

DECISION DE LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE DU 6 MARS 2015
NUMERO DE ROLE FA-016-12

EN CAUSE DE . Monsieur A.
médecin spécialiste en neurochirurgie

SCRL B.

SCRL C.

Parties demanderesses,

comparaissant par le docteur A et Madame D , juriste pour B assistés,
tous les trois, de leur conseil, Me E , avocate, qui représente également C

CONTRE SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, établi à
1150 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211

Partie défenderesse,

représentée par le Docteur F., médecin-inspecteur-directeur, et par
Madame G , juriste

I. LA PROCEDURE.

La Chambre de première instance a pris en considération dans son délibéré les pièces inventoriées du dossier de la procédure, et notamment

- la décision du 9 décembre 2013 ordonnant la réouverture des débats ,
- le nouveau calendrier convenu entre les parties pour la communication et le dépôt au greffe de leurs conclusions ,
- les trois conclusions après réouverture des débats de Monsieur A , de la SCRL B et de la SCRL C , ainsi que les pièces y annexées, envoyées au greffe par lettre recommandée à la poste le 29 janvier 2014 ,
- les trois conclusions après réouverture des débats du SECM, ainsi que les pièces y annexées, déposées au greffe le 13 mars 2014 ,
- les trois conclusions de synthèse en réplique de Monsieur A , de la SCRL B et de la SCRL C , ainsi que les pièces y annexées, envoyées au greffe par lettre recommandée à la poste le 2 avril 2014 ,

- les trois conclusions de synthèse en réplique du SECM déposées au greffe le 17 avril 2014 ,
- les différentes convocations en vue de l'audience du 5 mai 2014 ,

Les parties ont été entendues à l'audience publique du 5 mai 2014

Les débats ont été repris *ab initio* en raison d'une modification dans la composition du siège

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ci-après loi ASSI et l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours ont été respectés dans le cadre de la procédure

II. L'OBJET DE LA REOUVERTURE DES DEBATS.

1.

La Chambre de première instance s'est interrogée sur la portée du document CINOM n°08/M/2688 produit par le SECM et ses conséquences sur le présent litige

Elle a invité le SECM à préciser s'il admet que la prestation litigieuse peut également être attestée « sans résection totale des lames » et qu'un « ruginage direct des bords des lames vertébrales » est suffisant pour attester cette intervention.

Elle lui a demandé de déposer l'intégralité des courriers en relation avec le document CINOM n° 08/M/2688 et d'expliquer dans quelles circonstances précises la question du 10 décembre 2008 a été posée au Conseil technique médical

2.

La Chambre de première instance a ensuite estimé que les derniers éléments de preuve évoqués oralement par le docteur A à l'audience du 10 juin 2013 devaient être portés à la connaissance du SECM et débattus ensuite de manière contradictoire

Elle a demandé aux parties de conclure sur la question de la charge de la preuve, étant confrontée à deux thèses contradictoires concernant l'étendue du geste opératoire posé par le docteur A

3.

Les parties ont répondu à l'objet de la réouverture des débats

III. LA DISCUSSION.

1.

Le litige porte sur l'utilisation du code 232805 K 400 « *Laminarthrectomie lombaire de plus de deux niveaux pour compression de la queue de cheval due à une étroitesse congénitale (Syndrome de Verbiest) ou acquise du canal rachidien* »

Il s'agit d'un grief de non-conformité au libellé de cet article

Selon le SECM

- les prestations identifiées ne correspondent pas au libellé de la nomenclature des prestations de santé pour le code 232805 K 400 parce qu'elles consistent en la réalisation de laminectomies portant sur un ou deux niveaux lombaires ou dorsaux, associées ou non au cours de la même séance opératoire à des cures chirurgicales de hernie discale lombaire, ou parce qu'elles consistent en d'autres interventions chirurgicales distinctes et identifiées dans la NPS ,
- si l'intervention chirurgicale ne porte que sur un ou deux niveaux, seule la prestation « 281713-281724 N 250 (laminectomie sans ouverture de la dure-mère) peut être attestée,
- si deux vertèbres contigues sont traitées, la prestation 281713-281724 N 250 ne peut être attestée qu'une seule fois, puisqu'elles ne forment qu'un seul champ opératoire,
- en cas d'interventions chirurgicales multiples, exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire (par exemple laminectomie sur un ou deux niveaux et cure chirurgicale d'une hernie discale lombaire), seule l'intervention principale (cure chirurgicale d'une hernie discale autre que cervicale dans l'exemple cité) est honorée par l'assurance obligatoire soins de santé

2.

Le litige résulte de la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 22 juin 2012 ayant déclaré le grief établi, condamné solidairement le docteur A et B à rembourser la valeur des prestations indues, soit 9.040,12 €, condamné solidairement le docteur A et C à rembourser la valeur des prestations indues, soit 3 985,36 € et infligé au docteur A une amende administrative fixée à 50 % (6 512,74 €) du montant total de l'indu, dont 25 % assortis d'un sursis de trois ans (3 256,37 €), soit une amende effective de 25 % (3.256,37 €).

Le grief est fondé sur l'article 73bis, 2° de la loi ASSI rédigé comme suit (après le 15 mai 2007) .

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er}, de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi »

Le SECM soutient que « les éléments recueillis en cours d'enquête font penser à une intervention qui n'entreprind pas les 3 niveaux » (c'est-à-dire 3 corps vertébraux)

Il se fonde sur des rapports d'examens d'imagerie médicale, le témoignage d'un autre neurochirurgien (le docteur H) ayant réopéré une patiente du docteur A (Madame I) et un rapport demandé à un professeur de radiologie, le professeur J. Il a complété son dossier par le constat d'entretien du 10 février 2014 avec le professeur K.

Le docteur A produit de son côté des éléments de preuve contraires et conteste dès lors l'intégralité des constats du SECM.

Il a également complété son dossier, notamment, par ses courriers du 22 mai 2013 au professeur L et au docteur M, et leurs réponses des 30 mai 2013 et 3 juin 2013 et son courrier du 14 janvier 2014 au professeur J et sa réponse du 28 janvier 2014 ainsi que par deux lettres des docteurs N et O des 31 mars et 1^{er} avril 2014.

Le docteur A soutient qu'il est intervenu, dans les cas querellés, sur 3 niveaux (corps vertébraux incluant les lames) puisqu'il a réalisé (utilisation de pinces emporte-pièce Kerrison) en plus une résection limitée des bords supérieurs des lames sous-jacentes L5, ce qui est du reste plus qu'un simple ruginage (« raclage de l'os») admis par le document interprétant le code de nomenclature en question.

Le fait que le litige nait de la contestation par les parties demanderesse de la décision du fonctionnaire-dirigeant du 22 juin 2012 n'opère pas un renversement de la charge de la preuve.

La Chambre de première instance en conclut que la charge de la preuve des prestations non conformes incombe en l'espèce au SECM et qu'en cas de doute, celui-ci doit profiter aux parties demanderesse.

3.

Le SECM ne conteste pas (plus) que la prestation peut également être attestée « sans résection totale des lames » et qu'un « ruginage direct des bords des lames vertébrales » est suffisant pour attester cette intervention (cf. la réponse du docteur P (Conseil technique médical) au docteur F (SECM) du 12 février 2014 – pièce annexée aux conclusions après réouverture des débats du SECM).

La question demeure posée de déterminer si le geste opératoire pratiqué par le docteur A, dans les cas litigieux, porte ou non sur plus de deux niveaux (corps vertébral incluant les lames).

4.

La Chambre de première instance a relevé que le SECM a développé une argumentation plus précise pour le cas de Madame I parce qu'il s'agit du dossier le plus documenté.

Dans ce dossier, le docteur A est intervenu le 29 novembre 2007 (prestation introduite en remboursement le 5 mars 2008) et le docteur H (autre neurochirurgien) est (re)intervenue le 10 décembre 2008.

L'IRM du 20 novembre 2009 n'est donc pas préopératoire à l'intervention du docteur H.

Le docteur A fournit par contre un élément iconographique (IRM du 16 octobre 2008), soit en postopératoire de son intervention mais avant celle du docteur H.

5.

La Chambre de première instance a par ailleurs précisé que le cas de Madame I est prescrit.

Le SECM prétend que, contrairement à ce qui figure à la page 20 de la décision de la Chambre de première instance, le cas I n'est pas prescrit

Il rappelle que le PVC du 4 mars 2010 porte sur une prestation introduite en remboursement le 5 mars 2008, soit endéans les deux ans (article 142, § 2, alinéa 2 de loi ASSI)

L'article 142, § 3, 2° de la loi ASSI prévoyait cependant qu'à peine de forclusion, les contestations mentionnées à l'article 73bis, 1°, 2°, 3° et 7°, qui relèvent de sa compétence doivent être tranchées par le fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, dans les deux ans suivant la date du procès-verbal (article 142, § 3, 2° de la loi ASSI)

Depuis le 9 avril 2012, cette disposition précise qu'à peine de forclusion les contestations mentionnées à l'article 73bis, 1°, 2°, 3° et 7°, qui relèvent de la compétence du fonctionnaire-dirigeant, ou du fonctionnaire désigné par lui, sont introduites dans les deux ans suivant la date du procès-verbal de constat, par l'invitation à communiquer des moyens de défense visée à l'article 143, § 2, alinéa 3 (article 38 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I)- M B du 30 mars 2012)

Comme le relevait à juste titre les parties demanderesses, le fonctionnaire-dirigeant a décidé, le 22 juin 2012, que le PVC du 4 mars 2010 ne pouvait plus faire l'objet d'une décision pour cause de forclusion

Le PVC du 4 mars 2010 concerne les cas Q , R , L, S et T (5 prestations 232805 K 400, entre le 29 novembre 2007 et le 4 décembre 2008 - indu différentiel de 2 949,77 €)

Le grief formulé dans le PVC du 4 mars 2010 n'est donc plus retenu

Il n'y a plus lieu de revenir sur la décision du fonctionnaire-dirigeant sur ce point

Le SECM précisait du reste, dans ses conclusions du 18 octobre 2012 (p 2/15), qu'en application de l'article 142, § 3, 2° de la loi ASSI, les prestations reprises dans le procès-verbal de constat du 4 mars 2010 doivent être déduites de l'indu total constaté, le solde de l'indu s'élevant à 13 025,48 € (ce montant correspondant à celui repris dans la décision du 22 juin 2012)

La Chambre de première instance n'aperçoit dès lors pas la portée de la remarque du SECM dès lors que le cas de Madame I n'a fait l'objet d'aucune décision et qu'aucun indu n'est réclamé au docteur A pour ce cas.

Il doit être dit pour droit qu'il y a forclusion concernant ce cas

La Chambre de première instance constate donc que le SECM utilise l'argumentation développée dans ce cas précis (ainsi que le cas R et encore dans les cas différents T et U , également concernés par le PVC du 4 mars 2010)

6.

Le docteur A. insiste sur le fait que la résection du tiers ou du quart de la lame inférieure au dégagement ne constitue pas un geste qu'il est évident d'observer, en particulier sur une IRM car l'IRM est un examen très peu apte à étudier les structures (limites) osseuses

Il souligne que pour pouvoir donner une interprétation fine de l'étendue du dégagement osseux, le CT scanner est le mieux à même d'autoriser cette estimation

Il ajoute que cette technique, et, a fortiori, une autre, nettement moins performante sur le plan osseux (l'IRM) n'est rien si on ne sait pas ce qu'on cherche.

Selon lui, l'interprétation d'une exploration IRM après chirurgie discale impose la connaissance de la clinique préopératoire, de la technique chirurgicale employée mais aussi des aspects habituels postopératoires (référence à la publication mentionnée en page 20 de son dossier)

Il appuie cette affirmation également par le témoignage, notamment, du professeur J., dans son courrier du 28 janvier 2014 (« C'est universellement reconnu que l'examen tomodensitométrique est de loin plus fin que l'IRM »)

La Chambre de première instance constate que le SECM ne contredit pas le docteur A sur ce point

C'est également du reste ce que confirme le professeur K (pièce n° 4 du dossier complémentaire du SECM) selon qui l'examen de choix est le scanner pour les tissus osseux

7.

Concernant le témoignage du docteur H, l'autre neurochirurgien, ayant effectué une nouvelle opération sur la patiente, Madame I., du docteur A, le SECM relève que le radiologue, le docteur V., pour l'IRM du 16 octobre 2008, soit avant l'intervention du docteur H, parle effectivement de laminectomie partiellement en L5.

Le SECM admet dès lors qu'un doute surgit au sujet des propos du docteur H à la lecture du rapport du docteur V

Si le doute subsiste dans les deux sens (dans un courrier au médecin traitant, le docteur A réitère sa proposition de recalibration canalaire aux 2 niveaux et il est question pour l'IRM du 11 mars 2008, commentée par un autre radiologue, d'une laminectomie L3/4 restaurant des dimensions canalaires correctes), ce doute doit profiter au docteur A qui n'a pas la charge de la preuve

Il n'y a dès lors pas lieu de retenir ce témoignage dont la crédibilité est du reste mise en cause par le docteur A. sur base de la réponse du professeur L du 30 mai 2013 (p 60 de ses conclusions du 2 avril 2014)

8.

Dans son courrier du 3 juin 2013, en réponse à la demande du docteur A du 22 mai 2013 (cas de Madame I), le docteur M (chef du service de radiologie de C.) précise que, sur base d'une IRM réalisée plusieurs mois après la cure chirurgicale d'un canal lombaire étroit, il n'est pas

possible d'affirmer formellement qu'il y a eu résection osseuse partielle ou ruginage du bord supérieur des lames sous-jacentes au geste de décompression. Il ajoute qu'il est impossible d'affirmer formellement qu'il n'y a pas eu une éventuelle résection partielle (ruginage) du bord supérieur des lames de L5.

Un sérieux doute subsiste dès lors sur la portée de la déclaration antérieure du docteur M. au médecin-inspecteur concernant les myélo-IRM des 11 et 18 mars 2008 (« on peut distinguer la présence des lames L5 ainsi que l'apophyse épineuse des lames L5 dans leur intégralité » - note de synthèse, p. 24).

Dans son courrier du 28 janvier 2014, en réponse à la demande du docteur A. du 14 janvier 2014 (notamment cas de Madame I.), le professeur J. (chef de la clinique de neuroradiologie à l'hôpital X.) répond, sur base des IRM des 16 octobre 2008 et 19 novembre 2009 qu'en 2008, il y a un statut post-laminectomie étendue et que l'on peut certainement affirmer qu'en L3, il y a des remaniements opératoires ainsi qu'en L4. Au niveau L4-L5, les remaniements sont plus discrets mais intéressent également la partie supérieure de la lame et une partie des articulaires antéro-supérieures de L5.

Le professeur J. a par ailleurs examiné, à la demande du docteur A., les cas (similaires) de Mesdames W. et X. (deux examens tomodensitométriques).

Celle-ci a, après utilisation d'une technique spiralée et 3D (programme informatique récent), confirmé, pour Madame W. (opérée le 24 juillet 2008), l'intervention au niveau de trois vertèbres. Elle n'a par contre pas pu être plus affirmative concernant le cas de Madame X. (sur base des examens de scanner du 15 juillet 2008 et postopératoire du 18 septembre 2012) mais évoque également une laminectomie étendue de L2 à L4.

Le SECM admet que le professeur J. a modifié ses conclusions après avoir réétudié les images (présence des remaniements discrets au niveau de L5 après la première intervention).

Un sérieux doute subsiste dès lors à nouveau sur la portée de l'expertise de documents d'imagerie médicale réalisée, également à la demande du SECM, par le professeur J., le 13 octobre 2009.

Le SECM se borne à trouver le comportement du professeur J. pour le moins inhabituel dans le cadre de la pratique de l'expertise médicale, dès lors qu'elle aurait modifié son rapport initial sans avertir son mandant (l'Inami).

9.

Le SECM s'est adressé au professeur K. (neurochirurgien-chef du service de neurochirurgie au Y.) afin d'éclaircir les faits cités à grief.

Il produit le constat d'entretien du 10 février 2014 au Y.

Selon le professeur K., il est aberrant de mentionner « plus de 2 niveaux » dans la nomenclature car le traitement est le même quelle que soit l'étendue de l'intervention et la « laminectomie sans ouverture de la dure-mère » ne veut presque rien dire dans le cadre d'un canal lombaire étroit.

Il suggère, pour améliorer la nomenclature, de supprimer le nombre de niveaux indiqué dans celle-ci et de pouvoir attester un geste de décompression et simultanément un acte d'ostéosynthèse ou d'arthrodèse car ce sont des gestes extrêmement différents même si c'est dans un même champ opératoire

Il associe le ruginage au ligament jaune (et non au bord supérieur d'une lame inférieure) et souligne qu'un ruginage, à l'inverse d'un recalibrage, ne se distingue pas en post-opératoire à l'imagerie médicale

Le SECM se réfère à un document du 18 juin 2002 qui définit le ruginage direct des bords des lames vertébrales comme étant la réalisation de hublots ostéo-articulaires selon la technique de Chirossel (laminectomie partielle avec résection partielle du tiers interne des articulaires postérieures sur 3 niveaux), elle-même dérivée de la technique de Verbiest

Il en déduit que si un ruginage consistait en un simple décollement du ligament jaune des lames sans ablations de matériel osseux, il n'existerait pas de laminectomie partielle

Il soutient que le docteur A décolle l'insertion antéro-supérieure du ligament jaune sur la lame inférieure et que ce geste a son utilité mais ne correspond pas au libellé de la Nomenclature en l'état La preuve en est l'absence d'observation de défauts osseux aux examens d'imagerie post-opératoires

La Chambre de première instance n'aperçoit pas en quoi le constat d'entretien avec le docteur K éclaircirait la nature des faits cités à grief

Le SECM ne répond pas à l'argumentation du docteur A concernant l'absence de contradiction entre les deux interprétations de la notion de ruginage et son affirmation selon laquelle le geste réalisé par lui *in concreto* est nettement plus large que le minimum requis par le SECM, ne s'agissant pas d'un « simple » ruginage mais bien d'une résection vraie, à l'aide de pinces à l'emporte-pièce (Kerrison) du ligament jaune dans son intégralité mais aussi du bord supérieur des lames sous-jacentes au geste de décompression, en portant une attention particulière aux récessus latéraux (p 49 de ses conclusions du 2 avril 2014)

Il ne répond pas non plus à son argumentation concernant le fait qu'il ne réalise pas une chirurgie de type « minimal invasive » (technique de J-P.CHIROSSEL, mentionnée dans le document mais bien une décompression large qui rencontre tous les critères de la Nomenclature et en conclut « que ce qui vaut pour le moins vaut pour le plus »

Le SECM se borne en définitive à prétendre que s'il y a ablation d'os, il y a nécessairement possibilité de confirmation de cela par l'imagerie

Or, c'est bien cette affirmation qui est mise en doute

10.

La Chambre de première instance n'estime pas devoir retenir les cas U et T comme présomption du caractère non conforme de la prestation attestée par le docteur A

Le SECM admet du reste qu'il s'agit de cas différents

Le docteur A explique clairement dans ses conclusions du 2 avril 2014 (p 53 et 54) en quoi ses déclarations, lors de son audition du 22 février 2010, doivent être lues dans le contexte de cas différents

Le SECM ne lui oppose aucun argument pertinent

11.

Le docteur A , qui n'a pas la charge de la preuve, produit encore un courrier du 30 mai 2013 du professeur L (chef du service de radiologie de Z) qui répond à son courrier du 22 mai 2013 (dans le cas I)

Le Professeur L. confirme également que, sur base des examens IRM transmis, il n'est pas en mesure d'affirmer formellement qu'il y a pas eu de résection osseuse partielle ou de ruginage du rebord supérieur des lames de L5 (compte-tenu du disque S1/S2 hyperplasique)

Le docteur A déduit de la réponse du Professeur L à d'autres questions posées que l'intervention du docteur H n'était pas nécessaire et que ce médecin, lui aussi, ne réalise pas d'arthrectomie totale dans le cadre d'un geste de dégagement de canal lombaire étroit, ce qui décrédibilise son témoignage

12.

L'incertitude ou le doute qui subsistent une fois la preuve administrée ne peuvent bénéficier à la partie qui a la charge de la preuve

La Chambre de première instance en conclut que le SECM ne prouve pas à suffisance de droit la réalité du grief de non-conformité, étant que les prestations litigieuses consisteraient en la réalisation de laminectomies portant sur un ou deux niveaux lombaires (ou dorsaux), associées ou non au cours de la même séance opératoire à des cures chirurgicales de hernie discale lombaire, soit d'autres interventions chirurgicales distinctes et identifiées dans la NPS

La demande doit par conséquent être déclarée fondée

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare fondées les demandes du Docteur A , de B et de C

Annule la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 22 juin 2012 qui condamne le Docteur A au remboursement, solidairement avec B , de la somme de 7 013,38 € et, solidairement avec C , de la somme de 3 985,36 € ainsi qu'à une amende administrative fixée à 50 % (6 512,74 €) du montant total de l'indu, dont 25 % assortis d'un sursis de trois ans (3 256,37 €), soit une amende effective de 25 % (3 256,37 €)

Statuant à nouveau, déclare non fondée la demande du SECM de condamner le Docteur A , solidairement avec B et C et ne leur impose dès lors aucun remboursement et au docteur A , aucune amende administrative

Acte l'accord du Docteur A et de B de rembourser la somme de 2 026, 74 € pour les prestations reprises dans le procès-verbal de constat du 30 juillet 2010 concernant les patients AA (408,74 €), AB. (591,84 €), AC (408,74 €) et AD (617,42 €)

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours

La présente décision est prise par la Chambre de première instance, composée de Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, du Docteur Dominique VANDIEPENBEEK, du Docteur Xavier GILLIS, du Docteur Michel PEETERS et de Monsieur Pascal GRAUX, membres, assistés de Madame Dominique HONVAULT, greffier

Et prononcé à l'audience du 6 mars 2015, par Monsieur Pascal HUBAIN, président suppléant, assisté de Madame Dominique HONVAULT, greffier

Dominique HONVAULT
Greffier

Pascal HUBAIN
Président