

**DECISION DU FONCTIONNAIRE DIRIGEANT DU 17 OCTOBRE 2011  
BRS/F/11-011**

**Madame A.  
Praticien de l'art dentaire**

**1. GRIEFS FORMULES**

Deux griefs ont été formulés à l'égard de Madame A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, voici les deux griefs qui lui sont reprochés :

**GRIEF 1.**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.**

Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction) et prestations concernées  
Nomenclature des prestations de Santé Annexe à l'A.R. du 14/09/1984

**Art.1** (Texte en vigueur depuis le 01/11/1998)

(...)

§ 8. Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins deux ans.  
"A.R. 31.8.1998" (entrée en vigueur : 1.11.1998)

"Pour les prestations diagnostiques pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de l'examen."

(...)

**Art 5 :**

(...) RADIOGRAPHIES

307031          307042          Radiographie intrabuccale de dent ou de  
groupe de dents sur un même cliché, à partir du 18e anniversaire N          13

307053          307064          Radiographie intrabuccale de dent ou de  
groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire dans une  
même séance, à partir du 18e anniversaire N          8

(...)

### Prestations en cause

Les prestations sont reprises dans le PVC daté du 17/12/2010 et notifié le 21/12/2010, les données étant fournies et authentifiées par les organismes assureurs (O.A.) [art 138 Loi SSI]

### Argumentation

Les prestations citées ne sont pas conformes au libellé de la Nomenclature des prestations de santé et à ses règles d'application vu la non conservation au dossier de clichés y afférents parfaitement identifiables quant à la date de réalisation et quant au nom de l'assuré.

En effet :

De l'étude contradictoire des dossiers complets remis par madame A. et de ses déclarations actées dans les Procès Verbaux d'audition (PVA) des 07/12/2010, 21/12/2010, 10/02/2011 et 17/02/2011 il appert que:

- Les clichés radiographiques sont disposés majoritairement selon la disposition de la bouche du patient. Ils sont collés sur une feuille de film plastique par ruban adhésif transparent. Sur ce morceau de papier collant, des annotations manuscrites sont parfois présentes.
- L'observation de ces annotations montre occasionnellement le nom du patient. La date de prise du cliché dans la majorité des cas n'est pas mentionnée, ne permettant pas ainsi de relier tel cliché à une date précise.

En effet, la consultation des dossiers patients montre que s'il est possible de lire une date au regard de laquelle est inscrit un numéro de dent (numérotation à l'ancienne), une description même succincte de ce qui fut effectué, éventuellement le nombre de clichés faits, aucun protocole ou descriptif de cliché ne permet d'identifier sans équivoque les clichés non porteurs de date et collés sur les films plastiques respectifs. A la lecture du dossier patient, aucun lien ne peut donc être fait de façon absolue entre ces clichés et la fiche du patient concerné.

De plus, lors de l'identification des clichés par madame A., lors de ses auditions, force est de constater les discordances existant entre les éléments inscrits au dossier, dossier sur lequel s'appuie la prestataire, et les dates inscrites sur les papiers collants fixant les clichés sur le film plastique et le numéro de dent sur lequel est centré le cliché.

Pour certaines dates précises auxquelles sont attestés les codes de prestations radiographiques, la prestataire elle-même reconnaît l'absence de clichés.

Le grief concerne donc :

- 86 prestations reprises sous le code **307031** (1<sup>ière</sup> radiographie) pour un montant total de 757,26 € concernant 20 assurés et relatives à une période allant du 26/01/2009 au 14/06/2010, introduites auprès des OA sur une période s'étendant du 24/02/2009 au 16/06/2010.
- 150 prestations reprises sous le code **307053** (radiographie supplémentaire) pour un montant total de 809,75 € concernant 19 assurés et relatives à une période

allant du 04/02/2009 au 16/06/2010, introduites auprès des OA sur une période s'étendant du 24/02/2009 au 17/06/2010.

## **GRIEF 2.**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.**

Base réglementaire du grief (à l'époque de l'infraction) et prestations concernées  
Nomenclature des prestations de Santé Annexe à l'A.R. du 14/09/1984

**Art.1** (Texte en vigueur depuis le 01/11/1998)

(...)

§ 8. Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins deux ans.

"A.R. 31.8.1998" (entrée en vigueur : 1.11.1998)

"Pour les prestations diagnostiques pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de l'examen."

(...)

## **Art.5**

(...)

"A.R. 6.12.2005" (en vigueur 1.9.2005) + "A.R. 26.5.2008" (en vigueur 1.7.2008) + "A.R. 20.3.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"§ 2. PRESTATIONS A PARTIR DU 18e ANNIVERSAIRE:"

304312- 304323 \*\* Traitement et obturation d'un canal d'une dent, chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 44

304496- 304500 Traitement et obturation d'un canal d'une dent, chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L44

304533- 304544 \*\* Traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 53

304555- 304566 \*\* Traitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 80

304592- 304603 Traitement et obturation de deux canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 53

304614- 304625 Traitement et obturation de trois canaux de la même dent chez le bénéficiaire à partir du 18e anniversaire L 80

## Art.6 (Texte en vigueur depuis le 01/01/2007)

(...)

"A.R. 11.12.2000" (en vigueur 1.3.2001)

"§ 4. L'intervention de l'assurance pour le traitement et l'obturation d'un ou de plusieurs canaux d'une même dent, quel que soit le nombre de canaux obturés pendant le traitement, n'est due que si une radiographie, laquelle est conservée par le praticien dans le dossier du patient et peut être réclamée pour consultation par le médecin-conseil, démontre que pour une dent définitive, chaque canal visible est obturé au minimum jusqu'à 2 mm de l'apex et pour une dent lactéale, chaque canal visible est obturé jusqu'au tiers au moins de sa longueur."

(...)

"A.R. 11.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 22.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"Les honoraires pour ce traitement et cette obturation comprennent tous les moyens de diagnostic employés pendant l'opération afin de déterminer la longueur canalaire, et la radiographie de contrôle."

(...)

### Prestations en cause

Les prestations concernées sont reprises dans le PVC daté du 17/12/2010 et notifié le 21/12/2010, les données étant fournies et authentifiées par les organismes assureurs (O.A.) [art 138 Loi SSI]

### Argumentation

Les prestations concernées sont non conformes au libellé de la Nomenclature des prestations de santé et à ses règles d'application vu la non conservation au dossier des clichés parfaitement identifiables quant à la date de réalisation et quant au nom de l'assuré, démontrant l'obturation des canaux.

L'argumentation s'appuie sur les mêmes constats que ceux développés ci-dessus, dans le grief n°1.

Par ailleurs en ce qui concerne le traitement de racine, la réalisation du Walkoff est en fait un temps intermédiaire et ne peut faire l'objet de l'attestation de soins du traitement de canal (aux). La prestation d'obturation de canal (aux) ne peut être attestée qu'une fois, le traitement complètement terminé.

Le grief concerne donc sur

- 16 prestations reprises sous le code **304312** (obturation 1 canal) pour un montant total de 1133,27 € concernant 8 assurés et relatives à une période allant du 08/06/2009 au 14/04/2010, introduites auprès des OA sur une période s'étendant du 11/06/2009 au 23/06/2010.
- 4 prestations reprises sous le code **304496** (obturation 1 canal) pour un montant total de 268,84 € concernant 4 assurés et relatives à une période allant du 03/04/2009 au 20/04/2009, introduites auprès des OA sur une période s'étendant du 08/04/2009 au 23/04/2009.

- 5 prestations reprises sous le code **304533** (obturation 2 canaux) pour un montant total de 426,99 € concernant 4 assurés et relatives à une période allant du 25/05/2009 au 26/03/2010, introduites auprès des OA sur une période s'étendant du 03/06/2009 au 29/03/2010.
- 1 prestation reprise sous le code **304555** (obturation 3 canaux) pour un montant total de 131,73 € concernant 1 assuré et relative à une période du 30/05/2010, introduite auprès de l'OA le 10/06/2010.
- 1 prestation reprise sous le code **304592** (obturation 2 canaux) pour un montant total de 83,04 € concernant 1 assuré et relative à une période du 04/02/2009, introduite auprès de l'OA le 10/03/2009.
- 1 prestation reprise sous le code **304614** (obturation 3 canaux) pour un montant total de 130,51 € concernant 1 assuré et relative à une période du 06/04/2009, introduite auprès de l'OA le 07/04/2009.

Pour ces griefs, l'indu total a été évalué à 3.741,39 €.

Madame A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

## **2. DISCUSSION ET DECISION**

### **1) Dispositions légales applicables**

L'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a abouti à l'établissement d'un procès-verbal de constat.

Les faits reprochés à Madame A. tombent sous l'application du prescrit des articles 73bis 1° et 2° et 142 §1<sup>er</sup>, 1° et 2° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

### **2) Griefs**

#### **Grief 1**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.**

#### **Argumentation du Service**

Les prestations citées ne sont pas conformes au libellé de la Nomenclature des prestations de santé et à ses règles d'application vu la non conservation, au dossier, de clichés y afférents parfaitement identifiables quant à la date de réalisation et quant au nom de l'assuré.

En effet :

De l'étude contradictoire des dossiers complets remis par madame A. et de ses déclarations actées dans les procès-verbaux d'audition (PVA) des 07/12/2010, 21/12/2010, 10/02/2011 et 17/02/2011, il appert que :

- Les clichés radiographiques sont disposés majoritairement selon la disposition de la bouche du patient. Ils sont collés sur une feuille de film plastique par ruban adhésif transparent. Sur ce morceau de papier collant, des annotations manuscrites sont parfois présentes.
- L'observation de ces annotations montre occasionnellement le nom du patient. La date de prise du cliché dans la majorité des cas n'est pas mentionnée, ne permettant pas ainsi de relier tel cliché à une date précise.

En effet, la consultation des dossiers des patients montre que s'il est possible de lire une date au regard de laquelle est inscrit un numéro de dent (numérotation à l'ancienne), une description même succincte de ce qui fut effectué, éventuellement le nombre de clichés faits, aucun protocole ou descriptif de cliché ne permet d'identifier sans équivoque les clichés non porteurs de date et collés sur les films plastiques respectifs. A la lecture du dossier patient, aucun lien ne peut donc être fait de façon absolue entre ces clichés et la fiche du patient concerné.

De plus, lors de l'identification des clichés par madame A., lors de ses auditions, force est de constater les discordances existant entre les éléments inscrits au dossier, dossier sur lequel s'appuie la prestataire, et les dates inscrites sur les papiers collants fixant les clichés sur le film plastique ainsi que le numéro de dent sur lequel est centré le cliché.

Pour certaines dates précises auxquelles sont attestés les codes de prestations radiographiques, la prestataire elle-même reconnaît l'absence de clichés

### **Justification de Madame A.**

Madame A. reconnaît l'absence de clichés pour certaines dates reprises sur les attestations de soins. Elle éprouve également des difficultés à identifier précisément certains clichés.

### **Décision**

Il résulte des éléments recueillis lors de l'enquête que l'absence de clichés ou leur manque d'identification ne répondent pas au libellé de la nomenclature. Dès lors, le premier grief doit être considéré comme établi.

### **Grief 2**

**Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans ladite loi, ses arrêtés d'exécution ou les conventions ou accords conclus en vertu de cette même loi.**

### **Argumentation du Service**

Les prestations concernées sont non conformes au libellé de la Nomenclature des prestations de santé et à ses règles d'application vu la non conservation au dossier des clichés parfaitement identifiables quant à la date de réalisation et quant au nom de l'assuré, démontrant l'obturation des canaux.

L'argumentation s'appuie sur les mêmes constats que ceux développés ci-dessus, dans le grief n°1.

Par ailleurs en ce qui concerne le traitement de racine, la réalisation du Walkoff est en fait un temps intermédiaire et ne peut faire l'objet de l'attestation de soins du traitement de canal (aux). La prestation d'obturation de canal (aux) ne peut être attestée qu'une fois le traitement complètement terminé.

### **Justification de Madame A.**

Pour ce deuxième grief, la dentiste propose des modifications de l'identification des radios. Cela permettrait, selon elle, de démontrer l'obturation de canaux. Pour elle, les radios opaques sont parfaitement identifiables et le traitement de la racine est définitif. Le caractère définitif du traitement ne dépend évidemment pas du produit utilisé mais bien de la fin du traitement, par exemple, la pose d'un alliage revêtant la dent.

Pour les deux griefs, Madame A. souhaite que l'on ne puisse pas revenir sur ce qui a déjà été contrôlé. Les documents qui lui ont été restitués sont actuellement inexploitable. En effet, ils sont déclassés alors que pour chaque patient, elle avait effectué un classement précis.

### **Décision**

Comme pour le premier grief, il résulte des éléments recueillis lors de l'enquête que l'absence de clichés ou leur manque d'identification ne répondent pas au libellé de la de la nomenclature. Dès lors, le deuxième grief doit également être considéré comme établi.

### **3) Montant et remboursement de l'indu**

Les deux griefs ont entraîné un indu de 3.741, 39 €. Jusqu'à présent, aucun indu n'a été remboursé.

### **4) Quant à l'amende administrative**

D'une part, la prestataire n'a pas d'antécédent.

D'autre part, les négligences dans la tenue des radios, par omission des dates et des noms sur les radios elles-mêmes, ne permet pas un contrôle efficace par les médecins-inspecteurs. La méthode de travail de la dentiste doit absolument être rectifiée dans l'avenir. Pour cette raison, assortir l'amende d'un sursis peut l'inciter à plus de vigilance dans la tenue de ses dossiers.

Eu égard à tous ces éléments, il s'indique de prononcer une amende administrative s'élevant à 100% du montant de l'indu, dont 50% effectif et 50% avec sursis de trois ans, soit une amende administrative effective de 1.870,69 €.

### **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 les deux griefs établis;

Condamne Madame A. à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 3.741,39 €;

Condamne Madame A. à payer une amende de 100% du montant de l'indu, dont la moitié assortie d'un sursis de trois ans, l'amende effective s'élevant donc à 1.870,69 €.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 17 octobre 2011 par le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.