

DECISION FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 28 OCTOBRE 2014  
BRS/14/004

**Concerne** : Monsieur A.  
Ophtalmologue

Et Centre B.

Et SPRL C.

## **1 GRIEFS FORMULES**

Deux griefs ont été formulés concernant le Dr A., 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 :

### **1.1. Grief 1 : Prestation non effectuée**

Base légale :

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

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

Argumentation

Le grief repose sur l'analyse du listing authentifié des prestations remboursées par les organismes assureurs (O.A.), du dossier médical d'ophtalmologie de Centre B. et du procès-verbal d'audition du Dr A. et de ses courriers annexes, dont il ressort que la prestation 249270 reprochée, attestée le 30/09/2011, introduite au remboursement le 01.12.2011, au nom du Dr A. au Centre B., n'a pas été effectuée.

En effet, le Dr A. a reconnu qu'en raison de la sensibilisation de la patiente au colorant et aux allergies consécutives à l'injection intra-vitréenne, il avait été décidé de ne plus réaliser d'angiographie chez cette patiente et que la dernière fluo angiographie avait été réalisée le 18.04.2010 (voir note de synthèse précitée, p 6/20, point 4.1.4 et p 15/20 point 6.1.).

Partant, la prestation 249270 attestée le 30.09.2011 au Centre B. n'a en réalité pas été effectuée et n'aurait pas dû être introduite pour remboursement par l'assurance soins de santé le 01.12.2011.

Pour ce 1<sup>er</sup> grief, l'indu s'élève à **203,77 €**.

## **1.2. Grief 2 : Prestations non-conformes**

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.

Prestations 469335 non conformes:

**1.634 prestations 469335** N 30 chez 646 assurés dont 1.514 prestations faisant un indu de 27.162,63 € attestées au Centre B. et 120 prestations faisant un indu de 2.155,07 € attestées en cabinet privé, entre le 28/05/2010 et le 19/12/2012 et introduites au remboursement entre le 22/09/2011 et le 25/02/2013 représentant un indu de type total de 29.317,70 €.

Parmi ces prestations 469335, 1.109 prestations, représentant un indu de 19.848,67 € ont été attestées avant le 18/03/2012 et 525 prestations, représentant un indu de 9.469,03 € ont été attestées à partir du 18/03/2012. En outre, parmi ces prestations, 89 prestations 469335 ont été attestées en cabinet privé avant le 18/03/2012 (pour un montant indu reproché de 1.455,67 €) et 39 prestations ont été attestées en cabinet privé à partir du 18/03/2012 (pour un montant indu reproché de 699,40 €). Les autres prestations 469335 ont été attestées au Centre B.

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 2<sup>ème</sup> grief, l'indu a été évalué à **29.317,10 €**.

Prestation 249270 non conforme

**1 prestation 249270** N 250 chez 1 assurée (tarif de remboursement : 214,57 €), attestée le 16/01/2012 en cabinet privé et introduite au remboursement le 22/02/2012 représentant un indu de type total de 214,57 €.

Le protocole requis par la nomenclature n'a pas été noté au dossier. Dans ces conditions, cette prestation n'est pas conforme et ne pouvait pas être attestée. Le Dr A. reconnaît que cette prestation n'est pas conforme.

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

**1.3.** Pour ces deux griefs, l'indu total a été évalué à **29.736,04 €**.

A ce jour, l'indu n'a pas été remboursé.

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

La position du Dr A. 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. Force est de constater que le 1<sup>er</sup> grief (prestation 249270 non effectuée) et le 2<sup>ème</sup> grief, en sa 2<sup>ème</sup> branche (prestation 249270 non conforme), ne sont pas contestés.

Sur base des éléments recueillis lors de l'enquête et exposés dans la note de synthèse, le 1<sup>er</sup> grief est établi ainsi que le 2<sup>ème</sup> grief en sa 2<sup>ème</sup> branche.

L'indu correspondant à ces griefs s'élève respectivement à **203,77 €** et **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 A. et le Centre B. au remboursement de 203,77 € et de condamner solidairement le Dr A. et la S.P.R.L. «C.» au remboursement de 214,57 €.

3.2. Concernant la 1<sup>ère</sup> branche du 2<sup>ème</sup> 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>o</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 A. 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 du 2<sup>ème</sup> grief en sa 1<sup>ère</sup> branche, le Fonctionnaire-dirigeant estime opportun de prononcer un avertissement.

\* \*

\*

**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 établi le 1<sup>er</sup> grief ;
- Condamne solidairement le Dr A. et le Centre B. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **203,77 euros** ;
- Déclare établi le 2<sup>ème</sup> grief, en sa 2<sup>ème</sup> branche;
- Condamne solidairement le Dr A. et la sprl C. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à **214,57 euros**
- Déclare établi le 2<sup>ème</sup> grief, en sa 1<sup>ère</sup> branche (examens OCT attestés sous le code 469335);
- Prononce un avertissement ;
- 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 octobre 2014

Le Fonctionnaire-Dirigeant,

Dr. Bernard HEPP  
Médecin-directeur général