

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 28 OCTOBRE 2014  
BRS/F/14/006

Concerne : Madame G.  
Médecin spécialiste en ophtalmologie

Et Centre B.

## **1 GRIEF FORMULE**

Un seul grief a été formulé concernant le Dr G., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Grief 1.1 : Prestations non-conformes (attestation d'OCT sous le code 469335)

Base légale :

Loi ASSI coordonnée le 14.07.1994 : articles 2 n, 73bis, 1° et 164 al 2.

Nomenclature des prestations de santé : articles 14, h, II. Prestations non chirurgicales, 2° Actes de diagnostic et 17 quater.

Argumentation

1.154 prestations 469335 N 30 chez 418 assurés (tarifs de remboursement : 270 prestations à 16,95 € ; 80 prestations à 17,20 € ; 171 prestations à 17,21 € ; 36 prestations à 17,30 € ; 294 prestations à 17,46 € ; 109 prestations à 19,26 € ; 32 prestations à 19,54 € ; 77 prestations à 19,55 € ; 20 prestations à 19,65 € ; 65 prestations à 19,84 €) attestées au Centre B. entre le 07/07/2011 et le 29/03/2013 et introduites au remboursement entre le 21/10/2011 et le 31/05/2013 représentant un indu de type total de 20.564,02 €.

Parmi ces prestations 469335, 447 prestations (tarifs de remboursement : 171 à 17,21 € ; 36 à 17,30 € ; 125 à 17,46 € ; 75 à 19,55 € ; 20 à 19,65 € ; 20 à 19,84 €) représentant un indu de 8.004,26 € ont été attestées avant le 18/03/2012 et 707 prestations (tarifs de remboursement : 270 prestations à 16,95 € ; 80 prestations à 17,20 € ; 169 à 17,46 € ; 109 à 19,26 € ; 32 prestations à 19,54 € ; 2 prestations à 19,55 € ; 45 à 19,84 €) représentant un indu de 12.559,76 € ont été attestées à partir du 18/03/2012.

Pour le S.E.C.M., l'examen O.C.T. (tomographie en cohérence optique) n'est pas codifié dans la nomenclature des prestations de santé et n'est dès lors pas attestable à l'assurance soins de santé, par assimilation, à une échographie oculaire (code 469335-469346).

L'O.C.T. est un acte diagnostique plus récent que l'échographie, utilisant une technique et ayant des indications distinctes de celles de l'échographie oculaire.

Pour cette 1<sup>ère</sup> branche du grief, l'indu a été évalué à 20.564,02 €.

### Grief 1.2. Prestation 249270 non conforme

#### Base légale ;

Loi ASSI coordonnée le 14.07.1994 : articles 2 n, 73bis, 1° et 164 al 2.

Nomenclature des prestations de santé : articles 14, h, II. Prestations non chirurgicales, 2° Actes de diagnostic.

#### Argumentation

1 prestation 249270 N 250 chez 1 assurée (tarif de remboursement : 214,57 €), attestée le 06/09/2012 au Centre B. et introduite au remboursement le 27/11/2012 représentant un indu de type total de 214,57 €.

Prestation reprochée comme non conforme par défaut d'imagerie médicale disponible au dossier et lors de l'audition. Dans ces conditions, cette prestation n'est pas conforme et ne pouvait pas être attestée.

Pour cette 2<sup>ème</sup> branche du grief, l'indu s'élève à 214,57 €.

### Grief 1.3. Prestations non conformes (unités de Lucentis – pseudocode 750934)

#### Base légale ;

Loi ASSI coordonnée le 14.07.1994 : articles 2 n, 73bis, 1° et 164 al 2.

Annexe à l'Arrêté royal du 21.12.2001 (spécialités pharmaceutiques) : §435.000 du chapitre IV.

#### Argumentation

8 unités de Lucentis, pseudocode 750934, prescrites et remboursées chez deux assurés au CHU de Liège (dates des prestations entre le 03.05.2012 et le 26.09.2012) introduites au remboursement entre le 23.07.2012 et le 27.11.2012.

Pour cette 3<sup>ème</sup> branche du grief, l'indu s'élève à 7.895,28 €.

Pour ces trois branches du grief, l'indu total a été évalué à 28.673,87 €.

L'indu n'a pas été remboursé.

## **2 Position du dispensateur de soins**

La position du Dr G. et du Centre B., exposée dans les courriers du 22.11.2013 et du 31.07.2014, peut être résumée comme suit :

- L'examen O.C.T. répond à la définition de « *échographie bidimensionnelle* » dont peut être réalisé un « *support iconographique issu d'un traitement digital des données* » ;
- Selon la littérature scientifique, la technique de l'OCT correspond bien à une échographie, laquelle présente la particularité, par rapport à l'échographie «classique», de remplacer les ultrasons par de la lumière infrarouge ;

- Le code 469335 «*échographie*» de la NPS ne fait aucune distinction entre l'échographie ultrasonique et l'échographie optique ;
- En considérant que le code «*échographie*» ne viserait que les échographies classiques (ultrasoniques à l'exclusion des échographies optiques), le SECM ajoute une condition au texte de la nomenclature, alors que la nomenclature revêt un caractère d'ordre public et d'interprétation restrictive ;
- A titre subsidiaire, les examens par OCT sont une aubaine pour les patients et les finances publiques ;
- La manière dont a été répertorié le nombre de prestations indues (OCT attestées sous le code 469335) est contestée ;

### 3 Discussion

3.1. Concernant la 1<sup>ère</sup> branche du grief (l'attestation des examens OCT sous le code 469335), il apparaît clairement qu'actuellement la nomenclature des prestations de santé ne vise pas *in expressis verbis* l'examen OCT (tomographie en cohérence optique) : le code 469335 vise l'échographie et non la tomographie.

Notons qu'en France, la CCAM (classification commune des actes médicaux) comprend une rubrique «*2.1. Actes diagnostiques sur l'œil et ses annexes* » qui est divisée en sous-rubriques parmi lesquelles on distingue les sous-rubriques «*2.1.2. échographies de l'œil* » et «*2.1.5. autres actes d'imagerie de l'œil* ».

L'examen OCT (code BZQK001) est visé dans la sous-rubrique «*2.1.5. autres actes d'imagerie de l'œil* » (décision UNCAM du 20.03.2012, JORF n°0131 du 07.06.2012, p 9616, texte n°8). L'examen OCT n'est donc pas considéré comme une échographie.

Si le S.E.C.M. est bien conscient de l'utilité de l'examen O.C.T., il ne peut que constater un «*vide juridique* » en l'absence de code spécifique réservé dans la nomenclature à l'examen OCT et en l'absence de règle interprétative qui autoriserait, éventuellement, à attester l'examen OCT sous le code 469335.

La nomenclature étant d'interprétation stricte et d'ordre public, il n'appartient pas au dispensateur de soins d'apprécier lui-même si l'examen OCT peut ou non être attesté sous le code 469335 réservé à l'échographie.

Le seul organe légalement habilité à interpréter la nomenclature est le Comité de l'assurance soins de santé (article 22, 4<sup>°</sup>bis de la loi ASSI coordonnée du 14 juillet 1994), dont les règles interprétatives sont publiées au Moniteur belge.

Le Conseil d'Etat a jugé qu'« (...) *il n'appartient pas aux prestataires de soins, sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet* » (C.E., REYNAERT / INAMI, arrêt n° 130.202, 9 avril 2004, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)).

Le Conseil d'Etat a également jugé : « *qu'un médecin ne peut, pour attester ses prestations, faire appel, par analogie, à des dispositions de la nomenclature qui ne valent que pour des prestations fournies par d'autres catégories de médecins* » (C.E., 22 mai 2003, arrêt n° 119.724, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)).

Par ailleurs, si les dispensateurs de soins rencontrent des problèmes dus soit à un manque de clarté de certains textes, soit au fait que le libellé d'une prestation ne correspond pas exactement à l'acte effectivement accompli, soit au fait que la technique utilisée n'est pas mentionnée, soit enfin, en raison de circonstances particulières entourant certains cas, il leur est toujours loisible de recueillir l'avis du service des soins de santé de l'INAMI (CE, 9 avril 2004, n°130.202, 130.203, 130.207, 130.208, 130.209).

Le Conseil d'Etat a même considéré que le dispensateur de soins, collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, est soumis à un « devoir de vigilance » impliquant, en cas de doute sur sa manière d'attester, l'obligation de se renseigner auprès des services compétents (C.E., arrêt n°100.814, 14 novembre 2001).

Il a également considéré que si le dispensateur de soins estime que la Nomenclature est dépassée, il lui appartient (« principe de précaution ») de prendre les initiatives nécessaires pour inciter les instances compétentes à actualiser la Nomenclature (C.E., arrêt n°149.700, 3 octobre 2005, B.I. Inami, 2012/1, pp 29 et 30).

En l'espèce, le Dr G. et le Centre B. n'ont jamais interrogé les autorités compétentes pour s'assurer que leur manière d'attester les examens OCT était conforme à la nomenclature des prestations de santé.

Pour ces motifs, et s'agissant de la 1<sup>ère</sup> branche du grief, le Fonctionnaire-dirigeant estime opportun de prononcer un avertissement.

3.2. Concernant la 2<sup>ème</sup> branche du grief (prestation 249270 non conforme), sur base des éléments recueillis lors de l'enquête et exposés dans la note de synthèse, le grief est établi en sa 2<sup>ème</sup> branche.

En effet, l'imagerie requise par la Nomenclature n'a pas été produite lors du contrôle, ni au Centre B., ni lors de l'audition du prestataire ayant attesté cette prestation alors qu'il lui avait pourtant été demandé préalablement dans le courrier de convocation de se munir du dossier médical ophtalmologique complet (y compris protocoles et print papier d'iconographies éventuelles) pour ses prestations notamment dans ce cas concerné.

L'indu correspondant à cette 2<sup>ème</sup> branche du grief s'élève à **214,57 €**

Partant, et faisant application de l'article 164 al 2 de la loi ASSI coordonnée, il y a lieu de condamner solidairement le Dr G. et le Centre B. au remboursement de 214,57 €.

3.3. Concernant la 3<sup>ème</sup> branche du grief (8 unités de Lucentis), sur base des éléments recueillis lors de l'enquête et exposés dans la note de synthèse, le grief est établi en sa 3<sup>ème</sup> branche.

En effet :

- dans un cas (3 unités de LUCENTIS prescrites par le Dr A. entre le 22/05/2012 et le 25/07/2012), l'indication de ces injections, à savoir l'existence d'une D.M.L.A., fut posée sur la seule base d'une O.C.T. du 16/05/2012 (facturée sous le code 469335 par un autre médecin), ce qui n'est pas conforme aux conditions fixées au § 435.000 du chapitre IV précité qui exige dans cette indication la réalisation d'une fluoro-angiographie digitalisée de la rétine et non uniquement une O.C.T. relative au remboursement du LUCENTIS ;

- dans un autre cas (5 unités de LUCENTIS prescrites par le Dr A., le LUCENTIS a fait l'objet d'une première période de prolongation de remboursement sur base d'une prescription du Dr A. du 03/05/2012 valant demande de 1ère prolongation du remboursement de 12 mois dans l'indication D.M.L.A. Cette prescription ainsi que 4 autres consécutives du Dr A. ont été établies sur la seule base d'une O.C.T. réalisée le 13/03/2012, ce qui n'est pas conforme aux conditions fixées au § 435.000 du chapitre IV précité relatif au remboursement du LUCENTIS.

L'indu correspondant à cette 3<sup>ème</sup> branche du grief s'élève à **7895,28 €**

Partant, et faisant application de l'article 164 al 2 de la loi ASSI coordonnée, il y a lieu de condamner solidairement le Dr G. et le Centre B. au remboursement de 7895,28 €.

**PAR CES MOTIFS,**

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

**APRES EN AVOIR DELIBERE,**

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

- Déclare établie la 1<sup>ère</sup> branche du grief ;
- Prononce un avertissement
- Déclare établie la 2<sup>ème</sup> branche du grief ;
- Condamne solidairement le Dr G. et le Centre B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **214,57 euros** ;
- Déclare établie la 3<sup>ème</sup> branche du grief;
- Condamne solidairement le Dr G. et le Centre B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **7895,28 euros**
- Déclare que les sommes dues au S.E.C.M. produiront des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu par l'article 2, § 3 de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi (article 156, §1<sup>er</sup>, al. 2 de la loi ASSI coordonnée).

Ainsi décidé à Bruxelles, le 28/10/2014

Le Fonctionnaire-dirigeant,

Dr. Bernard HEPP  
Médecin-directeur général