

CIRCULAIRE

CIR-2/2019

Document consultable dans Médi@m

Date :

16/01/2019

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Convention nationale des
chirurgiens-dentistes

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☒ CARSAT	☒ Cnam
☒ Agents Comptables	☒ UGECAM	☒ CGSS	☒ CTI
☒ DCGDR			
☒ Médecins Conseils	☒ Régionaux	☒ Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

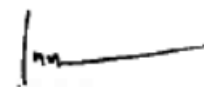
Résumé :

Cette circulaire a pour objet de présenter la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juin 2018 et publiée au Journal officiel du 25 Août 2018.

Mots clés :

Convention nationale ; chirurgiens-dentistes ;

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 2/2019

Date : 16/01/2019

Objet : Convention nationale des chirurgiens-dentistes

Affaire suivie par :

Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF) : ddgos.dos.dprof.cnam@assurance-maladie.fr

Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT) :
Danièle DUGLUE (pour toutes questions relatives à la nomenclature)

Département Prévention et Promotion de la Santé (DDGOS/DAS/DPPS) :
Martine GUIONET (pour toutes questions relatives au Programme de Prévention Bucco-Dentaire)

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1. Préambule
2. Améliorer l'accès aux soins (Titre I)
 - 2.1. Un nouveau dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire
 - 2.1.1. Le principe : revalorisations et plafonnements
 - 2.1.2. Clause de revoyure et d'indexation
 - 2.1.3. Evolution de la CCAM : différenciation des actes par matériau et localisation
 - 2.1.4. Valorisation des actes de soins conservateurs et chirurgicaux
 - 2.1.5. CMUc et ACS
 - 2.2. Evolution du dispositif démographique
 - 2.2.1. Définition de contrats types nationaux
 - 2.2.2. Révision du zonage et mesures de régulation au conventionnement à définir
 - 2.2.3.
3. Des mesures de prévention au cœur de la convention (Titre II)
 - 3.1. Maintien et extension de l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des jeunes
 - 3.2. Des mesures d'accompagnement pour les publics fragiles
 - 3.2.1. Un accompagnement des patients diabétiques
 - 3.2.2. Une prise en charge améliorée pour les patients en situation de handicap sévère
 - 3.2.3. Une prise en charge des patients sous anticoagulant valorisée
 - 3.2.4. Autres mesures de prévention
4. Les modalités d'exercice conventionnel (Titre III)
 - 4.1. Evolution du devis
 - 4.2. Fermeture du DP
 - 4.3. Les chirurgiens-dentistes spécialistes
5. Les relations entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie (Titre IV)
 - 5.1. Moderniser les conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes
 - 5.2. La mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation du cabinet dentaire
6. Vie conventionnelle (Titre VI)
 - 6.1. Communication de la nouvelle convention aux professionnels et conditions d'adhésion
 - 6.2. Instances conventionnelles
 - 6.2.1. Nouvelle composition de la section sociale
 - 6.2.2. Composition de la section professionnelle
 - 6.2.3. Modifications du règlement intérieur type des commissions paritaires
 - 6.2.4. Non-respect des dispositions conventionnelles
 - 6.2.5. Continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention
7. Actions d'accompagnement des chirurgiens-dentistes

1. Préambule

La nouvelle convention nationale (cf. annexe 1) des chirurgiens-dentistes signée le 21 juin 2018, entre la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires¹ (CNSD), l'Union Dentaire (UD), l'UNOCAM et l'UNCAM, est parue au Journal officiel du 25 Août 2018. Il s'agit d'un accord important pour la prise en charge des soins dentaires pour les patients comme pour la profession. En effet, l'ambition de la nouvelle convention est de rééquilibrer l'activité des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une valorisation des actes conservateurs et d'une stratégie fondée sur la prévention et l'accès aux soins.

Cette circulaire qui sera complétée par des instructions complémentaires a pour objet de présenter cette nouvelle convention, ainsi que les avenants 1 et 2 dont la signature est prévue fin janvier

2. Améliorer l'accès aux soins (Titre I)

2.1. Un nouveau dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire

2.1.1. Le principe : revalorisation et plafonnements

La nouvelle convention s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la prise en charge des soins ainsi que de l'accès aux soins.

Les partenaires conventionnels ont souhaité revaloriser considérablement les soins courants afin d'encourager les traitements qui visent à conserver et soigner les dents (ex. traitements des caries).

En parallèle, la problématique d'accès aux soins notamment prothétiques a conduit à la création de plafonds (honoraires limites de facturation).

Ce dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire s'échelonne entre le 1er avril 2019 et le 1er janvier 2023. Les annexes tarifaires de la convention définissent pour chaque année les plafonds tarifaires pour chaque acte prothétique concerné (Annexe 4 de la convention) ainsi que les tarifs des actes de soins revalorisés (Annexe 3 de la convention).

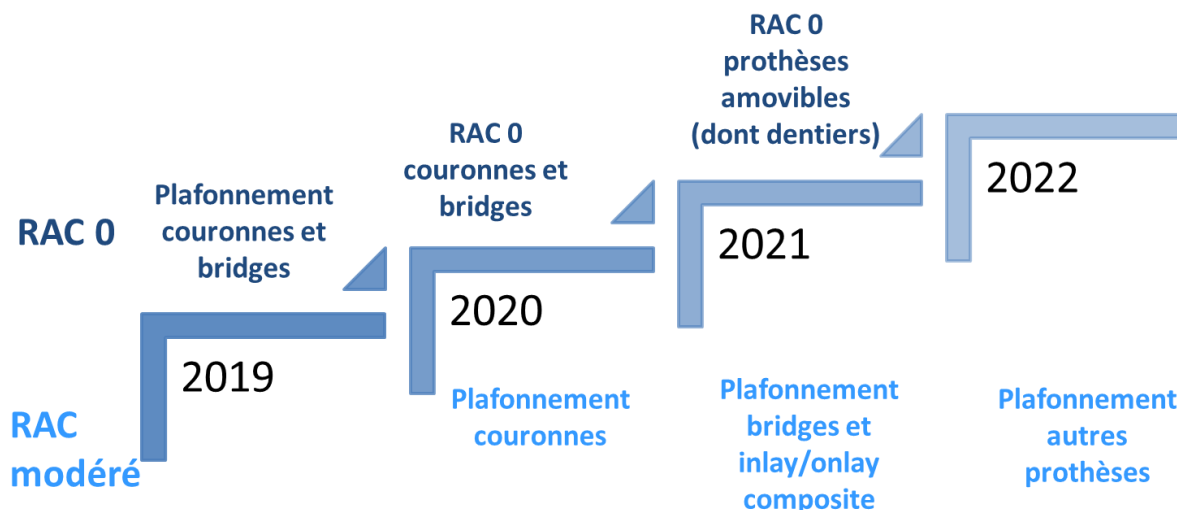
La mise en place de ce rééquilibrage, et particulièrement l'instauration progressive de plafonds tarifaires des actes à honoraires à entente directe sur des actes prothétiques fréquents (à compter du 1er avril 2019) implique une nouvelle description des actes prothétiques selon les matériaux et la localisation des dents (cf. article 2.2.3 de la circulaire) afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts.

Enfin, dans le cadre de la réforme du « 100% santé »², sont également annexées la liste des actes pour lesquels l'entente directe sera limitée et sans reste à charge (panier RAC zéro dès le 1er janvier 2020), celle des actes pour lesquels l'entente directe sera limitée (panier RAC modéré), et celle des actes pour lesquels l'entente directe sera libre (panier libre).

A noter que 11 actes prothétiques ont des plafonds entrant en vigueur dès le 1er avril 2019 (cf. liste en annexe 5 de la circulaire).

¹ A noter : la CNSD change de patronyme, elle devient les « CDF » (les Chirurgiens-Dentistes de France)

² Mesure gouvernementale en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire visant à mettre en œuvre une offre de soins sans reste à charge en 2020 et 2021



La Cnam organisera un dispositif de suivi et de contrôle du respect des plafonds par les professionnels de santé dès 2019. Une instruction ultérieure viendra définir ces modalités.

Précision : les mesures de revalorisations tarifaires ainsi que l'instauration de plafonds tarifaires est de fait applicable aux chirurgiens-dentistes des centres de santé conformément aux dispositions de l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale, et ce selon le même calendrier.

2.1.2. Clause de revoyure et d'indexation

- Clause de revoyure

Les partenaires conventionnels ont souhaité suivre l'évolution de ces mesures de rééquilibrage dans le cadre de l'observatoire conventionnel. Au regard du constat qui pourra être réalisé dans le cadre de cet observatoire, une clause de revoyure pourrait se déclencher en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers (Annexe 5 de la convention nationale).

Le déclenchement de cette clause de revoyure entraînera l'ouverture de la négociation d'un avenant, dans un délai de 2 mois, afin que les parties s'accordent sur les mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre.

Ce dispositif interviendra l'année suivant l'entrée en vigueur de la réforme instaurant une prise en charge intégrale, par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, de certains actes prothétiques, soit en 2021.

Il portera sur l'observation des actes réalisés sur une période d'au moins 12 mois à compter de l'entrée en vigueur du dispositif, soit à compter du 1^{er} janvier 2021.

En particulier, en 2021 et 2022, la clause de revoyure sera déclenchée si la part des actes du panier RAC 0 est supérieure de plus de 10 points ou inférieure de plus de 10 points à la part estimée pour l'année de référence.

La méthode de calcul de la clause de revoyure est définie en annexe 6 de la convention.

- Clause d'indexation

Dès lors que les honoraires limites de facturation des actes prothétiques auront atteint leurs valeurs cibles (en 2022), une clause de révision annuelle de ces derniers pourra être instaurée. Le seuil de

déclenchement de cette clause d'indexation correspond à une évolution observée des charges considérées supérieure de plus de 1 % par rapport à l'année de référence.

Dès que la clause d'indexation est déclenchée, la révision de la valeur des honoraires limites de facturation des actes prothétiques tels qu'annexés à la convention serait alors modifiée par voie d'avenant.

Afin de s'appuyer sur des données objectives reflétant l'évolution des charges des cabinets dentaires, les partenaires conventionnels ont souhaité prendre en compte comme indicateur l'évolution des charges liées à l'activité dentaire (les frais de personnel, les achats, les loyers, et autres locations,...).

Un groupe de travail issu de la CPN précisera la définition de cet indicateur et les modalités de calcul dans un délai d'un an à compter de la signature de la convention.

2.1.3. Evolution de la CCAM : différenciation des actes par matériau et localisation

Comme précisé précédemment, la création des honoraires limites de facturation nécessite de procéder à une différenciation, dans la liste des actes et prestations visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, entre les types de couronnes, inlays-cores, bridges, inlays-onlays, prothèses adjoindes et réparations selon :

- le matériau : céramique-monolithique (zircone ou hors zircone), céramo-métallique, métalliques, céramo-céramique, résine, composite ;
- et la localisation des dents (ex : prémolaire, molaire, ...).

Les parties signataires ont mis en place depuis le 19 juillet des groupes de travail afin de procéder à ce travail de description, les libellés des actes ont été validés dans le cadre de la commission de hiérarchisation des actes et prestations du 18 octobre 2018. Ils sont repris dans l'avenant 1 qui doit être signé fin janvier 2019 afin de permettre une entrée en vigueur au 1^{er} avril 2019 (sous réserve d'une non opposition et de sa publication au JO).

Les tarifs et les honoraires limites de facturation de ces actes entreront en vigueur selon le calendrier défini à l'article 4 (à compter du 1^{er} avril 2019, puis tous les ans au 1^{er} janvier jusqu'en 2023).

Par ailleurs, sous réserve de la publication d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser la pose d'une couronne transitoire, dont la base de remboursement serait fixée à 10 euros, et l'honoraire limite de facturation à 60€ pour l'ensemble des patients. Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} avril 2019.

2.1.4. Valorisation des actes de soins conservateurs et chirurgicaux

Des mesures de valorisation d'actes de soins conservateurs et chirurgicaux sont inscrites dans la convention nationale, à savoir :

- la valorisation de l'acte de parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage à hauteur de 60€,
- la prise en charge d'une consultation d'urgence de 8h à 20h à hauteur de 23 €,
- la prise en charge du comblement de sillons sur molaires qui est étendu aux enfants jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire,
- la prise en charge de la pose de vernis fluoré pour les enfants (6 à 9 ans) présentant un risque carieux individuel élevé, à une fréquence biannuelle (25€).

Ces mesures entreront en vigueur au 1^{er} avril 2019 sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM.

Enfin, l'accord trouvé en avril dernier entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) vise à mieux maîtriser les dépenses d'imagerie médicale en s'appuyant sur les leviers de la pertinence et de la tarification des actes. Aussi, la convention nationale des chirurgiens-dentistes entérine l'ajustement tarifaire des actes de radiographies panoramique et ses équivalents en NGAP, et du Cone beam en CCAM applicables au 1^{er} septembre 2018. Une nouvelle version de la CCAM (V54) a donc été diffusée le 1er septembre 2018 afin de prendre en compte ces nouveaux tarifs.

2.1.5. CMU-c et ACS

Les évolutions de la CCAM présentées précédemment vont être déclinées au sein des paniers de soins CMU-C et ACS.

Dans ce cadre, les tarifs maximum autorisés notamment des actes de réparation de prothèses amovibles et des actes de prothèses amovibles transitoires et couronne transitoire prises en charge dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS pourront être réévalués.

Un groupe de travail a été mis en place afin de préparer la négociation d'un avenant actant ces évolutions. Un avenant 2 doit être signé fin janvier 2019 afin de permettre une entrée en vigueur au 1^{er} avril 2019 (sous réserve d'une non opposition et de sa publication au JO). Dans l'hypothèse où ce projet d'avenant ne serait pas signé par l'un des syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes, un arrêté ministériel reprendra les évolutions des paniers CMU-C et ACS.

En outre, l'article 8 de la convention nationale prévoit la possibilité de revaloriser les montants maximaux des tarifs du panier de soins CMU-C et ACS, si l'évolution du total des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires de l'ACS constatée lors du suivi annuel de ces effectifs évolue de plus de 15% par rapport au 31 décembre 2017.

Dans ce cas, un réajustement des montants maximaux pourrait intervenir par le biais d'un nouvel avenant.

2.2. Un nouveau dispositif démographique

2.2.1. Définition de contrats types nationaux

Pour favoriser l'installation et le maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux dans **les zones très sous-dotées**, **2 nouveaux contrats incitatifs** tripartites ont été définis (article 3.1.1 de la convention).

Le récapitulatif de ces contrats figure en annexe 2 et 3 de cette circulaire.

Le circuit des demandes de contractualisation et d'enregistrement des contrats fera l'objet d'une instruction ultérieure.

A. Contrat type national d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » (CAICD – article 3.1.1.1 de la convention)

Ce contrat, d'une durée de 5 ans non renouvelable, sera proposé aux chirurgiens-dentistes conventionnés **s'installant dans une zone « très sous-dotée »**. Un professionnel ne peut donc bénéficier qu'une seule fois de ce contrat.

Il est proposé au **chirurgien-dentiste exerçant à titre principal dans la zone « très sous-dotée »**. Cette notion « exercice à titre principal » fera l'objet de précisions définies dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale (CPN).

Aussi, lors de la première CPN des chirurgiens-dentistes qui s'est tenue le 4 octobre 2018, il a été décidé de tenir compte du nombre de jours d'activité pour définir cette notion « d'exercice principal » : soit le nombre de jours travaillé dans la zone dans l'année doit être supérieur ou égal à 50% du nombre de jour total travaillé dans l'année.

Il est par ailleurs précisé que **seul le chirurgien-dentiste titulaire libéral conventionné est éligible au contrat**. Les chirurgiens-dentistes collaborateurs libéraux ou salariés ne peuvent donc pas adhérer à ce contrat.

↳ *Le collaborateur non titulaire ayant exercé dans la zone « très sous-dotée » sera éligible à ce contrat dès lors qu'il s'installera en cabinet libéral en tant que titulaire.*

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment poursuivre son activité pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone), le chirurgien-dentiste pourra percevoir une aide d'un montant de 25 000 euros versée en une seule fois à compter de la signature du contrat.

B. Contrat type national d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » (CAMCD)

Ce contrat, d'une durée de 3 ans renouvelable, sera proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés **déjà installés dans une zone « très sous-dotée »**.

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone), le chirurgien-dentiste pourra percevoir une aide d'un montant de 3 000 euros par an.

C. Précisions communes aux contrats incitatifs CAICD et CAMCD

- ↳ Les contrats types régionaux seront arrêtés par le directeur général de chaque ARS selon les modèles types définis dans la convention (cf. annexes 7 et 8 de la convention).
- ↳ Ces contrats sont individuels et conclus intuitu personae avec le chirurgien-dentiste.
- ↳ Le professionnel ne peut cumuler dans le même temps son adhésion à un contrat d'aide à l'installation et à un contrat d'aide au maintien. Toutefois, un professionnel ayant bénéficié d'un contrat d'aide à l'installation pourra, à l'issue de son contrat, demander à adhérer au contrat d'aide au maintien en zone « très sous-dotée ».
- ↳ En cas de départ anticipé du chirurgien-dentiste de la zone, en fonction des raisons expliquant ce départ, les sommes indument versées pourront être récupérées, au prorata de la durée du contrat restant à courir au moment de sa résiliation (sauf cas de force majeure).
- ↳ L'aide versée au professionnel au titre du contrat incitatif est désormais une aide forfaitaire globalisée (elle comprend une prime correspondant à l'équivalent de la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales convertie en aide forfaitaire et l'aide forfaitaire à l'équipement).
- ↳ L'ARS pourra décider, dans les zones identifiées comme particulièrement déficitaires en offre de soins, de procéder à des modulations :
 - (pour le CAICD) majorer les aides prévues dans la double limite de 20% des zones « très sous-dotées » et de 20% du montant des aides définies dans les différents contrats.
 - (pour le CAMCD) portant sur la condition de participation du professionnel à la permanence des soins dentaires et cette modulation ne doit concerner au maximum que 20% des zones « très sous-dotées »

La majoration sera définie dans le contrat type régional arrêté par l'ARS.

D. Modalités de liquidation des aides

Les modalités de liquidation pour le versement des nouveaux contrats sont similaires à celles du contrat « CIC » (cf. article 4 LR-DDGOS-1-2015).

Des précisions complémentaires seront apportées ultérieurement.

E. Articulation des nouveaux contrats avec le contrat incitatif chirurgien-dentiste (CICD – option 1 et 2)

A compter de l'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il ne sera plus possible d'adhérer au contrat incitatif chirurgien-dentiste (CICD – option 1 et 2), conclus dans le cadre de l'avenant n°2 à la précédente convention (repris en annexe 9 de la convention en vigueur), ni de renouveler son adhésion.

Les CICD en cours, signés jusqu'à l'entrée en vigueur du contrat type régional, seront toutefois honorés jusqu'à leur terme.

A noter qu'au regard des modifications apportées par la nouvelle convention, le modèle de contrat CICD a été mis à jour (cf. annexe 9 et suivants de la convention nationale). Dans l'attente de l'entrée en vigueur des contrats types régionaux, pour toute nouvelle adhésion au contrat incitatif, il convient d'utiliser ce nouveau modèle.

Les professionnels dont le CICD arrive à échéance pourront par la suite, et s'ils le souhaitent, demander une adhésion à un nouveau contrat d'aide au maintien d'activité (CAMCD).

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2018 a prévu une hausse du montant de la CSG de 1,7 %. Pour assurer une neutralité financière aux professionnels de santé, a été parallèlement décidée la baisse du taux des cotisations sociales pour le risque allocations familiales (AF) de 2,15 points. Toutefois, sans modification des dispositions conventionnelles, ce mécanisme de compensation n'aurait pas eu d'effet pour les professionnels de santé bénéficiant déjà d'une prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations du risque allocations familiales (AF) et notamment les chirurgiens-dentistes adhérant au contrat incitatif (CICD). Pour ces professionnels et afin de leur garantir une neutralité financière, il était donc nécessaire de supprimer le dispositif de prise en charge des cotisations sociales AF défini dans le contrat incitatif et de le remplacer par une aide forfaitaire.

Dans le cadre de la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes, la participation annuelle de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales AF prévue dans le cadre du CICD (option 2) a donc été supprimée à compter du 1^{er} janvier 2018 et remplacée par une aide forfaitaire annuelle de 3000 € (montant pour une adhésion sur une année pleine).

Des instructions ont été diffusées fin juin afin qu'un avenant aux CICD en cours soit conclu actant cette modification.

A noter également, qu'au regard de cette modification, il n'y a évidemment plus lieu pour les caisses, en cas d'enregistrement ou de résiliation d'une adhésion au CICD prenant effet au 1^{er} janvier 2018, de communiquer les informations du chirurgien-dentiste à l'URSSAF au titre de la prise en charge des cotisations sociales AF.

- ⇒ L'adhésion aux nouveaux contrats incitatifs sera ouverte dans chaque région à compter de la publication des contrats types régionaux par le directeur général de l'ARS.
- ⇒ L'adhésion aux nouveaux contrats incitatifs se fera sur la base du zonage actuellement en vigueur.
- ⇒ Chaque contrat incitatif chirurgien-dentiste (CICD) perdure jusqu'à son arrivée à échéance. Il ne sera plus reconductible à partir de l'entrée en vigueur des contrats types régionaux.
- ⇒ Si l'entrée en vigueur des contrats types régionaux intervient alors qu'une procédure de renouvellement d'un CICD est en cours, la caisse pourra interrompre la procédure et proposer au professionnel concerné d'adhérer à un CAMCD.
- ⇒ Si un chirurgien-dentiste a conclu un CICD dans l'année précédant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats, et qu'il est éligible à un CAICD, il pourra, à titre exceptionnel, résilier son CICD pour adhérer à un nouveau contrat.

2.2.2. Révision du zonage et mesures de régulation au conventionnement à définir

Dans le cadre de la nouvelle convention, des travaux vont être menés afin d'améliorer le dispositif démographique notamment au travers d'une nouvelle méthodologie de zonage et étudier une procédure de régulation du conventionnement en zone sur-dotée.

Dans l'attente, le zonage actuellement en vigueur reste applicable.

3. Des mesures de prévention au cœur de la convention (Titre II)

3.1. Maintien et extension de l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des jeunes

La convention conforte le dispositif de prévention bucco-dentaire « EBD » en proposant la mise en place d'un examen de prévention dès l'âge de 3 ans.

Ce nouvel EBD entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019.

Les modalités pratiques seront précisées via une instruction ultérieure.

Il s'agit du même dispositif que celui instauré pour les tranches d'âges 6, 9, 12, 15, 18 ans et 21, 24 ans avec une mise en cohérence des messages au regard de la population visée.

Une campagne d'information mass media et supports relationnels sur le programme de prévention bucco-dentaire sera conçue au 2^{ème} semestre 2019 pour une diffusion au tout début 2020.

Par ailleurs, la convention ouvre la possibilité de compléter, toutes tranches d'âge confondues, l'examen de prévention par la réalisation d'une radiographie panoramique, lorsque celle-ci est médicalement justifiée, au tarif de 54€. Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} avril 2019 pour l'EBD des enfants de 3 ans mais est d'ores et déjà applicable (lendemain de la publication au JO de la convention) pour les autres tranches d'âges, y compris pour l'EBD des femmes enceintes. Dans l'attente de la mise à disposition d'un code nature prestation spécifique, qui devrait intervenir au cours du 2nd semestre 2019, les chirurgiens-dentistes peuvent facturer l'examen de prévention bucco-dentaire EBD et la radio panoramique sous le code BR4, utilisé actuellement pour la facturation d'un EBD

associé à trois ou quatre clichés radiographiques, valorisé également à 54€. Une information sera diffusée dès la mise à disposition du nouveau code.

En outre, une précision a été apportée concernant la facturation d'un acte au cours de la même séance que l'examen de prévention. Est entendu par « *un seul acte* », « *un seul code CCAM* » même si ce dernier concerne plusieurs dents (ex : Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade (1 seul code CCAM : HBGD037), Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents (1 seul code CCAM : HBBD004), ...).

Enfin, l'avenant 1 à venir modifie la période permettant la prise en charge à 100%. Ainsi, pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 4 mois qui suivent cet examen (3 mois précédemment). Ont également été ajoutées les articles concernant les modalités pratiques, les engagements des parties et l'évaluation du dispositif.

3.2. Des mesures d'accompagnement pour les publics fragiles

3.2.1. Un accompagnement des patients diabétiques

Afin d'accompagner les patients diabétiques et améliorer la prise en charge de leurs soins, la convention propose d'instaurer un bilan parodontal (facturé 50€) qui pourra le cas échéant être complété par la suite par la prise en charge d'un acte d'assainissement parodontal (valorisé à hauteur de 80€ par sextant).

Sont concernés par cette nouvelle prise en charge les patients diabétiques ayant une ALD diabète reconnue au moment de la consultation et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

L'ensemble de ces mesures entrera en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

3.2.2. Une prise en charge améliorée pour les patients en situation de handicap sévère

Conscients de la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap sévère, les partenaires conventionnels ont souhaité dans un premier temps faciliter les soins au fauteuil en cabinet et ce par une nouvelle prise en charge de sédation consciente telle que l'utilisation du MEOPA.

Sont concernés les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Est ainsi proposé la création d'un supplément pour la prise en charge des personnes atteintes de handicap sévère valorisé à hauteur de 100€/séance, avec ou sans utilisation de MEOPA.

Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Dans la mesure où cette mesure est une première étape, les partenaires conventionnels ont convenu de mettre en place un groupe de travail afin d'élargir la population concernée par voie d'avenant, dans les 6 mois suivant la signature de la présente convention. Ce groupe de travail, institué depuis le mois de

novembre 2018, aura également pour rôle d'étudier les modalités d'une meilleure valorisation des soins réalisés dans les établissements médico-sociaux et les conditions de mise en place de téléconsultation de dépistage auprès de personnes en situation de dépendance résidant dans ces établissements.

3.2.3. Une prise en charge des patients sous anticoagulant valorisée

La convention nationale prévoit une nouvelle valorisation pour la prise en charge, par les chirurgiens-dentistes libéraux, chirurgiens oraux et spécialistes de médecine bucco-dentaire, des patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant.

Cette valorisation prend la forme d'un supplément (20€ par séance) pour les soins chirurgicaux prodigués aux patients en ALD sous anticoagulant (AVK et AOD).

Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

3.2.4. Autres mesures de prévention

Les partenaires conventionnels ont souhaité mettre au cœur de la convention la notion de prévention. Le temps de la négociation n'ayant pas permis d'approfondir ce sujet, des groupes de travail sont mis en place : un portant sur une expérimentation de prise en charge globale de prévention (forfait de prévention comprenant des actes et des recommandations), dont des propositions devront être rendues avant la fin de l'année 2018, et un autre portant sur des incitations nouvelles pour que les patients s'inscrivent dans un suivi régulier de leur santé bucco-dentaire.

4. Les modalités d'exercice conventionnel (Titre III)

4.1. Evolution du devis

Les évolutions de la nouvelle convention dentaire, avec la mise en place du dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire, notamment au travers des honoraires limites de facturation, et le futur dispositif « 100% santé », nécessitent une révision du modèle de devis.

Ainsi, l'article 26.4 indique dès à présent que le praticien devra s'engager sur le devis à proposer une alternative sans reste à charge (panier RAC 0) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé (panier modéré) au patient si un acte avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire) est présenté, et ce chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe. Le praticien ne peut donc proposer un acte dans le panier libre uniquement.

Un groupe de travail devra étudier les évolutions à intégrer au modèle de devis avant la fin de l'année 2019. Celui-ci a été mis en place en novembre 2018.

D'ores et déjà, afin de répondre aux dernières évolutions réglementaires (cf. article L.1111-3-2 II du code de santé publique), la convention prévoit la transmission d'une fiche de traçabilité qui devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure. La note d'honoraires remise au patient doit reprendre l'ensemble des éléments présentés dans le devis et effectivement réalisés.

4.2. Fermeture du « droit permanent à dépassement » (DP)

La nouvelle convention ferme définitivement la possibilité d'octroyer le droit permanent à dépassement « DP ».

Les professionnels ayant obtenu ce droit dans le cadre des anciennes conventions le conservent. Cependant, la convention vient encadrer la pratique de ce droit au regard des nouvelles dispositions conventionnelles : les praticiens détenteur du « DP » ne peuvent pas facturer de dépassement supplémentaire sur les actes pour lesquels un honoraire limite de facturation aura été défini, sur les actes du panier de soins de la CMU-C, ainsi que sur les actes pour lesquels une prise en charge intégrale est prévue (« 100% santé »).

4.3. Les chirurgiens-dentistes spécialistes

L'article 29 de la convention est dédié aux spécialistes et plus particulièrement aux spécialités « chirurgie orale » et « médecine bucco-dentaire ».

En tant que spécialistes, la consultation « CS » applicable aux spécialistes est actée dans la convention. Le chirurgien-dentiste spécialiste facture la consultation « CS » en lieu et place de la consultation « C ».

En outre, est ouvert, aux chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale, l'avis de consultant. Il leur est également ouvert la possibilité de coter les coefficients modificateurs J et K. Ces mesures entreront en vigueur au 1^{er} avril 2019 sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

5. Les relations entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie (Titre IV)

La convention simplifie les échanges entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie tout en modernisant leurs conditions d'exercice.

Il s'agit principalement de prendre en compte les dernières évolutions législatives et réglementaires concernant les règles de facturation (utilisation du mode de facturation SESAM Vitale).

5.1. Moderniser les conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes

Si les dispositions existantes sur les conditions d'exercice ont, pour la plupart, été reprises en intégralité, il y a lieu de signaler certains éléments nouveaux ou précisions apportées dans la nouvelle convention.

Celle-ci précise entre autre les démarches d'installation d'un chirurgien-dentiste libéral ainsi que celles concernant la cessation d'activité. Le chirurgien-dentiste qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement.

Une disposition est également introduite concernant les professionnels pour lesquels aucune facturation à l'assurance maladie n'est constatée pendant une période d'au moins 12 mois. Dans ce cas, les caisses doivent notifier au chirurgien-dentiste concerné la suspension de l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. A noter que cette suspension n'est pas applicable lorsque le chirurgien-dentiste justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté comme un arrêt maladie (article 17 de la convention).

5.2. La mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation

L'assurance maladie poursuit sa démarche d'aide aux professionnels à l'équipement du cabinet. A cet effet, un **forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel** va venir remplacer les anciennes aides à la télétransmission et à la maintenance.

Le **montant de ce forfait est de 490 euros**. Il pourra être majoré de 100 euros si le chirurgien-dentiste participe à une équipe de soins primaires (ESP), à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une maison de santé pluri-professionnelle (MSP).

L'aide sera versée annuellement, à la fin du premier semestre de l'année suivant l'année au titre de laquelle elle est versée. Il entrera en vigueur en 2020 au titre de l'année 2019.

Pour pouvoir bénéficier de ce forfait, le chirurgien-dentiste devra respecter les conditions suivantes :

- Etre équipé d'un logiciel métier compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée, et compatible avec le recours aux téléservices tels que la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT) ;
- Etre doté d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.

L'objectif est que le professionnel dispose d'un outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles qui fiabilisent la facturation et simplifient les échanges avec l'assurance maladie.

- Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70% ;
- Disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé ;
- Afficher ses horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé sous réserve de sa faisabilité technique.

La mise en place de ce forfait et les modalités de liquidation feront l'objet d'une instruction spécifique ultérieure.

6. Vie conventionnelle (Titre VI)

6.1. Communication de la nouvelle convention aux professionnels et conditions d'adhésion

• Communication de la nouvelle convention

Conformément à l'article R.162-54-9 du Code de la Sécurité sociale (CSS), les caisses n'ont pas à notifier par courrier le texte de la convention aux chirurgiens-dentistes de leur circonscription.

La mise en ligne des textes sur le site de l'assurance maladie permet de remplir l'obligation d'information auprès des professionnels.

La convention est mise en ligne sur le site « ameli.fr » dans la rubrique : Professionnels de santé/Chirurgien-dentiste/Textes de référence/Convention.

• Conditions d'adhésion à la convention

En pratique, en application des dispositions de l'article R. 162-54-9 CSS, les chirurgiens-dentistes conventionnés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention, sont considérés comme y adhérant tacitement.

S'ils ne souhaitent pas être régis par cette nouvelle convention, ils doivent le faire savoir par courrier à la CPAM/CGSS dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Cette décision prendra effet un mois après réception du courrier de rupture d'adhésion.

Les chirurgiens-dentistes exerçant hors du régime de la convention à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention et les chirurgiens-dentistes s'installant en exercice libéral, qui souhaitent être régis par la convention doivent en faire la demande par courrier recommandé, avec avis de réception, adressé à la CPAM/CGSS dans le ressort de laquelle ils exercent ou vont exercer leur activité.

Les autres conditions d'adhésion à la convention restent inchangées.

6.2. Instances conventionnelles

6.2.1. Nouvelle composition de la section sociale

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le régime social des indépendants (RSI) a été supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants a été confiée au régime général (Article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018). Le RSI disposait jusqu'à présent de sièges dans les sections sociales des différentes instances paritaires notamment conventionnelles assurant le suivi des différents accords conventionnels avec les professionnels de santé.

Dans le cadre de l'intégration du RSI au régime général, la convention prend en compte ces nouvelles dispositions.

Ainsi, à compter de la publication au Journal officiel de la convention, la section sociale des CPR, CPD et de la CPN est modifiée comme suit :

- 4 représentants du régime général
- 2 représentants du régime agricole

Un siège supplémentaire a donc été ajouté pour le régime général. Il convient de procéder à cette désignation et de l'acter dans le cadre des commissions à venir.

Pour rappel, les CPR, CPD et CPN ont 2 mois à compter de la publication au journal officiel de la convention pour se réunir.

A titre d'information, la CPN des chirurgiens-dentistes s'est tenue le 4 octobre à la Cnam.

La CPN pouvant prendre toute décision nécessaire au bon fonctionnement des instances régionales et départementales, les caisses sont invitées à lui faire remonter toute difficulté qu'elles rencontreraient dans ce cadre via la BAL ddgos.dos.dprof.cnam@assurance-maladie.fr

A noter, qu'à défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti, la section constituée constatera la carence et assurera seule les missions de la commission (cf. article 3 de l'annexe XV).

6.2.2. Composition de la section professionnelle

Les sections professionnelles des CPN, CPR et CPD sont composées de 6 membres. La répartition des sièges est réalisée entre les organisations syndicales signataires de la convention.

La convention précise que les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes libéraux signataires de la convention (cf. article 37.4 de la convention).

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales signataires de la convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de

Professionnels de Santé mentionnées aux articles L. 4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

A titre d'information, la répartition des sièges instaurés sous l'ancienne convention n'est pas remise en cause, soit :

- 4 sièges pour la CNSD
- 2 sièges pour l'UD

A noter, que le montant de l'indemnisation des membres de la section professionnelle est maintenu à hauteur de 12 C.

6.2.3. Modifications du règlement intérieur type des commissions paritaires

Pour la première année d'entrée en vigueur de la convention, la présidence des commissions revient à la section professionnelle. A date anniversaire de la publication de la convention au JO, l'alternance de présidence sera automatique sans nécessité de réunion physique.

Par ailleurs, la convention (article 1.3 de l'annexe XV) acte dans le règlement intérieur la possibilité d'organiser des commissions dématérialisées, ainsi qu'une indemnisation pour les membres de la section professionnelle y participant (article 5 de l'annexe XV).

6.2.4. Non-respect des dispositions conventionnelles

La procédure de sanction conventionnelle en cas de non-respect des engagements conventionnels est maintenue. Afin de tenir compte des nouveaux engagements de la convention nationale, l'article 38.1 prévoit un nouveau manquement : le non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation.

La procédure a fait l'objet d'une réécriture afin de la rendre plus lisible et opérationnelle sans modification des délais.

Afin de limiter les risques de contentieux, au regard notamment des vices de procédure pouvant remettre en cause l'application d'une sanction conventionnelle notifiée, l'attention des caisses est attirée sur un certain nombre de points :

- respect des délais,
- vérification de la composition de l'instance, des règles de quorum et de parité pour que l'avis de la commission soit valable,
- caractérisation précise des faits ayant conduit au constat par la caisse du non-respect des dispositions conventionnelles (instruction approfondie du dossier au préalable, à l'aide d'éléments factuels et objectifs),
- matérialisation des avis sur les sanctions à prononcer,
- motivation des sanctions notifiées sur la base des dispositions conventionnelles (rappel de la référence des articles, du contenu, etc.),
- précision de la date d'entrée en application de la sanction et des voies de recours dans le courrier de notification de la sanction,
- respect du contradictoire.

Enfin, une procédure exceptionnelle de déconventionnement en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels, par un chirurgien-dentiste est créée. Cet article est similaire à la procédure instaurée pour les médecins dans la convention médicale.

A titre exceptionnel, cette procédure permet au directeur de la Caisse du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste de suspendre les effets de la convention pour une durée ne pouvant excéder trois mois, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant, et ce dès lors que la CPAM a déposé une plainte pénale pour fraude (article L.114-9 du code de la sécurité sociale), à l'encontre du chirurgien-dentiste, pouvant entraîner un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale (environ 25 328 euros).

Simultanément, le directeur de la caisse peut engager une procédure de déconventionnement dans les conditions définie à l'article 38.2 de la convention nationale à laquelle le préalable de l'avertissement ne s'appliquera pas.

Un schéma de cette procédure est présenté en annexe 4 de la présente circulaire.

A noter que ces dispositions, non soumises au délai de 6 mois visé par l'article L162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, sont applicables au lendemain de la publication de la convention au JO, soit depuis le 26 Août 2018.

6.2.5. Continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

L'article 38.7 de la convention assure une continuité des procédures et sanctions conventionnelles initiées avant son entrée en vigueur. Ainsi, les procédures conventionnelles menées en application des articles 7.3 de la précédente convention qui sont en cours, peuvent être poursuivies dans le cadre de la nouvelle convention. De même les sanctions conventionnelles en cours d'exécution peuvent s'appliquer jusqu'à leur terme.

La procédure de sanction conventionnelle est conservée. Elle a néanmoins fait l'objet d'une réécriture afin de la rendre plus lisible et opérationnelle.

7. Actions d'accompagnement des chirurgiens-dentistes

La mise en œuvre de la nouvelle convention sera accompagnée par différentes actions de communication auprès des chirurgiens-dentistes. Une campagne d'accompagnement sera notamment réalisée par les délégués de l'assurance maladie et/ou des chirurgiens-dentistes conseils de l'assurance maladie à compter du dernier trimestre 2018.

ANNEXES :

Annexe 1 – Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie

Annexe 2 – Fiche thématique CAICD

Annexe 3 – Fiche thématique CAMCD

Annexe 4 – Schéma présentant la procédure exceptionnelle de déconventionnement

Annexe 5 – Liste des actes prothétiques plafonnés à compter du 1^{er} avril 2019