

Action de Contrôle :

Prothèses Conjointes et Soins Préalables



Rapport

Novembre 2010

GROUPE DE PILOTAGE

Mme le Dr Brigitte HEULS - Directeur Adjoint du Service Médical National - Caisse Nationale
Mme Stéphanie DESCHAUME - Directrice Adjointe - DPSGR - Caisse Nationale

RESPONSABLE DU GROUPE PROJET

Mme le Dr Martine GUILLAUD - Chirurgien-dentiste Conseil - Chef de Service - RSI Alpes

GROUPE DE PROJET

Mr Philippe BERCHERY - DPSGR - Caisse Nationale
Mme le Dr Marie Noëlle DEMATONS - Médecin Conseil Chef de Service - DSMN – Caisse Nationale
Mme le Dr Simone GARCON - Chirurgien-dentiste Conseil - RSI Rhône
Mme le Dr Annick MOREL - Chirurgien-dentiste Conseil – Chef de Service - RSI Auvergne
Mme le Dr Bertille ROCHE-APAIRE - Médecin Conseil Chef de Service - DSMN - Caisse Nationale
M. le Dr Christian VOTTE - Chirurgien-dentiste Conseil - RSI Ile de France Centre

CAISSES RSI CONCERNEES PAR L'ACTION

Alpes, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Corse, Ile de France Centre, Ile de France Est, Ile de France Ouest, Ile de France Professions Libérales Paris, Lorraine, Midi-Pyrénées, Basse Normandie, Haute Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Provence Alpes, Rhône.



RESUME	5
PRESENTATION GENERALE ET OBJECTIF	6
METHODE ET OUTILS	7
Les référentiels	7
1 – Les référentiels portent sur deux aspects	7
2 - La NGAP conditionne la prise en charge.....	7
3 – Les recommandations définissent des critères.....	8
Inclusion.....	9
Exclusion.....	9
Recueil des informations.....	9
Déroulement.....	9
1 – Etude des prestations par le chirurgien-dentiste conseil	9
2 – Les principaux critères retenus en anomalie.....	9
Analyse	10
RESULTATS	11
A – Les prestations et les OC.....	11
1 - Les prestations	11
2 - Les OC	11
B – Population étudiée	11
1 - Les bénéficiaires	11
2 - Les professionnels de santé.....	11
C – Les courriers	11
D - Les actes étudiés	12
1 – Les actes en SPR50	12
2 – Les autres actes.....	12
E – Les anomalies	12
1 – Les lignes de prestations.....	12
2 – Les professionnels de santé	12
3 – Les actes	12
4 – Les actes en CMU-C	13
F – Les indus	13
DISCUSSION	14
A – Les Professionnels de santé.....	14
1 –Les réponses des praticiens à nos courriers	14
2 – Les difficultés rencontrées.....	14

B – Les anomalies	15
1 – Les actes	15
2 – Les recommandations professionnelles	15
3 – La NGAP.....	16
C – Le contrôle a posteriori.....	16
1 – les référentiels	16
2 – impact de la charge de travail pour les chirurgiens-dentistes conseils	17
3 – impact sur le bénéficiaire d’un contrôle a posteriori	17
PERSPECTIVES	18
REFERENCES	19
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	20
LEXIQUE	21
ANNEXES	22

Introduction

Trois études conduites dans le RSI sur le thème des prothèses fixées ont mis en évidence des non respects des référentiels règlementaires et scientifiques. Par ailleurs, la suppression de la formalité de l'entente préalable pour ces actes en 2003 a laissé la responsabilité au professionnel de santé de facturer ces soins à l'assurance maladie conformément aux référentiels en vigueur. Ces différents éléments ont amené le RSI à conduire une action nationale de contrôle, conformément à l'article L314-1 du code de la Sécurité Sociale, intitulée « prothèses conjointes et soins préalables » diffusée par lettre réseau 2009/066 du 19/05/2009. L'objectif de cette action était de contrôler le respect des référentiels (réglementaires et scientifiques) existants en terme de prothèse conjointe (couronne et bridge) et de soins préalables à cette prothèse.

Matériel et méthodes

Cette action a concerné 19 caisses RSI. Nous avons inclus les bénéficiaires, âgés de 20 à 59 ans, ayant eu au moins deux actes de prothèse conjointe remboursés et côtés SPR50 pendant la période du 01/03/2009 au 30/04/2009, sauf pour le RSI Ile de France où la période a été limitée à un mois. Une requête sur les bases de données de l'assurance maladie a permis d'identifier les actes en SPR 50 et l'historique des soins préalables et prothétiques remboursés.

Une demande de renseignements (cliniques et radiologiques), portant sur ces différents actes, a été faite par le chirurgien dentiste conseil auprès du praticien traitant. Tout dossier non explicite a fait l'objet d'une demande de renseignements complémentaires et une non réponse du praticien, dans les 15 jours de l'envoi, un rappel en pli recommandé avec accusé de réception.

Chaque acte a été étudié en fonction des référentiels existants : NGAP et recommandations professionnelles.

Résultats

Nous avons initialement inclus 73818 lignes de prestations pour en étudier 43256. Elles ont concerné 3834 bénéficiaires, dont 201 relevaient de la CMU-C et 3726 praticiens traitants.

L'étude a porté sur 10698 couronnes nécessitant 3726 courriers initiaux dont 376 (10%) relances, 738 (20%) demandes de renseignements complémentaires. Les non répondants se sont élevés à 32 praticiens.

Parmi les 43256 lignes de prestations étudiées, 3361 (8%) lignes présentaient des anomalies dont 398 (12%) concernaient des lignes de prestations en CMU-C. Les anomalies ont concerné 27% des professionnels interrogés et tous les types d'actes parmi lesquels les SPR50 à hauteur de 11%, les inlays-core et les reconstitutions à ancrage à hauteur de 8%. Elles ont nécessité l'envoi de 998 courriers aux professionnels de santé. Les lignes de prestations en anomalies observées sont significativement plus élevées pour les patients en CMU-C, (Chi2, $p < 10^{-3}$).

Ces prestations en anomalies représentaient une dépense réelle de 753940,05 euros pour une base de remboursement de 253521,56 euros. Le montant indu, pour 19 RSI et une période de prestations étudiées portant sur 2 mois, s'est élevé à 171268,25 euros dans la mesure où certains actes ont fait l'objet d'une réduction de cotation et non d'un indu global. Rapporté à une année d'exercice, cela représenterait six fois plus (1027609.5€).

Conclusion

Une évolution de la NGAP et des recommandations en prothèse fixée serait souhaitable. Une prise en charge différente des prestations dentaires pourrait être envisagée avec une forfaitisation par dent, selon le type de soins.



La prothèse dentaire dite conjointe ou fixée permet de reconstituer une dent délabrée afin de lui rendre sa fonction. Différents types de prothèses conjointes existent, les deux principales étant les couronnes et les bridges. Seule la couronne est prise en charge, sous conditions, par l'Assurance Maladie. En 2003, la formalité de l'entente préalable pour les prothèses (adjointe et conjointe) a été supprimée. Ainsi, il revient aux professionnels de santé (chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues) de facturer ces actes à l'assurance maladie conformément aux référentiels existants. Trois études ont été conduites dans le régime des travailleurs indépendants : l'étude nationale réalisée sur les prothèses fixées en 1995 [1], l'étude du RSI Alpes en 2004/2005 portant sur les couronnes et les traitements endodontiques [2] et l'étude évaluative du « Devenir des dents couronnées » dont un bilan d'étape a été réalisé à un an et demi [3]. Ces travaux ont mis en évidence des non respects des référentiels réglementaires et scientifiques. Ces différents éléments ont amené le RSI à conduire une action nationale de contrôle, conformément à l'article L314-1 du code de la Sécurité Sociale, intitulée « prothèses conjointes et soins préalables » diffusée par lettre réseau 2009/066 du 19/05/2009 [4].

L'objectif de cette action était de contrôler le respect des référentiels (réglementaires et scientifiques) existants en terme de prothèse conjointe (couronne et bridge) et de soins préalables à cette prothèse.

On rappellera que « les services médicaux vérifient (article L.314-1 du code de la sécurité sociale) que.... :

- * l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli.
- * les actes pratiqués ou les traitements prescrits respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles.....

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus ».



Cette action a été conduite dans les caisses RSI par un chirurgien-dentiste conseil statutaire ou vacataire exclusif, 19 caisses RSI ont été concernées par cette action.

Les référentiels

1 – Les référentiels portent sur deux aspects

a – règlementaire

Ce sont la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes, le Code de la Sécurité Sociale et le Code de la Santé Publique.

b – scientifique

Ce sont les recommandations de l'ANDEM, de l'ANAES et de la HAS où l'endodontie est retrouvée dans les référentiels ANDEM 1996 et HAS 2008, la radiologie dans les référentiels ANDEM 1996 et HAS 2006 et les inlays-core dans les référentiels ANAES 2003 et de l'association dentaire française (ADF) – conseil national de l'ordre (CNO) de 2003.

2 - La NGAP conditionne la prise en charge

a - des couronnes dentaires et des inlays-core

La nomenclature générale des actes professionnels précise dans le titre III chapitre VII section III : Article1 : « En ce qui concerne le traitement prothétique, les coefficients prévus s'appliquent aux réalisations conformes aux données acquises de la science.

Il n'est pas prévu de limitation pour la durée d'usage des prothèses. Leur renouvellement est subordonné à l'usure des appareils ou des dents ou à la modification de la morphologie de la bouche ».

Article 2 - Prothèse dentaire conjointe

1. Couronne dentaire faisant intervenir une technique de coulée métallique, quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. Le ou les clichés radiographiques pré-opératoires, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient : 50 - SPR ou PRO.

2. Conception, adaptation et pose d'une infrastructure coronaradiculaire métallique coulée à ancrage radiculaire (inlay-core) : 57 - SPR ou PRO.

3. Conception, adaptation et pose d'une infrastructure coronaradiculaire métallique coulée à ancrage radiculaire avec clavette (inlay-core avec clavette) : 67 - SPR ou PRO.

Les coefficients des deux actes ci-dessus comprennent les coûts de laboratoire.

4. Dent à tenon, quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation et si la dent à tenon intéresse une dent du groupe incisivo-canin et du groupe prémolaire : 35 - SPR ou PRO.

Sont en tout état de cause exclues du remboursement : les réalisations sur dents temporaires ; les couronnes ou dents à tenon préfabriquées ; les couronnes ou dents à tenon provisoires ; les couronnes à recouvrement partiel».

b – des radiographies

« Conditions générales de prise en charge : Pour donner lieu à remboursement, tout acte de radiodiagnostic doit comporter une ou plusieurs incidence(s) radiographique(s) matérialisée(s) par un document, film ou épreuve, et être accompagné d'un compte rendu écrit, signé par le médecin. Le compte rendu, ainsi que chaque film ou épreuve, doit être daté et porter les nom et prénoms du patient examiné, ainsi que le nom du médecin ayant effectué l'examen. Le compte rendu doit comporter les indications, les incidences, l'analyse et l'interprétation de l'examen. Une incidence est caractérisée par

une position du patient par rapport à la source ; un changement d'orientation de la source ou de la surface examinée selon un angle différent ou selon une position différente du patient constitue une nouvelle incidence. »

c – des traitements endodontiques

« Soins de la pulpe et des canaux (ces soins ne peuvent être remboursés que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque).

Pulpotomie, pulpectomie coronaire avec obturation de la chambre pulpaire (traitement global) SC 7

Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :

Groupe incisivo-canin : SC 14, Groupe prémolaires : SC 20, Groupe molaires : SC 34

Pour les actes mentionnés ci-dessus, les clichés radiographiques, pré-opératoires et post-opératoires, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient. »

d – des soins conservateurs

« Article 1 : *Obturations dentaires définitives*

Cavité simple (l'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces) : SC 7

Cavité composée, traitement global intéressant deux faces : SC 12

Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus : SC 17

Restauration d'une perte de substance intéressant deux faces et plus d'une dent par matériaux inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire : SC 33 »

3 – Les recommandations définissent des critères

a - pour le traitement endodontique

« Le traitement endodontique requiert la prise d'au moins 3 clichés radiographiques préopératoire, per- et postopératoire ;

– Le ou les clichés préopératoires permettent d'obtenir des données sur l'anatomie canalaire et sur l'intégrité du parodonte. Ce cliché à visée diagnostique constitue aussi un élément de référence à l'état antérieur de la dent ;

– Le ou les clichés peropératoires permettent de contrôler les différentes phases du traitement : estimation et contrôle de la longueur de travail, lime en place, contrôle cône en place avant obturation par condensation de gutta-percha. L'estimation de la longueur des canaux peut nécessiter la réalisation de plusieurs clichés rétroalvéolaires ; Le nombre de clichés peropératoires peut être réduit par l'utilisation de localisateurs électroniques d'apex ;

– Le cliché postopératoire permet de contrôler la qualité de l'obturation et constitue une image de référence pour le suivi du patient.

Les résultats toutefois soulignent l'importance du niveau apical de l'obturation comme facteur pronostique du traitement, le niveau de l'obturation apicale étant étroitement lié au maintien et au respect de la longueur de travail durant la préparation. »

b – pour les radiographies

« Un cliché rétro-alvéolaire doit montrer la totalité de chaque dent radiographiée jusqu'à l'apex, ainsi que la portion des tissus osseux environnants pouvant être perceptible dans les limites de l'image afin d'éliminer une manifestation pathologique de voisinage. »

c – reconstitutions corono -radiculaires préprothétiques coulées et insérées en phase plastique

« L'ancrage radiculaire n'est pas systématiquement nécessaire à la reconstitution préprothétique de la dent dépulpée.

L'inlay-core est contre- indiqué si un ancrage radiculaire est inutile ou impossible.

Les reconstitutions par matériau inséré en phase plastique sont contre- indiquées lorsque les limites cervicales de la perte de substance sont situées à moins de 2 mm de la future limite cervicale de la superstructure prothétique et que la résistance mécanique de la reconstitution est inadaptée aux contraintes supportées par la superstructure ».

Inclusion

Nous avons inclus les bénéficiaires, âgés de 20 à 59 ans, ayant eu leurs droits ouverts dans le régime RSI pour toute la période étudiée et ayant eu au moins deux actes de prothèse conjointe remboursés et côtés SPR50 pendant la période du 01/03/2009 au 30/04/2009, sauf pour le RSI Ile de France où la période allait du 01/03/2009 au 31/03/2009 du fait de la présence de quatre caisses RSI.

Exclusion

Les actes en SPR 50 pour prothèse adjointe ont été exclus de même que les professionnels de santé en cours d'analyse d'activité.

Recueil des informations

Une requête sur les bases de données de l'assurance maladie a permis d'identifier :

1 - les actes en SPR 50 et l'historique des soins préalables et prothétiques remboursés. Elle a permis de lister les bénéficiaires ayant eu au moins deux couronnes sur la période étudiée et de lister les soins et les prothèses facturés à l'assurance maladie dans les 25 à 27 mois précédents et ce, pour chaque bénéficiaire concerné par le contrôle.

2 - les coordonnées des professionnels de santé : numéro d'identification, nom, prénom et adresse du cabinet afin de réaliser le publipostage ainsi que les coordonnées des bénéficiaires concernés : numéro d'assuré, rang, nom assuré, prénom assuré, nom bénéficiaire, prénom bénéficiaire.

Les anomalies ont été recueillies et analysées sous deux grands thèmes génériques : N.G.A.P. et/ou référentiels scientifiques. Les anomalies n'ont pas été détaillées dans l'applicatif.

Déroulement

1 – Etude des prestations par le chirurgien-dentiste conseil

Un applicatif développé sous Access a permis d'aider les chirurgiens-dentistes conseils dans l'analyse des fichiers. Pour chaque bénéficiaire inclus dans cette action, les chirurgiens-dentistes conseils ont sollicité les O.C. en cas d'absence de numéro de dent ou de lignes de prestations présentant des difficultés pour ne conserver que les actes en lien avec les dents couronnées étudiées.

Une demande de renseignements (cliniques et radiologiques), portant sur ces différents actes, a été faite par le chirurgien dentiste conseil auprès du praticien traitant. Elle comportait, par bénéficiaire, une lettre type et un questionnaire. Un praticien traitant pouvait être concerné par un ou plusieurs bénéficiaires. Tout dossier non explicite a fait l'objet d'une demande de renseignements complémentaires et une non réponse du praticien, dans les 15 jours de l'envoi, un rappel en pli recommandé avec accusé de réception.

Chaque acte a été étudié en fonction des référentiels existants. Les critères d'attribution et/ou de facturation de la NGAP ont été étudiés et pour l'appréciation de la qualité des soins dispensés, ce sont les recommandations de l'ANDEM, de l'ANAES et de la HAS au titre des données acquises de la science, selon la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 12 janvier 2005 (N° 256001), qui ont servi de références. Un arbre de décision a été réalisé pour aider les chirurgiens-dentistes conseils.

2 – Les principaux critères retenus en anomalie

a – pour les radiographies

- 1 - Non datées et/ou non identifiées et/ou non localisées
- 2 - Non communiquées
- 3 - Compte rendu de radios panoramiques ou status non communiqué

4 - Non interprétables : illisibles, floue, tronquant l'organe dentaire - partie coronaire, radiculaire ou l'apex.

b – pour les soins dentaires

1 - Dent non délabrée et pas d'indication de dévitalisation

2 - Dent avec un traitement endodontique incomplet ou de qualité non satisfaisante. Le critère retenu pour l'endodontie est identique à celui de l'étude URCAM Ile de France en 2000 : « Si une obturation canalaire de la dent à couronner est nécessaire, elle doit pouvoir être considérée comme un succès clinique (selon critères de l'ANDEM) » [5].

3 - Traitement endodontique sans communication des radiographies nécessaires

4 - Dent délabrée avec cumul de cotation obturation définitive et inlay core sur dent avec un traitement endodontique correct

c – pour les couronnes

1 - Cotation non conforme en SPR50 pour : Richmond, attachement, dent absente inter de bridge.

2 - Couronne scellée sur une dent dont la pérennité n'est pas assurée

3 - Couronne ne faisant pas intervenir une technique de coulée métallique

4 - Couronne provisoire ou préfabriquée ou à recouvrement partiel

5 - Couronne sur implant unitaire ou sur implant solidarisé à une autre dent absente

6 - Reconstitution coronaire durable possible

7 - Réfection d'une couronne adaptée ne rentrant pas dans les critères de renouvellement

8 - Renouvellement d'une couronne adaptée pour les besoins d'un bridge

d – pour les inters de bridges

1 - Cotation de la plaque métal

2 - Inter de bridge avec cotation erronée (exemple : SPR 30 par élément ou SPR50)

En cas de non respect de ces dispositions par le praticien traitant, le chirurgien-dentiste conseil l'en a avisé par courrier en listant les anomalies et les référentiels concernés. Les actes, dont la prise en charge n'était pas justifiée, ont fait l'objet d'une répétition d'indus par l'assurance maladie. Ces indus ont été notifiés au praticien traitant par le directeur de la caisse.

Analyse

Les données de ce contrôle des 19 caisses RSI ont été agrégées et analysées avec le logiciel statistique Stata et une analyse descriptive réalisée. Des tests de Student et de Chi2 ont été utilisés.



A – Les prestations et les OC

1 - Les prestations

Initialement, 73818 lignes de prestations ont été incluses, dont 4679 (6%) concernaient des actes en CMU-C, pour 3836 bénéficiaires et 4997 praticiens (cf. tableau 1).

Une télétransmission a été réalisée pour 59376 lignes de prestations (80%) (cf. tableau 2).

Le balayage manuel du fichier par les chirurgiens-dentistes conseils a permis de supprimer 30562 lignes de prestations (41%) qui n'étaient pas en lien avec les actes étudiés.

Ainsi 43256 lignes de prestations ont été conservées et étudiées (cf. tableau 3).

Ces lignes de prestations portaient essentiellement sur les actes de prothèse (42%), les soins conservateurs (28%) et les radios (26%).

L'analyse des actes a montré la réalisation trois fois plus fréquente d'inlay-core que de reconstitutions à ancrage. De même, il a été facturé sept fois plus de radiographies à image numérisée que de clichés argentiques (cf. tableau 4 et 4bis).

2 - Les OC

Une interrogation des OC, liée à l'absence du numéro de dent, a été nécessaire pour 7701 (10%) lignes de prestations. La réponse des OC a été communiquée dans les délais souhaités pour 2958 (38%) lignes de prestations (cf. tableau 5).

B – Population étudiée

1 - Les bénéficiaires

Les 46881 lignes de prestations initiales ont concerné 3421 assurés et 26937 lignes de prestations initiales 415 des ayants droit (cf. tableau 6). Deux assurés ont été mis hors étude après renseignements auprès du praticien traitant.

Ainsi 3834 bénéficiaires, dont 201 relevaient de la CMU-C, ont été inclus dans notre action de contrôle : 2444 étaient de sexe masculin et 1390 de sexe féminin (cf. tableau 7). Parmi ces bénéficiaires, 3586 (94%) étaient âgés de 35 à 59 ans (cf. tableau 8).

2 - Les professionnels de santé

Le nombre de professionnels de santé initialement inclus étaient de 4997, seuls 3726 ont été concernés par notre contrôle : 98% étaient chirurgiens-dentistes et 2% étaient stomatologues (tableaux 1 et 11).

C – Les courriers

L'étude des prestations a nécessité 3726 courriers initiaux dont 376 (10%) relances pour lesquelles 32 non réponses ont été notées. 2612 (70%) praticiens ont répondu de façon satisfaisante à notre demande d'information. Des renseignements complémentaires ont été nécessaires pour 738 (20%) dossiers. Un retour des clichés radiographiques argentiques a été réalisé pour 610 (16%) dossiers. Une variabilité inter RSI a été observée avec des taux de relances ou de renseignements complémentaires allant de 0% à 50% (cf. tableau 11).

D - Les actes étudiés

1 – Les actes en SPR50

Parmi les 10698 actes en SPR50 étudiés, 688 (6%) concernaient des patients en CMU-C (cf. tableau 9).

Le nombre de bénéficiaires porteurs de deux couronnes était de 2449 (64%) et de 2 à 4 couronnes 3490 (91%) (cf. tableau 10).

Des 10698 couronnes étudiées, 4321 numéros de dents étaient initialement enregistrés dans la base répartis selon les secteurs dentaires suivants :

Secteur dentaire	%	[95% Conf. Interval]
Incisif	17,4	16,3 – 18,6
Canin	9,6	8,7 – 10,5
Prémolaires	33,82	32,4 – 35,2
Molaires	38,9	37,4 – 40,3

2 – Les autres actes

Les 32558 lignes de prestations étudiées ont concerné les actes suivants :

Libellé de l'acte	Nb	%
Inlays-core (SPR57 ou SPR67)	4613	14
Reconstitutions coronaires ancrage (SC33)	1547	5
Traitements endodontiques (SC10, 14, 15, 20, 25, 34)	5746	18
Reconstitutions coronaires sans ancrage	4978	15
Radiographies	11054	34
Inter de bridge (SPR30 et SPR35)	1431	4
Autres actes	3189	10

E – Les anomalies

1 – Les lignes de prestations

Parmi les 43256 lignes de prestations étudiées, 3361 (8%) lignes présentaient des anomalies, toutes classées en anomalie NGAP. 902 (27%) des 3361 lignes en anomalies étaient également classées en anomalies recommandations (cf. tableau 12).

2 – Les professionnels de santé

Des anomalies ont été trouvées chez 27% des professionnels interrogés qui ont nécessité l'envoi de 998 courriers aux professionnels de santé pour 951 (25%) bénéficiaires dont 68 (34%) en CMU-C (cf. tableau 11).

3 – Les actes

Les anomalies ont concerné tous les types d'actes : 1136 (11%) actes en SPR50, globalement 527 (8%) inlays-core et reconstitutions à ancrage, 655 (6%) radiographies et 439 (8%) traitements endodontiques (cf. tableau 13).

Des 3361 lignes, seules 157 lignes ont fait l'objet d'une réduction de coefficient et non d'une annulation de coefficient, dont 7 en CMU-C. Les réductions de cotations ont porté sur les couronnes (52), les inlays-core (35), les radiographies (22), les reconstitutions coronaires (19), les traitements endodontiques (10) et les autres actes (19).

4 – Les actes en CMU-C

Concernant les actes réalisés pour les bénéficiaires en CMU-C, nous avons eu 398 (12%) lignes de prestations avec anomalies pour 68 (34%) bénéficiaires. Le ratio le plus élevé a été trouvé pour le RSI de Haute Normandie avec un taux de 36% (cf. tableau 12). Les lignes de prestations en anomalie observées étaient significativement plus élevées pour les patients en CMU-C, (χ^2 , $p < 10^{-3}$) (cf. tableau 14).

Le pourcentage d'anomalies était plus important lorsque le nombre de couronnes étudiées augmentait (cf. tableau 15) et ces anomalies étaient plus spécifiquement observées pour les inlays-core, les traitements endodontiques et les reconstitutions coronaires sans ancrage (cf. tableau 16).

F – Les indus

Des indus ont été enregistrés pour 3361 lignes de prestations, soit un indu moyen par ligne de prestation de 72.37€, IC à 95% = [71.63 ; 73.10] significativement plus important concernant les bénéficiaires en CMU-C (ttest, $p < 10^{-3}$) avec un montant moyen de 77.28€, IC à 95% = [75.33 ; 79.23], sur une base de remboursement au taux commun (70%).

Ces prestations représentaient une dépense réelle de 753940,05 euros pour une base de remboursement de 253521,56 euros.

Le montant indu, pour 19 RSI et une période de prestations étudiées portant sur 2 mois, était de 171268,25 euros dans la mesure où certains actes ont fait l'objet d'une réduction de coefficient et non d'un indu global (cf. tableau 17).



C'est la première fois, depuis la suppression de l'entente préalable pour les prothèses dentaires en 2003, qu'une action nationale de contrôle a posteriori est réalisée dans le régime RSI par les services dentaires. Cette action nationale dont le bilan est réalisé pour 19 caisses RSI a permis d'atteindre un grand nombre de professionnels de santé, de sensibiliser les 27% de professionnels ayant eu des anomalies. Elle a permis aussi de leur rappeler les référentiels en vigueur (nomenclature générale des actes professionnels et recommandations) et comme le rappelle le Dr Sabek dans son ouvrage «Honoraires et Nomenclatures » que : «c'est au praticien d'apporter la preuve que la dent ne pouvait être reconstituée de façon durable par une obturation» [6].

L'investissement des chirurgiens-dentistes conseils pour cette action a été très fort. Les contacts avec les professionnels de santé ont été nombreux soit par courriers, soit téléphoniquement avec des échanges parfois difficiles. Indépendamment de l'aspect pédagogique et de l'impact comportemental, cette action aura eu un rendu financier qui porte sur un montant présenté par le service dentaire de plus de 170000 euros pour l'étude de 3834 bénéficiaires en deux mois.

A – Les Professionnels de santé

1 – Les réponses des praticiens à nos courriers

Les réponses des praticiens ont été, pour 30% d'entre elles, très succinctes, voire absentes dans la mesure où des renseignements complémentaires ou des relances ont été nécessaires. Les renseignements complémentaires étaient liés à l'insuffisance de l'opportunité du soin et/ou l'absence d'éléments médicaux scientifiquement validés. Nombre de réponses étaient en fait une reprise du libellé de l'acte de la nomenclature, et non une réponse aux questions du praticien conseil. Même après demande de renseignements complémentaires (20%), la justification des actes a été souvent imprécise, exemple : remplacement d'obturation avec screw-post par inlay-core, reconstitution par inlay-core sans en préciser les motifs.

Quant aux 376 (10%) non-réponses aux demandes de renseignements initiales pour lesquelles une lettre de rappel en recommandé avec accusé de réception a été faite, 32 praticiens ont persisté à ne pas répondre faisant alors l'objet d'une répétition d'indus globale.

2 – Les difficultés rencontrées

Devant l'impossibilité réelle d'accès au dossier patient par des praticiens retraités ou des collaborateurs ayant changé de cabinet, les dossiers ont été classés sans anomalie, sous-estimant très légèrement nos résultats en terme d'anomalies. Ils représentaient un à deux dossiers par caisse RSI.

Plusieurs types de difficultés ont été rencontrés dans l'analyse du dossier bien que non quantifiées. Les radiographies ont une place prépondérante pour un contrôle a posteriori de ces actes permettant de poser l'opportunité médicale de l'acte, le diagnostic et la qualité du traitement. Nous avons observé des problèmes variés qui portaient :

*sur leur non communication justifiée par des problèmes informatiques divers : pannes, problèmes de sauvegarde, changements d'ordinateurs. Autant d'éléments qui nous ont permis de sensibiliser les professionnels de santé sur leurs obligations et les problèmes de responsabilité médico-légale. Plusieurs praticiens ont convoqué leurs patients suite à nos courriers afin de réaliser les clichés radiographiques post-endodontiques non effectués ou montrant une dent tronquée.

*sur une qualité plutôt insuffisante des examens à images numérisées communiqués nécessitant de nombreuses investigations complémentaires de la part des praticiens conseils.

*sur des absences de dates ou des radios parfois post-datées pour être remboursables.

*sur des absences de comptes rendus de radios panoramiques, finalisés pour certains semble-t-il, postérieurement à la demande de renseignement du praticien conseil et souvent de façon très succincte.

De plus, des erreurs de saisie de numéro de dents et des discordances entre les dates des différents actes facturés ont été signalées requérant alors une étude plus approfondie par le chirurgien-dentiste conseil.

B – Les anomalies

1 – Les actes

Les anomalies ont concerné principalement les couronnes (11%), les reconstitutions complexes (8%) et les traitements endodontiques (8%). Ces anomalies ont fait l'objet de répétitions d'indus. Elles sont le signe d'une difficulté d'appropriation des référentiels en vigueur par les professionnels de santé tant sur le plan règlementaire que scientifique.

Des disparités dans le nombre de dossiers avec anomalies ont été observées entre les différentes régions avec des taux variant de 3% à 46% (cf. tableau 15).

En 1996, dans l'étude des prothèses fixées conduites par le régime, un constat similaire avait été observé. Le taux d'avis défavorables s'élevait à l'époque à 12% alors que ces actes étaient soumis à entente préalable et la nomenclature prévoyait un critère restrictif supplémentaire de prise en charge concernant la présence d'une dent antagoniste [1].

Cette étude a mis en évidence un taux d'anomalies plus important pour les bénéficiaires en CMU-C principalement au niveau des soins conservateurs : traitements endodontiques et reconstitutions coronaires, ce constat nécessiterait une étude spécifique.

2 – Les recommandations professionnelles

Au cours de cette action, de multiples échanges ont eu lieu avec certains professionnels de santé pour leur rappeler le contenu précis des recommandations et leur opposabilité. Les praticiens conseils sont intervenus tant au niveau des radiographies où l'organe dentaire était tronqué ne permettant pas de visualiser l'intégralité de l'organe dentaire (de l'apex à la partie coronaire) qu'au niveau des traitements endodontiques ou du remplissage des fiches de traçabilité prothétiques où des manques ont été notés en particulier au niveau de la description des travaux, de la date et du numéro de dent concerné.

Sur le plan endodontique, il a été noté divers problèmes bien que non quantifiés. Ils portaient sur :

- les examens pré, per et post opératoires qui étaient totalement ou partiellement absents. Le même constat a été retrouvé dans les études réalisées par le régime général en région Rhône-Alpes et celles des Pays de la Loire respectivement avec 25% et 19% de traitements endodontiques réalisés avec 3 clichés, seuls 41% avec association de radiographies pré et post opératoire en région Rhône-Alpes [7, 8].
- les clichés préopératoires communiqués qui dataient de plus d'un an, voire jusqu'à cinq ans,
- les radiographies panoramiques qui ont été communiquées à la place de clichés rétro alvéolaires recommandés,
- la pose de prothèses qui a eu lieu sans délai d'attente de signes de guérison ou de stabilité d'une lésion apicale existante.
- les traitements endodontiques qui étaient incomplets. Ce point a été rappelé dans la lettre numéro 75 (fev-mars 2009) du conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes où il était noté : « une préparation endodontique insuffisante peut souvent occasionner des infections, lesquelles conduiront fatalement à la dépose des éléments prothétiques concernés » [9].

3 – La NGAP

Diverses questions en rapport avec la nomenclature ont été soulevées. Bien que non quantifiées, elles portaient sur :

*les renouvellements d'actes dans des délais courts, moins d'un an. La nomenclature prévoit la cotation d'obturations dentaires définitives. Par conséquent, même si la durée de vie n'est pas prise en compte dans la NGAP, ce qui est peut être regrettable, il n'est pas acceptable pour autant de faire prendre en charge par l'assurance maladie des renouvellements d'actes dans des délais courts. Des retraitements dans des délais courts, plus de 1% des dents couronnées dans les délais de un an, ont également été observés dans l'étude sur le Devenir des dents couronnées [10].

*les critères de renouvellement de prothèses : usure ou modification morphologique. Ces critères ne peuvent pas être vérifiés a posteriori par le praticien conseil, ils reposent sur les dires du professionnel de santé, voir sur des photographies que ce dernier peut nous communiquer. Des photographies associées à des radios seraient le minimum nécessaire pour pouvoir réaliser a posteriori un contrôle avec de tels critères.

*les erreurs de cotations comme les inters de bridge facturés en couronne et la méconnaissance des conditions d'attribution de la nomenclature telle la facturation de couronnes céramiques non remboursables à la date du contrôle des prestations, de la persistance d'une notion de délabrement dentaire important à la nomenclature.

*l'absence de réel compte rendu de radio panoramique la plupart du temps et la réalisation de plusieurs radios panoramiques par des praticiens différents dans des délais très courts en lien avec l'absence de dossier médical patient.

C – Le contrôle a posteriori

Cette action a permis de soulever des difficultés liées au contrôle a posteriori étant donné l'insuffisance de la nomenclature et des recommandations pour le réaliser, la charge de travail qu'il a nécessité et l'impact possible pour le bénéficiaire. De plus, la méconnaissance de la totalité des soins dispensés à un assuré social est regrettable pour le bon suivi du dossier bénéficiaire et accroît encore les difficultés de ce contrôle.

1 – les référentiels

La nomenclature nécessiterait d'être révisée au moins sur trois points principaux :

* les couronnes dites « richmonds » dont la cotation est SPR35 et non SPR50 encourage les professionnels de santé à réaliser un inlay-core plus une couronne soit un SPR50 associé à un SPR57, c'est à dire un total de SPR107 au lieu de SPR35.

* les examens à images numérisées dont la cotation Z6 ne peut avoir lieu que si une impression papier est faite. Dans la mesure où les impressions papiers vieillissent dans le temps et deviennent illisibles, elle devrait être cotable dans la mesure où le professionnel de santé est en mesure de la justifier par tout moyen actuellement en vigueur. De nos jours, une transmission par voie ou support informatique est de meilleure qualité et permet de mieux apprécier les différents tissus dentaires.

* la nécessité de prendre un cliché radiographique post prothèse (inlay-core et couronne) afin de s'assurer de la bonne adaptation, du bon ajustage de ces derniers.

Les recommandations professionnelles devraient être développées dans le cadre des prothèses conjointes afin d'apporter des éléments tant sur le plan du soutien parodontal, du délabrement que de l'adaptation ou jonction cervicale (supra gingivale, juxta...).

2 – impact de la charge de travail pour les chirurgiens-dentistes conseils

La mission de contrôle a posteriori est difficile. Certaines réponses des professionnels de santé ne peuvent pas être vérifiées. En effet, comment contrôler a posteriori l'état dentaire initial d'une dent qui présente d'importantes caries cervicales, d'anciennes prothèses, voire une dent non délabrée couronnée pour servir de piliers de bridges.

Comparativement au contrôle a priori, le contrôle a posteriori multiplie au moins par six la charge de travail du chirurgien-dentiste conseil. En cas d'examen des bénéficiaires, des appareils photographiques numériques pourraient aider les praticiens conseils à étayer leurs dossiers de façon non contestable.

3 – impact sur le bénéficiaire d'un contrôle a posteriori

Le contrôle a posteriori va à l'encontre d'un meilleur service rendu au bénéficiaire tant au niveau de la qualité des soins qu'au niveau de la prise en charge.

Lors d'un contrôle a priori, un échange praticien conseil - praticien traitant pouvait avoir lieu. Par exemple, lors d'un traitement endodontique qui n'était pas considéré comme un succès clinique. Aujourd'hui, ce n'est plus possible. En terme de prise en charge, avec un avis a priori, le bénéficiaire de soins connaissait, avant d'engager ses travaux prothétiques, le remboursement sur lequel il pouvait compter tant au niveau obligatoire que complémentaire. Actuellement et dans le cadre de notre action, deux cas ont été soulevés de bénéficiaires sollicités par leur assurance complémentaire pour répétition d'indus suite à l'indu réalisé par le régime obligatoire auprès du professionnel de santé. Les contrôles a priori ne permettaient-ils pas une prévention de ces risques ?



Force est de constater que le contrôle a posteriori représente une lourde charge de travail, les éléments justificatifs sont difficiles à obtenir et le service rendu à l'assuré est peu satisfaisant. Pourtant, dans l'état actuel de la législation en vigueur, seul un contrôle a posteriori peut avoir lieu pour ce type de prestations.

Une information des professionnels de santé portant sur la NGAP et les recommandations devrait être organisée en petits groupes et régulièrement par l'assurance maladie. En effet, les professionnels de santé ne font pas tous la distinction parmi les actes médicalement justifiés entre ceux qui sont facturables à l'assurance maladie et ceux qui ne le sont pas.

Une prise en charge différente des prestations dentaires mériterait réflexion avec une forfaitisation par dent, selon le type de soins, associée à un renouvellement basé sur la durée de vie des actes, évaluée à partir de travaux scientifiques. Cela nécessiterait des bases de données avec une antériorité beaucoup plus longue mais limiterait des renouvellements d'actes dont la justification ne semble pas toujours évidente au regard de la prise en charge par l'assurance maladie. D'ailleurs cet axe de prise en charge est retenu dans le cadre du recours contre tiers où pour les couronnes, le renouvellement n'est acté que tous les 10 à 15 ans. Il est à noter que la sinistralité en prothèse représente la moitié des sinistres déclarés au sou médical en 2008, assurance qui couvre environ 25000 chirurgiens-dentistes. En prothèses fixées, 451 sinistres avaient été déclarés portant sur des problèmes d'inadaptation, de prothèses inesthétiques, de fractures, de soins sous-jacents endodontiques défectueux ou de perforation radiculaire des dents piliers et des erreurs de conception [11].

Une reconduction de ce type d'action ne peut qu'être encouragée même si des adaptations sont à envisager en particulier au niveau de l'applicatif. Le montant indu des prestations étudiées par le service dentaire portant sur une période de deux mois de contrôle de prestations des bénéficiaires ayant eu au moins deux couronnes s'élève à 171268.25 euros. Rapporté à une année d'exercice, cela représenterait six fois plus (1027609.5€). Elle devrait être réalisée sur l'ensemble du territoire national afin de traiter équitablement les professionnels de santé. Dans un premier temps, il serait souhaitable d'atteindre les professionnels de santé non concernés initialement puis, dans un second temps, de réaliser une mesure d'impact envers les professionnels de santé ayant eu des anomalies avec répétition d'indus non cassée par d'éventuels contentieux TASS.

En conclusion, il serait souhaitable de :

*Faire évoluer la NGAP en rendant obligatoire des radiographies post prothèses : inlay-core et couronne (coût : maximum 2 Z6 par dent couronnée non contiguë)

*Demander à la HAS la publication de recommandations pour les prothèses conjointes.

*Réaliser une étude des actes facturés dans le cadre de la CMU-C



1. Guillaud M., Vernier C., Vicrey C. Enquête nationale du contrôle dentaire portant sur les prothèses fixées. Régime AMPI. Rapport. Juin 1995.
2. Guillaud M. Etude de l'obligation de clichés radiographiques pour les traitements endodontiques et les couronnes. RSI Alpes. Bilan GDR 2006.
3. RSI. Lettre réseau N°2007/091. Action de gestion du risque « Le devenir des dents couronnées».
4. RSI. Lettre réseau N°2009/066. Plan National Santé de gestion du risque 2009. Diffusion de la méthodologie de l'action de gestion du risque «prothèses conjointes et soins préalables.
5. URCAM Ile-de-France. Traitements préalables à la pose d'une couronne dentaire, évaluation des pratiques collectives. Rapport. Septembre 2000.
6. Sabek M. Honoraires et nomenclatures. 2007. 107p.
7. Masson E, Henry JL, Dumais T, Busson O, Gérard P. Evaluation des thérapeutiques endodontiques : enquête de pratique à partir des radiogrammes. Revue médicale assurance Maladie. 2002 ;33,3 :215-224.
8. Matysiak M, Chabert R. Evaluation de la qualité des traitements endodontiques à partir de radiographies post opératoires : étude en région Rhône-Alpes. Actualités Odonto-Stomatologiques. 2006 ;235 :245-260.
9. Conseil National de l'Ordre. Lettre n°55. Février-Mars 2007.
10. Morel A, Collet C, Logier S: Devenir des dents couronnées. Régime RSI Rapport 2010.
11. Pommarede P. Responsabilité, GAMM. Paris. Décembre 2009.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS



A.D.F. : Association Dentaire Française

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

A.N.D.E.M. : Agence Nationale d'Evaluation Médicale

C.N.I.L. : Commission Nationale Informatique et Libertés

C.N.O. : Conseil National de l'Ordre

E.P. : Entente Préalable

F.S.E. : Feuille de Soins Electronique

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

I.C. : Intervalle de Confiance

N.G.A.P. : Nomenclature Générale des Actes professionnels

O.C. : Organisme Conventionné

O.P.G. : OrthoPantomoGraphie

R.I.N. : Radios à Images Numérisées





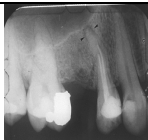


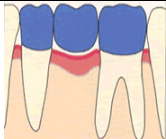
R.S.I. : Régime Social des Indépendants

T.I.B. : Technique Intra-Buccale

U.R.C.A.M. : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

LEXIQUE ¹



<u>Couronne</u>	Se dit d'une coiffe métallique, de la forme de la dent à reconstituer, que l'on scelle sur le moignon préalablement taillé de la dent.	
<u>Bridge</u>	Appareil prothétique, fixe ou amovible, destiné au remplacement d'une ou plusieurs dents. Sa caractéristique est de prendre des points d'appui sur une ou plusieurs dents.	
<u>Screw-post</u>	Tenon métallique à tête cubique dont l'autre extrémité en tronc de cône est filetée pour être mieux retenue dans le canal d'une dent dont on veut reconstituer une partie coronaire importante ; la tête cubique qui reste saillante assure la rétention de l'obturation.	
<u>Inlay-core</u>	Reconstitution coulée qui recrée un moignon dentaire, le cœur (organe central), d'une dent dépulpée, en vue de la réalisation d'une couronne prothétique	
<u>Obturation dentaire</u>	Comblement d'une perte de substance dentaire par une matière obturatrice (amalgame, ciment, résine, composite, métal) après avoir donné une géométrie appropriée à la partie dentaire restante	
<u>Obturation canalaire ou traitement endodontique</u>	Remplissage et oblitération des canaux radiculaires d'une dent par une pâte plastique ou durcissante et cônes de diverses matières (gutta, métal.)	
<u>Implant dentaire</u>	Petit cylindre en métal (titane), fixé chirurgicalement dans l'os maxillaire et destiné à remplacer la racine d'une dent arrachée et à servir de soutien à une prothèse.	
<u>Prothèse dentaire amovible</u>	Amarrée à des supports dentaires, muqueux ou à des implants, doit être enlevée pour être nettoyée. Elle est dite : *partielle lorsqu'il reste dans la bouche des dents sur lesquelles elle est retenue par l'intermédiaire de dispositifs de liaison mécanique (crochets, par exemple), *totale lorsqu'il n'y plus de dents.	
<u>Prothèse dentaire fixée ou conjointe</u>	Peut être scellée ou collée. Elle permet de rendre son aspect normal et sa fonction à une dent très abîmée (onlay, inlay, couronne), de remplacer une ou plusieurs dents (bagues), de les immobiliser	

¹ Dictionnaire des termes odonto-stomatologiques de L. VERCHERE, P. BUDIN édition MASSON



Caisse RSI	Nb de lignes de prestations		Nb de bénéficiaires	Nb de professionnels de santé
	Nb total	Dont nb lignes de prestations en CMU-C		
TOTAL	73818	4679	3836	4997
RSI Alpes	6047	232	323	389
RSI Aquitaine	6514	281	360	443
RSI Auvergne	3379	340	164	187
RSI Bretagne	6323	309	317	395
RSI Centre	4106	275	232	376
RSI Corse	675	55	38	46
RSI Ile de France Centre	2206	347	111	179
RSI Ile de France Est	2271	270	106	147
RSI Ile de France Ouest	2149	96	119	167
RSI Ile de France P. L. Paris	3352	0	164	264
RSI Lorraine	3172	134	159	190
RSI Midi-Pyrénées	6430	228	353	452
RSI Basse Normandie	1783	61	100	116
RSI Haute Normandie	1543	246	93	119
RSI Nord Pas de Calais	3555	221	178	230
RSI Pays de la Loire	6070	465	302	351
RSI Picardie	2193	130	115	154
RSI Provence Alpes	5940	577	281	391
RSI Rhône	6110	412	321	401

Tableau 1 : Nombre de lignes de prestations, de bénéficiaires et de professionnels de santé initialement inclus dans les RSI participants

Caisse RSI	Papiers	FSE	B2	Total
TOTAL	14442	59147	229	73818
RSI Alpes	1338	4684	25	6047
RSI Aquitaine	863	5627	24	6514
RSI Auvergne	509	2864	6	3379
RSI Bretagne	1102	5220	1	6323
RSI Centre	517	3580	9	4106
RSI Corse	198	477	0	675
RSI Ile de France Centre	853	1337	16	2206
RSI Ile de France Est	778	1485	8	2271
RSI Ile de France Ouest	798	1350	1	2149
RSI Ile de France P. L. Paris	1293	2039	20	3352
RSI Lorraine	272	2900	0	3172
RSI Midi-Pyrénées	1167	5216	47	6430
RSI Basse Normandie	392	1390	1	1783
RSI Haute Normandie	361	1176	6	1543
RSI Nord Pas de Calais	659	2882	14	3555
RSI Pays de la Loire	831	5232	7	6070
RSI Picardie	481	1712	0	2193
RSI Provence Alpes	1257	4640	43	5940
RSI Rhône	773	5336	1	6110

Tableau 2 : Répartition du flux des prestations initiales selon les RSI participants

Caisse RSI	Nb de lignes initiales	Nb de lignes supprimées	Nb de lignes étudiées
TOTAL	73818	30562	43256
RSI Alpes	6047	2558	3489
RSI Aquitaine	6514	2971	3543
RSI Auvergne	3379	1683	1696
RSI Bretagne	6323	3420	2903
RSI Centre	4106	1890	2216
RSI Corse	675	396	279
RSI Ile de France Centre	2206	1216	990
RSI Ile de France Est	2271	1047	1224
RSI Ile de France Ouest	2149	903	1246
RSI Ile de France P. L. Paris	3352	1700	1652
RSI Lorraine	3172	1446	1726
RSI Midi-Pyrénées	6430	2147	4283
RSI Basse Normandie	1783	762	1021
RSI Haute Normandie	1543	660	883
RSI Nord Pas de Calais	3555	0	3555
RSI Pays de la Loire	6070	2323	3747
RSI Picardie	2193	0	2193
RSI Provence Alpes	5940	3349	2591
RSI Rhône	6110	2091	4019

Tableau 3 : Répartition des lignes de prestations selon les RSI participants

Libellé de l'acte	Nb lignes d'actes initiales	Nb lignes d'actes conservées
TOTAL	73818	43256
Consultations	3293	558
Actes de chirurgie	2948	1058
Actes de soins conservateurs	26440	12271
Actes de prothèses	23762	18315
Actes de radiologie	17375	11054

Tableau 4 : Répartition des lignes de prestations selon la nature de l'acte

Type d'actes	Libellé de l'acte	Nb lignes
TOTAL		43256
Prothèses		18315 (42%)
	Couronnes	10698
	Inlay-core	4613
	Inter de bridge (SPR30 ou SPR35)	1426
	Autres	1578
Soins conservateurs		12271 (28%)
	Endodontie	5403
	Reconstitutions avec ancrage	1527
	Autres reconstitutions coronaires	4293
Radiographies		11054 (26%)
	Panoramiques	1347
	Radiographie à image numérisée	7937
	Radiographie argentique	1098
	Status	26
	Autres	646
Autres actes		1616 (4%)
	Extractions	1052
	Actes en D60	6
	Consultations	558

Tableau 4 bis: Répartition des lignes de prestations selon le type et le libellé de l'acte

Caisse RSI	Nb de demandes OC (en ligne de prestations)	Nb de retour OC (en ligne de prestations)	N° OC non répondants à notre demande dans les délais
TOTAL	7701	2958	
RSI Alpes	250	250	/
RSI Aquitaine	99	81	11-52
RSI Auvergne	252	252	/
RSI Bretagne	156	83	11-51-53
RSI Centre	121	104	11-51-52
RSI Corse	19	17	11
RSI Ile de France Centre	102	85	11
RSI Ile de France Est	/	/	/
RSI Ile de France Ouest	238	236	11
RSI Ile de France P. L. Paris	464	436	11
RSI Lorraine	55	55	/
RSI Midi-Pyrénées	538	504	11-31-32
RSI Basse Normandie	135	131	33
RSI Haute Normandie	323	323	/
RSI Nord Pas de Calais	204	0	11-31-32
RSI Pays de la Loire	180	67	11-51-54-55
RSI Picardie	169	169	/
RSI Provence Alpes	263	236	11-51
RSI Rhône	4133	2958	11-32-33-34-42-51-52

Tableau 5 : Répartition des demandes et réponses O.C. à partir des prestations initiales dans les RSI participants

Caisse RSI	Lignes prestations pour assuré	Lignes prestations pour ayants droit	TOTAL
TOTAL	46881	26937	73818
RSI Alpes	4150	1897	6047
RSI Aquitaine	4090	2424	6514
RSI Auvergne	2061	1318	3379
RSI Bretagne	4200	2123	6323
RSI Centre	2722	1384	4106
RSI Corse	442	233	675
RSI Ile de France Centre	1669	537	2206
RSI Ile de France Est	1566	705	2271
RSI Ile de France Ouest	1279	870	2149
RSI Ile de France P. L. Paris	1584	1768	3352
RSI Lorraine	1819	1353	3172
RSI Midi-Pyrénées	3962	2468	6430
RSI Basse Normandie	1239	544	1783
RSI Haute Normandie	1074	469	1543
RSI Nord Pas de Calais	2208	1347	3555
RSI Pays de la Loire	3940	2130	6070
RSI Picardie	1468	725	2193
RSI Provence Alpes	3499	2441	5940
RSI Rhône	3909	2201	6110

Tableau 6 : Répartition des lignes de prestations initiales selon la qualité des bénéficiaires dans les RSI participants

Caisse RSI	Hommes	Femmes	Total
TOTAL	2444	1390	3834
RSI Alpes	221	102	323
RSI Aquitaine	226	134	360
RSI Auvergne	111	52	163
RSI Bretagne	207	110	317
RSI Centre	152	80	232
RSI Corse	25	13	38
RSI Ile de France Centre	80	31	111
RSI Ile de France Est	68	38	106
RSI Ile de France Ouest	70	49	119
RSI Ile de France P. L. Paris	78	86	164
RSI Lorraine	96	63	159
RSI Midi-Pyrénées	220	133	353
RSI Basse Normandie	69	31	100
RSI Haute Normandie	64	29	93
RSI Nord Pas de Calais	109	69	178
RSI Pays de la Loire	199	103	302
RSI Picardie	77	38	115
RSI Provence Alpes	169	111	280
RSI Rhône	203	118	321

Tableau 7 : Répartition par sexe des bénéficiaires définitivement inclus selon les RSI participants

Classe d'âge	Masculin	Féminin	TOTAL
TOTAL	2444	1390	3834
20 - 24	0	2	2
25 - 29	47	17	64
30 - 34	120	62	182
35 - 39	299	163	462
40 - 44	429	237	666
45 - 49	517	300	817
50 - 54	491	284	775
55 - 59	541	325	866

Tableau 8 : Répartition des bénéficiaires définitivement inclus par sexe selon les classes d'âge

Caisse RSI	Nb bénéficiaires étudiés	Nb SPR50 étudiés	Nb SPR50 en CMU-C
TOTAL	3834	10698	688
RSI Alpes	323	929	62
RSI Aquitaine	360	974	51
RSI Auvergne	163	446	29
RSI Bretagne	317	905	36
RSI Centre	232	624	42
RSI Corse	38	108	6
RSI Ile de France Centre	111	327	48
RSI Ile de France Est	106	337	34
RSI Ile de France Ouest	119	322	19
RSI Ile de France P. L. Paris	164	452	0
RSI Lorraine	159	446	17
RSI Midi-Pyrénées	353	980	36
RSI Basse Normandie	100	271	10
RSI Haute Normandie	93	252	45
RSI Nord Pas de Calais	178	479	31
RSI Pays de la Loire	302	855	84
RSI Picardie	115	307	22
RSI Provence Alpes	280	760	55
RSI Rhône	321	924	62

Tableau 9 : Répartition du nombre de couronnes étudiées selon les RSI participants

Nb couronnes/ Classe-âge	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	TOTAL
TOTAL	2	64	182	462	666	817	775	866	3834
2	1	40	120	316	427	516	484	545	2449
3	0	11	32	76	130	155	148	175	727
4	1	8	16	32	57	67	61	72	314
5	0	4	4	8	18	30	27	20	111
6	0	0	3	8	16	13	17	24	81
7	0	1	1	7	6	14	12	12	53
8	0	0	4	5	3	9	14	7	42
9	0	0	1	3	3	3	4	4	18
10	0	0	0	4	3	2	2	3	14
11	0	0	0	1	0	5	3	3	12
12	0	0	1	0	1	1	1	1	5
13	0	0	0	1	0	0	1	0	2
14	0	0	0	1	0	0	0	0	1
15	0	0	0	0	0	0	1	0	1
16	0	0	0	0	2	1	0	0	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Tableau 10 : Répartition du nombre de couronnes étudiées selon l'âge du bénéficiaire

Caisse RSI	Nb de courriers Info PS	Nb de courriers relance	Nb de courriers renseignements complémentaires	Nb de courriers retour radios	Nb de courriers anomalies
TOTAL	3726	376	738	610	998
RSI Alpes	326	66	148	66	197
RSI Aquitaine	361	1	25	0	75
RSI Auvergne	168	11	71	26	60
RSI Bretagne	317	38	0	68	9
RSI Centre	205	0	0	24	22
RSI Corse	2	0	7	6	3
RSI Ile de France Centre	111	18	15	19	33
RSI Ile de France Est	106	8	8	20	23
RSI Ile de France Ouest	119	31	54	23	26
RSI Ile de France P. L. Paris	171	38	64	42	43
RSI Lorraine	161	23	14	46	32
RSI Midi-Pyrénées	366	2	31	31	51
RSI Basse Normandie	103	21	26	11	48
RSI Haute Normandie	97	27	24	15	54
RSI Nord Pas de Calais	149	1	30	5	38
RSI Pays de la Loire	302	0	69	25	76
RSI Picardie	117	59	19	12	27
RSI Provence Alpes	215	0	0	4	28
RSI Rhône	330	32	133	167	153

Tableau 11 : Répartition du nombre de courriers expédiés aux professionnels de santé selon les RSI

Caisse RSI	Nb de lignes étudiées	Nb lignes avec anomalies	% anomalies	Dont nb lignes en anomalies en CMU-C	% anomalies en CMU-C
TOTAL	43256	3361	8	398	12
RSI Alpes	3489	630	18	34	5
RSI Aquitaine	3543	270	8	31	11
RSI Auvergne	1696	181	11	18	10
RSI Bretagne	2903	28	1	0	0
RSI Centre	2216	44	2	11	25
RSI Corse	279	4	1	0	0
RSI Ile de France Centre	990	192	19	52	27
RSI Ile de France Est	1224	104	9	34	33
RSI Ile de France Ouest	1246	95	8	8	8
RSI Ile de France P. L. Paris	1652	117	7	0	0
RSI Lorraine	1726	67	4	0	0
RSI Midi-Pyrénées	4283	144	3	0	0
RSI Basse Normandie	1021	170	17	10	6
RSI Haute Normandie	883	194	22	70	36
RSI Nord Pas de Calais	3555	146	4	6	4
RSI Pays de la Loire	3747	221	6	30	14
RSI Picardie	2193	70	3	3	4
RSI Provence Alpes	2591	84	3	23	27
RSI Rhône	4019	600	15	68	11

Tableau 12 : Répartition du nombre de lignes de prestations en anomalie selon les RSI participants

Libellé de l'acte	Nb lignes d'actes	Nb lignes avec anomalies	%
TOTAL	43256	3361	8
Couronnes (SPR50)	10698	1136	11
Inlays-core (SPR57 ou SPR67)	4613	414	9
Reconstitutions coronaires ancrage (SC33)	1547	113	7
Traitements endodontiques (SC10, 14, 15, 20, 25, 34)	5746	439	8
Reconstitutions coronaires sans ancrage	4978	348	7
Radiographies	11054	655	6
Inter de bridge (SPR30 et SPR35)	1431	65	5
Autres actes	3189	191	6

Tableau 13: Répartition du nombre de lignes avec anomalies selon la nature de l'acte

Anomalies	CMU-C		Total (%)
	Non (%)	Oui (%)	
Total	40313 (100)	2943 (100)	43256 (100)
Non	37350 (93)	2545 (86)	39895 (100)
Oui	2963 (7)	398 (14)	3361 (100)

Tableau 14 : Répartition des anomalies selon le critère de CMU-C

Nb couronnes	Nb total lignes anomalies	Dont nb anomalies en CMU-C (%)
TOTAL	3361	398 (12)
2	1356	81 (6)
3	592	52 (9)
4	462	43 (9)
5	242	29 (12)
6	164	9 (5)
7	220	68 (31)
8	142	67 (47)
9	40	17 (42)
10	33	8 (24)
11	48	0
12	2	0
13	4	0
14	0	0
15	14	0
16	24	24 (100)
17	0	0
18	18	0

Tableau 15 : Répartition du nombre de lignes avec anomalies selon le nombre de couronnes incluses et le critère de CMU-C

Libellé de l'acte	CMU-C		Total (%)
	Non (%)	Oui (%)	
TOTAL	2963 (100)	398 (100)	3361 (100)
Couronnes (SPR50)	997 (34)	139 (35)	1136 (34)
Inlays-core (SPR57 ou SPR67)	347 (12)	67 (17)	414 (12)
Reconstitutions coronaires ancrage (SC33)	104 (3)	9 (2)	113 (3)
Traitements endodontiques (SC10, 14, 15, 20, 25, 34)	376 (13)	63 (16)	439 (13)
Reconstitutions coronaires sans ancrage	278 (9)	70 (18)	348 (10)
Radiographies	619 (21)	36 (9)	655 (20)
Inter de bridge (SPR30 et SPR35)	59 (2)	6 (1)	65 (2)
Autres actes	183 (6)	8 (2)	191 (6)

Tableau 16 : Répartition du nombre de lignes avec anomalies selon la nature de l'acte et le critère de CMU-C

Caisse RSI	Nb total dossiers	Nb dossiers sans anomalie	%	Nb dossiers avec anomalies < 19€	%	Nb dossiers avec anomalies >= 19€	%	Indus globaux en euros
TOTAL	3834	2904	76	150	4	781	20	171268,25
RSI Alpes	323	136	42	56	17	131	41	29408,99
RSI Aquitaine	360	284	79	0	0	76	21	13349,92
RSI Auvergne	163	103	63	24	15	36	22	7220,38
RSI Bretagne	317	308	97	0	0	9	3	1732,94
RSI Centre	232	216	93	1	0	15	6	2185,65
RSI Corse	38	35	92	1	3	2	5	130,66
RSI Ile de France Centre	111	80	72	2	2	29	26	11468
RSI Ile de France Est	106	88	83	2	2	16	15	6444,62
RSI Ile de France Ouest	119	93	78	0	0	26	22	5183,27
RSI Ile de France P. L. Paris	164	121	74	0	0	43	26	6094,23
RSI Lorraine	159	126	79	7	4	26	16	3214,41
RSI Midi-Pyrénées	353	295	84	11	3	47	13	6344,05
RSI Basse Normandie	100	58	58	7	7	35	35	7890,43
RSI Haute Normandie	93	45	48	5	5	43	46	11057,79
RSI Nord Pas de Calais	178	141	79	8	4	29	16	6478,92
RSI Pays de la Loire	302	242	80	12	4	48	16	9350,68
RSI Picardie	115	89	77	0	0	26	23	4160,13
RSI Provence Alpes	280	253	90	5	2	23	8	4189,06
RSI Rhône	321	191	60	9	3	121	38	35364,12

Tableau 17: Répartition des dossiers avec anomalies et des indus relevés par les services dentaires selon les RSI participants

Plan National Santé
Action De Contrôle :
Prothèses Conjointes Et Soins Préalables



Caisse nationale RSI
260 - 264 avenue du Président Wilson
93457 La Plaine Saint-Denis cedex
www.le-rsi.fr