un appareil ;
- ✦ le numéro d'appareil correctement attribué et le numéro de facturation valide de l'INAMI doivent toujours être utilisés pour la facturation des prestations ;
- ✦ l'utilisation du numéro de facturation unique de l'INAMI de l'appareil avec lequel l'examen a été réalisé est une condition absolue pour le remboursement des prestations.

#### g) Facturation de l'examen d'IRM d'une articulation d'un membre

Nous avons informé tous les hôpitaux de la publication d'une règle interprétative relative à la facturation de l'examen d'IRM d'une articulation d'un membre<sup>15</sup> : cette prestation est réservée aux examens de l'articulation de l'épaule et en cas d'indications particulières.

Nous avons invité les hôpitaux à vérifier si leur facturation de cette prestation était correcte et à régulariser les éventuelles facturations indues auprès des O.A.

#### h) Facturation de la concertation oncologique multidisciplinaire

À la suite de l'analyse des données de facturation et des rapports de concertation oncologique multidisciplinaire, nous avons remarqué que les règles d'application et interprétatives n'étaient pas suffisamment appliquées lors de la facturation de ces prestations. Nous avons donc rappelé la réglementation applicable à tous les hôpitaux. Nous les avons également informés que des actions de contrôle étaient en cours et que nous avons demandé aux O.A. de renforcer leur contrôle primaire sur ces prestations.

## 2. Conférences

Nous donnons des conférences sur la réglementation de l'assurance soins de santé, notre fonctionnement général et des sujets d'actualité spécifiques. Nos groupes cibles sont principalement les institutions d'enseignement, les organismes professionnels agréés et les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM).

#### a) Points d'attention en vue d'une facturation correcte par les dispensateurs de soins

L'objectif de cette conférence est de présenter le SECM, sa mission et sa stratégie (ICE), ainsi que de sensibiliser les dispensateurs de soins au respect de la loi SSI, en particulier la nomenclature et la réglementation spécifique à chaque groupe professionnel. Nous expliquons également le déroulement d'une action de contrôle, les sanctions et les procédures en cas d'infraction à la loi SSI. Enfin, nous dispensons des conseils pratiques en cas d'action de contrôle. Nous adaptons cette formation au groupe professionnel auquel nous nous adressons.

En 2024, nous avons organisé cette conférence en français et en néerlandais pour des infirmiers à domicile qui débutaient dans leur carrière professionnelle. Cette conférence a été accompagnée par la publication d'une brochure d'information (*Infobox*). Nous avons également donné cette conférence

---

<sup>15</sup> Code de nomenclature 458975-458986.

à plusieurs reprises en néerlandais à la demande de *Vlaamse beroepsvereniging voor zelfstandige verpleegkundigen* (VBZV).

La conférence relative aux dentistes a été présentée en français à l'invitation de la Chambre de médecine dentaire (CMD).

Enfin, nous avons présenté la conférence « Guide dans la réglementation de l'INAMI – comment éviter les infractions ? » en néerlandais pour des spécialistes en chirurgie et les assistants en formation à l'UZ Gent.

### b) Participations à des colloques

Nous avons pris part à plusieurs colloques en 2024, en intervenant sur les sujets suivants :

- ✦ les actions de l'INAMI contre la fraude, pour une utilisation optimale du budget des soins de santé, lors du Colloque d'éthique du CHIREC, qui portait sur les abus en médecine ;
- ✦ la nomenclature de la chirurgie mammaire, à l'invitation de la Société royale belge de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique (RBSPS) ;
- ✦ les règles relatives à l'utilisation des codes de nomenclature, lors de la journée de formation organisée par le *Collegium Chirurgicum Plasticum Belgicum* (CCP) et le comité d'organisation du service de chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice de l'UZ Brussel.

## 3. Brochures d'information

Nous réalisons des brochures d'information à destination des dispensateurs de soins, ciblées vers certains groupes professionnels.

En 2024, nous avons publié sur le site web de l'INAMI l'[Infobox pour l'infirmier à domicile. Points d'attention du SECM en vue d'une facturation correcte](#). Il s'agit d'une brochure d'information en ligne, permettant de se familiariser avec les aspects réglementaires des soins infirmiers à domicile pour lesquels l'INAMI est compétent. Les points suivants y sont notamment abordés : le rôle et le fonctionnement du SECM, les conditions et modalités de facturation à l'assurance soins de santé, la nomenclature et les directives, ainsi que d'autres points spécifiques liés à la facturation des soins infirmiers à domicile.

## II. PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DE LA RÉGLEMENTATION

Nous constatons régulièrement lors de nos analyses et actions de contrôle des facturations indues causées par de mauvaises interprétations de la réglementation ou des ambiguïtés de celle-ci. Nous souhaitons prévenir ces infractions en contribuant à une réglementation la plus claire et univoque possible. Pour ce faire, nous proposons des modifications de la loi SSI<sup>16</sup>, ainsi que de la nomenclature dans les organes de concertation du Service des soins de santé. Nous proposons également des indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales au Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) ou au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments.

---

<sup>16</sup> En 2024, la loi SSI n'a pas été modifiée à la demande du SECM.

## 1. Réforme structurelle de la nomenclature

Dans le cadre de la réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé, le médecin coordinateur de l'INAMI (Service des soins de santé) a demandé que les travaux d'analyse réalisés par l'équipe mixte INAMI-GEDIS<sup>17</sup> en vue de la standardisation des libellés des actes techniques médico-chirurgicaux puissent bénéficier d'avis complémentaires provenant du SECM. En effet, nos inspecteurs sociaux possèdent une certaine expérience en matière de règles d'application de la nomenclature grâce à leurs actions de contrôle.

Les +/- 2.800 actes de la nomenclature actuelle ont fait l'objet d'une standardisation triaxiale (topographie, action, moyen) et ont été soumis pour avis à des experts de chaque spécialité. Il en résulte un nouveau classement commun des actes comprenant désormais environ 4.000 actes conformes aux standards internationaux et qui s'appuie sur une logique médicale.

En 2024, les actes techniques médico-chirurgicaux ont été revus. Nous avons contribué à la restructuration et à l'adaptation de leurs descriptions en collaboration avec le Service des soins de santé et l'Université libre de Bruxelles (ULB). Nous avons également participé activement à la réforme et à la validation des règles générales applicables aux prestations de nomenclature (projet R<sup>2</sup>A).

## 2. Adaptations de la nomenclature

Nous siégeons avec voix consultative dans plusieurs conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail. Nous avons pour mission d'y proposer des adaptations de la nomenclature et d'autres textes réglementaires. Nous faisons usage de notre représentation pour contribuer à une information correcte des partenaires de l'assurance, ainsi qu'à l'élaboration de dispositions légales claires et applicables par tous.

Voici quelques propositions d'adaptation de la nomenclature soumises en 2024.

### a) Oxyconcentrateur pour patients palliatifs

Nous avons observé une augmentation anormale du nombre de facturations d'oxyconcentrateurs. Ces dispositifs médicaux ne sont pourtant facturables à l'assurance soins de santé que dans des cas et à des conditions précises : en cas d'hypoxémie aigüe ou pour des patients en soins palliatifs. Nous avons analysé les données de facturation et déterminé le pourcentage de patients pour lesquels cette prestation n'aurait pas dû être facturée, car ils ne bénéficiaient ni d'un accord du médecin-conseil, ni d'un statut palliatif connu.

Les conclusions de notre évaluation ont été présentées :

- ✦ aux conseils techniques concernés : nous les avons informés du fait que les conditions médicales et les limites de quantités facturables n'étaient pas respectées, ainsi que du fait que le statut palliatif des patients en maison de repos (MRS et MRPA) n'était pas connu. Nous avons proposé un contrôle a priori obligatoire du médecin-conseil pour toute facturation limitative, ainsi que l'abandon des mentions écrites ;
- ✦ au groupe de travail Follow-up IMA data feed : nous avons demandé que les informations relatives aux notifications au médecin-conseil (dont le statut palliatif) figurent dans les données NewAttest, afin de faciliter notre contrôle des conditions de remboursement ;

---

<sup>17</sup> GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé.

- ✦ à la Commission anti-fraude (CAFC) : nous avons recommandé que le statut palliatif des patients en maison de repos (MRS et MRPA) soit connu des pharmaciens avant l'application du régime du tiers payant. Cela implique notamment une harmonisation du statut palliatif, quel que soit le lieu de résidence du patient.

Un groupe de travail réfléchit actuellement à une nouvelle réglementation relative à la facturation des oxyconcentrateurs.

### b) Polysomnographie ambulatoire

Les facturations de polysomnographies ambulatoires<sup>18</sup> ont fortement augmenté ces dernières années : les dépenses de l'assurance soins de santé sont passées de 197.297,06 euros en 2012 à 1.065.522,60 euros en 2023. Notre analyse des données de facturation a par ailleurs révélé que 11 médecins sont responsables de la facturation de 3.077 polysomnographies ambulatoires sur les 4.048 facturées en 2023, soit de 76 % de ces facturations.

Face à cette suspicion d'abus, nous avons proposé une suppression de ce code de nomenclature ambulatoire au groupe de travail Médecine interne du Conseil technique médical. Les règles d'application de l'article 1<sup>er</sup> de la nomenclature ne permettent en effet pas de réaliser cette prestation en ambulatoire : elle doit l'être lors d'une hospitalisation, la présence physique du médecin étant requise. À défaut d'une suppression de ce code de nomenclature, nous avons préconisé une adaptation de la règle d'application : nous estimons qu'une prescription devrait être obligatoire, par exemple par un neurologue, un psychiatre, un interniste ou un pneumologue, et que les indications pour cette prestation ambulatoire devraient être plus strictes.

Cette proposition n'a pas été suivie par le groupe de travail.

### c) Correctif avec béquillon ou/et pelotes de pression ou/et partie réglable

Lors d'une action de contrôle, nous avons constaté une forte augmentation de la facturation du code de nomenclature 645912<sup>19</sup>, en particulier pour les patients âgés de plus de 18 ans. Le budget pour cette prestation est passé de 2,9 millions d'euros en 2019 à 5,7 millions d'euros en 2023. 86 % du budget a été facturé pour des patients de plus de 18 ans en 2023.

Nous avons proposé au groupe de travail Orthopédie du Conseil technique médical d'ajouter l'indication (scoliose) et le paramètre d'âge (moins de 18 ans) au libellé de ce code de nomenclature. L'objectif est que ce code ne soit utilisé que lorsque la scoliose survient en phase de croissance.

Le groupe de travail a examiné cette proposition et décidé de créer un code de nomenclature spécifique pour le corset Daum. L'arrêté royal le prévoyant a été refusé par le Conseil d'État.

En 2026, la nomenclature relative aux orthèses, dont fait partie le code 645912, sera revue.

### d) Spécialités pharmaceutiques à base de sémaglutide

Nous avons remarqué un dérapage budgétaire des facturations de spécialités pharmaceutiques à base de sémaglutide, qui s'explique notamment par le fait qu'elles sont remboursables sur la base d'une mention écrite. Le contrôle des conditions de remboursement et des quantités autorisées est

---

<sup>18</sup> Code de nomenclature 477374.

<sup>19</sup> Correctif avec béquillon ou/et pelotes de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing etc.)

insuffisant. Les patients atteints de diabète de type 2 risquent donc de faire face à une rupture de stock de leur traitement.

Nous avons présenté une note à la Commission de remboursement des médicaments, qui a été suivie. La Commission a décidé de :

- ✦ modifier le type d'autorisation : de B à E, afin de limiter effectivement le nombre de conditionnements remboursables (13) à une période déterminée (52 semaines) ;
- ✦ vérifier si les pharmaciens ont accès aux données relatives au trajet de soins du patient et imposer la vérification de celles-ci avant l'application du régime du tiers payant.

En 2025, les conditions de remboursement ont été adaptées. Les pharmaciens ont l'obligation de vérifier si le patient est bien inscrit dans un trajet de soins diabète de type 2 et de respecter la limite du nombre de conditionnements remboursables, avant d'appliquer le régime du tiers payant. À partir du 1<sup>er</sup> février 2026, une autorisation du médecin-conseil sera indispensable pour bénéficier du remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de sémaglutide.

### e) Groupe de travail Interprétation de la nomenclature

Le groupe de travail Interprétation de la nomenclature du Conseil technique médical a été réactivé en 2022 par le Service des soins de santé, avec des membres du SECM, des syndicats médicaux et des O.A. L'objectif est de répondre aux questions adressées à l'INAMI sur l'application de la nomenclature de façon concertée.

En 2024, nous avons notamment collaboré dans ce groupe de travail à :

- ✦ la mise au point de la convention pour l'ablation percutanée sous guidage tomodensitométrique de tumeurs rénales, hépatiques, pulmonaires et osseuses effectuée dans des centres spécialisés. La convention est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2024. Elle a pour but le suivi multidisciplinaire, ainsi qu'une meilleure qualité de traitement des soins et du suivi du patient ;
- ✦ la rédaction de la règle interprétative 03 de l'article 17 de la nomenclature, relative à la facturation correcte de l'examen d'IRM d'une articulation d'un membre<sup>20</sup>. Cette prestation est uniquement facturable pour un examen de l'articulation de l'épaule et pour des indications très précises : un syndrome d'épaule instable, une stadification préopératoire en cas de déchirure complète de la coiffe des rotateurs, une suspicion clinique de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs avec examen RX et échographie normaux. Nous avons par ailleurs informé tous les hôpitaux de la publication de cette règle interprétative par une lettre de sensibilisation ;
- ✦ la traduction du changement du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la nomenclature des pathologistes.

## 3. Indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales

Le SECM, tout comme les associations et institutions scientifiques bénéficiant d'une notoriété générale, peut proposer un indicateur de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales au Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) et au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Ceux-ci doivent se prononcer dans les 3 mois. À défaut, l'indicateur proposé est approuvé. Un refus éventuel doit être motivé de façon circonstanciée.

---

<sup>20</sup> Code de nomenclature 458975-458986.

Des indicateurs approuvés et mesurables permettent d'informer plus concrètement les dispensateurs de soins et de les sensibiliser à plus d'*appropriate care* (auparavant « soins appropriés »). Les indicateurs constituent un seuil de justification par rapport auquel les écarts peuvent être plus facilement identifiés. Grâce à des indicateurs univoques, les dispensateurs de soins peuvent dans un premier temps évaluer et corriger eux-mêmes leur comportement de facturation et de prescription.

Si nécessaire, des mesures complémentaires pourront les inciter à modifier leur comportement vers plus d'*appropriate care*. Cela peut par exemple se faire au moyen d'une sensibilisation supplémentaire, d'un avertissement ou de constats pouvant donner lieu à la récupération des montants indûment payés aux dispensateurs de soins. Grâce à de telles mesures, nous tendons vers plus d'*appropriate care* dans l'intérêt du patient.

### a) Introduction d'indicateurs

En 2024, le SECM a proposé au CNPQ 2 indicateurs concernant le comportement de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par les médecins généralistes. Des valeurs seuils ont été établies pour les indicateurs préexistants du Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments de 2012.

L'utilisation des IPP a considérablement augmenté ces dernières années. Les recherches ont montré qu'une grande partie de cette utilisation se fait en dehors des indications normales, notamment avec l'administration de doses élevées injustifiées et la prolongation de la durée des traitements. En outre, les effets indésirables potentiels et le coût élevé associés à une utilisation inutile des IPP à long terme suscitent l'inquiétude. Un comportement plus responsable en matière de prescription est donc indispensable.

Le CNPQ a approuvé ces 2 indicateurs le 10 décembre 2024. Ils ont été publiés au Moniteur belge le 16 décembre 2024.

Le premier indicateur évalue la prévalence des patients que le prescripteur traite par IPP. Si cette prévalence est élevée chez un prescripteur donné, cela pourrait indiquer que l'indication a été déterminée de façon insuffisamment précise.

$$\frac{\text{Patients IPP}}{\text{Patients R/}} \leq 25 \%$$

où :

- ✦ patients IPP = nombre total de patients avec une prescription pour un IPP<sup>21</sup> remboursé ;
- ✦ patients R/ = nombre total de patients avec au moins une prescription d'une spécialité pharmaceutique<sup>22</sup> remboursée.

Le deuxième indicateur est une mesure de la durée moyenne de traitement par IPP. Si un prescripteur obtient un score élevé pour cet indicateur, cela peut indiquer la poursuite inutile du traitement par IPP. La surprescription d'IPP avec une concentration double augmente également cet indicateur.

$$\frac{\text{DDD IPP}}{\text{Patients IPP}} \leq 90 \text{ DDD}$$

où :

- ✦ DDD IPP = nombre total de DDD<sup>23</sup> d'IPP prescrits et remboursés ;
- ✦ patients IPP = nombre total de patients avec une prescription pour un IPP remboursé.

---

<sup>21</sup> ATC (anatomical therapeutic chemical) classification : A02BC.

<sup>22</sup> Médicaments de la catégorie de remboursement 0750514, 0750536, 0750551, 0750573, 0750595, 0753476, 0753491, 0758015, 0758030, 0758052, 0758074, 0758096, 0758111, 0758133.

<sup>23</sup> DDD : *defined daily doses* ou doses journalières moyennes.

En cas de dépassement simultané et répété des 2 valeurs seuils, nous pourrions contacter le dispensateur de soins pour lui demander de justifier son comportement de prescription.

Ces indicateurs s'appliquent uniquement aux prescripteurs ayant délivré une prescription d'IPP à au moins 20 patients différents par année civile.

### b) Information sur les nouveaux indicateurs

Le lendemain de la publication des 2 indicateurs concernant les IPP au Moniteur belge, nous en avons informé tous les médecins généralistes par le biais d'une lettre de sensibilisation digitale. Nous avons également publié des informations sur le site web de l'INAMI.

En septembre 2025, tous les médecins généralistes actifs ont reçu un feedback individuel sur leur comportement de prescription d'IPP au cours des 5 années précédant la publication de ces indicateurs.

### c) Information sur les indicateurs existants

En 2024, nous avons envoyé des feedbacks personnalisés aux dispensateurs de soins concernés par les autres indicateurs du CNPQ proposés par le SECM et publiés au Moniteur belge en 2023, ainsi que sur le site web de l'INAMI :

- ✦ indicateur sur la méniscectomie arthroscopique en cas de lésion dégénérative du genou : nous avons envoyé en octobre 2023 aux chirurgiens orthopédistes un feedback individuel sur leur comportement de facturation durant les 5 années précédant la publication de cet indicateur. En octobre 2024, une nouvelle concertation a eu lieu avec des membres de la *Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie* (BVOT) et de la *Belgian Knee Society* (BKS) pour réaliser une évaluation intermédiaire et préparer les prochains feedbacks. Ceux-ci informeront les chirurgiens orthopédistes sur leur comportement de facturation après la publication de l'indicateur ;
- ✦ indicateur sur les examens d'IRM ambulatoires urgents : en mars 2024, nous avons envoyé une lettre à tous les hôpitaux ayant facturé, au cours des 5 années précédant l'entrée en vigueur de l'indicateur, au moins une fois l'honoraire supplémentaire (ou supplément d'urgence) pour des IRM ambulatoires effectuées en urgence. Nous leur avons donné un feedback individuel sur leur comportement de facturation de cet honoraire supplémentaire au cours de ces 5 années ;
- ✦ indicateur sur l'intervalle entre la première consultation et l'intervention bariatrique : en avril 2024, nous avons envoyé une lettre à tous les chirurgiens bariatriques ayant facturé, au cours des 5 années précédant l'entrée en vigueur de l'indicateur, au moins une intervention chirurgicale bariatrique. Nous leur avons donné un feedback individuel indiquant dans quelle mesure ils avaient respecté l'intervalle minimum au cours de ces 5 années ;
- ✦ indicateurs (3) sur la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes : en juillet 2024, nous avons adressé une lettre à tous les médecins généralistes ayant prescrit au moins un antibiotique remboursé au cours des 5 années précédant l'entrée en vigueur des indicateurs. Nous leur y avons donné un feedback individuel sur leur comportement de prescription d'antibiotiques au cours de ces 5 années.

### III. CONTRÔLE ET RÉCUPÉRATIONS<sup>24</sup>

Nos actions de contrôle sont menées soit dans le cadre d'une mission nationale, soit de façon individuelle pour un dispensateur de soins spécifique, à la suite d'un signalement externe ou d'une proposition interne. Elles ont pour objectif de contrôler le respect des dispositions légales par les dispensateurs et institutions de soins.

En 2024, nous avons clôturé 483 actions de contrôle, pour un montant total porté à grief de 11.707.938,29 euros. Dans le cadre de ces actions de contrôle, nous avons constaté 608.255 infractions à la réglementation et établi 217 procès-verbaux de constat.

#### 1. Décisions du médecin-inspecteur général

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide quelle suite sera donnée à une action de contrôle. Le tableau ci-dessous présente les décisions prises pour les actions de contrôle clôturées en 2024.

**Tableau 3. Actions de contrôle clôturées en 2024, par décision du médecin-inspecteur général**

Décision	Nombre d'actions	%	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
Négatif	40	8	0,00	0,00
Négatif avec constat dans dossier lié	10	2	0,00	0,00
Informatif	6	1	0,00	0,00
Avertissement	185	38	0,00	0,00
Constat sans procédure contentieuse	116	24	6.387.330,81	6.387.332,21
Constat avec procédure contentieuse	60	12	5.269.718,12	1.623.119,06
Sans suite par le SECM	66	14	50.889,36	500,00
<b>TOTAL</b>	<b>483</b>	<b>100</b>	<b>11.707.938,29</b>	<b>8.010.951,27</b>

#### Explication du tableau 3

- ✦ Négatif : actions de contrôle que nous clôturons sans avoir constaté d'infraction.
- ✦ Négatif avec constat dans dossier lié : actions de contrôle que nous clôturons négativement, mais pour lesquelles un constat a été dressé dans un autre dossier, par exemple quand un dossier est ouvert pour un dispensateur de soins et un autre pour l'institution de soins dans laquelle il travaille.
- ✦ Informatif : actions de contrôle dans lesquelles nous :
  - ✧ relevons une irrégularité limitée, qui ne justifie ni procès-verbal de constat, ni avertissement, ni demande de régularisation, et
  - ✧ informons la personne concernée de la réglementation applicable.
- ✦ Avertissement : actions de contrôle dans lesquelles nous avons relevé une infraction, mais pour laquelle nous n'avons pas dressé de procès-verbal de constat. Nous informons le dispensateur ou l'institution de soins de l'infraction constatée et l'incitons à respecter

<sup>24</sup> Les résultats de nos actions de contrôle clôturées en 2024 sont basés sur les données disponibles au 27 janvier 2025.

dorénavant la réglementation. Nous lui demandons aussi parfois de régulariser la situation en remboursant directement aux O.A. le montant indûment facturé.

- ✦ Constat sans procédure contentieuse : actions de contrôle pour lesquelles nous n'introduisons pas de procédure devant le fonctionnaire dirigeant ou les juridictions administratives, car le dispensateur ou l'institution de soins a commis une infraction peu importante et a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous envoyons un message au dispensateur ou à l'institution de soins en lui confirmant la réception du remboursement volontaire après le procès-verbal de constat et en l'informant que ses facturations pourraient à nouveau faire l'objet d'un suivi à l'avenir.
- ✦ Constat avec procédure contentieuse : actions de contrôle dans lesquelles le dispensateur ou l'institution de soins n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief et actions de contrôle dans lesquelles des infractions importantes et/ou volontaires ont été constatées<sup>25</sup>. Nous pouvons introduire une procédure :
  - ✧ devant le fonctionnaire dirigeant ou
  - ✧ devant la chambre de première instance.
- ✦ Sans suite par le SECM : actions de contrôle qui ne donnent pas lieu à des poursuites au sein du SECM. La suite est donnée par une autre instance, par exemple par :
  - ✧ le Service du contrôle administratif,
  - ✧ l'auditorat du travail,
  - ✧ le parquet du procureur du Roi,
  - ✧ l'Ordre des médecins,
  - ✧ l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

En ce qui concerne les dossiers envoyés à l'auditorat du travail ou au parquet, nos inspecteurs continuent souvent à réaliser des auditions et des actions à la demande des magistrats. Nous nous concertons régulièrement avec ces magistrats afin d'assurer le suivi des dossiers que nous traitons ensemble et de leur présenter les dossiers que nous envisageons de leur confier.

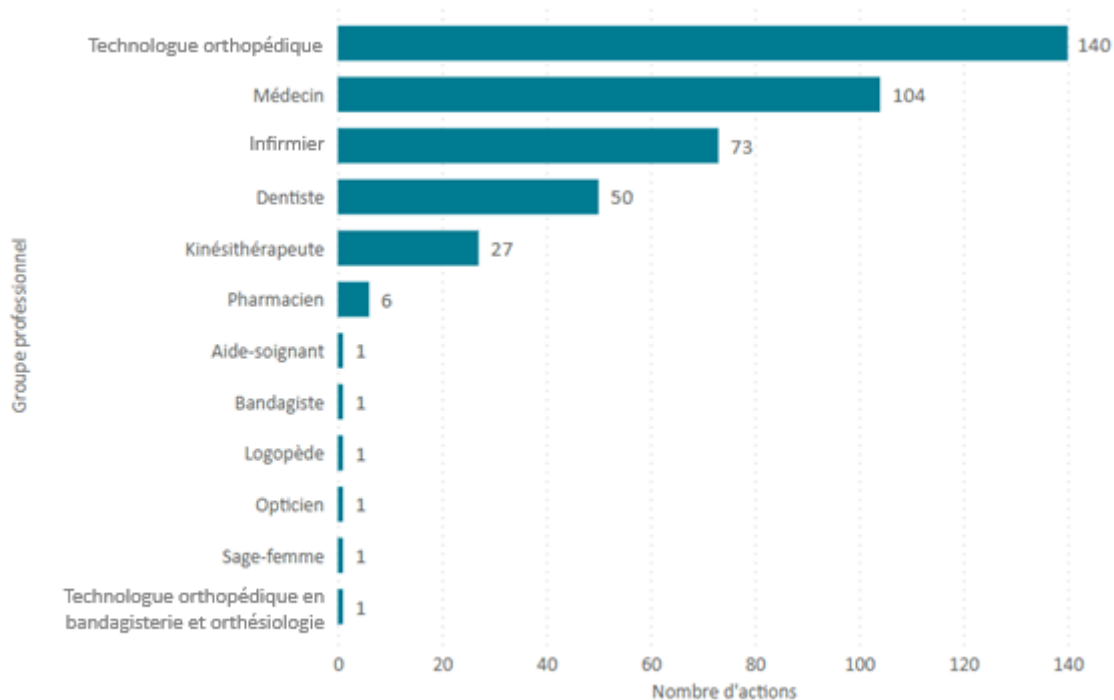
Par ailleurs, si les faits dénoncés donnent lieu à une procédure judiciaire, l'INAMI peut en principe se constituer partie civile en vue de la récupération des montants indûment remboursés par l'assurance soins de santé.

## 2. Concernés

406 actions de contrôle (sur 483, soit 84 %) portaient sur des dispensateurs de soins individuels, pour un montant total porté à grief de 6.365.401,47 euros (soit 54 % du montant total). L'illustration ci-dessous présente le nombre d'actions de contrôle clôturées par groupe professionnel. 34 % des actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins individuels portaient sur des technologues orthopédiques.

---

<sup>25</sup> Voir « [Suivi des procédures contentieuses](#) », p. 29.



**Illustration 7. Nombre d'actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2024, par groupe professionnel**

Le montant porté à grief s'élevé à 3.124.736,42 euros pour les médecins (soit 49 % du montant total des actions de contrôle relatives à des dispensateurs de soins individuels), à 1.653.047,20 euros pour les infirmiers (soit 26 %) et à 688.228,82 euros pour les dentistes (soit 11 %).

**Tableau 4. Actions de contrôle concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2024, par groupe professionnel**

Groupe professionnel	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
Technologue orthopédique	140	44.078,11	44.078,11
Médecin	104	3.124.736,42	2.157.489,38
Infirmier	73	1.653.047,20	249.506,68
Dentiste	50	688.228,82	576.138,49
Kinésithérapeute	27	461.176,86	273.053,92
Pharmacien	6	388.008,52	49.328,67
Aide-soignant	1	0,00	0,00
Bandagiste	1	6.125,54	6.125,54
Logopède	1	0,00	0,00
Opticien	1	0,00	0,00
Sage-femme	1	0,00	0,00
Technologue orthopédique en bandagisterie et orthésologie	1	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>406</b>	<b>6.365.401,47</b>	<b>3.355.720,79</b>

Par ailleurs, 63 actions de contrôle portaient sur des institutions et organisations de soins (dont 45 sur des hôpitaux), pour un montant total porté à grief de 5.291.647,46 euros. Enfin, 14 actions portaient sur des assurés, pour un montant total porté à grief de 50.889,36 euros.

### 3. Évolution 2020-2024<sup>26</sup>

En 2024, nous avons clôturé 483 actions de contrôle, pour un montant porté à grief de 11.707.938,29 euros. 8.010.951,27 euros ont été remboursés volontairement. Le nombre d'actions de contrôle clôturées et le montant porté à grief ont tous deux diminué. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Dans certaines actions de contrôle, un plan de remboursement échelonné est autorisé. Ces dossiers ne sont clôturés qu'après le remboursement complet. Nous menons également des actions de contrôle en collaboration avec l'auditorat du travail, qui ne sont pas encore clôturées. Il s'agit généralement de dossiers plus complexes avec un délai de traitement plus long.

En revanche, le pourcentage du remboursement volontaire a légèrement augmenté : 68 % du montant porté à grief en 2024 a été volontairement remboursé, contre 64 % en 2023.

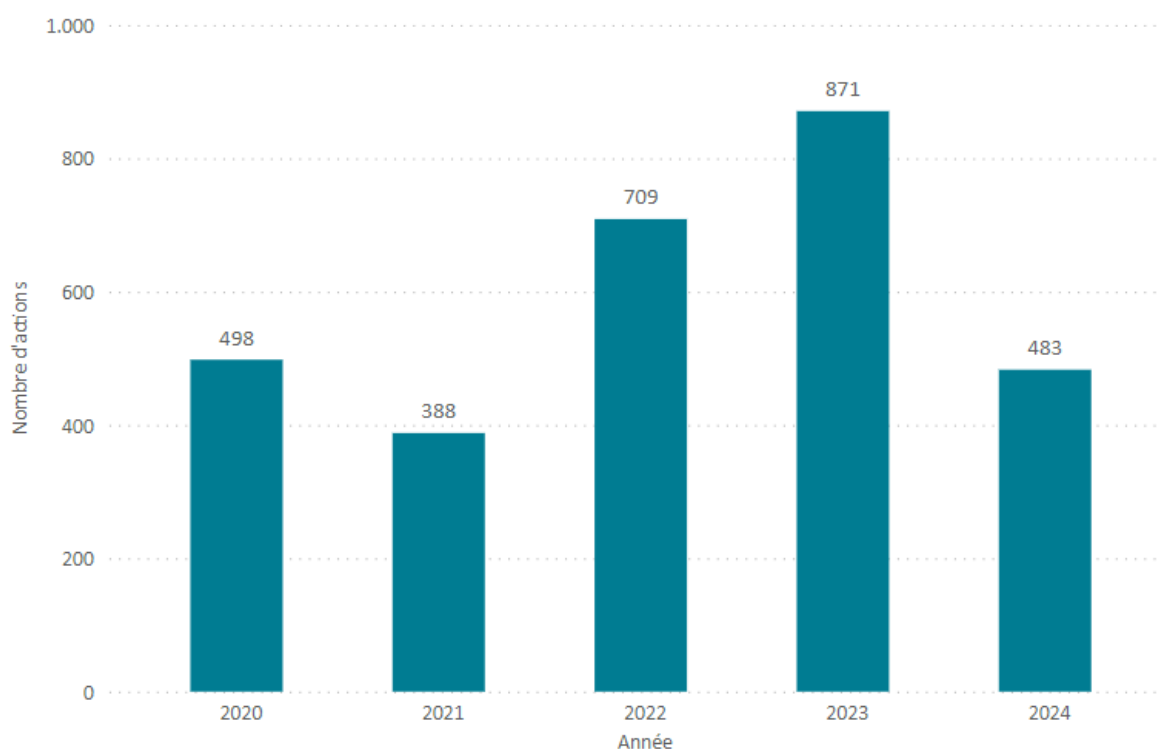
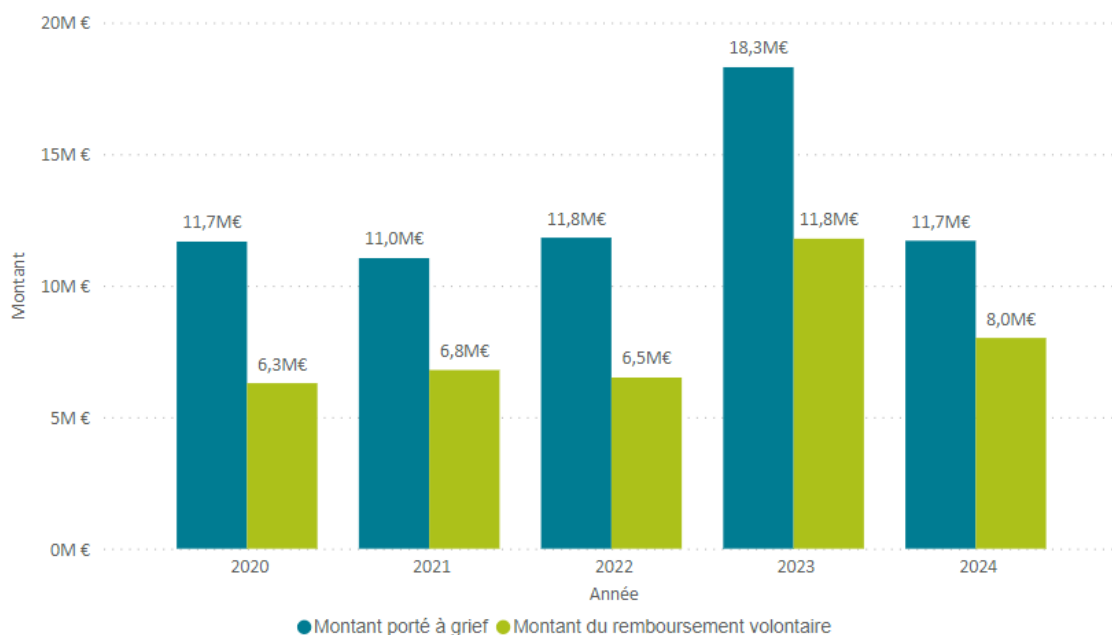


Illustration 8. Évolution du nombre d'actions de contrôle clôturées

<sup>26</sup> Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.



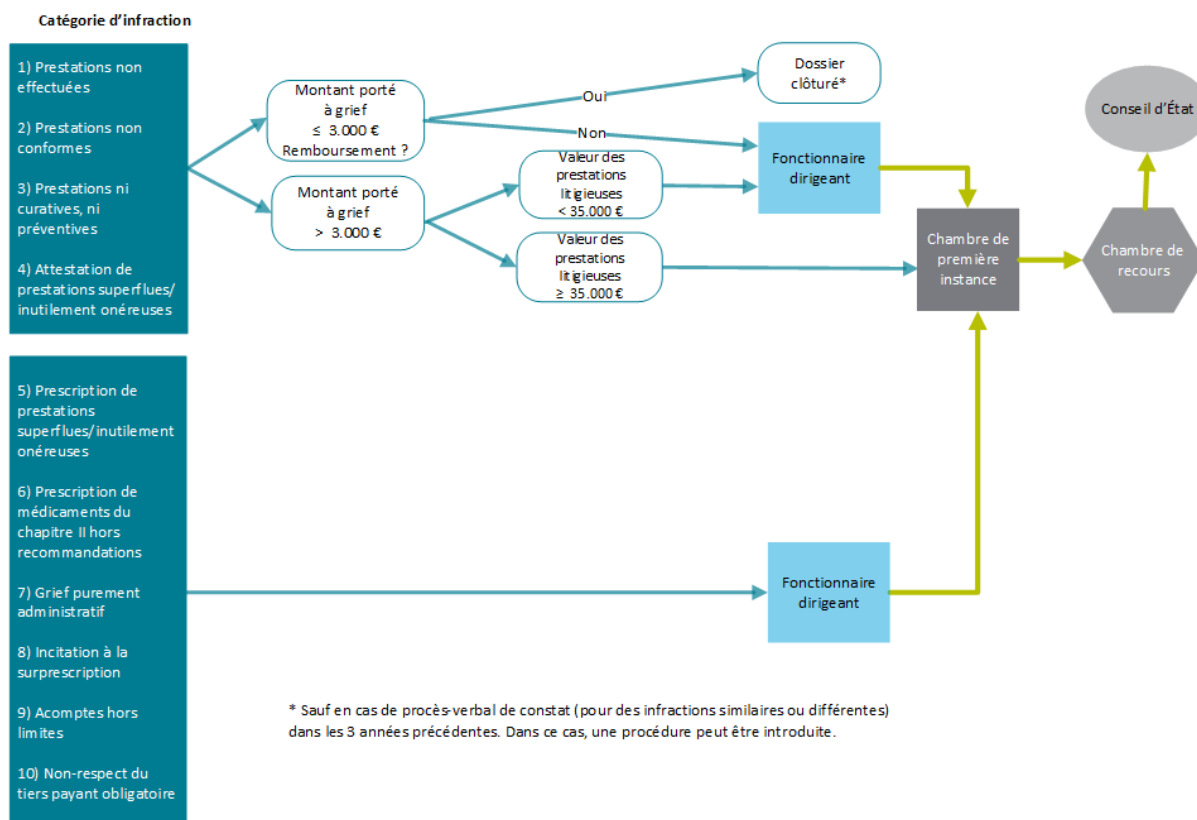
**Illustration 9. Évolution des montants portés à grief et des remboursements volontaires**

## 4. Suivi des procédures contentieuses

### a) Introduction des procédures contentieuses

Nous pouvons introduire une procédure contentieuse à l'encontre d'un dispensateur ou d'une institution de soins. Si un dispensateur de soins ne rembourse pas volontairement l'entièreté du montant porté à grief, une procédure sera d'office introduite. Celle-ci peut être introduite auprès du fonctionnaire dirigeant ou de la chambre de première instance. Les dispensateurs et institutions de soins peuvent introduire un recours auprès de la chambre de première instance contre la décision du fonctionnaire dirigeant ou auprès de la chambre de recours contre la décision de la chambre de première instance.

La procédure à suivre est déterminée par plusieurs critères, comme le montre l'illustration ci-dessous : le type d'infraction, le montant porté à grief et la valeur des prestations litigieuses. Nous entendons par « valeur des prestations litigieuses » le montant des prestations indûment facturées que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment où la procédure est introduite.



**Illustration 10. Procédure suivie en fonction du type d'infraction, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses**

Si le montant porté à grief est inférieur ou égal à 3.000 euros et qu'il a été entièrement remboursé dans les 2 mois suivant le jour de la notification du procès-verbal de constat, nous n'introduisons pas de procédure contentieuse, et le dossier est clôturé. Cependant, si le dispensateur de soins avait déjà reçu un procès-verbal de constat (pour des infractions similaires ou différentes) dans les 3 années précédentes, une procédure peut être introduite.

## b) Mesures imposées<sup>27</sup>

Lorsqu'une procédure contentieuse est introduite, le fonctionnaire dirigeant, la chambre de première instance et la chambre de recours peuvent imposer les mesures suivantes : le remboursement des montants indûment facturés à l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative correspondant à un pourcentage du montant indu, éventuellement assortie d'un sursis total ou partiel. Ces mesures peuvent être imposées pour la facturation de prestations :

- ✦ non effectuées ;
- ✦ non conformes ;
- ✦ ni curatives, ni préventives ;
- ✦ superflues ou inutilement onéreuses.

Une amende administrative peut aussi être imposée indépendamment de la valeur des prestations litigieuses, dans les cas suivants :

- ✦ prescription de prestations superflues ou inutilement onéreuses ;
- ✦ prescription de médicaments du chapitre II hors recommandations ;

<sup>27</sup> Au moment de la rédaction du présent rapport, une modification législative est en préparation. Nous ne présentons ici que les mesures applicables en 2024.

- ✦ non-délivrance des documents réglementaires ou délivrance de documents irréguliers (non-respect des formalités administratives) ;
- ✦ incitation à la surconsommation ou à la surprescription ;
- ✦ acceptation d'acomptes en dehors des limites fixées par les conventions ou accords ;
- ✦ non-respect de l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant.

En outre, la chambre de première instance et la chambre de recours peuvent également prononcer une interdiction de facturer via le régime du tiers payant à l'égard d'un dispensateur de soins ayant fait un usage abusif de ce régime. Cette interdiction peut être imposée pour une durée de minimum 5 jours à maximum 2 ans. Il s'agit d'une mesure complémentaire au remboursement de l'indu et à l'amende administrative.

### c) Exécution des mesures imposées

Lorsqu'une décision du fonctionnaire dirigeant, de la chambre de première instance ou de la chambre de recours est devenue définitive, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est plus susceptible de recours, nous disposons d'un titre exécutoire à l'encontre du dispensateur de soins condamné. Si ce dernier ne peut pas rembourser le montant dû en une fois et exécuter la décision prononcée, il peut demander un plan de paiement, établi selon un échéancier et des conditions arrêtés avec nous.

Si le dispensateur de soins ne rembourse pas les montants dus, nous disposons de 2 possibilités pour faire exécuter la décision.

Nous pouvons utiliser la compensation prévue à l'article 206*bis*, § 1<sup>er</sup>, de la loi SSI. Tout montant qui doit être payé par les O.A. ou l'INAMI à un dispensateur de soins dans le cadre de la loi SSI peut être utilisé pour le remboursement des montants indûment perçus par ce dispensateur de soins ou pour le règlement de toute autre créance due à l'INAMI. Par exemple, un dispensateur de soins ayant encore une dette envers l'INAMI pourrait ne pas recevoir de prime télématique, car elle servirait au remboursement de cette dette.

Nous pouvons également charger l'Administration générale de la perception et du recouvrement de la récupération des montants dus à l'INAMI. Il s'agit de la possibilité que nous utilisons le plus fréquemment.

### d) Suivi des procédures contentieuses en 2024

Les tableaux ci-dessous présentent les décisions devenues définitives en 2024 et les données s'y rapportant, par type de dispensateur ou d'institution de soins.

**Tableau 5. Décisions du fonctionnaire dirigeant devenues définitives en 2024, par type de dispensateur de soins**

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé <sup>28</sup> (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis <sup>29</sup> (€)	Montant total à payer <sup>30</sup> (€)
Médecin	14	1.563.128,46	1.467.556,93	1.557.057,40	624.380,77	1.016.274,28	2.181.438,17
Dentiste	11	278.325,94	268.269,40	276.515,72	287.825,60	55.951,37	564.341,32
(Groupement) Infirmier	12	215.551,11	62.273,63	215.551,11	56.928,71	28.868,88	272.479,82
Pharmacien	3	141.594,45	141.594,45	141.594,45	63.242,77	141.594,45	204.837,22
Kinésithérapeute	5	125.710,80	62.723,95	125.710,80	20.068,65	45.252,55	145.779,45
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>2.324.310,76</b>	<b>2.002.418,36</b>	<b>2.316.429,48</b>	<b>1.052.446,50</b>	<b>1.287.941,53</b>	<b>3.368.875,98</b>

<sup>28</sup> Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

<sup>29</sup> Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

<sup>30</sup> Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

**Tableau 6. Décisions de la chambre de première instance devenues définitives en 2024, par type de dispensateur de soins**

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé <sup>31</sup> (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis <sup>32</sup> (€)	Montant total à payer <sup>33</sup> (€)
Médecin	4	1.215.675,44	152.800,58	1.050.582,74	614.911,55	349.130,73	1.665.494,29
(Groupement) Infirmier	3	639.791,09	0,00	639.791,09	88.524,94	471.130,15	728.316,03
Dentiste	3	150.763,37	53.427,27	150.763,37	45.489,18	57.137,02	196.252,55
Hôpital général	1	42.964,48	42.964,48	42.964,48	10.741,12	0,00	53.705,60
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>2.049.194,38</b>	<b>249.192,33</b>	<b>1.884.101,68</b>	<b>759.666,79</b>	<b>877.397,90</b>	<b>2.643.768,47</b>

En 2024, la chambre de première instance a également prononcé une interdiction de facturer via le régime du tiers payant à l'égard d'un médecin généraliste pour une durée d'un an.

<sup>31</sup> Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

<sup>32</sup> Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

<sup>33</sup> Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

**Tableau 7. Décisions de la chambre de première instance (en tant que juridiction d'appel) devenues définitives en 2024, par type de dispensateur de soins**

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé <sup>34</sup> (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis <sup>35</sup> (€)	Montant total à payer <sup>36</sup> (€)
Médecin	2	190.981,70	190.981,78	190.981,70	183.460,58	82.892,39	374442,28
Dentiste	1	40.707,00	20.353,00	39.050,50	13.900,25	27.800,50	52950,75
Kinésithérapeute	2	28.775,01	28.775,01	28.775,01	14.387,50	11.635,55	43162,51
Infirmier	1	17.966,65	0,00	17.966,65	31.849,18	0,00	49815,83
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>278.430,36</b>	<b>240.109,79</b>	<b>276.773,86</b>	<b>243.597,51</b>	<b>122.328,44</b>	<b>520.371,37</b>

<sup>34</sup> Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

<sup>35</sup> Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

<sup>36</sup> Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

**Tableau 8. Décisions de la chambre de recours devenues définitives en 2024, par type de dispensateur de soins**

Groupe professionnel du dispensateur de soins / type d'institution de soins	Nombre de décisions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire avant la décision (€)	Remboursement imposé <sup>37</sup> (€)	Amende effective (€)	Amende avec sursis <sup>38</sup> (€)	Montant total à payer <sup>39</sup> (€)
(Groupement) Infirmier	8	1.331.658,49	130.729,97	1.252.278,56	576.067,50	734.005,96	1.828.346,06
Médecin	5	1.004.640,31	52,97	587.368,42	170.438,94	170.438,94	757.807,36
Pharmacie hospitalière	1	986.929,83	169.670,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Hôpital général	1	914.782,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bandagiste	1	530.720,75	0,00	530.720,75	132.680,19	398.040,56	663.400,94
Dentiste	2	143.295,51	0,00	143.295,51	130.720,46	65.360,23	274.015,97
Kinésithérapeute	1	45.942,00	0,00	45.942,00	45.942,00	0,00	91.884,00
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>4.957.969,34</b>	<b>300.453,27</b>	<b>2.559.605,24</b>	<b>1.055.849,09</b>	<b>1.367.845,69</b>	<b>3.615.454,33</b>

<sup>37</sup> Les remboursements imposés incluent les remboursements volontaires avant la décision.

<sup>38</sup> Une amende avec sursis est une amende qui n'est pas exécutée tant que la personne ne commet pas de nouvelles infractions pendant la durée du sursis (art. 157 de la loi SSI).

<sup>39</sup> Le montant total à payer est composé du remboursement imposé et de l'amende effective.

## 5. Lutte contre la fraude

Nous travaillons avec d'autres services de l'INAMI, avec les O.A. et avec le Collège intermutualiste national (CIN) pour les actions de contrôle en matière de fraude dans le secteur des soins de santé et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude. Seule une petite partie des actions de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

### a) Définition de la fraude

La Commission anti-fraude (CAFC) de l'INAMI a élaboré en 2017 des directives concernant la définition de la notion d'« indices graves, précis et concordants de fraude » au sens de l'article 77<sup>sexies</sup> de la loi SSI<sup>40</sup>. Ces directives précisent la notion de « fraude » : elle 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, au détriment de l'assurance soins de santé. De simples négligences, des erreurs matérielles, des irrégularités commises de bonne foi, etc. ne relèvent pas de cette notion. L'intention frauduleuse est donc un élément essentiel de la fraude.

Tant les dispensateurs et institutions de soins que les assurés peuvent frauder. Si des assurés falsifient par exemple des prescriptions de médicaments, nous pouvons porter un montant à grief. Le Service du contrôle administratif s'occupe du traitement ultérieur de ces dossiers.

Étant donné que des fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une plus large mesure, à une récurrence de leur part. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive. Au terme d'une action de contrôle, nous évaluons donc s'il y a des indices clairs de facturation illégale intentionnelle et donc de fraude.

Pour concrétiser le suivi des fraudeurs, nous utilisons la [Waste Typology Matrix](#) du Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur des soins de santé (EHFCN) pour classer les infractions constatées en différentes catégories. Les dossiers dont la décision est « constat avec procédure contentieuse » ou « sans suite par le SECM » peuvent se voir attribuer l'un des codes suivants en cas de suspicion de fraude ou de corruption.

**Tableau 9. Waste typology matrix pour fraude et corruption (EHFCN)**

	Prestations non conformes	Prestations non effectuées	Surconsommation médicale (nombre de prestations)	Surconsommation financière (prestations inutilement coûteuses)
<b>Fraude</b>	F1	F2	F3	F4
<b>Corruption</b> (fraude avec implication d'une tierce partie)	C1	C2	C3	C4

La fraude dans le cadre des prestations non conformes (catégorie F1) peut par exemple consister à facturer fréquemment et intentionnellement un supplément d'honoraires pour des prestations effectuées la nuit alors qu'elles ont eu lieu le jour. Si ces prestations facturées ne sont délibérément pas effectuées, nous pouvons classer ces dossiers dans la catégorie F2.

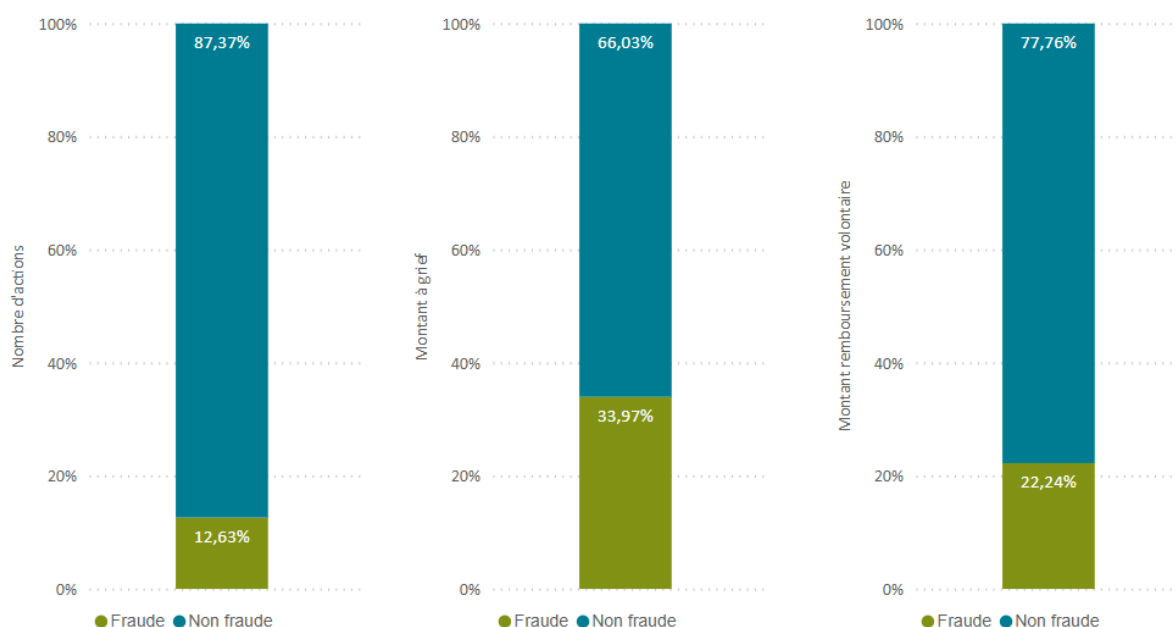
<sup>40</sup> Directives du 19 avril 2017 portant exécution de l'article 13<sup>bis</sup>, § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

## b) Types de fraude

Sur les 483 actions de contrôle clôturées en 2024, 61 étaient des dossiers concernant la fraude pour un montant total porté à grief de 3.977.345,94 euros. Le montant porté à grief dans ces dossiers pour des prestations non effectuées représente 58 % du montant total porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude.

**Tableau 10. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2024, par type de fraude**

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
F1 – fraude : non conforme	27	1.495.103,31	898.179,99
F2 – fraude : non effectué	33	2.295.394,44	883.794,34
F3 – fraude : surconsommation médicale	1	186.848,19	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>3.977.345,94</b>	<b>1.781.974,33</b>

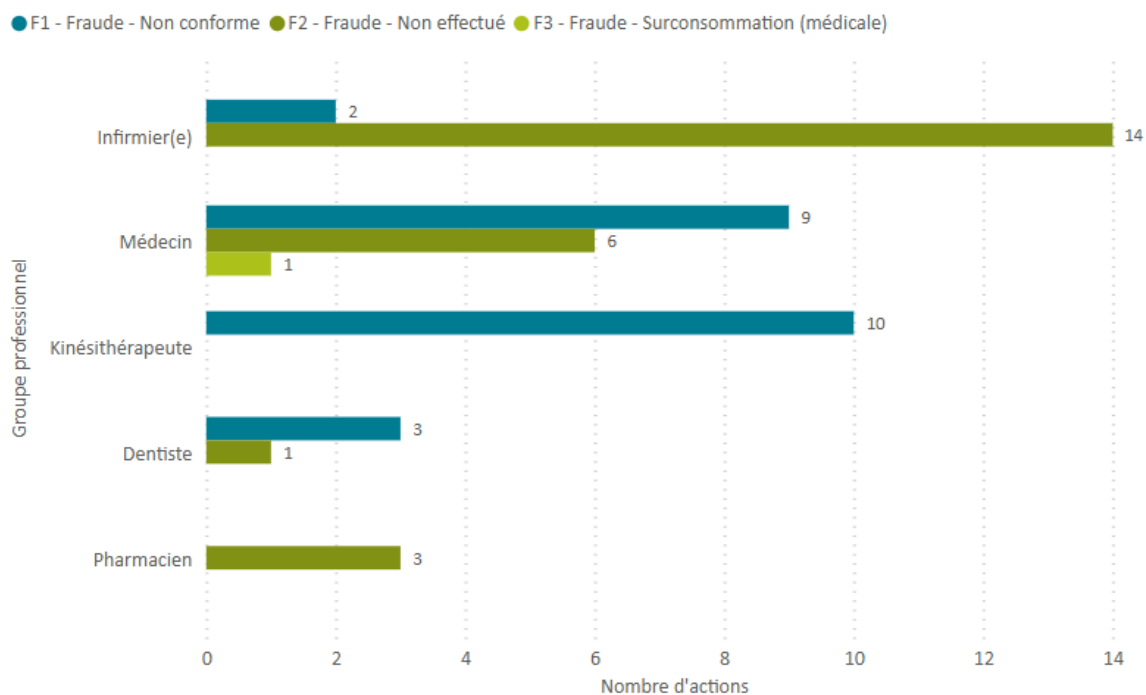


**Illustration 11. Actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées en 2024**

## c) Concernés

La majorité de nos actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2024 concernaient des dispensateurs de soins individuels (49 actions sur 61, soit 80 %), pour un montant porté à grief de 3.598.022,77 euros (soit 90 % du montant total). 2 actions concernaient des institutions de soins pour un montant porté à grief de 328.433,81 euros (soit 8 % du montant total). 10 actions concernaient des assurés pour un montant porté à grief de 50.889,36 euros.

La plus grande partie de nos actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2024 portaient sur des médecins (33 %), surtout pour des prestations non conformes, et sur des infirmiers (33 %), principalement pour des prestations non effectuées. Ces dispensateurs de soins sont minoritaires au sein de leur groupe professionnel, mais facturent indûment des montants très élevés à l'assurance soins de santé, au détriment de l'accessibilité des soins.



**Illustration 12. Nombre d'actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2024, par groupe professionnel et par type de fraude**

Le montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées en 2024 s'élève à 1.790.225,30 euros pour les médecins (soit 50 % du montant total des actions en matière de fraude relatives à des dispensateurs) et à 1.017.050,18 euros pour les infirmiers (soit 28 %).

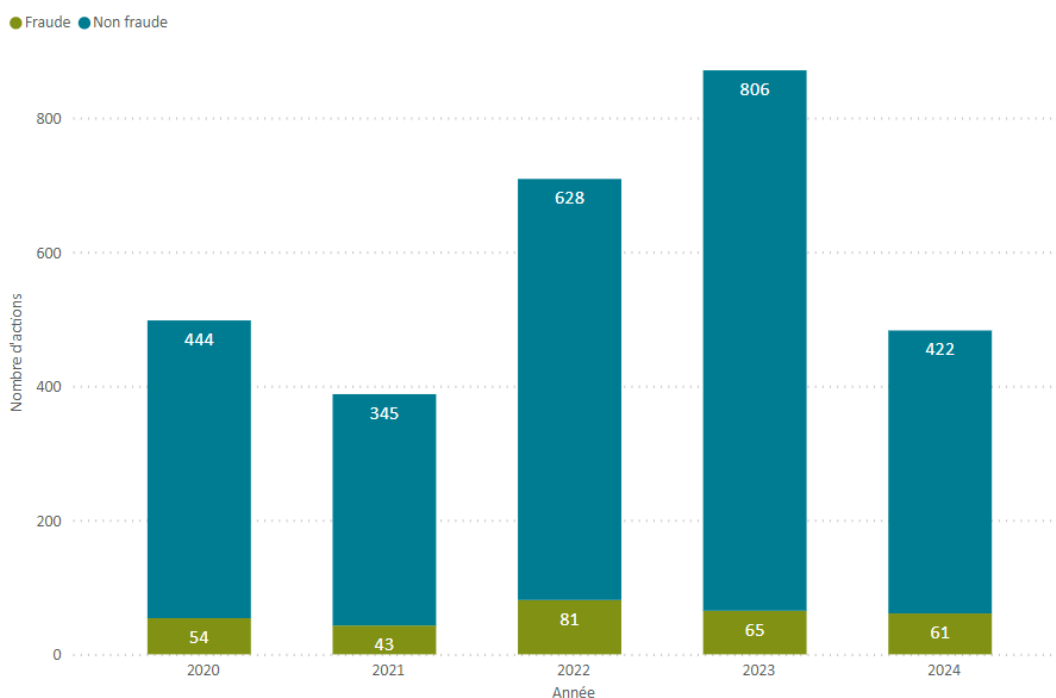
**Tableau 11. Actions de contrôle en matière de fraude concernant des dispensateurs de soins clôturées en 2024, par type de fraude et par groupe professionnel**

Type de fraude	Nombre d'actions	Montant porté à grief (€)	Remboursement volontaire (€)
<b>F1 – fraude : non conforme</b>	<b>24</b>	<b>1.316.444,79</b>	<b>760.328,39</b>
Médecin	9	691.341,44	562.399,85
Kinésithérapeute	10	347.956,00	162.998,11
Infirmier	2	229.071,56	0,00
Dentiste	3	48.075,79	34.930,43
<b>F2 – fraude : non effectué</b>	<b>24</b>	<b>2.094.729,79</b>	<b>692.712,13</b>
Médecin	6	912.035,67	646.749,07
Infirmier	14	787.978,62	20.761,71
Pharmacien	3	341.856,70	3.176,85
Dentiste	1	52.858,80	22.024,50
<b>F3 – fraude : surconsommation médicale</b>	<b>1</b>	<b>186.848,19</b>	<b>0,00</b>
Médecin	1	186.848,19	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>3.598.022,77</b>	<b>1.453.040,52</b>

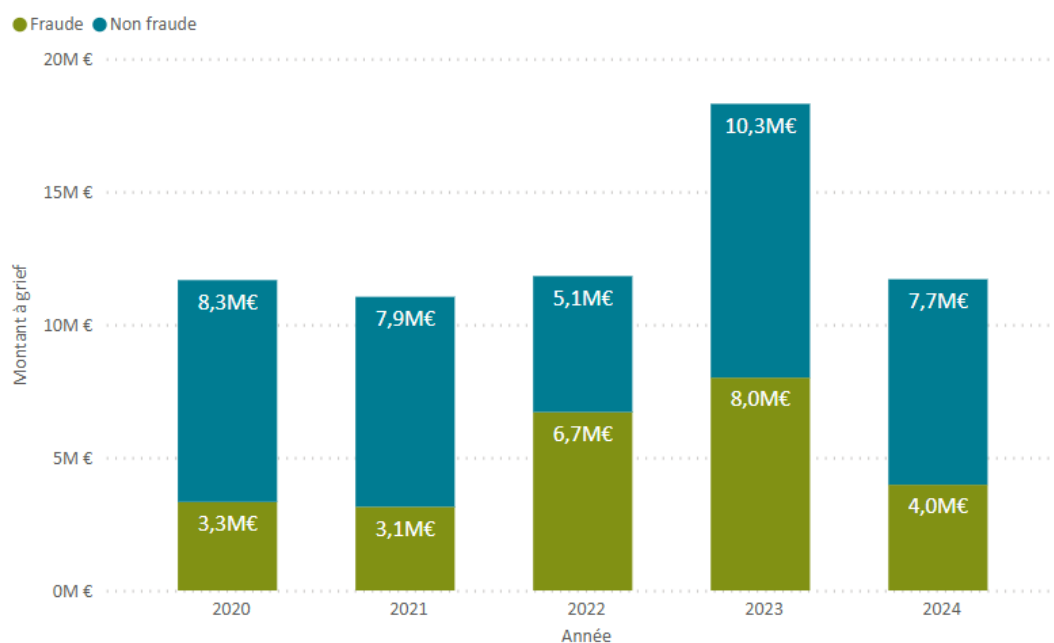
2 institutions de soins ont été concernées par des actions de contrôle en matière de fraude : un hôpital général, pour des prestations non conformes, et une pharmacie publique, pour des prestations non effectuées. Le montant porté à grief s'élève à 137.851,60 euros pour l'hôpital général et 190.582,21 euros pour la pharmacie publique.

#### d) Évolution 2020-2024<sup>41</sup>

En 2024, le nombre d'actions de contrôle en matière de fraude et le montant porté à grief ont diminué par rapport à 2022 et 2023.



**Illustration 13. Évolution du nombre d'actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées**



**Illustration 14. Évolution du montant porté à grief dans les actions de contrôle en matière de fraude clôturées vs autres actions de contrôle clôturées**

<sup>41</sup> Les résultats ci-dessous peuvent évoluer d'un rapport annuel à l'autre en raison de nouveaux remboursements volontaires pour des actions de contrôle clôturées les années précédentes.

### e) Suspension du paiement via le régime du tiers payant

L'article 77sexies de la loi SSI permet de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois, s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins.

Il s'agit là d'une mesure supplémentaire qui permet de mettre un frein aux fraudeurs obstinés qui abusent du régime du tiers payant, pendant que le personnel d'inspection mène l'action de contrôle sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

Si la suspicion de fraude porte sur un groupement infirmier, l'article 77sexies est appliqué au numéro de tiers payant du groupement et au numéro INAMI du responsable du groupement (si celui-ci est un dispensateur de soins).

En 2024, le fonctionnaire dirigeant du SECM a décidé de suspendre 3 numéros de tiers payant.

**Tableau 12. Suspensions du paiement via le régime du tiers payant (art. 77sexies) en 2024**

Suspension	Date de début	Date de fin	Type d'intéressé
1	28.03.2024	27.03.2025	infirmier
2	28.05.2024	27.05.2025	dentiste
3	01.07.2024	30.06.2025	infirmier

## IV. MISSIONS NATIONALES

Lors de nos missions nationales, nous utilisons une méthodologie uniforme, appliquée à l'ensemble d'un groupe déterminé de dispensateurs ou d'institutions de soins dans toute la Belgique. Nous évaluons simultanément le comportement de facturation et/ou de prescription de ce groupe. En fonction de notre analyse, nous déterminons l'action la plus indiquée : une sensibilisation de l'ensemble du groupe professionnel ou d'une sélection de dispensateurs de soins (*outliers* par exemple), une proposition d'adaptation de la nomenclature auprès de la commission concernée, ou encore une action de contrôle en vue de récupérer les montants indûment facturés. Il peut également s'agir de plusieurs de ces actions, simultanément ou successivement.

Vous trouverez ci-dessous le résumé des missions nationales clôturées et présentées en 2024 au Comité du SECM.

### 1. Facturation d'examens duplex couleur

#### a) Origine et objectif

Lors d'une analyse des données de facturation des échographies de l'article 17quater de la nomenclature entre 2018 et 2021, nous avons observé de grandes différences de comportement de facturation du code de nomenclature 469755-469766 (examen duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens) par les urologues. Nous nous sommes demandé si certains d'entre eux n'avaient pas facturé cet examen de manière non conforme.

L'objectif de notre action de contrôle nationale était de vérifier si cette hypothèse était exacte : des urologues avaient-ils indûment facturé des examens duplex couleur à la place d'autres échographies ?

## b) Méthodologie

Nous avons sélectionné les urologues outliers en ce qui concerne la facturation des examens duplex couleur en 2020 et 2021.

Étant donné que l'examen duplex couleur est repris dans la catégorie des échographies cardiovasculaires dans la nomenclature, celle-ci prévoit :

- ✦ une image échographique bidimensionnelle ;
- ✦ et un tracé doppler, avec analyse de fréquence des signaux, documenté par un protocole écrit et un support iconographique.

Nous avons travaillé avec un échantillon d'une centaine de prestations facturées entre le 11 mars 2019 et le 15 avril 2023 (dates de prestation) par outlier (institution de soins ou urologue en pratique privée). L'échantillon a été réalisé sur la base d'un tirage aléatoire. Pour chaque prestation de l'échantillon, nous avons analysé les images échographiques et les protocoles des examens.

Ensuite, nous avons réalisé des auditions du chef de service urologique (dans le cas des institutions de soins) et de l'urologue (dans le cas des pratiques privées). Sur la base de leurs déclarations et de nos constats, nous avons porté à grief les montants indus dans un procès-verbal de constat, accompagné d'une invitation au remboursement volontaire.

## c) Résultats

Notre action de contrôle a porté sur 10 outliers : 9 urologues travaillant dans 2 hôpitaux et un urologue travaillant en pratique privée.

Les dossiers que nous avons analysés ne montraient ni tracé doppler, ni analyse de fréquence des signaux. Les images échographiques étaient parfois manquantes. Il ne s'agissait pas toujours d'examens duplex couleur, mais d'autres examens échographiques, tels que des échographies :

- ✦ du bassin masculin (469475-469486) ;
- ✦ du bassin féminin (469490-469501) ;
- ✦ urinaires complètes (469556-469560) ;
- ✦ transrectales (469571-469582).

Nous avons constaté au total 21.508 prestations non conformes, indûment facturées pour un montant de 837.267,97 euros.

Dans le cas des hôpitaux, nous avons calculé le montant indu de manière différentielle<sup>42</sup>, car des images échographiques figuraient bien dans le dossier médical. En ce qui concerne l'urologue en pratique privée, nous avons porté à grief le montant total, car il ne nous a pas présenté d'image échographique lors de notre action de contrôle.

Le montant porté à grief a été totalement remboursé par les hôpitaux et l'urologue en pratique privée. Nous n'avons pas introduit de procédure.

---

<sup>42</sup> Nous avons calculé la différence entre le montant de l'examen duplex couleur et le montant de l'échographie qui aurait dû être facturée. Le montant facturé en trop a été porté à grief.

#### d) Autres actions

Par ailleurs, lors de notre analyse de données, nous avons observé une grande proportion d'échographies urinaires complètes dans l'un des hôpitaux outliers et avons mené une action de contrôle individuelle complémentaire à ce sujet. Nous avons constaté que le code de nomenclature 469556-469560 a été facturé de manière non conforme, pour un montant porté à grief de 94.472,94 euros.

#### e) Propositions

Nous recommandons une interdiction de la facturation des examens duplex couleur par les urologues, comme cela est déjà d'application pour les gynécologues. Cela permettra d'éviter des erreurs de facturation.

## 2. Facturation de cathéters et accessoires pour l'examen électrophysiologique et l'ablation percutanée

#### a) Origine et objectif

Nous avons observé une forte augmentation de la facturation des dispositifs médicaux invasifs utilisés par les hôpitaux en électrophysiologie. C'est pourquoi nous avons contrôlé l'application des conditions de remboursement lors de la facturation de ce matériel.

L'examen électrophysiologique permet au médecin d'obtenir des informations précises sur le type d'arythmie dont souffre un patient et sur son origine exacte dans le cœur. Pour certaines arythmies, le médecin procède à une ablation, qui consiste à appliquer délibérément de petites cicatrices sur certaines parties du tissu cardiaque, au niveau des connexions nerveuses qui ne fonctionnent pas normalement.

Pour le remboursement de l'examen électrophysiologique et de l'ablation, un code de nomenclature est prévu pour différents types d'arythmies cardiaques pour le médecin et un pseudo-code de nomenclature pour le matériel<sup>43</sup>.

Nous avons contrôlé si les hôpitaux avaient correctement facturé les 5 prestations de matériel et les prestations médicales y afférentes.

#### b) Méthodologie

Nous avons d'abord procédé à une analyse exploratoire des prestations de matériel facturées pour l'examen électrophysiologique dans la banque de données SHA<sup>44</sup> dans la dernière version alors disponible. Nous avons analysé les données anonymisées du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 juin 2022. Nous avons ainsi remarqué que les pharmaciens hospitaliers ne facturaient pas toujours correctement les prestations de matériel « électrophysiologie en combinaison avec une ablation » : lors de la facturation, les critères de remboursement n'étaient pas remplis ou le matériel n'était même pas utilisé. La conclusion de cette analyse exploratoire nous a incité à contrôler exactement quels hôpitaux avaient indûment facturé quelles prestations de matériel.

---

<sup>43</sup> 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944, et 158955-158966.

<sup>44</sup> Séjours hospitaliers anonymisés.

Nous avons donc ensuite analysé les données NewAttest des 5 prestations de matériel concernées et les honoraires médicaux correspondants pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 30 novembre 2023 (dates de prestation).

Nous avons décidé d'envoyer un procès-verbal de constat pour les facturations indues d'un montant supérieur à 10.000 euros.

### c) Résultats

Dans les 7 hôpitaux sélectionnés, nous avons constaté 4 types d'infractions :

- ✦ la facturation indue de la prestation de matériel à plusieurs reprises le même jour ;
- ✦ le non-respect de la règle de non-cumul pour les prestations de matériel ;
- ✦ la non-exécution de la prestation de matériel ;
- ✦ la double facturation du forfait de soins à basse variabilité.

Nous avons dressé un procès-verbal de constat pour un montant total de 370.158,02 euros. Tous les hôpitaux ont volontairement remboursé les montants indûment facturés. Nous n'avons pas introduit de procédure.

## 3. Facturation de prestations psychiatriques avec une durée minimale

### a) Origine et objectif

Lors d'actions de contrôle individuelles, nous avons constaté que des psychiatres ne facturaient pas toujours correctement les prestations avec une durée minimale<sup>45</sup>. Dans le cadre de cette action de contrôle nationale, nous avons contrôlé la facturation de ces prestations en calculant la durée totale par jour. Si un psychiatre facture plus de 17 à 24 heures de prestations par jour, c'est une indication de facturation incorrecte. En outre, facturer plus de 8 heures par jour de prestations COVID sans présence physique n'est pas autorisé par la nomenclature.

### b) Méthodologie

Nous avons réalisé une préanalyse des prestations psychiatriques avec une durée minimale effectuées lors des 2 derniers exercices comptables disponibles à ce moment-là, à savoir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2020. Cela nous a permis d'évaluer l'ampleur des facturations indues et de sélectionner les psychiatres ayant dépassé les *cut-off* suivants :

- ✦ 3.000 euros pour les prestations dépassant 24 heures par jour et/ou la durée journalière maximale de 8 heures de prestations COVID sans présence physique ;
- ✦ 5.000 euros pour les prestations dépassant 17 heures par jour.

Nous avons demandé à l'Agence intermutualiste (AIM) les fichiers de données numériques récents et authentifiés concernant les psychiatres sélectionnés, avec une période de réception auprès des O.A. du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 30 avril 2022. Nous avons calculé par psychiatre la durée totale des prestations avec une durée minimale facturées par jour, ainsi que la moyenne des honoraires par minute. Cela nous a permis d'avoir une idée du montant potentiellement facturé en trop. Les psychiatres concernés ont été entendus en audition.

---

<sup>45</sup> Codes de nomenclature 109513, 109631, 109535, 109550, 109653, 109572, 109336, 109675, 109351, 109410, 109432, 109454, 597505, 597564, 597520, 597542, 101894, 101916, 101931, 101953 et 101975.

### c) Résultats

Nous avons constaté des facturations non conformes par 6 psychiatres pour un montant total de 254.330,91 euros. La plupart des infractions portaient sur la durée minimale, mais nous avons également observé d'autres facturations non conformes.

4 psychiatres ont intégralement remboursé le montant porté à grief après le procès-verbal de constat. Nous avons clôturé ces actions de contrôle. Quant aux 2 autres, en l'absence de remboursement volontaire, nous avons introduit une procédure.

Nous avons envoyé un avertissement aux 2 psychiatres pour lesquels nous avons constaté des facturations non conformes pour un montant moins important ou pour l'évaluation psychiatrique d'enfant.

### d) Autres actions

Nous avons ouvert une action de contrôle individuelle pour 2 psychiatres, en raison d'infractions potentielles qui ne relevaient pas du champ d'application de cette action de contrôle nationale :

- ✦ un nombre étonnamment élevé de doubles facturations : nous avons dressé un procès-verbal de constat pour un montant indu de 52.336,61 euros ;
- ✦ la suspicion de prestations non effectuées : cette action de contrôle est toujours en cours.

### e) Propositions

#### **Facturation par les médecins spécialistes en formation**

Les médecins spécialistes en formation facturent parfois au nom de leur maître de stage. Ces derniers ont donc dépassé les *cut-off* que nous avons préalablement fixés. 17 maîtres de stage ont reçu une lettre les invitant à nous transmettre leurs plans de stage. Sur la base de ces documents, nous avons décidé de clôturer l'action de contrôle les concernant : ils n'ont pas été entendus en audition et n'ont reçu ni procès-verbal de constat, ni avertissement.

Il est ressorti de cette action de contrôle que les prestations effectuées par les médecins spécialistes en formation ne sont pas facturées de manière uniforme. Nous avons averti le Service des soins de santé que la réglementation en matière de facturation par les médecins spécialistes en formation doit être clarifiée.

#### **Évaluation psychiatrique individuelle d'enfant**

Nous avons également rencontré des difficultés lors du contrôle de l'évaluation psychiatrique individuelle d'enfant. Le libellé de cette prestation dans la nomenclature a pour conséquence que les psychiatres ne facturent pas ce code de manière uniforme. Nous avons envoyé une proposition d'adaptation de la nomenclature à ce sujet au groupe de travail Actes de consultations et assimilés<sup>46</sup> (GT ACA).

---

<sup>46</sup> Groupe de travail dans le cadre de la réforme de la nomenclature, spécifiquement chargé de la réglementation en matière de consultations, surveillance et prestations similaires.

## 4. Dépassement des limites de valeurs P

### a) Origine et objectif

Les valeurs P ont été introduites en concertation avec le groupe professionnel après que la Commission nationale dento-mutualiste et le SECM ont constaté qu'un groupe de dentistes facturait un nombre irréaliste de prestations. Les prestations dentaires de la nomenclature se sont vues attribuer un coefficient de pondération P en fonction de la charge de travail nécessaire pour les réaliser de manière qualitative.

L'arrêté royal du 2 juin 2015<sup>47</sup> fixe une limite au nombre total de valeurs P que les dentistes peuvent facturer :

- ✦ 5.000 valeurs P par mois,
- ✦ 13.000 valeurs P par trimestre,
- ✦ 46.000 valeurs P par année civile.

En 2024, nous avons clôturé 2 actions de contrôle nationales concernant le dépassement des limites de valeurs P : en 2020 et en 2021. Ce texte résume le déroulement des 2 actions de contrôle.

L'objectif de ces actions de contrôle nationales était d'identifier les dentistes ayant dépassé les limites de valeurs P et de récupérer les montants liés à ces dépassements en tant que prestations non conformes.

### b) Dépassement en 2020

#### Méthodologie

En raison de la pandémie de COVID, la charge de travail des dentistes était répartie de manière inégale. Nous avons donc uniquement contrôlé le dépassement de la limite annuelle : 46.000 valeurs P.

Nous avons calculé les valeurs P à l'aide d'un tableau de référence contenant pour chaque code de nomenclature la valeur P correspondante. Sur la base des données Doc P, nous avons sélectionné 32 dentistes présumés avoir dépassé en 2020 les limites de valeurs P légalement autorisées.

Ensuite, sur la base des données individuelles NewAttest, nous avons calculé pour chacun des 32 dentistes sélectionnés :

- ✦ le nombre total de valeurs P en 2020 ;
- ✦ le montant payé par l'assurance soins de santé pour ce total de valeurs P ;
- ✦ le montant moyen d'une valeur P ;
- ✦ le nombre de valeurs P dépassant le plafond légalement autorisé pour l'année civile ;
- ✦ le montant correspondant à ce total de valeurs P dépassant le plafond légalement autorisé pour l'année civile.

#### Résultats

Nous avons constaté que 13 dentistes avaient dépassé les limites annuelles de valeurs P en 2020. Le montant facturé en trop s'élevait à 1.048.974,09 euros. Nous avons entrepris les actions suivantes pour ces dentistes.

---

<sup>47</sup> Arrêté royal du 2 juin 2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Nous avons envoyé un procès-verbal de constat accompagné d'une invitation au remboursement volontaire à 6 dentistes. Le montant total porté à grief était de 651.876,06 euros. 4 des 6 dentistes ont remboursé intégralement le montant porté à grief après réception du procès-verbal de constat. Nous avons introduit une procédure contre les 6 dentistes en raison d'antécédents pour la même infraction.

2 dentistes ont reçu un avertissement, car le montant de leur dépassement était inférieur au *cut-off* prédéfini.

L'action de contrôle a été clôturée sans suite par le SECM pour 5 dentistes, car ils faisaient déjà l'objet d'une autre action de contrôle.

### c) Dépassement en 2021

#### **Méthodologie**

Lors de cette action de contrôle, nous avons contrôlé les dépassements des limites mensuelles, trimestrielles et annuelles de valeurs P, à savoir respectivement 5.000, 13.000 et 46.000 valeurs P.

Nous avons calculé les valeurs P à l'aide d'un tableau de référence contenant pour chaque code de nomenclature la valeur P correspondante. Sur la base des données Doc P, nous avons sélectionné 53 dentistes présumés avoir dépassé en 2021 les limites de valeurs P légalement autorisées.

Ensuite, sur la base des données individuelles NewAttest, nous avons calculé pour chacun des 53 dentistes sélectionnés :

- ✦ le nombre total de valeurs P en 2021 ;
- ✦ le montant payé par l'assurance soins de santé pour ce total de valeurs P ;
- ✦ le montant moyen d'une valeur P ;
- ✦ le nombre de valeurs P dépassant le plafond légalement autorisé pour le mois, le trimestre et l'année civile ;
- ✦ le montant correspondant à ce total de valeurs P dépassant le plafond légalement autorisé pour le mois, le trimestre et l'année civile.

Pour le grief, nous avons retenu la méthode de calcul par année, trimestre ou mois en fonction du dépassement : nous avons pris en compte le montant le plus élevé.

#### **Résultats**

Le montant total facturé en trop en 2021 par 43 dentistes s'élevait à 1.585.296,81 euros :

- ✦ 13 dentistes ont dépassé la limite annuelle ;
- ✦ 19 ont dépassé la limite trimestrielle ;
- ✦ 11 ont dépassé la limite mensuelle.

Pour 10 des 53 dentistes sélectionnés, nous avons clôturé le dossier négativement, car nous n'avons constaté aucune infraction, ou sans suite par le SECM, parce que nous avons déjà ouvert un dossier individuel.

Parmi les 43 dentistes ayant dépassé une des limites de valeurs P, 28 ont reçu un procès-verbal de constat accompagné d'une invitation au remboursement volontaire. Le montant total porté à grief s'élevait à 1.233.146,18 euros. 24 dentistes ont procédé au remboursement volontaire. Nous avons introduit une procédure contre 12 dentistes en raison de leur refus de rembourser le montant porté à grief ou d'un remboursement partiel et/ou d'une infraction précédente pour des faits similaires.

Les 15 autres dentistes ont reçu un avertissement, car le montant de leur dépassement était inférieur au *cut-off* prédéfini.

## 5. Facturation de soins infirmiers effectués dans des institutions pour personnes handicapées

### a) Origine et objectif

La nomenclature des soins infirmiers est divisée en fonction du lieu et du moment où la prestation est effectuée : les prestations effectuées dans une institution pour personnes handicapées doivent être facturées à l'aide des codes de nomenclature du point 3°bis.

Une action de contrôle précédente avait révélé un mauvais usage de la nomenclature : des codes de nomenclature pour le domicile ou la résidence du bénéficiaire avaient été facturés au lieu de ceux prévus pour les institutions pour personnes handicapées<sup>48</sup>.

Dans le cadre de cette action de contrôle nationale, nous avons à nouveau vérifié si les infirmiers à domicile avaient correctement facturé les prestations effectuées dans une institution pour personnes handicapées avec les codes de nomenclature prévus pour ce lieu.

### b) Méthodologie

Nous avons sélectionné de manière aléatoire 82 institutions pour personnes handicapées sur la base des listes établies par :

- ✦ l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH) ;
- ✦ l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) ;
- ✦ le service Personne handicapée autonomie recherchée (PHARE).

Nous avons analysé les facturations de soins infirmiers dispensés aux résidents de ces institutions entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 octobre 2020. Après vérification des listes de présence, nous avons porté à grief les prestations des jours pendant lesquels le résident avait séjourné 24 heures dans l'institution et pour lesquelles le code de nomenclature pour les institutions pour personnes handicapées n'avait pas été facturé. Nous avons obtenu les montants indûment facturés en calculant la différence entre les montants remboursés pour les codes de nomenclature facturés et les montants qui auraient dû être facturés avec les codes de nomenclature pour les institutions pour personnes handicapées. Lorsqu'il n'y avait pas de code de nomenclature correspondant dans la catégorie 3°bis, nous avons porté à grief le montant total.

### c) Résultats

Durant la période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 octobre 2020, les infirmiers à domicile ont facturé des soins infirmiers à 3.747 résidents d'institutions pour personnes handicapées. Pour 1.937 des 3.747 résidents, nous avons constaté que les infirmiers à domicile n'avaient pas facturé de code de nomenclature pour des prestations effectuées dans une institution pour personnes handicapées.

132 (groupements) infirmiers ont reçu un procès-verbal de constat pour un montant total porté à grief de 1.490.331,81 euros, ainsi qu'une invitation au remboursement volontaire. 121 (groupements) infirmiers ont totalement remboursé leurs facturations indues, soit un montant total de 1.268.890,16 euros.

---

<sup>48</sup> Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2020](#), p. 34.

Nous avons introduit une procédure contre 16 (groupements) infirmiers pour les raisons suivantes :

- ✦ ils avaient déjà reçu un procès-verbal de constat lors de notre action de contrôle précédente ;
- ✦ ils n'ont pas remboursé le montant porté à grief ou pas totalement.

Nous avons également envoyé 518 avertissements, car le montant des facturations indues était inférieur à 5.000 euros.

#### d) Suivi

Suite à cette action de contrôle, des représentants des infirmiers ont demandé une adaptation de la nomenclature. En juillet 2024, des honoraires spécifiques ont été introduits pour les prestations effectuées le week-end ou un jour férié dans une institution pour personnes handicapées (au point 3<sup>o</sup>ter de l'article 8 de la nomenclature).

## 6. Facturation de walker boots

#### a) Origine et objectif

Une walker boot est une orthèse composée d'un segment-pied, d'un segment-jambe et d'une semelle de marche. Cette orthèse est fournie pour traiter :

- ✦ une fracture de la structure osseuse du pied et/ou de la jambe ;
- ✦ la situation après suture d'une rupture totale du tendon d'Achille.

Un remboursement est prévu pour ces indications avec le code de la nomenclature 697071-697082.

L'objectif de cette action de contrôle nationale était de vérifier si les walker boots avaient été délivrées par les technologues orthopédiques pour les indications figurant dans la nomenclature et, par conséquent, si les prestations facturées étaient conformes.

#### b) Méthodologie

Nous avons combiné 2 sets de données pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022 :

- ✦ les walker boots facturées par technologue orthopédique ;
- ✦ les interventions orthopédiques, les plâtres et tous les examens radiologiques facturés par prescripteur, pour la période de 3 mois précédant la date d'exécution de la prestation « walker boots ».

Comme indiqué dans la nomenclature, nous avons accepté comme indication pour le remboursement des walker boots toute fracture du pied ou de la jambe, y compris une fracture de stress ou une fissure. L'indication de rupture totale du tendon d'Achille est également conforme.

En revanche, nous avons considéré comme non conforme :

- ✦ une rupture partielle du tendon d'Achille ;
- ✦ une ostéotomie, souvent ostéotomie de l'hallux valgus, car une ostéotomie n'est pas une fracture.

Selon la nomenclature, les technologues orthopédiques peuvent facturer la prestation 646995-647006 (chevillère, dure, avec ou sans charnières), car aucune indication n'est définie pour celle-ci. Nous appliquons une règle différentielle avec ce code de nomenclature, c'est-à-dire que nous calculons la différence entre le montant facturé pour les walker boots et le montant qui peut être

facturé pour une chevillère. Nous portons donc à grief uniquement le montant qui excède le remboursement de la prestation 646995-647006.

### c) Résultats

10 technologues orthopédiques ont reçu un procès-verbal de constat pour un montant total porté à grief de 50.203,65 euros. Nous avons introduit une procédure contre 3 d'entre eux en raison d'une récidive pour la même infraction.

Nous avons également dressé un procès-verbal de constat, pour un montant total porté à grief de 20.531,67 euros, à 4 prescripteurs (médecins orthopédistes).

La totalité des montants portés à grief a été volontairement remboursée.

Nous avons envoyé un avertissement à 132 technologues orthopédiques qui avaient chacun facturé un montant inférieur au *cut-off* de 4.000 euros de prestations non conformes.

## 7. Respect des critères de remboursement des anti-TNF en cas d'arthrite rhumatoïde

### a) Origine et objectif

Dans cette étude d'évaluation, nous avons vérifié le respect des conditions de remboursement des anti-TNF (*tumor necrosis factor*) dans le cadre du traitement de l'arthrite rhumatoïde. L'anti-TNF est un médicament figurant dans le chapitre IV des spécialités pharmaceutiques remboursables.

En 2020, les anti-TNF figuraient parmi les 25 principaux postes de dépenses de l'assurance soins de santé pour les officines publiques, représentant 182 millions d'euros. Ce montant concerne toutefois toutes les indications, pas seulement l'arthrite rhumatoïde. En raison de l'importance des dépenses, nous avons décidé d'évaluer les dossiers de patients en rhumatologie. Nous avons vérifié si ces patients avaient bien droit au remboursement des anti-TNF.

### b) Méthodologie

Nous avons demandé aux O.A. de nous remettre les 300 dernières autorisations de remboursement d'anti-TNF délivrées en 2021 conformément aux paragraphes du chapitre IV relatifs aux spécialités pharmaceutiques remboursables dans le cadre du traitement de l'arthrite rhumatoïde. Nous avons utilisé une clé de répartition en fonction du nombre de membres : nous avons demandé moins de dossiers aux « plus petits » O.A. Les O.A. nous ont fourni les numéros NISS des assurés concernés et les numéros INAMI des rhumatologues demandeurs.

En 2021, 3 types d'autorisations ont fait l'objet d'une demande :

- ✦ première autorisation : valable 6 mois ;
- ✦ prolongation : valable 12 mois ;
- ✦ prolongation dans le cadre des mesures Corona : les patients n'ayant pu se rendre en consultation chez le médecin demandeur ont dans tous les cas bénéficié d'une prolongation de 3 mois.

Dans cette étude, nous nous sommes limités aux premières autorisations.

Nous avons sélectionné les rhumatologues qui avaient introduit au moins 7 demandes sur Tardis et les avons interrogés. Nous avons ainsi sélectionné 23 rhumatologues. Au cours de ces entretiens, nous avons comparé les données des dossiers médicaux des patients avec celles enregistrées à l'aide des formulaires de demande sur Tardis. Nous avons exclu d'autres dossiers – ce à quoi nous ne nous attendions pas – pour les raisons suivantes :

- ✦ il ne s'agissait pas d'une première demande comme indiqué par les O.A., mais d'une prolongation ou d'une prolongation Corona ;
- ✦ il n'y avait plus de lien thérapeutique entre le rhumatologue et le patient, et le rhumatologue n'avait donc plus accès au dossier ;
- ✦ ont également été exclus les patients initialement traités par anti-TNF à l'hôpital et passés au stylo injecteur une fois celui-ci disponible. Ces demandes sont considérées comme « nouvelles », mais nous ne les avons pas analysées dans notre étude.

Par conséquent, le nombre de dossiers que nous avons pu consulter chez certains rhumatologues était inférieur à 7. Nous avons en fin de compte examiné 58 dossiers auprès de 9 rhumatologues.

### c) Résultats

Nous avons comparé ces 58 dossiers avec les données encodées sur Tardis et n'avons constaté aucune irrégularité.

Notre objectif initial était d'examiner 100 dossiers. Après avoir examiné 58 dossiers, soit plus de la moitié de notre objectif initial, nous n'avons observé aucune violation des conditions de remboursement. Nous avons dès lors décidé de mettre fin prématurément à cette étude d'évaluation. Dans l'intérêt d'une utilisation efficace de nos ressources, nous n'avons donc pas analysé les dossiers auprès des 14 autres rhumatologues.

### d) Propositions

#### Accès à la plateforme Tardis

Au cours de l'étude, nous avons constaté que les médecins-conseils n'avaient pas accès à la plateforme Tardis, alors que c'est à eux qu'il revient de délivrer les autorisations de remboursement. Les médecins-directeurs des O.A. ont confirmé cette information, bien qu'ils en aient fait la demande avec insistance lors de la mise en place du système. Ils sont toujours demandeurs de cet accès. Les contrôles ne sont actuellement possibles qu'a posteriori. Le Service des soins de santé de l'INAMI en a fait un point d'action.

#### Registre électronique

Nous préconisons la mise en place, au sein des O.A., d'un registre électronique reprenant les données énumérées ci-après. Nous pourrions ainsi consulter les autorisations de manière appropriée dans le cadre de nos projets d'évaluation.

Cette base de données pourrait contenir les données suivantes :

- ✦ le numéro NISS de l'assuré,
- ✦ l'O.A.,
- ✦ le numéro INAMI du médecin demandeur,
- ✦ l'identification du médecin-conseil,
- ✦ le nom du médicament choisi et le paragraphe du chapitre IV,
- ✦ la date de la demande,
- ✦ le type de demande (première demande ou prolongation).

## 8. Contrôle primaire de la réduction mammaire

### a) Origine et objectif

Nous avons évalué le contrôle primaire de la réduction mammaire<sup>49</sup> par les O.A., en collaboration avec le Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD) et les médecins-conseils. L'objectif de cette évaluation était d'analyser si les informations médicales figurant dans le formulaire de demande de remboursement de la plastie de réduction d'un sein (annexe 88) correspondaient à la réalité et de formuler des recommandations pour les médecins-conseils en vue d'un traitement judicieux des demandes d'autorisation sur la base des pièces du dossier.

### b) Méthodologie

Nous avons d'abord analysé, sur la base des données Doc P, les demandes d'autorisation de 2020 à 2023. Cette analyse nous a fourni, pour chaque O.A., des informations sur la suite qui leur a été réservée par les médecins-conseils, telles que le nombre d'autorisations, de refus, d'examens de contrôle physique, etc.

Le CSMD a ensuite décidé de demander à chaque O.A. le nombre de demandes approuvées et refusées qu'ils avaient reçues entre le 1<sup>er</sup> juin 2023 et le 30 juin 2023, et de leur fournir une copie de l'annexe 88. Il en est ressorti qu'ils ont reçu au total 415 demandes, dont 97 % avaient été approuvées par les médecins-conseils.

Lors d'une troisième phase, nous avons soumis 47 de ces demandes approuvées (environ 10 %) à un contrôle physique dans le cadre d'une étude de terrain afin de vérifier un certain nombre de paramètres mentionnés dans le formulaire de demande. Nous avons examiné si les formulaires de demande avaient été dûment complétés et/ou si les photos tenues à disposition avaient été transmises au médecin-conseil et, le cas échéant, si elles répondaient aux exigences légales.

### c) Résultats

Les résultats de l'étude de terrain ont montré que les médecins-conseils effectuaient parfois un contrôle insuffisant de l'exactitude des données figurant dans le formulaire de demande et que les photos fournies par les médecins demandeurs ne répondaient souvent pas aux exigences. Dans 6,38 % des 47 cas, les médecins-conseils ont approuvé les demandes à tort.

### d) Propositions

Après analyse de ces résultats, nous avons formulé plusieurs recommandations dans une directive. Celle-ci vise à offrir aux médecins-conseils un meilleur cadre pour traiter de manière approfondie les demandes d'autorisation sur la base des pièces du dossier et donc sans examen médical de l'assurée.

- ✦ L'assurée doit toujours être invitée à passer un examen médical si le formulaire de demande indique un IMC  $\geq 33,5$  et  $< 35$ . Nous avons constaté que, dans ce groupe d'assurées, les données médicales figurant sur le formulaire de demande ne correspondaient pas à la réalité.
- ✦ La valeur N-IMF (*nipple–inframammary fold*, c'est-à-dire la distance entre le centre du mamelon et le pli sous-mammaire) contribue peu à une interprétation correcte. Une bonne photo de profil (à droite et à gauche) – en position debout – rend les choses beaucoup plus claires, mais ne peut pas être imposée. Des photos de face et de 2/3, oui.

---

<sup>49</sup> Code de nomenclature 251613-251624.

- ✦ Le médecin-conseil doit refuser l'autorisation si le médecin demandeur ne fournit pas les photos nécessaires à l'évaluation de la demande d'autorisation.

En 2024 et 2025, les médecins-conseils ont procédé à une analyse de suivi. Conformément à la directive, ils ont convoqué les assurées à un examen de contrôle médical et ont vérifié plusieurs paramètres. Ils nous ont informé qu'ils percevaient nos recommandations comme une amélioration pour la prise de décision dans le cadre de leur contrôle primaire.

## 9. Circulaires aux organismes assureurs

### a) Origine et objectif

Lors de nos analyses (de risques), nous remarquons parfois des facturations erronées qui auraient dû être détectées et corrigées par les O.A. dans le cadre de leur contrôle primaire (cumuls de codes de nomenclature interdits, doubles facturations, etc.). Les O.A. doivent en effet vérifier si les dispensateurs de soins ont respecté les conditions de remboursement des prestations qu'ils facturent. En cas de facturation non conforme à la réglementation, les O.A. doivent en informer le dispensateur de soins et ne pas porter en compte ces facturations à l'assurance soins de santé.

Lorsque nous observons un contrôle primaire inefficace de certaines prestations, nous envoyons une circulaire aux O.A. L'objectif est de leur demander de renforcer leur contrôle à l'avenir, ainsi que de vérifier et régulariser les facturations de ces prestations pour une période donnée.

### b) Circulaires aux organismes assureurs

En 2024, nous avons envoyé 3 circulaires aux O.A.

La première concernait l'application correcte de l'article 14, k), de la nomenclature (orthopédie), en particulier le respect de la compétence du dispensateur de soins et des cumuls interdits. Lors de nos analyses, nous avons observé plusieurs cas problématiques :

- ✦ le code de nomenclature 280593-280604 était facturé par d'autres dispensateurs de soins que ceux autorisés à le faire<sup>50</sup> ;
- ✦ des cumuls interdits du traitement chirurgical de la pseudarthrose et du prélèvement de greffe osseuse<sup>51</sup>.

Nous avons demandé aux O.A. :

- ✦ d'effectuer ou renforcer leur contrôle primaire :
  - ✧ de la facturation du code de nomenclature 280593-280604, avec une attention particulière pour le code de compétence du médecin facturant la prestation. Ce point d'attention s'applique également à toutes les prestations de l'article 14, de a) à m), de la nomenclature qui ne sont pas précédées du signe « ° » (pour tout médecin) ou « + » (pour les dentistes) ;
  - ✧ d'effectuer ou renforcer leur contrôle primaire du cumul interdit du traitement chirurgical de la pseudarthrose et du prélèvement de greffe osseuse ;
- ✦ de vérifier et régulariser les prestations indûment remboursées pour la période du 15 avril 2022 au 31 mars 2024 (dates de prestation) ;
- ✦ de nous envoyer, dans un délai de 3 mois, un relevé de ces régularisations.

---

<sup>50</sup> C'est-à-dire par des dispensateurs non repris à l'article 15, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature.

<sup>51</sup> Codes de nomenclature 277793-277804 et 277815-277826.

La deuxième circulaire portait sur les cumuls interdits par l'article 14, j), de la nomenclature (urologie). Nous avons en effet vu que certains dispensateurs de soins ne respectaient pas la règle d'application interdisant le cumul des urétéroscopies ou urétérorénoscopies. Nous avons demandé aux O.A. :

- ✦ d'effectuer ou renforcer leur contrôle primaire de cette règle d'application ;
- ✦ de vérifier et régulariser les prestations indûment remboursées pour la période du 15 avril 2022 au 31 mars 2024 (dates de prestation) ;
- ✦ de nous envoyer, dans un délai de 3 mois, un relevé de ces régularisations.

La troisième circulaire portait sur l'application correcte de la réglementation relative aux maisons médicales<sup>52</sup>. Lors d'une action de contrôle, nous avons remarqué que les O.A. remboursaient des forfaits pour des prestations effectuées par des infirmiers travaillant dans une maison médicale et des prestations à l'acte effectuées par ces mêmes infirmiers pour des assurés hors de la maison médicale<sup>53</sup>. Or, il s'agit d'un cumul interdit : les infirmiers travaillant en maison médicale au forfait ne sont pas autorisés à effectuer des prestations à l'extérieur de celle-ci. Nous avons donc demandé aux O.A. :

- ✦ de rédiger une lettre de sensibilisation à l'attention des maisons médicales ;
- ✦ d'effectuer ou de renforcer leur contrôle primaire dans le cadre de la facturation des prestations effectuées en maison médicale.

### c) Résultats

À la suite de ces circulaires, les O.A. nous ont déclaré avoir régularisé un montant total de 135.285,00 euros.

**Tableau 13. Montants régularisés par les O.A., par circulaire**

Sujet de la circulaire	Montant régularisé (€)
Art. 14, k) : compétence du dispensateur de soins et cumuls interdits	99.261,00
Art. 14, j) : cumuls interdits des urétéroscopies / urétérorénoscopies	36.024,00
<b>TOTAL</b>	<b>135.285,00</b>

L'impact de ces circulaires ne se limite pas aux régularisations a posteriori, mais attire également l'attention des O.A. sur certaines prestations et les incite à mieux les contrôler par la suite.

<sup>52</sup> Art. 15, § 2, de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

<sup>53</sup> Voir [Rapport annuel du SECM. Activités en 2023](#), p. 58.

# Partie 4 – Collaborations

## I. PASSERELLE : AUDIT DES HÔPITAUX

En collaboration avec le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), l'INAMI a créé l'unité Audit des hôpitaux. Celle-ci réalise des audits thématiques dans les hôpitaux afin d'accroître l'efficacité des soins de santé et d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles. Sa mission est de renforcer la qualité, la performance, la conformité, ainsi que l'efficacité des soins de santé organisés et dispensés par les hôpitaux, avec l'objectif :

- ✦ de créer de la valeur ajoutée pour les patients, les hôpitaux et le gouvernement ;
- ✦ d'optimiser l'utilisation des ressources fédérales allouées aux soins de santé.

En 2024, l'unité Audit des hôpitaux a réalisé les audits suivants.

### 1. Audit sur la chirurgie complexe

Pour l'audit relatif à la chirurgie complexe, nous avons inclus tous les centres ayant adhéré à la convention. Au total, nous en avons visité 18.

L'audit comprenait un entretien structuré avec les chirurgiens responsables, une visite du service de soins chirurgicaux (y compris une discussion avec les infirmiers) et le passage en revue de 10 séjours de chirurgie complexe. Les points abordés concernaient les conditions et critères mentionnés dans la convention. Les questions ont été rédigées avec l'aide d'experts internationaux<sup>54</sup>.

Les conclusions principales, reprises ci-dessous, ont été présentées au groupe de pilotage Chirurgie complexe, à la fondation Registre du cancer (BCR) et aux associations scientifiques concernées (*Audit of belgian esophageal surgery* [ABES] et *Belgian pancreatic cancer group* [BPCG]).

La convention concernant la centralisation envisagée de la chirurgie complexe dans les centres à volume élevé n'a pas conduit à :

- ✦ une répartition uniforme des interventions entre les 2 chirurgiens principaux ;
- ✦ une uniformité dans la politique ;
- ✦ un volume élevé d'interventions chirurgicales complexes dans tous les hôpitaux adhérents.

Il est nécessaire :

- ✦ de mettre en place une collaboration formelle entre les centres et avec les hôpitaux qui renvoient les patients ;
- ✦ de définir clairement l'équipe spécialisée, avec quelques lignes directrices nationales ou un cadre pour l'expertise démontrable, la qualification professionnelle et l'expérience dans la problématique spécifique ;
- ✦ d'établir des critères pour les études et la formation (continue) des médecins et des infirmiers, notamment dans le cadre de nouvelles techniques (chirurgicales).

---

<sup>54</sup> Validation et complément des questionnaires : professeur Besselink (UMC Amsterdam) et professeur Hackert (Université de Heidelberg) pour la chirurgie du pancréas ; professeur D'Journo Xavier (Hôpital universitaire de Marseille) pour la chirurgie de l'œsophage.

Il convient de porter une attention continue à l'égard du dossier patient informatisé et de l'enregistrement des données pour :

- ✦ maintenir la qualité des données administratives fournies ;
- ✦ garantir la continuité transmurale des soins ;
- ✦ assurer l'enregistrement uniforme des données pour la fondation Registre du cancer (BCR) (pour l'évaluation de la convention) ;
- ✦ réaliser une auto-évaluation, ainsi qu'une amélioration de la qualité en étudiant et comparant ses propres indicateurs de processus et de résultats.

## 2. Audit sur les prothèses de hanche

Cet audit s'est concentré sur les interventions pour les indications les plus fréquentes, à savoir l'arthrose et la fracture du col du fémur, qui représentent 91 % des interventions pour des prothèses de hanche en 2019 (respectivement 67,1 % et 23,9 %).

L'unité Audit des hôpitaux a mené une enquête en ligne auprès de tous les hôpitaux où des interventions de remplacement de la hanche ont eu lieu et a effectué un audit sur site dans 30 hôpitaux sélectionnés au hasard. Un rapport général a été rédigé à ce sujet. Il comprend, entre autres, un *benchmarking* entre les hôpitaux pour une série d'indicateurs et un plan d'action (points d'amélioration) adressé aux hôpitaux, aux associations scientifiques et aux administrations. Nous avons formulé une quarantaine de points d'amélioration et quelques bonnes pratiques dans un chapitre spécifique.

Nous avons publié le [rapport](#) en avril 2024 en étroite collaboration avec les représentants des associations scientifiques et l'avons présenté lors de plusieurs symposiums.

## II. AFFAIRES INTERNATIONALES : EHFCN

Depuis 2005, la cellule Affaires internationales est chargée de la gestion financière et stratégique de l'*European Healthcare Fraud & Corruption Network* (EHFCN). Elle représente le réseau auprès de partenaires nationaux et étrangers, dans un contexte principalement européen.

L'objectif principal de l'EHFCN est de coordonner et optimiser la lutte contre la fraude, la corruption et le gaspillage dans le secteur des soins de santé en Europe. Le réseau se veut un lieu d'échange d'informations sur les bonnes pratiques, qu'il s'agisse de la réglementation en vigueur ou des techniques de contrôle et des instruments de mesure.

L'année 2024 a été marquée par une expansion significative du réseau. 4 nouveaux membres l'ont rejoint : le *National Health Service Counter Fraud Authority* (NHSCFA, Angleterre), le ministère de la Santé d'Espagne, le Service d'information et de recherche sociale (SIRS, Belgique), et le *National Centralized Health Procurement Authority* (EKAPY, Grèce). À la fin de l'année 2024, l'EHFCN rassemblait 23 organisations issues de 15 pays.

Un autre fait marquant a été la nomination d'un nouveau président : Philip Tavernier, directeur général du SECM. Il prend la suite de Tom Verdonck, directeur général du Service du contrôle administratif de l'INAMI.

## 1. Open House

Le grand événement international de l'année 2024 a été le 12<sup>e</sup> *EHFCN Open House*, qui s'est déroulé à Luxembourg en octobre. L'*Open House* est une conférence interne où un membre (cette année, la Caisse nationale de santé luxembourgeoise) ouvre ses portes aux autres membres. Nous avons organisé l'événement en collaboration avec l'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale (ALOSS). L'événement a accueilli environ 120 participants provenant de 10 pays et de 17 organisations membres de l'EHFCN.

Le système de santé et de sécurité sociale du Luxembourg a tout d'abord été présenté. Il se caractérise par des dépenses par habitant élevées et une forte dépendance à l'égard de la main-d'œuvre étrangère qualifiée. Le guide national de lutte contre la fraude luxembourgeois a également été présenté.

Au niveau international, les sujets suivants ont été abordés :

- ✦ les lignes directrices révisées de l'Association internationale de la sécurité sociale (ISSA) sur la détection et la prévention des erreurs, de l'évasion et de la fraude dans les systèmes de sécurité sociale ;
- ✦ la lutte contre le blanchiment d'argent : stratégies et perspectives ;
- ✦ la fraude et l'intelligence artificielle ;
- ✦ la lutte contre le gaspillage.

Des sessions en petits groupes ont par ailleurs permis aux membres de discuter de manière interactive sur :

- ✦ la fraude transfrontalière : défis juridiques et techniques pour l'échange de données ;
- ✦ les outils d'échange : démonstration du système d'information du marché intérieur (*internal market information system, IMI*) ;
- ✦ la dénonciation.

## 2. Joint event avec l'Association internationale de la mutualité

Nous avons organisé un événement conjoint en ligne avec l'Association internationale de la mutualité (AIM). Il s'agit d'une organisation-cadre de 49 fédérations dans 26 pays, représentant près de 240 millions de personnes couvertes par une assurance soins de santé.

Le thème de l'événement portait sur les données de santé personnelles : cybersécurité vs lutte contre la fraude, règles européennes et bonnes pratiques. Les présentations ont été les suivantes :

- ✦ un aperçu des règles existantes, donné par la Commission européenne ;
- ✦ les menaces de cybersécurité pour le secteur de la santé, présenté par l'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité (ENISA) ;
- ✦ la manière dont les hôpitaux gèrent les cyberattaques ;
- ✦ la présentation d'un cas de fraude dans le secteur de la santé impliquant l'accès aux données de santé, présenté par l'INAMI.

En outre, une table ronde a réuni des représentants de la Belgique, du Portugal et de la Finlande pour discuter des menaces et des attentes concernant la législation européenne. Les conclusions visaient à formuler des recommandations à la Commission européenne pour un acte sur la cybersécurité du point de vue des caisses d'assurance soins de santé et des mutualités.

### 3. Webinaires

8 webinaires ont été organisés en 2024 pour les membres de l'EHFCN, afin de discuter de sujets d'actualité et de fournir des réponses à leurs questions. Des experts du secteur des soins de santé, issus des organisations membres ou non, animent ces webinaires.

Les sujets des webinaires étaient les suivants.

- ✦ Intelligence artificielle, données et soins de santé : impact de la numérisation. La discussion portait sur le cadre juridique pour l'utilisation des données numériques dans les solutions basées sur l'intelligence artificielle et sur l'importance de l'espace européen des données de santé. Les concepts éthiques et juridiques clés abordés étaient l'autonomie, le consentement éclairé et la transparence.
- ✦ Menace actuelle de cybersécurité : principales menaces, tendances, acteurs et techniques d'attaque. L'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité (ENISA) a présenté le rapport « *Threat Landscape* » pour le secteur de la santé, identifiant les principales menaces et les mesures d'atténuation pertinentes.
- ✦ Aperçu du *Federal Bureau of Investigation* (FBI) sur le système de santé et les mécanismes de fraude aux États-Unis. Le webinaire a proposé une vue d'ensemble du système de santé américain, des principaux mécanismes de fraude contre les programmes publics et privés, ainsi que du rôle du FBI dans la détection et la lutte contre la fraude, le gaspillage et les abus.
- ✦ Chypre : détection et action de contrôle sur un cas de fraude d'un pharmacien. La présentation de ce cas de fraude avait pour objectif de comprendre l'approche de l'Organisation d'assurance maladie chypriote en matière de détection et d'actions de contrôle.
- ✦ Système d'information du marché intérieur (IMI) : explication du système de communication et d'alerte IMI, tel que décrit dans la directive 2005/36/CE sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, dans le but d'inspirer des systèmes de communication pour la fraude.
- ✦ Comment diminuer la fraude dans le secteur de la santé : présentation d'un outil innovant en Estonie. Dans ce pays, les dispensateurs de soins peuvent voir toutes les prestations fournies par exemple par un hôpital et leur coût, ce qui crée une transparence à deux niveaux et a réduit la probabilité de fraude.
- ✦ Spécial soins à domicile : histoire d'un fraudeur en série (Pays-Bas). La troisième plus grande compagnie d'assurance soins de santé des Pays-Bas, VGZ, a présenté la détection, l'action de contrôle et la prévention concernant un fraudeur en série dans le secteur des soins à domicile.
- ✦ Helfo : cas de fraude d'un dentiste en Norvège. Le webinaire a donné un aperçu du système de remboursement pour les soins dentaires en Norvège, illustré par un cas de contrôle ayant abouti à des sanctions sévères : remboursement de près de 2,5 millions de couronnes norvégiennes (environ 210.000 euros), perte du droit de réclamer des remboursements pendant 5 ans et peine de prison de 9 mois.

### III. ÉVALUATION DES PERFORMANCES DE GESTION DES ORGANISMES ASSUREURS

Les O.A. reçoivent chaque année une indemnité pour leurs frais d'administration. La composition et le montant de cette indemnité sont décrits à l'article 195 de la loi SSI. Ce montant est ventilé entre les différents O.A. Le montant qu'un O.A. reçoit est fonction de ses dépenses réelles et du type d'affiliés (âge, malades chroniques, statut socio-économique, etc.).

Depuis 2004, une partie du montant qu'un O.A. reçoit annuellement est liée à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ces 20 % représentent les frais d'administration variables<sup>55</sup>.

Tous les services de l'INAMI et de l'Office de contrôle des mutualités analysent la façon dont les O.A. remplissent leur mission légale et la qualité de ce travail. L'INAMI transmet ensuite les résultats de ces analyses à l'Office de contrôle des mutualités. Au moyen d'échelles de scores, celui-ci convertit les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminue par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire<sup>56</sup>.

Il est à noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction, et non de récompense. S'ils obtiennent de mauvais scores, une partie des frais variables est retenue. En revanche, s'ils obtiennent de bons scores, ils bénéficient du montant total.

En 2024, le SECM a évalué les performances de gestion des O.A. selon 3 indicateurs. Les O.A. disposent d'un délai pour faire appel. Celui-ci étant encore en cours, les résultats présentés ci-dessous sont sous réserve des décisions finales des instances compétentes.

#### 1. Communication via IDES de propositions de motivation de l'état d'incapacité

Afin de permettre au Service des indemnités de l'INAMI d'accomplir aisément sa tâche de contrôle, le médecin-conseil doit envoyer à la direction médicale de son O.A., entre le premier et le dernier jour du onzième mois de l'incapacité de travail primaire, une proposition dans laquelle l'état d'incapacité du patient est motivé. Les directions médicales des O.A. doivent envoyer ces données (les flux INV01) à l'INAMI via IDES.

Nous avons examiné si elles avaient envoyé ces données au plus tard pendant les 7 premiers jours du douzième mois d'incapacité de travail primaire (soit 11 mois et 7 jours après la date du début de l'incapacité primaire), dans un échantillon représentatif de dossiers. Les dossiers transmis ultérieurement, soit à partir du huitième jour du douzième mois de la période de l'incapacité de travail primaire, sont considérés comme tardifs.

---

<sup>55</sup> Ces frais d'administration variables s'élevaient initialement à 10 % du montant reçu annuellement par un O.A. À partir de la modification de la loi SSI le 11 avril 2019, ce pourcentage a graduellement été augmenté jusqu'à 20 % en 2022.

<sup>56</sup> Voir l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

Étant donné que les O.A. ne sont pas responsables de tous les retards, le Comité général de gestion de l'INAMI a introduit une marge de tolérance ou d'immunité de 7,5 %. Cela signifie que, si le nombre de dossiers en retard est inférieur à 7,5 %, aucun score d'erreur ou de retard n'est attribué.

Les résultats sont très différents entre les O.A. et varient entre 0,2922 % et 12,4142 %.

## 2. Respect des règles de remboursement de certaines prestations de soins de santé

### a) Prestations pharmaceutiques : autosondage au domicile du patient

L'arrêté royal du 18 avril 2017<sup>57</sup> interdit le cumul de l'intervention dans le coût de l'autosondage au domicile du patient et la facturation d'un sondage vésical par les infirmiers. Nous avons vérifié, par O.A., le nombre de visites en vue d'un sondage vésical<sup>58</sup> qui n'auraient pas dû être facturées, car elles se situaient après la période de livraison des sondes d'autosondage<sup>59</sup>.

Nous avons constaté que le pourcentage d'assurés pour lesquels les conditions de remboursement n'avaient pas été respectées varie entre 0,0000 % et 3,6348 %.

### b) Orthopédie et bandagisterie : bas élastiques thérapeutiques pour la jambe

Nous avons examiné l'application des règles de remboursement relatives aux bas élastiques thérapeutiques pour la jambe<sup>60</sup> et déterminé le pourcentage de cas pour lesquels un ou plusieurs remboursements incorrects ont été payés par rapport au nombre total de cas examinés.

Ces bas doivent être prescrits par un médecin spécialiste en chirurgie, en médecine interne, en gériatrie, en gynécologie-obstétrique, en médecine physique et en réadaptation, en radiothérapie-oncologie, en pédiatrie, en dermato-vénéréologie ou en oncologie médicale. L'assurance soins de santé intervient pour les enfants uniquement jusqu'à leur quinzième anniversaire.

Nous avons constaté que le pourcentage des prestations qui avaient été remboursées à tort à des assurés par les O.A. varie entre 4,2636 % et 100,0000 %.

### c) Conclusion

Globalement, le pourcentage d'erreurs dans l'application des règles de remboursement des prestations de soins de santé varie en 2024 entre 3,9492 % et 51,4286 %.

## 3. Qualité des données via NewAttest

Nous avons évalué la qualité des données que les O.A. nous ont transmises via la plateforme NewAttest pour les 4 critères suivants :

- ✦ la latéralité : le côté traité G/D ;
- ✦ le numéro de la dent : enregistrement ;

---

<sup>57</sup> Arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire.

<sup>58</sup> Codes de nomenclature 425176, 425574, 425972, 429030 et 426370.

<sup>59</sup> Codes de nomenclature 743411 et 743396.

<sup>60</sup> Codes de nomenclature du chapitre VI, art. 27, § 1<sup>er</sup>, « Bas élastiques thérapeutiques pour la jambe », sous-groupe 1 : lymphoedème ; classe II.

- ✦ le numéro d'identification unique de l'appareil d'imagerie médicale : plan d'enregistrement ;
- ✦ la norme du dispensateur : identifiant des établissements et services de soins.

Le pourcentage global d'erreurs varie cette année entre 0,0531 % et 26,8189 %.

## IV. PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES SOINS DE SANTÉ 2024-2026

Le [Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2024-2026](#) est le quatrième de la lignée élaboré par la Commission anti-fraude (CAFC). Cette commission se compose de nombreux représentants de l'INAMI (SECM, Service des soins de santé et Service du contrôle administratif) et de délégués des O.A., du Collège intermutualiste national (CIN), de l'Agence intermutualiste (AIM) et de la Commission fédérale de contrôle du SPF Santé publique.

Le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé contient des mesures et des points d'action visant à prévenir et contrôler les facturations indues dans le secteur des soins de santé. Ce plan s'articule autour de 5 axes stratégiques :

- ✦ prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et de la fraude ;
- ✦ inspections et contrôles ciblés sur la base d'analyses de risques systématiques ;
- ✦ suivi proactif et mise en œuvre effective des décisions ;
- ✦ implication et responsabilisation des assurés et des dispensateurs de soins ;
- ✦ utilisation efficiente de l'expertise et des moyens d'inspection.

Outre une explication sur des projets essentiels en cours tels que le projet Data Flow 2.0, les profils de facturation des dispensateurs de soins et un moteur de tarification, 4 projets ont été retenus comme prioritaires en 2024 :

- ✦ octroi et retrait des numéros INAMI ;
- ✦ transparence, pour les O.A., les assurés et l'INAMI, de toutes les informations nécessaires concernant les facturations dans le secteur des soins de santé ;
- ✦ clarté du statut du patient pour le pharmacien au moment de la délivrance des médicaments ;
- ✦ offices de tarification des pharmaciens.

Au cours du second semestre 2025, en collaboration avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), la CAFC a travaillé à une mise à jour du plan d'action en matière de contrôle des soins de santé, qui a été présentée au Conseil général en janvier 2026.

# Partie 5 – Impact

## I. IMPACT DE NOS ACTIONS DE 2021

En tant que service d'inspection, l'objectif du SECM est d'avoir un impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs de soins, ainsi que des institutions de soins. Par la diversité de ses actions et donc des retombées escomptées, l'impact du SECM doit être vu de manière holistique. C'est pourquoi nous mesurons l'impact à l'aide d'indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs. Nous entendons par indicateurs :

- ✦ quantitatifs : les estimations financières ou la variation du nombre de prestations ;
- ✦ qualitatifs : les interventions auprès des commissions en vue d'adapter ou préciser la nomenclature, la formulation d'indicateurs auprès du CNPQ, etc.

Nous présentons ci-dessous l'impact financier des procès-verbaux de constat dressés auprès des dispensateurs de soins, ainsi que l'impact quantitatif et qualitatif de nos missions nationales.

### 1. Méthodologie globale

La méthodologie utilisée ambitionne de mesurer l'impact de nos actions de manière standardisée et systématique. Elle contribue à consolider les chiffres présentés, ainsi qu'à rendre l'interprétation de ces derniers plus abordable pour tous. En outre, le plan d'analyse étant fixé à l'avance, cela permet de diminuer les éventuels biais d'analyse et d'interprétation des résultats.

Il n'est malheureusement pas possible de mesurer l'impact des actions qui viennent d'avoir lieu et que nous avons présentées dans ce rapport. Le temps de latence entre une action menée et l'effet qui peut en être attendu, la périodicité des flux de données de facturation, ainsi que le délai légal de facturation aux O.A. rendent une mesure d'impact d'actions récentes impossible, comme le montre l'exemple ci-dessous.

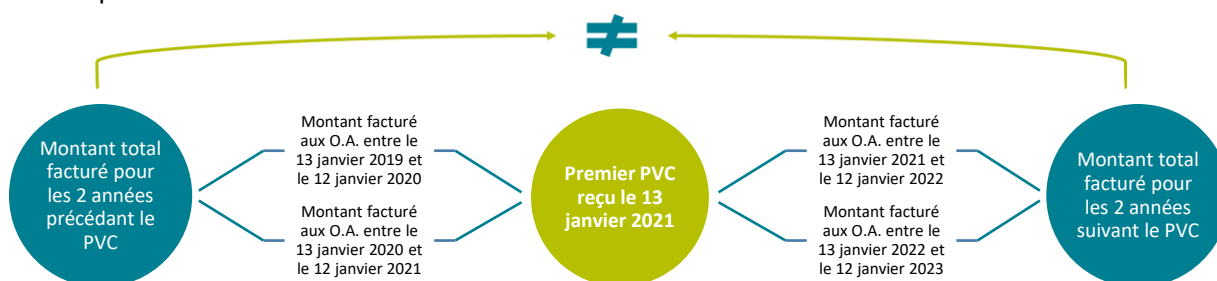
- ✦ Une action de contrôle sur des prestations ambulatoires est menée en février de l'année X.
- ✦ Après analyse, nous postulons qu'elle peut avoir un effet en termes de modification du comportement des dispensateurs de soins à partir du mois de mai de l'année X.
- ✦ Nous voulons vérifier que l'effet observé est stable dans le temps, donc nous suivons les données de facturation des dispensateurs de soins pendant un an, soit jusqu'en avril de l'année X+1.
- ✦ Étant donné que les prestations remboursables peuvent être portées en compte au niveau des O.A. jusqu'à 2 ans après la date de réalisation de cette prestation, les facturations d'avril X+1 pourraient potentiellement n'être visibles que dans les données du premier semestre X+3.
- ✦ Vu qu'il faut en moyenne 7 mois pour obtenir les données de facturation des prestations de soins ambulatoires (Doc P) d'un semestre terminé, les données complètes seraient disponibles aux alentours de février de l'année X+4.
  - ➔ Conclusion : pour effectuer un suivi d'un an après une action de contrôle devant potentiellement avoir des effets 3 mois après sa mise en œuvre, la mesure exhaustive ne pourrait être réalisée que 4 ans après l'action.

Fort heureusement, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir des données exhaustives pour mesurer un impact global, et les nouveaux systèmes de facturation électronique ont largement contribué à la diminution des temps moyens de facturation aux O.A. En tenant compte de ces observations et afin de garder une certaine marge de sécurité, nous avons choisi de mesurer l'impact des actions menées 3 ans auparavant.

## 2. Impact des procès-verbaux de constat sur la facturation

Dans cette partie, nous analysons dans quelle mesure le fait d'avoir reçu un premier procès-verbal de constat<sup>61</sup> en 2021 a pu influencer le comportement de facturation d'un dispensateur de soins<sup>62</sup> par la suite.

Pour ce faire, nous comparons les montants facturés aux O.A. pour les prestations effectuées pendant les 2 années ayant précédé l'établissement du procès-verbal de constat avec ceux facturés pour les prestations effectuées lors des 2 années suivantes, la date du procès-verbal de constat représentant la date pivot.



**Illustration 15. Méthode de calcul de l'impact des premiers procès-verbaux de constat (PVC) sur le comportement de facturation**

Les analyses sont effectuées à partir des données de facturation des prestations de soins ambulatoires (Doc P). Nous avons utilisé les données concernant toutes les dépenses pour des prestations effectuées du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2023 et qui ont été comptabilisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 30 juin 2024.

Soulignons que l'impact réel des actions a tendance à être sous-estimé dans notre mesure. En effet, eu égard à l'inflation et aux mécanismes d'indexation des prestations, le montant d'un même nombre de prestations facturées par un dispensateur de soins en 2023 est presque obligatoirement supérieur à celui qui aurait été facturé en 2019. Actuellement, la méthode de calcul utilisée n'apporte pas de correction à cet effet, mais nous étudions diverses pistes pour pouvoir en tenir compte à l'avenir.

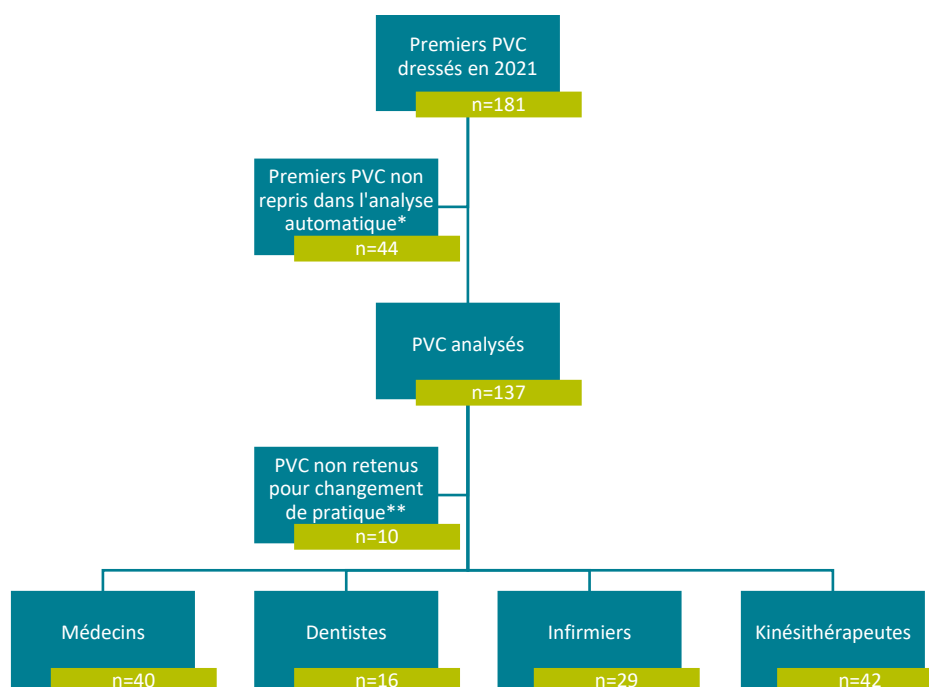
Par ailleurs, cette année encore, nos mesures ont été influencées par l'épidémie de COVID-19 qui a débuté en 2020 : l'impact de nos actions est à nouveau sous-estimé. En effet, en raison des restrictions et du confinement, un dispensateur de soins ayant reçu un premier procès-verbal de constat en 2021 a le plus souvent un profil de facturation « avant procès-verbal de constat » inférieur à ce qu'il était habituellement avant l'épidémie de COVID-19. Lors de la comparaison avec le profil de facturation « après procès-verbal de constat » (postconfinement donc), cela induit une sous-estimation de l'impact du procès-verbal de constat.

<sup>61</sup> Lorsqu'il y a plusieurs constats dans une même action de contrôle, nous ne prenons ici en compte que le premier procès-verbal de constat.

<sup>62</sup> La méthode utilisée pour automatiser cette analyse ne permet de travailler que sur les prestations de certains dispensateurs de soins, et non sur celles des institutions de soins par exemple.

Étant donné que plusieurs facteurs peuvent expliquer la modification du comportement de facturation des dispensateurs de soins (le procès-verbal de constat, mais également la pension, le décès, le changement de statut, un autre groupement infirmier, le rattrapage après le confinement, etc.), nous analysons les dossiers de chaque dispensateur de soins avant de réaliser la mesure d'impact. Nous excluons les dossiers pour lesquels trop de facteurs autres que le procès-verbal de constat sont susceptibles d'être intervenus et qui gonflent ou diminuent donc artificiellement l'impact.

L'illustration ci-dessous présente les résultats de cette sélection pour les dossiers avec un premier procès-verbal de constat dressé en 2021.



\* La méthode utilisée pour automatiser cette analyse ne permet de travailler que sur les prestations de certains dispensateurs de soins, et non sur celles des institutions de soins par exemple.

\*\* PVC exclus en raison de l'influence d'un trop grand nombre de facteurs autres que le PVC.

**Illustration 16. Diagramme de sélection des dossiers avec un premier procès-verbal de constat (PVC) dressé en 2021**

Les tableaux ci-dessous présentent les principaux impacts biennaux mesurés en 2024, ventilés en fonction des catégories pertinentes. L'impact global des premiers procès-verbaux de constat dressés à une partie des dispensateurs de soins en 2021 (127 sur 181) est estimé à 8.010.668,59 euros.

**Tableau 14. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat en 2021 avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par groupe professionnel**

Groupe professionnel	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Médecin	40	25.000.465,57	21.519.044,30	3.481.421,27	87.035,53
Dentiste	16	10.180.740,44	8.865.626,12	1.315.114,32	82.194,65
Infirmier	29	10.370.865,57	7.561.663,06	2.809.202,51	96.869,05
Kinésithérapeute	42	9.600.695,90	9.195.765,41	404.930,49	9.641,20
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

**Tableau 15. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat en 2021 avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par type d'infraction**

Infraction	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Fraude	34	16.971.260,80	12.820.295,04	4.150.965,76	122.087,23
Autres/non-fraude	93	38.181.506,68	34.321.803,85	3.859.702,83	41.502,18
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

**Tableau 16. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat en 2021 avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par décision du médecin-inspecteur général**

Décision médecin-inspecteur général	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Constat sans procédure contentieuse	80	31.701.885,77	29.006.302,88	2.695.582,89	33.694,79
Constat avec procédure contentieuse	47	23.450.881,71	18.135.796,01	5.315.085,70	113.086,93
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

**Tableau 17. Comparaison de la facturation des 2 années suivant la réception du premier procès-verbal de constat en 2021 avec celle des 2 années précédant le procès-verbal de constat, par type d'infraction et décision du médecin-inspecteur général**

Infraction / décision médecin-inspecteur général	n	Facturation avant PV de constat (€)	Facturation après PV de constat (€)	Impact biennal total (€)	Impact biennal moyen par dispensateur (€)
Fraude sans procédure	6	1.754.912,41	1.710.833,99	44.078,42	7.346,40
Fraude avec procédure	28	15.216.348,39	11.109.461,05	4.106.887,34	146.674,55
Autres/non-fraude sans procédure	74	29.946.973,36	27.295.468,89	2.651.504,47	35.831,14
Autres/non-fraude avec procédure	19	8.234.533,32	7.026.334,96	1.208.198,36	63.589,39
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

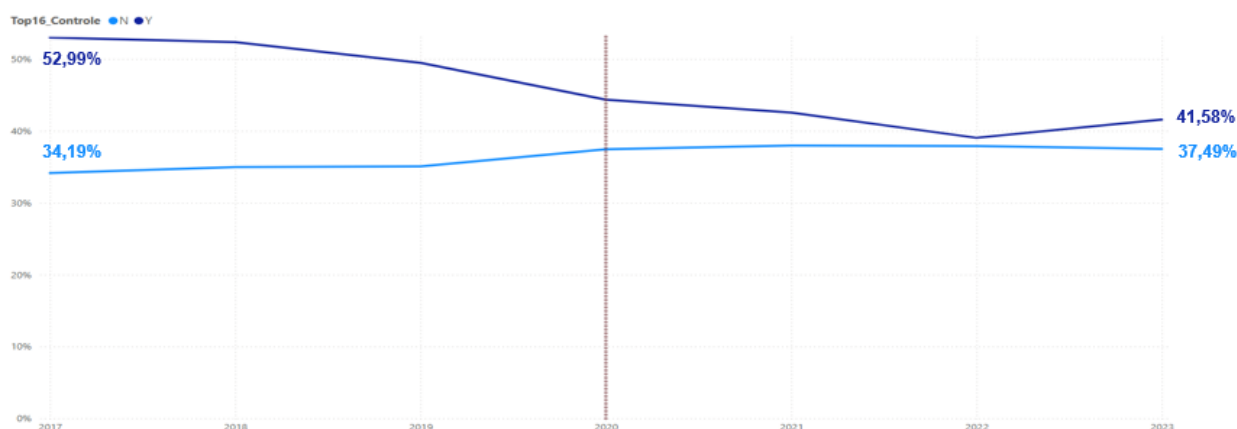
### 3. Impact des missions nationales

Dans cette partie, nous présentons l'impact des missions nationales clôturées et présentées au Comité du SECM en 2021. Nous avons sélectionné celles pour lesquelles un impact quantitatif ou qualitatif pouvait être mesuré. Afin de rester cohérent avec les chiffres présentés dans la partie précédente, l'impact financier est également calculé sur 2 ans, bien que certaines missions aient une portée plus étendue.

#### a) Facturation de walker boots

L'action de contrôle de 2020 portait sur le top 16 des technologues orthopédiques pour la délivrance de walker boots en 2017. Nous avons contrôlé s'ils avaient respecté les critères de remboursement. Le montant porté à grief avait été calculé en comparant le montant facturé pour une walker boot<sup>63</sup> et celui qui pouvait être facturé pour une chevillère<sup>64</sup>. Nous avons porté à grief un montant de 311.636,22 euros pour 614 prestations de 13 dispensateurs de soins<sup>65</sup>.

Pour la mesure d'impact, nous avons comparé le nombre de walker boots et de chevillères facturées avant et après l'action de contrôle, ainsi que les facturations du top 16 des technologues orthopédiques avec les facturations des autres technologues orthopédiques. Les données de 2017 à 2023 ont été analysées à cette fin.



**Illustration 17. Facturations de walker boots et de chevillères par le top 16 des technologues orthopédiques et les autres technologues orthopédiques entre 2017 et 2023, avant et après l'action de contrôle**

L'impact est difficile à mesurer, mais limité. Si la facturation par le top 16 des technologues orthopédiques diminue de 2020 à 2023 dans la même mesure que de 2017 à 2019, il en résulterait une économie totale de 261.216 euros sur cette période de 4 ans, soit un impact biennal de 130.608 euros. Toutefois, nous constatons un basculement en 2023.

<sup>63</sup> Code de nomenclature 697071-697082.

<sup>64</sup> Code de nomenclature 646995-647006.

<sup>65</sup> Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2021](#), p. 25.

## b) Facturation d'honoraires d'urgence en cas de radiographie du thorax

Nous avons analysé la facturation d'honoraires d'urgence<sup>66</sup> en cas de radiographie du thorax dans les unités de soins intensifs d'octobre 2017 à décembre 2019. La méthodologie consistait à comparer le rapport entre les honoraires d'urgence et le nombre total de radiographies du thorax dans les différents hôpitaux. Sur la base de ce ratio, certains hôpitaux (ratio > 40 %) avaient fait l'objet d'un contrôle et d'autres (6-40 %) avaient reçu une lettre de sensibilisation, avec ou sans demande d'éclaircissements et de feedback. Nous avons porté à grief 2.108.560 euros au cours de l'action de contrôle<sup>67</sup>.

Pour cette mesure d'impact, nous avons analysé les données NewAttest de tous les hôpitaux d'octobre 2017 à décembre 2019 (période de référence) d'une part et de janvier 2021 à septembre 2024 (période d'impact) d'autre part.

Après le contrôle et le feedback, environ 730.000 euros par an ont été économisés, soit un impact biennal de 1.460.000 euros. Il y a cependant une grande différence selon le type d'action. L'impact de l'action de contrôle est le plus important, suivi par celui de la lettre de sensibilisation avec demande de feedback. Les lettres de sensibilisation sans demande de feedback n'ont eu que peu ou pas d'impact sur le comportement des hôpitaux concernés.

**Tableau 18. Ratio des honoraires d'urgence sur le nombre total de radiographies du thorax dans les hôpitaux au cours de la période de référence (octobre 2017-décembre 2019) et de la période d'impact (janvier 2021-septembre 2024)**

Action	Ratio (période de référence)	Ratio (période d'impact)	Tendance
Action de contrôle	55,59 %	6,95 %	↓
Lettre avec demande de feedback	23,28 %	13,55 %	↘
Lettre sans demande de feedback	12,25 %	16,64 %	→
Pas d'action	1,32 %	3,29 %	→

## c) Prescription d'immunothérapie dans le traitement de l'asthme

Un courrier de sensibilisation avait été envoyé aux pneumologues en novembre 2021 afin de réduire les prescriptions inutiles de traitements d'immunothérapie pour l'asthme<sup>68</sup>.

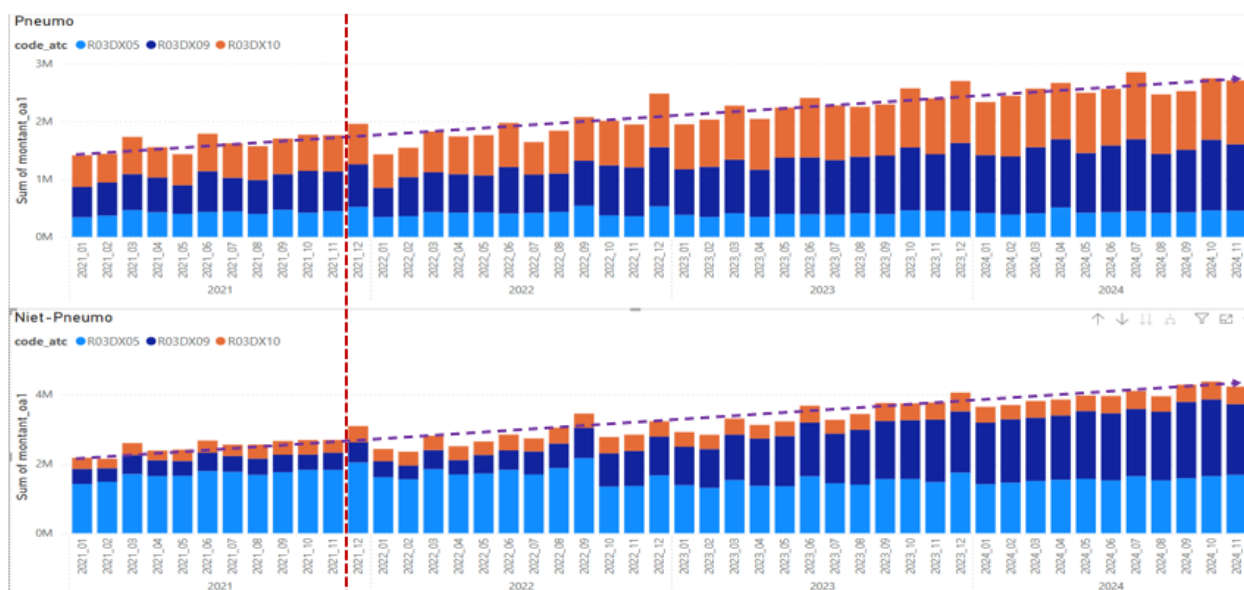
Nous avons analysé l'évolution des montants facturés pour 3 médicaments : omalizumab, mépolizumab et benralizumab. Nous avons utilisé les données Pharmanet de janvier 2021 à novembre 2024 et comparé les facturations par les pneumologues et les autres médecins.

Aucun impact n'a été observé après l'action de sensibilisation : il n'y a pas de différence entre les pneumologues et les autres médecins. Un changement d'utilisation entre l'omalizumab, le mépolizumab et le benralizumab est toutefois observé, sans impact budgétaire.

<sup>66</sup> Code de nomenclature 599642.

<sup>67</sup> Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2021](#), p. 45.

<sup>68</sup> Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2021](#), p. 16.



**Illustration 18. Montants facturés pour l'omalizumab (R03DX05), le mépolizumab (R03DX09) et le benralizumab (R03DX10) par les pneumologues et les non-pneumologues entre janvier 2021 et novembre 2024, avant et après l'action de sensibilisation**

#### d) Facturation de cholangiopancréaticoscopie

En novembre 2018, nous avons envoyé une lettre de sensibilisation à 46 hôpitaux en raison de la mauvaise interprétation de la nouvelle nomenclature<sup>69</sup> introduite le 1<sup>er</sup> novembre 2016 pour la cholangiopancréaticoscopie. Cette sensibilisation avait été suivie d'une action de contrôle nationale et, ensuite, de la publication d'une règle interprétative (en mai 2019). Nous avons porté à grief 281.534 euros au cours de l'action de contrôle.

Nous avons déjà réalisé une première analyse d'impact en 2021, qui avait abouti à la conclusion suivante. Entre la date de réception du courrier de sensibilisation et la publication de la règle interprétative, les hôpitaux avaient spontanément régularisé un montant de 1.624.583 euros. En outre, tous les hôpitaux – à quelques exceptions près – avaient cessé la facturation indue de cette prestation. Après la publication de la règle interprétative, les hôpitaux avaient encore spontanément régularisé un montant de 207.073 euros.

Un total de 2.113.190 euros avait donc été récupéré après cette mission nationale, par les remboursements après les procès-verbaux de constat et les régularisations auprès des O.A<sup>70</sup>.

La mesure d'impact actuelle a principalement porté sur l'impact à long terme. Pour ce faire, nous avons analysé les données (Doc P) de novembre 2016 à décembre 2023. Nous avons constaté que la situation s'est stabilisée.

<sup>69</sup> Code de nomenclature 474736-474740.

<sup>70</sup> Voir [Rapport annuel SECM. Activités 2021](#), p. 42.

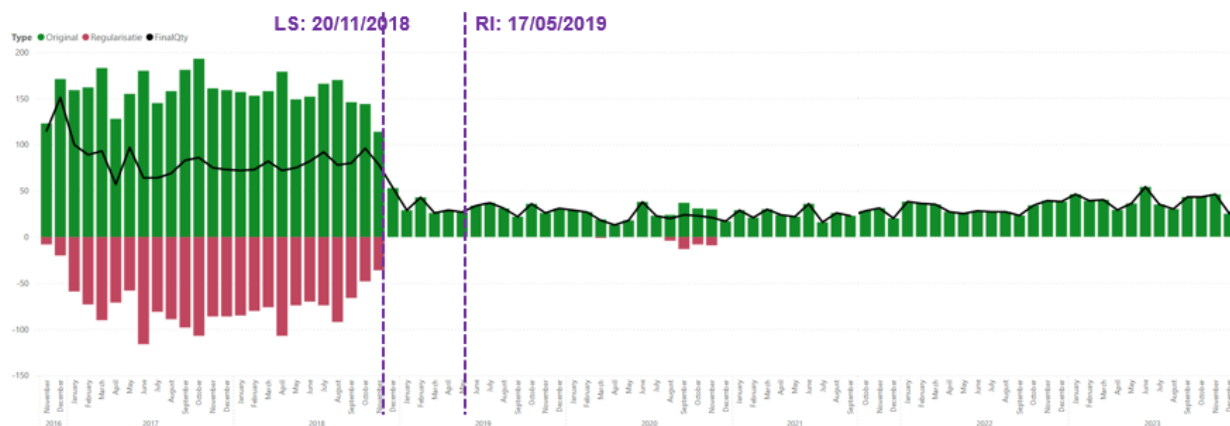


Illustration 19. Facturation de 474736-474740 de novembre 2016 à décembre 2023 et régularisations

## II. IMPACT FINANCIER TOTAL EN 2024

L'objectif final du SECM, en tant que service d'inspection, est d'avoir un impact sur le comportement de facturation et de prescription des dispensateurs et institutions de soins. Étant donné que notre service fait partie de l'INAMI, une institution de la sécurité sociale, il est important qu'il y ait aussi un impact financier. Dans cette partie, vous trouverez un aperçu des montants récupérés en 2024 et des montants mentionnés ci-dessus au point « Impact de nos actions de 2021 ».

### 1. Remboursements et amendes

Le SECM a obtenu le paiement d'un montant total de 15.557.460,41 euros en 2024, dans le cadre de ses actions de contrôle (clôturées ou non).

Tableau 19. Paiements en 2024

Types de paiement	Montant (€)
Remboursement volontaire (avant décision en procédure contentieuse)	10.745.708,99
Paiement après décision en procédure contentieuse	4.811.751,42
<b>TOTAL</b>	<b>15.557.460,41</b>

Les remboursements volontaires concernent des montants portés à grief (par procès-verbal de constat) et remboursés avant la décision (éventuelle) du fonctionnaire dirigeant ou d'une des juridictions administratives (chambre de première instance et chambre de recours).

Les paiements après une décision du fonctionnaire dirigeant ou d'une des juridictions administratives concernent tant les remboursements imposés que les éventuelles amendes. Ces montants peuvent être récupérés soit par le paiement des concernés, soit, en cas de refus de paiement, via le SPF Finances et les O.A. (en application de l'article 206bis de la loi SSI).

## 2. Dépenses diminuées

L'impact financier du SECM est aussi déterminé par la diminution de certaines dépenses indues de l'assurance soins de santé, après un premier procès-verbal de constat et après certaines missions nationales<sup>71</sup>.

En 2021, il y avait au total 181 premiers procès-verbaux de constat. Pour un certain nombre de dispensateurs et d'institutions de soins, il n'a pas encore été possible de réaliser une mesure d'impact automatisée sur la base des données disponibles. La mesure d'impact automatisée a été réalisée pour 127 dossiers de contrôle : la diminution des facturations pendant 2 ans s'élève à 8.010.668,59 euros.

L'impact biennal des missions nationales présentées au Comité du SECM en 2021 s'élève quant à lui à 1.590.608,00 euros.

**Tableau 20. Impact biennal des actions de contrôle menées en 2021**

Action	Montant (€)
Premiers procès-verbaux de constat en 2021 (mesure d'impact automatisée)	8.010.668,59
Missions nationales présentées au Comité du SECM en 2021	1.590.608,00
<b>TOTAL</b>	<b>9.601.276,59</b>

## 3. Impact financier global

Sur la base des données susmentionnées, nous pouvons estimer l'impact financier global des actions du SECM mesuré en 2024 à **25,16 millions d'euros**.

Bien entendu, notre impact s'étend plus loin et n'est pas toujours chiffrable. Nous ne pouvons pas mesurer l'impact financier de certaines actions (comme les conférences et les demandes d'adaptation de la nomenclature) et nous avons limité nos mesures d'impact aux missions nationales présentées au Comité du SECM en 2021. Enfin, ce rapport annuel rend aussi les dispensateurs et institutions de soins, ainsi que les assurés, conscients de l'importance d'une facturation correcte des prestations pour la durabilité de soins de santé de qualité et accessibles.

---

<sup>71</sup> Voir « [Impact de nos actions de 2021](#) », p. 61.

# Liste des abréviations

BOD	<i>Beslissingsorgaan</i> /organe décisionnel
CNPQ	Conseil national de promotion de la qualité
EHFCN	<i>European Healthcare Fraud &amp; Corruption Network</i>
ICE	Directions Information, Contrôle, Évaluation du SECM
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
Loi SSI	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994
O.A.	Organisme assureur
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux

# Plus d'informations ?

Avez-vous des questions à propos de cette publication ?

Contactez-nous : [com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be](mailto:com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be)