

SOLUTIONS

Cabinet dentaire

MANAGEMENT | COMMUNICATION | GESTION | ORGANISATION

Cas d'école

DR. JÉRÔME HIRSCH

« JE TRAVAILLE
AVEC TROIS
ASSISTANTES »

La nouvelle convention : *un tournant*



Et aussi : 24 pages de guide pratique

- **Management** : Travailler avec un proche - Conseils pour ne pas tout mélanger
- **Métier** : 7 raisons de miser sur l'hypnose dentaire

Les anomalies relevées par le Service médical lors d'un contrôle d'activité (1^{re} partie)

LORS D'UNE ANALYSE DE L'ACTIVITÉ D'UN CABINET DENTAIRE, LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE EST SUSCEPTIBLE DE RELEVER UN CERTAIN NOMBRE D'ANOMALIES. CE MOIS-CI, LES FRAUDES ET ABUS SONT DÉTAILLÉS ; LES FAUTES COMMISES PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES LE SERONT LE MOIS PROCHAIN.

PAR MAITRE JACQUES-HENRI AUICHE



Le Service médical distingue les anomalies par chefs de griefs. Cela permet au Tribunal des Affaires de Sécurité sociale de mieux comprendre le grief justifiant la demande de récupération d'indu.

De même, et surtout, si une plainte est déposée devant la Section des assurances sociales du Conseil Régional de l'Ordre, cette juridiction particulière pourra apprécier la gravité des faits reprochés.

La Section des assurances sociales est en effet conduite à examiner « les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant la profession », relevés à l'encontre d'un chirurgien-dentiste, lesquels sont susceptibles d'entraîner le prononcé d'une des sanctions prévues par l'article L. 145-2 du CSS (de l'avertissement à l'interdiction temporaire ou permanente, avec en cas d'abus d'honoraires ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions →

méconnaissant les règles prévues à l'article L 162-1-7, le remboursement du trop-perçu).

Cet abus est souvent apprécié au regard du caractère répétitif, réitéré des fautes commises, lequel est susceptible de démontrer l'intentionnalité de commettre des abus aux droits de l'Assurance maladie ou des patients. Une faute commise par un chirurgien-dentiste sera appréciée de manière nettement moins sévère qu'un abus, voire même une fraude commise.

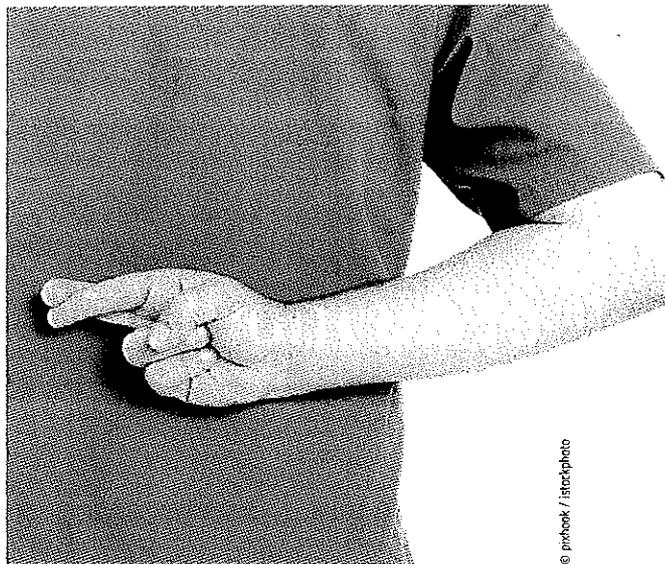
Une même anomalie peut donc s'analyser en une faute simple, ou au contraire en une fraude, dès lors qu'elle est réitérée, sciemment, à de multiples reprises par le praticien.

Fraudes et abus commis par les chirurgiens-dentistes

La Délégation Nationale de Lutte contre la Fraude donne la définition suivante de la fraude en insistant bien sur cet élément intentionnel : « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques ».

Facturation d'actes non exécutés : fausses déclarations ou doubles facturations

La facturation d'actes⁽¹⁾ non exécutés peut revêtir deux aspects : soit une fausse déclaration, soit une double facturation. Si cette seconde hypothèse de double facturation (qui procède d'une erreur ou révèle à l'inverse une volonté manifeste de frauder⁽²⁾) est aisée à détecter informatiquement par le Service médical, toute autre est l'hypothèse des facturations d'actes non exécutés. De tels actes ne peuvent être généralement détectés qu'à l'examen des documents remis par le chirurgien-dentiste dans le cadre du contrôle, ou à l'examen du patient par le chirurgien-dentiste conseil en charge du contrôle d'activité. Il peut s'agir de traitements ou de retraitements canalaires, de la pose d'inlay cores, de couronnes, de stellites... De telles anomalies donnent lieu à sanction de la part de la Section des assurances sociales⁽³⁾. Il convient toutefois de bien distinguer un acte non réalisé d'un acte non constaté : il en est ainsi par exemple de la



© pbook / microphoto

pose d'une couronne, dont la preuve de réalisation pourra être rapportée, malgré l'avulsion ultérieure de la dent, ou de la réalité d'un stellite, rapportée par un bon de livraison, malgré la perte de celui-ci par le patient...

Souvent, les radiographies (pré, per ou post opératoires) présenteront donc un intérêt majeur pour le praticien, lequel pourra rapporter ainsi la preuve de la réalisation de tels actes (comme c'est le cas pour les reprises de traitements endodontiques ou de la dépose et repose d'inlays cores). Cela permettra alors de requalifier l'acte, le cas échéant, en un acte non conforme aux données acquises de la science, dès lors qu'il n'a pas été pérenne (par exemple la pose d'une couronne sur une dent, et l'avulsion de cette dent quelques temps après...).

Facturation anticipée ou postdatée d'actes : fausses déclarations

Il convient de rappeler que, conformément aux dispositions de l'article R 161-42 du CSS, les feuilles de soins doivent mentionner la « date à laquelle chaque acte ou prestation est effectué ou servi ». Un acte ne peut donc faire l'objet d'une facturation anticipée, et ne peut →

1. Les règles de facturation résultent notamment de l'article R 161-42 CSS qui dispose que :

« Les rubriques de renseignements des feuilles de soins dont l'indication conditionne la constatation des soins et le droit à remboursement de l'assuré font apparaître :

3° La date à laquelle chaque acte ou prestation est effectué ou servi ;

5° Pour chacun des actes ou prestations et, selon le cas, le numéro de code :

a) de l'acte figurant dans la nomenclature

mentionnée à l'article R 162-52 et sa cotation :

10° La date à laquelle les rubriques de la feuille de soins sont complétées, qui détermine le point de départ du délai mentionné à l'article L 161-33 ; elle correspond, selon le choix du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement, ou bien à la date du paiement par l'assuré des actes effectués ou des prestations servies et présentés au remboursement ou bien, lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochés ou relevant d'un même traitement, à la date de réalisation ou de délivrance du

dernier acte ou de la dernière prestation présenté à remboursement ; »

2. Décision CNOCD, 10 mars 2011, n° 19031904 ; décisions CNOCD, Section des assurances sociales des 13 novembre 2011 (n° 12311233) et 23 mai 2013 (n° 14511452) : le fait de procéder à la double facturation d'un même acte est sanctionné.

3. Décision CNOCD du 10 mars 2011, n° 1903/1904 ; décision CNOCD du 21 novembre 2013, n° 1494/1496.

Et p

ORIGI

FRAN

ARAT

II

Le Service du contrôle médical de l'Assurance maladie :

- conseille les assurés et les professionnels de santé sur la réglementation médico-sociale et sur le bon usage des soins ;
- accompagne les assurés et les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD) ;
- analyse et contrôle les demandes de prestations des patients et les activités des professionnels et établissements de santé ;
- contrôle la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

Le chirurgien-dentiste conseil peut consulter les dossiers médicaux des patients. (...) Il peut, en tant que besoin, entendre et examiner ces patients.

(CMU de base) et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais (CMU complémentaire)». Les prothèses dentaires sont prises en charge au titre de la CMU C, dans la limite des tarifs fixés par arrêtés⁽⁴⁾ : c'est le « panier de soins CMU C ». Lorsque les bénéficiaires de la CMU C ont des exigences dépassant ce qui est autorisé par le panier de soins, divers actes peuvent faire l'objet d'une alternative thérapeutique et donc être pris en charge par l'Assurance maladie.

Ainsi, en matière de prothèses dentaires, peuvent faire l'objet d'une alternative thérapeutique :

- les couronnes à incrustation vestibulaire ou couronnes céramo-métallique sur 2^e prémolaire ou molaire ;
- le remplacement de dent(s) absente(s) pour une prothèse fixée.

Pour ces actes, un dépassement d'honoraires est autorisé⁽⁵⁾. Ainsi, avec la nouvelle CCAM, les bridges de plus de trois éléments ne figurent plus au panier de soins CMU. Les piliers supplémentaires de bridge ne peuvent donc donner lieu qu'à une prise en charge à 100 % du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie (mais pourront donner lieu, bien entendu, à dépassement d'honoraire).

Réalisation d'actes au-delà des besoins en soins du patient

La réalisation d'actes au-delà des besoins du patient s'analyse souvent en un abus de soins, et est toujours

faire davantage d'une facturation post-datée. Il est ainsi strictement interdit de facturer des couronnes à l'Assurance maladie, après que l'empreinte ait été réalisée et la commande passée au prothésiste, et ce parce que le praticien n'a pas l'assurance que le patient reviendra et qu'il lui est interdit de solliciter des acomptes (cas d'un patient bénéficiaire de la CMU C). Il est tout autant interdit de retarder la facturation d'un soin, le temps que le patient puisse bénéficier d'une complémentaire lui assurant un remboursement optimal...

Utilisation d'un code de transposition ne correspondant pas à l'acte réalisé pour les bénéficiaires de la CMU C (et entraînant le paiement de prestations injustifiées)

De même, la loi du 27 juillet 1999 a créé une couverture maladie universelle : il est « garanti à tous une prise en charge des soins par un régime d'Assurance maladie

exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Article R 4127-238 du CSP : Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins. Article R 4127-246 du CSP : L'existence d'un tiers garant tel que l'assurance publique ou privée,

assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R 4127-238.

7. Décision CNOCD, 10 mars 2011, n° 19031904. Décision CNOCD, 10 mars 2011, n° 1903, 1904. Voir en ce sens : Les pièges et limites de la radiographie panoramique, F. BURZGUI, Z. BENTAHAR, L. OUEDEAL, M. BAITE, F. EL QUARS, le Courrier du dentiste ; et aussi, Recommandation pour la radiographie en ODR.

4. Arrêté du 31 décembre 1999, modifié par les arrêtés du 10 avril 2002, 30 mai 2006 et 27 mars 2017, conformément à l'article L 861-3 du CSS.

5. Sous réserve d'avoir recueilli le consentement éclairé du patient (article R 4127-240 du CSP) et d'avoir réalisé un devis descriptif avec une information claire sur le montant restant à charge.

6. Article R 4127-202 du CSP : Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique,

exa
telle
238
abu
Con:

Ent
L'enl
elle
disc
mén
du c
prof
de l'
cadr
pres
Dan
peut
fait
né a
tant
C'es
fait
fact
de f
Une
du c
ou n
d'ad
poss
oppo
logiq
taire
limit
sont
cons
just
en d

8. 10
9. 10
rati
QU
radi

examinée au regard des obligations déontologiques, telles qu'édictées par les articles R 4127-202, R 4127-238 et R 4127-246 du CSP⁽⁶⁾. La réalisation d'actes abusifs est sanctionnée par la Chambre Disciplinaire du Conseil national de l'ordre des Chirurgiens-Dentistes⁽⁷⁾.

Entrave au contrôle du Service médical

L'entrave à la mission du Service du contrôle médical est, si elle est prouvée, appréciée avec sévérité par les juridictions disciplinaires. Il ne faut pas perdre de vue que, conformément à l'article R 315-1-1 du CSS, « lorsque le Service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du paragraphe IV de l'article L 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients». C'est ainsi que la Chambre disciplinaire a estimé que le fait de ne pas fournir à l'Assurance maladie les clichés facturés constitue un défaut de respect des dispositions de la NGAP et une entrave au contrôle de son activité⁽⁸⁾. Une telle sévérité apparaît justifiée : comment le Service du contrôle médical peut-il apprécier l'indication de soins, ou même plus simplement la réalité de la réalisation d'actes facturés et la qualité desdits actes sans être en possession des radiographies ? À cet égard, il apparaît opportun de rappeler aux praticiens qu'un examen radiologique ne constitue en effet qu'un examen complémentaire, et surtout un examen présentant de nombreuses limites⁽⁹⁾ : de nombreuses caries, lésions de la dent, ne sont ainsi pas visibles radiologiquement ; il est vivement conseillé de prendre des photographies permettant de justifier du respect des conditions d'attribution de prise en charge. ●

8. Décision CNOCD, 10 mars 2011, n° 1903, 1904.

9. Voir en ce sens : Les pièges et limites de la radiographie panoramique, F. BURZGUI, Z. BENTAHAR, L. OUEDEAL, M. BAITE, F. EL QUARS, le Courrier du dentiste ; et aussi, Recommandation pour la radiographie en ODR.



X-MIND trium

La 3D qui facilite la
planification implantaire
avec une mesure
immédiate du volume
et une évaluation de la
densité osseuse



- Évaluez en un clic le volume et la densité osseuse.
- Augmentez votre taux de réussite grâce à une résolution à 75 µm.
- Focalisez sur la région d'intérêt avec un large choix de champs de vision.
- Simplifiez la planification implantaire avec un seul logiciel.
- Effectuez des diagnostics plus précis grâce à une imagerie de détail.
- Réalisez un rapport complet et illustré en moins d'une minute.

X-Mind Trium[®], système d'imagerie extra-oral 3 en 1 (CBCT 3D, Panoramique et Céphalométrique), est un dispositif médical classé IIb selon la Directive Européenne applicable en vigueur. Il porte le marquage CE. Organisme notifié: DNV - CE 0434. Ce dispositif médical pour soins dentaires est réservé aux personnels de santé; il n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. X-Mind Trium[®] est un produit laser de classe 3R selon la norme CEI 60825-1: 2007. Évitez l'exposition directe des yeux au rayonnement laser. Regarder la sortie laser avec des instruments optiques grossissants, tels que des loupes et des lunettes binoculaires, peut présenter un risque pour les yeux. Par conséquent l'utilisateur ne doit pas diriger le faisceau dans une zone où de tels instruments sont susceptibles d'être utilisés. Lire attentivement le manuel d'utilisation, disponible sur www.acteongroup.com. Fabricant: DE-GOTZEN Groupe ACTEON[®] (Italie).
Date de création: juillet 2018.

ACTEON

Distributeur : SOPRO | a company of ACTEON Group
ZAC Athéla IV | Av. des Genèvevriers | 13705 LA CIOTAT Cedex | FRANCE
Tel. +33 (0) 442 980 101 | Fax. +33 (0) 442 717 690
E-mail: info@sopro.acteongroup.com | www.acteongroup.com

N°09
OCT.
2018

34,80 €
N°ISSN :
2558-4189

SOLUTIONS

Cabinet dentaire

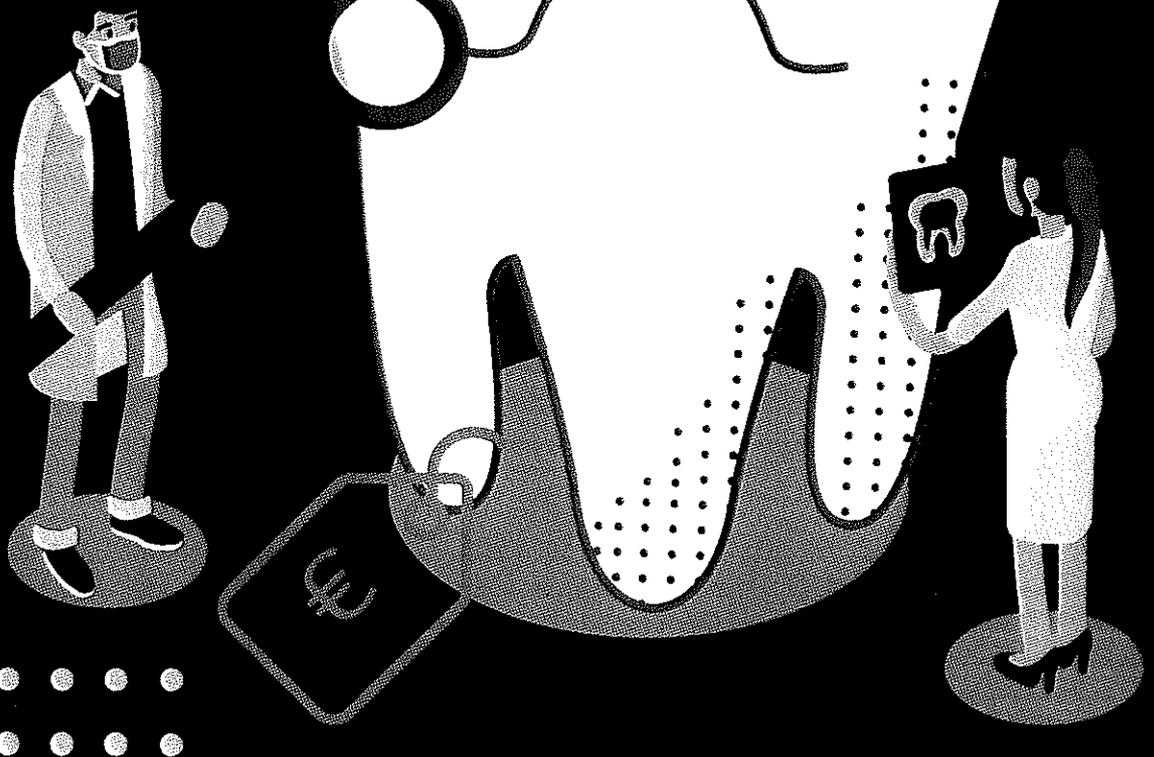
MANAGEMENT | COMMUNICATION | GESTION | ORGANISATION

Cas d'école

DR. ANTOINE DISS

« JE FAIS ÉQUIPE
AVEC D'AUTRES
SPÉCIALISTES »

La prévention bucco-dentaire *mission impossible ?*



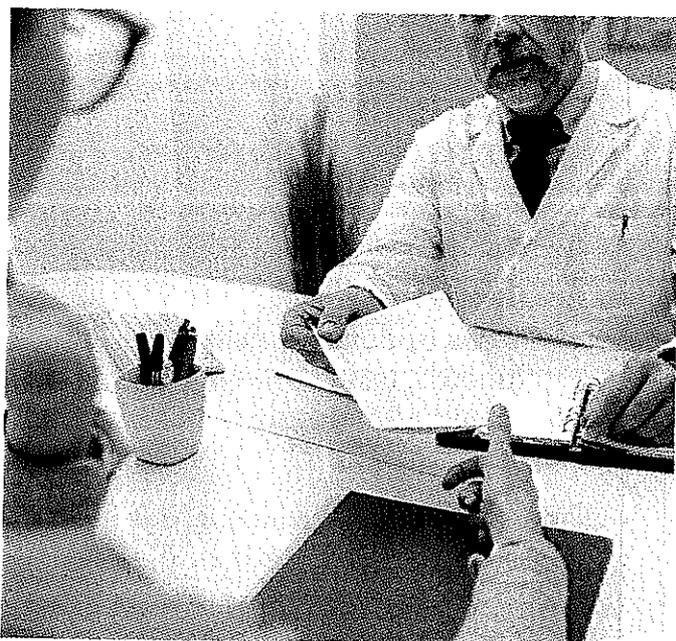
Et aussi : 24 pages de guide pratique

• **Management** : 7 conseils pour gérer les ingérables

• **Organisation** : Optimisez les relations avec vos fournisseurs

Les anomalies relevées par le Service médical lors d'un contrôle d'activité (2^e partie)

LORS D'UNE ANALYSE DE L'ACTIVITÉ D'UN CABINET DENTAIRE, LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE EST SUSCEPTIBLE DE RELEVER UN CERTAIN NOMBRE D'ANOMALIES. CE MOIS-CI, LES FAUTES COMMISES PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES SONT DÉTAILLÉES. LES FRAUDES ET ABUS L'ONT ÉTÉ DANS LE NUMÉRO DE SEPTEMBRE 2018.



© cyan66 / istockphoto

PAR MAÎTRE JACQUES-HENRI AUCHÉ

Le Service médical distingue les anomalies par chefs de griefs. Cela permet au Tribunal des Affaires de Sécurité sociale de mieux comprendre le grief justifiant la demande de récupération d'indu.

De même, et surtout, si une plainte est déposée devant la Section des assurances sociales du Conseil Régional de l'Ordre, cette juridiction particulière pourra apprécier la gravité des faits reprochés.

Au-delà des abus, voire fraudes, commis rarement, fort heureusement, par les praticiens, il est plus fréquent qu'à l'issue du contrôle d'activité, des fautes soient relevées, souvent distinguées en deux catégories : les cas de non-respect de la nomenclature, et ceux de non-respect des données acquises de la science. →

Non-respect de la NGAP / CCAM

Les anomalies relatives à la nomenclature traduisent généralement une méconnaissance par le chirurgien-dentiste de la celle-ci : cotation d'actes non remboursables, hors nomenclature, surcotation d'actes, etc.

Il y a lieu à cet égard de rappeler que l'article L 162-1-7 du CSS dispose que : « La prise en charge ou le remboursement par l'Assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1^{er} janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de Santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Ce texte est d'interprétation stricte.

De même, l'article 4.1. et 4.1.1 de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes stipule que « le chirurgien-dentiste s'engage à respecter les dispositions et les cotations de la nomenclature générale des actes professionnels, ou les dispositions de la classification commune des actes médicaux, quand cette dernière sera mise en œuvre ».

Enfin, l'article 1^{er} NGAP (1^{re} partie, dispositions générales) précise que : « les nomenclatures prises en charge en application de l'article 7 du décret du 12 mai 1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins et, dans la limite de leurs compétences, les chirurgiens-dentistes... ». Plusieurs anomalies peuvent être relevées, celles présentées n'ayant aucun caractère limitatif.

Cotation d'actes hors nomenclature ou conditions de prise en charge non remplies

Il peut s'agir, par exemple :

- De la constatation d'un cumul, rapproché et impossible de deux restaurations : obturation coronaire et pose d'un inlay-core. Dans la mesure où les obturations coronaires tiennent

Il est interdit de facturer une consultation et une radiologie prise le même jour.

lieu d'obturations provisoires, elles sont non remboursables.

- D'actes réalisés à des fins prothétiques sur des dents initialement pas ou peu délabrées, ce qui ne respecte pas les conditions d'attribution (exemple de couronnes facturées sur des dents intactes ou reconstituables de façon durable par une obturation).

- D'actes de rebasage (non inscrits à la NGAP...).

Surcotation d'actes hors nomenclature ou conditions de prise en charge non remplies

Il peut s'agir par exemple de reconstitutions coronaires trois faces au lieu d'une, sachant qu'il est très délicat d'apprécier (et inversement de démontrer) le nombre de faces traitées. Dans ce cas, le Service médical risque de se référer au taux de facturation du nombre de faces : s'il en ressort un taux de facturation de trois faces particulièrement élevé (au regard du taux deux faces, ou une face), il aura tendance à relever de telles anomalies.

Il y aura alors lieu, pour le chirurgien-dentiste, de démontrer que son soin intéressait bien trois faces, étant observé qu'il a la charge de la preuve.

Il peut être également reproché d'avoir facturé des traitements parodontaux, ces traitements n'étant pas des gingivectomies à biseau externe. Il est rappelé à cet égard qu'il n'existe aucune assimilation possible dans la nomenclature...

Consultations

Comme l'énonce l'article 15 de la NGAP, « la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique ». Et lorsque d'autres actes sont effectués au cours de la même séance, seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de soins.

Il est, dans ces conditions, interdit de facturer une consultation et une radiographie prise le même jour, une consultation et une obturation provisoire ou une séance de détartrage. De même, une consultation qui interviendrait en cours de soins ne peut être facturée si elle est afférente aux dits soins, dans la mesure où elle correspond à une étape d'un traitement faisant l'objet dans la nomenclature d'une cotation pour traitement global et forfaitaire.

Inutile de préciser que, grâce aux outils informatiques dont disposent le Service médical, de telles erreurs sont aisément détectables. →

Soins conservateurs

Au titre des soins conservateurs, l'une des erreurs les plus fréquentes commise par un chirurgien-dentiste est la facturation de plus de deux séances de détartrage par période de 6 mois.

Soins prothétiques

Au titre des soins prothétiques concernés, il peut s'agir de facturation d'actes réalisés à des fins prothétiques sur des dents initialement pas ou peu délabrées, entraînant ainsi des anomalies sur l'ensemble des soins afférents aux dites dents (traitement endodontique, obturation coronaire, couronne). Il est nécessaire de conserver dans le dossier du patient le ou les clichés radiographiques préopératoires dont la nécessité est validée scientifiquement.

Sont également des actes non remboursables les actes prothétiques à des fins de contention, réalisés dans un cadre de parodontopathie.

Radiographies

Conformément à l'article 1^{er}, 3^e partie, titre I, Actes de radiodiagnostic, Chapitre I de la NGAP, « pour donner lieu à remboursement, tout acte de radiodiagnostic doit comporter une ou plusieurs des incidence(s) radiographique(s) matérialisée(s) par un document, film ou épreuve, et être accompagné d'un contrôle dudit écrit, signé par le médecin. Le compte rendu, ainsi que chaque épreuve, doit être daté, et porter les nom et prénom du patient, ainsi que le nom du médecin ayant effectué l'examen ». Toute radiographie facturée doit pouvoir être fournie au Service médical, faute de quoi le remboursement en sera sollicité. Les hypothèses évoquées l'ont été à titre illustratif, et non exhaustif, et il est insisté sur le fait que toute non-conformité peut être relevée.

Conduite thérapeutique et/ou réalisation d'actes non conformes aux données acquises de la science

Il n'est ignoré par aucun praticien cette obligation essentielle qui est définie à l'article R 4217-233 du CSP : « Le chirurgien-dentiste qui accepte de donner des soins aux patients s'oblige... à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit, lorsque sa conscience le lui commande, en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin. »⁽¹⁾

Tenant l'importance de cette obligation, toute anomalie relevée par le Service médical à ce titre devra être examinée avec la plus grande attention.

L'une des erreurs fréquentes est la facturation de plus de deux séances de détartrage par période de 6 mois.

De telles anomalies sont en effet examinées scrupuleusement par les Sections des assurances sociales, et à juste titre dans la mesure où cela peut avoir une incidence sur la santé du patient.

Au titre de la conduite thérapeutique non conforme aux données acquises de la science, figurent tous les actes non médicalement justifiés, tels par exemple la pose d'inlays-cores ou de couronnes réalisés sur des dents intactes ou reconstituables de façon durable par une obturation classique.

Au titre des actes non conformes aux données acquises de la science, il existe de nombreux cas de figure.

Les plus fréquents concernent les traitements endodontiques où la longueur optimale du traitement n'est pas respectée (traitement au-delà de l'apex, dépassement de pâte avec risque d'atteinte sinusienne...), la pose de couronnes ou d'inlay-cores sur des dents présentant des pathologies apicales ou des traitements endodontiques insuffisants, les ancrages radiculaires trop courts, inadaptés ou hors de l'axe radiculaire...

Les exemples sont multiples, et concernent tant les soins eux-mêmes que les examens radiologiques : ainsi, sera jugée non conforme une radiographie rétroalvéolaire si l'apex n'est pas visible, une radiographie panoramique si le mauvais positionnement de la tête du patient entraîne un chevauchement des dents et des difficultés dans l'établissement d'un diagnostic valable, si l'interposition sur les radiographies panoramiques d'un objet métallique non retiré (collier, stellite, piercing, etc.) empêche l'établissement d'un diagnostic complet, ou plus simplement encore, la réalisation même d'une radiographie sans signe d'appel.

En conclusion, et si tant est qu'il faille le préciser, tout contrôle d'activité doit être appréhendé avec le plus grand sérieux, dès lors qu'il sera effectué par un confrère chirurgien-dentiste conseil, lequel est doté d'une certaine expertise tant en matière médicale qu'en matière juridique. ●

Retrouvez le guide complet "Contentieux avec les caisses d'Assurance maladie : Tout savoir !" de Jacques-Henri Auché (24 pages) sur le site web <https://kiosque.edpsante.com/> (réservé aux abonnés)

1. Il faut également connaître l'article L 1110-5 du CSP qui dispose que : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit

de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales

avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. »