

# CIRCULAIRE

## CIR-59/2006

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

15/12/2006

**Domaine(s) :**

Professions de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Convention nationale des chirurgiens-dentistes.

**Liens :**

LR-DNR-14/2006

LR-DNR-13/2006

Arrêté du 14/06/2006

**Plan de classement :**

2 22

221

**Emetteurs :**

DNR

**Pièces jointes : 0**

**à Mesdames et Messieurs les**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>        | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM                       | <input type="checkbox"/> CRAM                       | <input checked="" type="checkbox"/> URCAM |
|  | <input type="checkbox"/> UGECAM                                | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS            | <input type="checkbox"/> CTI              |
| <input type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b>            |  |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux                  | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |   |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion |   |   |

Pour mise en oeuvre Immédiate

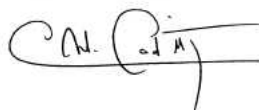
**Résumé :**

Mise en place de la nouvelle convention dentaire destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie.

**Mots clés :**

Convention nationale ; chirurgiens-dentistes

**Le Directeur Délégué  
aux Opérations**



**Olivier de CADEVILLE**

**Le Directeur des négociations  
et relations UNCAM/UNOCAM**



**Sylvie LEPEU**

**CIRCULAIRE : 59/2006**

Date : 15/12/2006

Objet : Convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Affaire suivie par : <b>Valia FARES (MRPSE)</b>	<b>☎ 01.72.60.18.91</b>
<b>Magali SIERRA (MRPSE)</b>	<b>☎ 01.72.60.24.79</b>
<b>Corinne HUMBERT (DMOP)</b>	<b>☎ 01.72.60.18.13</b>
<b>Marie- Laure SARAFINOF (MRPSE)</b>	<b>☎ 01.72.60. 19.66</b>
<b>Geneviève CHAPUIS (DICOMMA)</b>	<b>☎ 01.72.60.13. 05</b>

**Madame, Monsieur,**

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, la CNSD et l'UJCD- UD ont conclu le 11 mai 2006 une nouvelle convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie pour une durée de 5 ans.

Ce texte a été approuvé par un arrêté du 14 juin 2006, publié au Journal Officiel du 18 juin, et est entré en vigueur le 19 juin 2006.

Le préambule de la convention détaille les objectifs des parties signataires :

- L'amélioration de la prévention bucco-dentaire avec la mise en place d'un nouveau programme de prévention aux âges clés de la santé dentaire (6, 9, 12, 15, 18 ans).
- Le rééquilibrage du financement des soins dentaires pour préserver l'accès de tous à des soins de qualité, grâce à la revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux. Son montant de 290 millions d'euros est en grande partie financé par la modification de la participation des caisses aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes.
- La revalorisation des forfaits dentaires CMU-C, afin de permettre un meilleur accès aux soins des plus démunis.
- La fixation d'engagements de maîtrise médicalisée des dépenses (équilibre entre les soins conservateurs et les prothèses, création d'un Observatoire chargé d'analyser l'évolution des traitements prothétiques, en partenariat avec l'UNOCAM).

Il reprend en outre certains grands principes qui figuraient auparavant dans le corps de la convention (comme le principe du libre choix du praticien, du paiement à l'acte, et de l'amélioration de la qualité des soins).

La présente circulaire est destinée à rappeler les principales modifications apportées par la nouvelle convention. Elle s'articule autour du plan suivant :

**I- LA PREVENTION**

- A/ Rappel du dispositif actuel, issu de la convention de 1997
- B/ Le nouveau dispositif prévu par la convention du 11 mai 2006
- C/ Mise en œuvre pratique du dispositif
- D/ Campagne de prévention bucco-dentaire

**II- LES MESURES DE VALORISATION**

- A/ Revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux
- B/ La réévaluation des actes jugés prioritaires du périmètre de soins CMU-C

**III- LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES**

**IV- MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL**

- A/ Modalités d'exercice de l'activité et de paiement des honoraires
- B/ Démographie
- C/ Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP)
- D/ Les actes anciennement cotés en KCC

**V- TELETRANSMISSION**

- A/ Aides
- B/ Garantie de paiement

**VI- DISPOSITIONS SOCIALES**

- A/ Particularités liées aux cotisations maladie
- B/ Avantages complémentaires de vieillesse

**VII- VIE CONVENTIONNELLE**

- A/ Notification de la convention
- B/ Instances conventionnelles
- C/ Non respect des règles conventionnelles

**VIII- LA FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE**

- A/ Création d'un CPN-FCC
- B/ Création d'un Conseil scientifique de la formation continue conventionnelle
- C/ Relèvement de l'indemnité pour perte de ressources « FCC »
- D/ Exclusion des chirurgiens-dentistes remplaçants du bénéfice de l'indemnité pour perte de ressources FCC.

**IX- TARIFS**

## **I- LA PREVENTION :**

Les parties signataires se sont attachées à améliorer le dispositif de prévention actuel en ciblant les âges les plus exposés au risque carieux, favorisant ainsi un contact précoce avec le chirurgien-dentiste et la prise d'habitude de consultations régulières.

### **A/ Rappel du dispositif actuel, issu de la convention de 1997 :**

Le dispositif mis en place par la convention de 1997 (BBD) et qui perdure jusqu'à la mise en œuvre du dispositif visé par la nouvelle convention, **soit au 1<sup>er</sup> janvier 2007**, concernait au départ les jeunes âgés de 15 à 18 ans. Il a été étendu en 2003 aux jeunes de 13 et 14 ans (avenant n° 3 à la convention de 1997).

Il comprend un examen annuel de prévention de 13 à 18 ans, pris en charge à 100% sur le FNPEIS, et faisant l'objet d'une dispense d'avance des frais. L'assuré ou le bénéficiaire reçoit, dans le mois précédant l'anniversaire, un imprimé de prise en charge ainsi qu'un courrier d'invitation à se rendre chez un chirurgien-dentiste conventionné de son choix. Il dispose de **3 mois**, passé la date anniversaire, pour se présenter et réaliser l'examen de prévention.

Les soins consécutifs éventuels (incluant les seuls soins conservateurs, chirurgicaux et actes radiographiques) doivent être réalisés dans les **6 mois** suivant l'examen de prévention. Il sont pris en charge à 100% (70% sur le risque, 30% sur le FNASS) mais ne font pas l'objet d'une dispense d'avance des frais.

### **B/ Le nouveau dispositif prévu par la convention du 11 mai 2006 :**

Ce nouveau dispositif, nommé Examen Bucco-Dentaire (EBD), cible les âges les plus exposés au risque carieux : 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Comme pour le BBD, l'assuré ou le bénéficiaire reçoit, dans le mois précédant l'anniversaire visé, un courrier d'invitation à l'examen de prévention, assorti d'un imprimé de prise en charge.

Mais, à la différence du BBD, cet examen, pris en charge à 100% sur le FNPEIS, doit être réalisé dans les **6 mois** suivant la date anniversaire. De même, le délai imparti pour réaliser les soins consécutifs éventuels est désormais différent : le programme de soins doit débuter dans les **3 mois** suivant la date de l'examen et s'achever dans les **6 mois** suivant la date du début des soins, afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100% (70% sur le risque, 30% sur le **FNPEIS**).

En revanche, comme dans le BBD, les soins consécutifs ne font pas l'objet d'une dispense d'avance des frais (sauf pour les 6 et 12 ans, conformément à l'article L.162-1-12 du code de la sécurité sociale).

Tableau récapitulatif :

	<b>BBD</b>	<b>EDB</b>
<b>Examen de prévention</b>	-Envoi d'un courrier d'invitation + de prise en charge dans le mois qui précède l'anniversaire du bénéficiaire - Le bénéficiaire dispose de 3 mois pour se présenter. -DAF	-Envoi d'un courrier d'invitation + de prise en charge dans le mois qui précède l'anniversaire du bénéficiaire - Le bénéficiaire dispose de <b>6 mois<sup>1</sup></b> pour réaliser l'examen. -DAF
<b>Prise en charge de l'examen de prévention</b>	A 100% (FNPEIS)	A 100% (FNPEIS)
<b>Soins consécutifs</b>	-Doivent être réalisés dans les 6 mois suivant l'examen. - Pas de DAF	-Le programme doit commencer dans <b>les 3 mois suivant l'examen</b> et s'achever dans <b>les 6 mois suivant le début des soins</b> . -Pas de DAF ( <u>sauf pour les 6 et 12 ans en application de l'article L.162-1-12 du CSS</u> ).
<b>Prise en charge des soins consécutifs</b>	70% sur le risque 30% sur le FNASS	70% sur le risque 30% sur le <b>FNPEIS</b>

1) Tarifs d'honoraires applicables à l'examen de prévention :

L'annexe II à la convention prévoit une rémunération de 25 euros pour la réalisation de l'examen de prévention.

Les tarifs des radiographies intra-buccales pouvant être réalisées dans le cadre de l'examen de prévention, ont été arrondis à l'euro supérieur :

- 11 euros pour 1 ou 2 clichés au lieu de 10,67 euros.
- 22 euros pour 3 ou 4 clichés au lieu de 21,34 euros.

**Lors de la Commission Paritaire Nationale du 2 novembre 2006, les partenaires conventionnels sont convenus d'une application immédiate de ces nouveaux tarifs.**

2) Télétransmission de l'EDB :

Les caisses s'engagent à permettre la télétransmission de cet examen avant le 31 décembre 2006.

**C/ Mise en œuvre Pratique du dispositif :**

1) Sélection des bénéficiaires :

Un traitement mensuel est effectué par les CTI afin de sélectionner les bénéficiaires concernés par la prévention bucco dentaire.

Les principes de sélection sont les mêmes que dans l'ancien dispositif, seules sont modifiées les tranches d'âge.

Les bénéficiaires sont sélectionnés 2 mois avant leur date anniversaire.

Un traitement de rattrapage est effectué pour les bénéficiaires exclus ou non traités faute de droits lors des précédents traitements.

---

<sup>1</sup> En pratique, pour favoriser la réussite du dispositif, ce délai sera porté à 12 mois pour les patients ayant consommé des soins l'année précédente.

La sélection des enfants concernés par la campagne de prévention bucco dentaire doit être effectuée pour toutes les tranches d'âge concernées, au plus tard jusqu'à la date anniversaire N + 1 suivant l'invitation soit dans les 12 mois suivant le 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup> anniversaire.

## 2) Elaboration et envoi des invitations :

Dans cette nouvelle campagne de prévention bucco-dentaire est introduite une notion de consommation de soins dentaires.

2 types de destinataire sont définis :

- les bénéficiaires qui n'ont pas consommé de soins dentaires dans l'année précédant l'envoi de l'invitation.
- les bénéficiaires qui ont consommé des soins dentaires dans l'année précédant l'envoi de l'invitation.

Un prestataire est chargé d'assurer l'envoi de ladite prise en charge pour les premiers ainsi que pour les enfants ayant 6 ans.

Pour les seconds, la prise en charge adaptée à leur âge est envoyée comme précédemment via ESOPE.

## 3) Alimentation de la base famille :

La base famille est alimentée de la date de début et fin de validité de la prise en charge.

Un champ supplémentaire est enrichi avec la valeur « D » si envoi des courriers par ESOPE ou « P » si envoi des courriers par le prestataire afin de permettre un suivi du type d'envoi utilisé (prestataire ou ESOPE).

Cette dernière information pourra être utilisée afin de relancer les bénéficiaires qui ne se sont pas rendus chez le chirurgien-dentiste après réception de leur invitation initiale.

## 4) L'examen de prévention :

L'examen de prévention doit être effectué dans les délais prévus par la convention.

Toutefois, dans la mesure où le dispositif a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, une certaine souplesse sera accordée en cas de retard dans la réalisation de cet examen (une lettre réseau en précisera les modalités d'application)

## 5) Support de facturation de l'examen de prévention :

L'examen de prévention peut être facturé par le chirurgien-dentiste comme précédemment sur la partie haute de l'imprimé de prise en charge, et transmise par le professionnel de santé à l'organisme d'affiliation du bénéficiaire pour règlement.

Enfin, comme le précise le §1.3 de la convention, le chirurgien-dentiste pourra télétransmettre l'examen de prévention via son logiciel SESAM- Vitale. Des fiches réglementaires sont en cours de rédaction et seront mises à disposition des éditeurs de logiciel afin de leur permettre de faire évoluer les logiciels en conséquence.

## 6) Les soins consécutifs :

Seuls les soins conservateurs, chirurgicaux et radiographiques entrent dans le champ des soins consécutifs à l'examen de prévention.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont donc exclus du dispositif.

Les soins consécutifs doivent débuter dans les 3 mois suivants la date de l'examen et se terminer dans les 6 mois suivants la date de début des soins pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100%.

#### *Support de facturation des soins consécutifs :*

Les soins effectués par le chirurgien-dentiste peuvent être facturés sur l'imprimé S3153 relatif aux traitements bucco-dentaires.

Comme précédemment, le professionnel de santé fera précéder chaque code sur la feuille de soins de la mention EXP, afin d'identifier les actes propres au dispositif de prévention et permettre leur remboursement à 100%.

Il pourra également, s'il est équipé, réaliser une feuille de soins électronique via son logiciel SESAM Vitale (des consignes de saisie seront communiquées en fonction de la version de logiciel).

Un contrôle systématique de la présence d'une rubrique bucco-dentaire sera effectué pour les tranches d'âges concernés par la nouvelle campagne de prévention bucco-dentaire et ce afin de permettre un règlement à 100% des soins consécutifs.

#### 7) L'ancien dispositif :

Pendant quelques mois, l'ancien et le nouveau dispositif vont cohabiter.

Les prises en charges délivrées pour les anciennes tranches d'âges devront continuer à faire l'objet d'un règlement, il en est de même pour les soins consécutifs éventuellement nécessaires au bénéficiaire.

Cet ancien dispositif ne prévoit pas les mêmes délais pour effectuer l'examen initial et les soins consécutifs.

Il est donc admis, dans un souci d'équité, de faire preuve d'une certaine souplesse en cas de retard dans la réalisation de l'examen ou des soins ; une lettre réseau en précisera les conditions.

#### 8) Mutations inter- caisses et inter- régimes :

Des travaux sont en cours afin de favoriser la continuité du dispositif même en cas de mutation

Une circulaire en précisera les principes et chaque régime donnera à son réseau les modalités pratiques de mise en œuvre.

### **D/ Campagne de prévention bucco- dentaire :**

#### 1) Un nouveau label pour l'examen bucco-dentaire :

A nouveau dispositif, nouveau nom. **Le label « M'T dents »** donne une nouvelle visibilité à ce programme de prévention bucco-dentaire. Coloré sous forme de tag et écrit dans un langage « SMS », ce label est aisément décodé par les enfants et les adolescents. Responsabilisant et impliquant –« fais le pour toi »- il parle au jeune et tend à le rendre acteur de sa santé. **L'examen bucco-dentaire devient plus proche, plus familier et aussi plus rassurant.**

*Janvier 2007 : une communication d'envergure qui incite fortement à la prévention*

Aujourd'hui 60% des jeunes - et 80% des enfants de 6 ans - ne vont pas régulièrement chez le chirurgien-dentiste. Pour l'Assurance Maladie, l'enjeu prioritaire est de convaincre les parents, les

enfants, et les adolescents de se faire soigner les dents régulièrement. Afin que la consultation d'un chirurgien-dentiste devienne un réflexe santé à la fois pour les parents et les enfants, l'Assurance Maladie lance en janvier 2007 une campagne d'information d'envergure autour de **4 axes majeurs** :

a- Une implication et une mobilisation active des chirurgiens-dentistes :

Les chirurgiens-dentistes jouent un rôle essentiel dans la réussite du programme « M'T dents ». Leurs syndicats représentatifs signataires de la convention dentaire ont participé à l'élaboration du dispositif de prévention et ont été associés à la préparation de sa promotion. Une information spécifique sera envoyée mi-décembre, en avant-première, à l'ensemble des chirurgiens-dentistes.

L'Assurance Maladie informe et accompagne les chirurgiens-dentistes tout au long de la mise en place du nouveau dispositif.

- **Une lettre d'information** consacrée aux nouveaux rendez-vous de prévention bucco-dentaire leur sera adressée avant la fin de l'année. Elle aborde notamment les modalités pratiques et le contenu médical de l'examen.
- Elle sera accompagnée d'un **dépliant pour découvrir la campagne de communication « M'T dents » en avant-première** : le spot TV, radio, les invitations... Il se déplie en poster que les chirurgiens-dentistes peuvent disposer dans leur salle d'attente afin d'informer leurs patients sur l'existence des nouveaux rendez-vous de prévention.
- **Un carnet de liaison dentaire pour les 6, 9, 12, 15 et 18 ans** sera également joint à la lettre. Objectif : informer les patients des soins consécutifs à réaliser et de la date à laquelle ils doivent revenir pour un rendez-vous de contrôle. Cet outil pratique, que les jeunes pourront glisser dans leur carnet de santé, est utile en raison de l'absence d'une partie dédiée au dispositif de prévention dentaire dans les carnets de santé antérieurs à 2005.

b- Une campagne media pour promouvoir les rendez-vous de prévention dentaire auprès du grand public :

Des spots télévisés et radio sensibiliseront conjointement les jeunes et leurs parents sur l'importance de la prévention dentaire et sur la nécessité de consulter un chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge et de façon régulière, au moins une fois par an.

- **Le spot TV**, décalé et humoristique, tord le cou à deux idées reçues : la peur du chirurgien-dentiste (pour les enfants) et le coût de l'examen et des soins (pour les parents). Il met en scène des enfants qui, parce qu'ils vont régulièrement chez le chirurgien-dentiste, sont incapables d'exprimer la douleur dentaire. **Le spot radio**, sur fond de *rap*, s'adresse quant à lui aux adolescents âgés de 15 et 18 ans. Il leur rappelle la nécessité de consulter régulièrement leur chirurgien-dentiste.

c- Une campagne de marketing direct pour inviter individuellement 3,5 millions de jeunes :

Afin de toucher au plus près chacun des enfants, des adolescents et leurs parents, l'Assurance Maladie lance, pour la première fois, une campagne de marketing d'envergure pour s'adresser personnellement

à tous les jeunes concernés par les rendez-vous de prévention. L'objectif : les convaincre de la nécessité d'aller faire un examen de prévention et favoriser ainsi le passage à l'acte.

Issus des techniques les plus avancées du marketing, les courriers adressés sont bien plus que de simples lettres, mais des invitations traitées sur un mode visuel attractif et très actuel. Deux types de publics sont visés :

- **Ceux qui ne vont jamais chez le chirurgien-dentiste** : les courriers, personnalisés selon la tranche d'âge des patients (6, 9, 12, 15, 18 ans), les invitent à prendre rapidement rendez-vous pour un examen de prévention gratuit dans les 6 mois. Ils sont accompagnés d'un dépliant qui délivre à chacun d'eux des arguments médicaux spécifiques à leur âge et d'une feuille de soins pré-identifiée, spécialement dédiée à l'examen.
- **Ceux qui y sont déjà allés** : un courrier personnalisé les incite à prendre rendez-vous pour une nouvelle visite. Il est accompagné de la feuille de soins pré-identifiée.

Ces courriers et invitations sont envoyés dans le mois qui précède la date anniversaire de l'enfant. Une relance est prévue pour ceux qui n'auront pas donné suite au mailing.

**[www.mtdents.info](http://www.mtdents.info) : un site Internet dédié au programme**

Un site Internet [www.mtdents.info](http://www.mtdents.info) proposera de nombreux conseils d'hygiène bucco-dentaire, des témoignages de chirurgiens-dentistes et des informations pratiques pour mieux comprendre le dispositif mis en place et savoir comment y participer.

**d- Des actions de terrain pour aller à la rencontre des jeunes plus défavorisés :**

60% des enfants issus de familles vulnérables ont des problèmes dentaires. C'est pourquoi l'Assurance Maladie met en place un dispositif complet d'actions pour toucher les jeunes en difficulté sanitaire et sociale. Il s'agit d'aller à leur rencontre à travers des opérations de terrain menées dans les départements. Objectif : leur permettre d'accéder aux rendez-vous de prévention et les accompagner dans leurs démarches.

**Le principe:** constituer, autour des jeunes et de leurs familles, un maillage réunissant tous les relais de proximité capables de les sensibiliser, les convaincre et les conduire vers l'examen de prévention et les soins nécessaires : DRASS, CAF, milieu associatif, professionnels de santé, acteurs sociaux, Education Nationale, conseils régionaux...

Une phase d'expérimentation est en cours dans 4 départements : Cergy Pontoise (Val d'Oise), Armentières (Nord), Nîmes (Gard), Orléans (Loiret). Elle concerne, dans un premier temps, les 6 ans, âge où commencent les rendez-vous de prévention et où l'examen est obligatoire. La priorité sera ensuite donnée aux 12 ans, âge où l'examen est également obligatoire. Parallèlement, des actions seront généralisées en direction de l'ensemble des enfants âgés de 6 et 12 ans en milieu scolaire.

Les caisses, qui coordonnent ces actions, évalueront ces expérimentations. Les actions pourront être modélisées, en concertation avec la profession, afin d'élargir la démarche au cours de l'année 2007.

## II- LES MESURES DE VALORISATION :

### A/ Revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux :

Cette revalorisation porte sur les coefficients d'actes inscrits au Titre III de la NGAP au chapitre VII, section I- Soins conservateurs, articles 1 et 2 et section II- Soins chirurgicaux, article 1.

Les parties signataires se sont entendues pour revaloriser certains de ces actes correspondant à des priorités sanitaires.

Conformément aux dispositions de l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, la modification des coefficients a fait l'objet d'une décision de l'UNCAM, dans le respect des règles de hiérarchisation établies par la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations des chirurgiens-dentistes, créée par la nouvelle convention. La décision de l'UNCAM du 23 juin 2006 a été publiée au Journal Officiel le 27 juin 2006.

**Les nouveaux tarifs sont donc entrés en vigueur le 28 juin 2006.**

### B/ La réévaluation des actes jugés prioritaires du périmètre de soins CMU-C :

Un arrêté interministériel du 30 mai 2006, relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la CMU complémentaire, a été publié au Journal Officiel du 2 juin.

Ce texte, applicable à compter du 1<sup>er</sup> juin 2006, modifie l'arrêté du 31 décembre 1999, pris pour l'application des articles L.162-9 et L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les nouveaux tarifs sont applicables **à tous les actes facturés à compter du 1<sup>er</sup> juin 2006.**

Une lettre-réseau DDGOS/85/2006, relative à cet arrêté, est parue le 13 juillet 2006.

## III- LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES :

La nouvelle convention réaffirme le principe d'une maîtrise médicalisée des dépenses de soins bucco-dentaires, dans un souci de préservation de notre système de soins et de protection sociale, ainsi que de promotion de la santé.

Elle repose sur deux thèmes prioritaires :

### Thèmes proposés pour l'année 2006 :

- l'inlay-core : les partenaires conventionnels se sont engagés à favoriser les actes moins lourds de reconstitution de la dent afin de réserver la technique de l'inlay-core aux situations médicalement justifiées et donc de privilégier les stratégies thérapeutiques moins onéreuses à efficacité comparable.

Actuellement, les chirurgiens-dentistes réalisent 8 reconstitutions coronoradiculaires préprothétiques foulées (SC33) pour 10 reconstitutions coronaires préprothétiques coulées (SPR 57 et SPR 67).

L'objectif est d'augmenter de 10% le pourcentage de reconstitutions coronoradiculaires préprothétiques foulées par rapport aux reconstitutions préprothétiques coulées (cf. annexe V à la convention, relatif aux objectifs régionaux de maîtrise médicalisée et fixant le ratio objectif « nombre de SC 33/ nombre de SPR 57 et 67 » pour chaque région). Un suivi de ces objectifs sera réalisé.

- les antibiotiques : L'antibiothérapie est un thème qui concerne l'ensemble des chirurgiens-dentistes. Les partenaires conventionnels se sont fixés comme objectif de poursuivre l'effort engagé depuis 2004 de manière à améliorer la prescription d'antibiotiques dans le cadre du traitement de la cavité buccale, afin de réduire le risque de développement des résistances. L'objectif est de diminuer de 10% le montant des prescriptions d'antibiotiques à visée curative et prophylactique réalisées pour le traitement d'affections bucco-dentaires. Cet objectif fera par ailleurs l'objet d'une déclinaison régionale.

**Pour l'année 2007 :**

Les thèmes retenus pour 2006 sont repris. S'y ajoute l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies cardiaques ou diabétiques, ou susceptibles de subir des interventions de chirurgie orthopédique et devant recevoir des soins bucco-dentaires.

(cf. Lettre - réseau 155/2006 du 4 août 2006, relative au déploiement des Délégués de l'Assurance Maladie).

Par ailleurs, un observatoire associant les organisations syndicales représentatives, l'UNCAM et l'UNOCAM, sera chargé d'analyser l'évolution des dépenses dentaires, et plus particulièrement de suivre l'évolution des honoraires des traitements prothétiques.

#### **IV- MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL :**

##### **A/ Modalités d'exercice de l'activité et de paiement des honoraires :**

Peu de changements sont intervenus au regard de la précédente convention.

On peut juste noter que tous les articles relatifs aux modalités d'exercice ont été regroupés dans le Titre IV, contrairement à la convention de 1997, qui traitait par exemple du mode de fixation des honoraires dans un autre Titre que celui consacré à la Délivrance des soins aux assurés.

Quatre nouveautés sont à noter :

- Le cas des dépassements d'honoraires liés à des circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE), fait l'objet de précisions qui n'existaient pas dans la convention de 1997. En effet, la nouvelle convention précise que : « le DE ne peut être utilisé pour des motifs liés à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien, au coût de fonctionnement du cabinet, ou à des raisons propres au praticien ».
- Le dispositif d'octroi du droit permanent à dépassement est suspendu. L'article 4.2.5 stipule en effet que « les partenaires conventionnels conviennent de revoir avant le 31 décembre 2006 le principe, les conditions d'attribution, et le champ d'application du DP. Dans cette attente, aucun DP ne sera accordé. »
- La convention précise que conformément à l'article L.162-8 du code de la sécurité sociale, pour les actes ou prestations non remboursables par l'Assurance Maladie, le chirurgien-dentiste n'établit pas de feuille de soins, comme c'est le cas pour les médecins (article L.162-4 du Code de la sécurité sociale).
- Enfin, l'Assurance Maladie s'engage dans un délai maximum de remboursement du patient ou de paiement du professionnel de santé, à compter de la réception de la feuille de soins. Ce délai est fixé à 14 jours pour les feuilles de soins papier et 5 jours pour les feuilles de soins électroniques.

## **B/ Démographie :**

Un groupe de travail doit être mis en place afin d'aborder rapidement les problèmes liés aux disparités démographiques.

## **C/ Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations :**

La CHAP dentaire, chargée de déterminer, pour les chirurgiens-dentistes, les règles de hiérarchisation des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie, a été créée à l'article 4.3.2 de la convention.

Sa mise en place (désignation des membres, adoption d'un règlement intérieur), résulte de la séance du 23 juin 2006.

A noter que le collège des professionnels est composé de représentants de tous les syndicats ; il regroupe donc également les syndicats non signataires.

Conformément à ses missions, d'une part, et aux demandes de revalorisations des actes inscrits dans la convention nationale, d'autre part, la CHAP a approuvé à l'unanimité la décision de l'UNCAM, relative aux revalorisations.

## **D/ Les actes anciennement cotés en KCC :**

La convention nationale, dans son article 4.3.4, prévoit que « les partenaires conventionnels étudieront rapidement les modalités de codification et de tarification des actes de chirurgie réalisés par les chirurgiens-dentistes, dans la limite de leur compétence définie à l'article L.4141-1 du Code de la Santé Publique, anciennement cotés en KCC, et ne figurant plus à la NGAP ».

Lors de la séance du 23 juin 2006, la Commission a décidé de mettre en place un groupe de travail, chargé de dresser la liste des actes de chirurgie réalisables par le chirurgien-dentiste, en se basant sur l'antériorité des actes en KCC de la NGAP.

Composition du groupe :

- 4 praticiens-conseils de l'UNCAM
- 4 chirurgiens-dentistes désignés par les organisations syndicales
- 1 statisticien du Département des Actes Médicaux
- 1 expert nommé par la Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale
- 1 expert nommé par le Syndicat National des Odontologistes Exclusifs en Chirurgie Buccale

## **V- TELETRANSMISSION :**

Les chirurgiens-dentistes ont réaffirmé leur volonté d'assurer le service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux. L'efficacité du système SESAM-Vitale leur a permis d'atteindre un taux important de télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Ils ont également mis en avant la nécessité d'une incitation des praticiens à télétransmettre plutôt que le recours éventuel à la sanction.

## **A/ Aides :**

### ▪ Aide à la télétransmission :

Le montant de l'aide pérenne reste égal à 275 euros.

Il est cependant subordonné à un **taux de télétransmission de 70%** et non plus de 60%.

Enfin, le montant de l'aide pérenne est valable pour toute la durée de la convention et n'est plus fixé chaque année dans un avenant.

▪ Aide à la maintenance :

L'aide à la maintenance, versée en contrepartie de l'engagement des chirurgiens-dentistes d'assurer la continuité du service de télétransmission, s'élève toujours à 125 euros. **Elle sera versée dès lors qu'au moins une feuille de soins électronique sécurisée aura été transmise au cours de l'année.**

**B/ Garantie de paiement :**

La nouveauté réside à l'article 5.2.4, dans l'engagement des caisses d'assurance maladie à effectuer le paiement au chirurgien-dentiste de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, en procédure de dispense d'avance des frais, et sous réserve que la carte ne figure pas sur la liste d'opposition lorsque celle-ci sera accessible aux chirurgiens-dentistes.

**VI- DISPOSITIONS SOCIALES :**

**A/ Particularités liées aux cotisations maladie :**

La modification de la participation des caisses au financement des cotisations sociales maladie des chirurgiens-dentistes, permettant de financer la réforme dentaire, ainsi que les modalités de calcul de cette nouvelle participation, ont fait l'objet d'une explication très complète dans la circulaire 27/2006 du 24 mai 2006.

**B/ Avantages complémentaires de vieillesse :**

La participation des caisses à la cotisation sociale des chirurgiens-dentistes conventionnés dans le cadre des avantages complémentaires de vieillesse reste inchangée.

Conformément à l'article D.645-2 2° du Code de la Sécurité Sociale, « le montant de la cotisation annuelle des chirurgiens-dentistes est fixé à 50 fois la valeur, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cause, du tarif conventionnel de la lettre-clé C fixé dans la convention ».

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la valeur de la C était de 20 euros.

Montant de la cotisation due par les chirurgiens-dentistes au titre de l'année 2006 :

$50 \times 20 = 1000$  euros

La participation des caisses à la cotisation due par les chirurgiens-dentistes conventionnés est fixée au double de la cotisation des chirurgiens-dentistes bénéficiaires.

Une réforme du régime de retraite des chirurgiens-dentistes est actuellement à l'étude.

Dans ce cadre, le montant des cotisations dues par les chirurgiens-dentistes au titre de ce régime pourrait être modifié.

## **VII- VIE CONVENTIONNELLE :**

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans et non plus 4 ans (comme le prévoyait l'article 32 de la convention de 1997).

### **A/ Notification de la convention :**

Le texte prévoit, conformément à l'article R.162-54-7 du Code de la Sécurité Sociale, une notification de la convention par les URCAM.

A noter qu'en pratique, ce sont les CPAM qui assument cette tâche.

Le texte doit être notifié dans le mois qui suit la publication.

### **B/ Instances conventionnelles :**

Seules la Commission Paritaire Nationale (CPN) et les Commissions Paritaires Départementales (CPD) ont été conservées.

Elles peuvent se réunir en « formation chirurgiens-dentistes », c'est-à-dire en sous-commission composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un chirurgien-dentiste sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés. Cette formation se substitue à l'ancien Comité Dentaire.

Dans le cadre des réunions de la CPN ou des CPD, les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent désormais une indemnité de 12C.

### **C/ Non respect des règles conventionnelles :**

Auparavant, les infractions répétées :

- aux dispositions de la NGAP,
- au respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires perçus,
- aux références professionnelles,
- aux modalités conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire,

ou les plaintes de patients, liées au caractère excessif des honoraires relatifs aux traitements prothétiques ou orthodontiques ou les demandes émanant des caisses, étaient examinées par le Comité dentaire Départemental.

Désormais, la procédure relative à tout manquement du chirurgien-dentiste à ses obligations conventionnelles se déroule devant une instance unique : la Commission Paritaire Départementale.

Pour les informations relatives à la pratique médicale du chirurgien-dentiste, l'examen de la situation revient à la « formation chirurgiens-dentistes » de la CPD.

## VIII- LA FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE :

Les instances de la formation continue conventionnelle de la profession sont renouvelées.

### A/ Création d'un Comité Paritaire National de Formation Continue Conventionnelle (CPN-FCC) :

La Commission Paritaire Nationale fixe les orientations nationales de la formation conventionnelle de la profession mais elle en délègue la mise en œuvre au CPN-FCC.

Emanation de la Commission Paritaire Nationale, le CPN-FCC est chargé d'assurer la mise en œuvre de la formation continue conventionnelle, et assume les tâches anciennement dévolues à la CPN par l'avenant n°4 à la convention de 1997 :

- arrêter chaque année les thèmes de formation continue.
- rédiger le cahier des charges annuel.
- définir les critères d'agrément des actions de formation.
- agréer les actions de formation.

Néanmoins, cet agrément est subordonné à la validation pédagogique du Conseil Scientifique, nouvelle instance prévue par la convention, et que le CPN-FCC a pour mission d'instituer.

### B/ Création d'un Conseil Scientifique de la formation continue conventionnelle :

Composé de 10 experts (3 experts du comité scientifique du CNFCO, 3 experts proposés par les syndicats signataires, 3 praticiens proposés par l'UNCAM, 1 praticien nommé par la Haute Autorité de Santé qui aura une voix consultative) et installé par le CPN-FCC, il est son conseiller scientifique et pédagogique.

Ses missions sont fixées dans une lettre de mission rédigée par le CPN-FCC.

Il devrait être mis en place à la mi-novembre dans le cadre de la procédure d'agrément FCC pour l'année 2007.

### C/ Relèvement du montant de l'indemnité pour perte de ressources « FCC » :

Le montant de l'indemnité pour perte de ressources passe de 300 euros (montant forfaitaire prévu dans l'avenant 4 à la précédente convention nationale) **à 15C (= 315 euros, le tarif de la C étant de 21 euros depuis le 1<sup>er</sup> août 2006) pour les participations aux formations à compter du 19 juin 2006, date de mise en œuvre de la nouvelle convention nationale.**

Attention : Les journées de formation s'étant déroulées jusqu'au samedi 17 juin 2006 (le 18 juin est un jour non ouvrable) sont à indemniser à hauteur de 300 euros/jour/chirurgien-dentiste libéral conventionné formé.

Cette information a été actualisée sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) dans la rubrique concernée.

En outre, la présente circulaire vient actualiser le point relatif au montant de l'indemnité FCC, inscrit dans la circulaire 11/2006 du 9 février 2006.

Tableau synthétique :

<b>Périodes de formation :</b>	<b>Montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources, par chirurgien-dentiste formé :</b>
<b>Exercice 2004 jusqu'au samedi 17 juin 2006 :</b>	<b>300 €</b>
Lundi 19 juin 2006 au lundi 31 juillet 2006 (Métropole) :	15 C = 300 €
Lundi 19 juin 2006 au lundi 31 juillet 2006 (Antilles+Guyane) :	15 C = 330 €
Lundi 19 juin 2006 au lundi 31 juillet 2006 (Réunion) :	15 C = 360 €
<b>A compter du mardi 01<sup>er</sup> août (Métropole) :</b>	<b>15 C = 315 €</b>
<i>A compter du mardi 01<sup>er</sup> août (Antilles+Guyane) :</i>	<i>15 C = 346,50 €</i>
<i>A compter du mardi 01<sup>er</sup> août (Réunion) :</i>	<i>15 C = 378 €</i>

**D/ Exclusion des chirurgiens-dentistes remplaçants du bénéfice de l'indemnité pour perte de ressources « FCC » :**

**A compter du 19 juin 2006, les chirurgiens-dentistes remplaçants ne peuvent plus bénéficier de l'indemnité pour perte de ressources.** Ils peuvent néanmoins participer aux actions de formation conventionnelle : leurs frais de formation seront pris en charge par l'organisme gestionnaire, dans la mesure où ils justifient de leur activité libérale conventionnée.

**IX- TARIFS :**

L'annexe 1 fixe les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.

Le tarif de la consultation a fait l'objet d'une revalorisation au **1<sup>er</sup> août 2006.**

La consultation auprès d'un chirurgien-dentiste omnipraticien s'élève depuis le 1<sup>er</sup> août :

- **à 21 euros dans les départements métropolitains**
- **à 23,10 euros aux Antilles Guyane**
- **à 25,20 euros à la Réunion et Mayotte**

A noter que la note de bas de page (1) peut poser un problème d'interprétation quant à la date d'application du nouveau tarif de la consultation aux Antilles- Guyane, Réunion et Mayotte.

Cette note renvoie en fait à une obligation générale de discuter de la revalorisation, au 1<sup>er</sup> janvier 2007, de l'ensemble des tarifs relatifs aux actes pratiqués par les chirurgiens-dentistes aux Antilles- Guyane, Réunion et Mayotte, et non pas à une revalorisation de la consultation au 1<sup>er</sup> janvier 2007 dans ces régions.

L'annexe 2 fixe les tarifs des honoraires applicables au dispositif de prévention (cf. Paragraphe I, relatif à la prévention).