

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie

NOR: SANS0622496A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention nationale des chirurgiens-dentistes annexée au présent arrêté et conclue les 11 et 19 mai 2006 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération nationale des syndicats dentaires et l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes-Union dentaire.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 14 juin 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
PHILIPPE BAS

CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie représentée par Frédéric Van Roekeghem, directeur général,

Et

La Confédération nationale des syndicats dentaires représentée par Jean-Claude Michel, président,

L'Union des jeunes chirurgiens-dentistes-Union dentaire représentée par Jean-Marc Preynat, président,
en application des articles L. 162-9 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, sont convenues des termes de la convention qui suit :

Sommaire

Préambule :

Champ d'application de la convention.

Titre I^{er}. – La prévention et l'éducation sanitaire.

1.1. Parties concernées :

1.1.1. Les bénéficiaires.

1.1.2. Les chirurgiens-dentistes.

1.2. Contenu du dispositif :

1.2.1. Le contenu de l'examen de prévention.

- 1.2.2. Les soins consécutifs à l'examen de prévention.
 - 1.2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention.
 - 1.3. Modalités pratiques.
 - 1.4. Engagements des parties :
 - 1.4.1. Les engagements du chirurgien-dentiste.
 - 1.4.2. Les engagements de l'UNCAM.
 - 1.5. Evaluation du dispositif :
 - 1.5.1. Les dispositions générales.
 - 1.5.2. Le contenu des volets de l'évaluation.
 - 1.5.3. La formalisation de l'évaluation.
 - 1.6. Modalités de suivi par les instances conventionnelles :
 - 1.6.1. Le suivi par la Commission paritaire nationale.
 - 1.6.2. Les commissions paritaires départementales.
 - 1.7. Dispositions transitoires.
- Titre II. – Les mesures de valorisation.
- 2.1. Valorisation des soins conservateurs et chirurgicaux.
 - 2.2. CMU-C.
- Titre III. – La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses et la qualité des soins.
- 3.1. Identification des besoins et la régulation de l'offre de soins.
 - 3.2. Références professionnelles et recommandations de bonne pratique.
 - 3.3. Engagements de maîtrise médicalisée.
 - 3.4. Suivi de l'évolution des dépenses bucco-dentaires.
 - 3.5. Relevés individuels d'activité et de prescriptions.
- Titre IV. – Les modalités d'exercice conventionnel.
- 4.1. Délivrance des soins aux assurés.
 - 4.1.1. Les documents ouvrant droit au remboursement.
 - 4.1.2. La rédaction des ordonnances.
 - 4.1.3. L'entente préalable.
 - 4.1.4. L'interruption de travail.
 - 4.1.5. La situation du remplaçant.
 - 4.1.6. Les actes effectués par un chirurgien-dentiste salarié.
 - 4.1.7. Les actes dispensés dans un établissement.
 - 4.1.8. L'exercice en société.
 - 4.2. Honoraires :
 - 4.2.1. La fixation des honoraires.
 - 4.2.2. Les modalités de paiement des honoraires.
 - 4.2.3. Le remboursement des traitements bucco-dentaires.
 - 4.2.4. La révision des honoraires.
 - 4.2.5. La détermination du droit permanent à dépassement (DP).
 - 4.3. Evolution des modalités d'exercice professionnel :
 - 4.3.1. La démographie des chirurgiens-dentistes.
 - 4.3.2. La commission des chirurgiens-dentistes chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes dentaires (CHAP).
 - 4.3.3. La classification commune des actes médicaux.
 - 4.3.4. Les actes de chirurgie (anciennement cotés en KCC).
 - 4.3.5. La charte du praticien contrôlé.
 - 4.3.6. La place du chirurgien-dentiste dans le parcours de soins.
- Titre V. – La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge.
- 5.1. Engagement à la télétransmission.
 - 5.2. Mise en œuvre de la télétransmission des chirurgiens-dentistes :
 - 5.2.1. Les retours d'informations.
 - 5.2.2. Le respect des règles applicables aux informations électroniques.
 - 5.2.3. La maintenance et évolution du système SESAM-Vitale.
 - 5.2.4. La garantie de paiement et la liste d'opposition.
 - 5.3. Equipement, matériel et réseau :
 - 5.3.1. L'équipement informatique des chirurgiens-dentistes.

5.3.2. La liberté de choix du matériel informatique.

5.4. Traitement des incidents :

5.4.1. L'information réciproque.

5.4.2. L'absence ou dysfonctionnement de la carte lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique.

5.4.3. Les dysfonctionnements lors de la transmission des feuilles de soins électroniques.

5.5. Aides :

5.5.1. L'aide à la télétransmission.

5.5.2. L'aide à la maintenance.

5.5.3. L'aide CPS et CPE.

5.5.4. Les modalités de versement des aides.

5.6. Difficultés d'application.

Titre VI. – Les dispositions sociales.

6.1. Assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

6.2. Avantages complémentaires de vieillesse.

6.3. Particularités liées aux cotisations maladies.

6.4. Modalités d'application.

Titre VII. – La vie conventionnelle.

7.1. Durée et conditions d'application de la convention :

7.1.1. La durée de la convention.

7.1.2. Les modalités de notification et d'adhésion.

7.1.3. La résiliation de la convention.

7.2. Instances conventionnelles :

7.2.1. La Commission paritaire nationale (CPN).

7.2.2. Les commissions paritaires départementales (CPD).

7.2.3. Les dispositions communes à la Commission paritaire nationale et aux commissions paritaires départementales.

7.2.4. Le comité paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission.

7.2.5. Le Comité paritaire national de formation continue conventionnelle (CPN-FCC).

7.2.6. Le conseil scientifique de la formation continue conventionnelle.

7.3. Non-respect des dispositions conventionnelles :

7.3.1. Le non-respect des règles conventionnelles.

7.3.2. Les mesures encourues.

7.3.3. Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux.

7.3.4. Les dispositions communes.

Titre VIII. – La formation continue conventionnelle (FCC).

8.1. Principes.

8.2. Modalités de gestion et de mise en œuvre de la FCC.

Annexe I. – Tarifs.

Annexe II. – Tarifs d'honoraires applicables au dispositif de prévention.

Annexe III. – Devis pour traitement prothétique et autres actes pouvant faire l'objet d'une entente directe.

Annexe IV. – Règlement intérieur type de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires départementales.

Annexe V. – Objectifs régionaux d'engagements de maîtrise médicalisée pour les douze mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

Préambule

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées, les Parties signataires entendent contribuer, chacune pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la nation.

Partant du constat que les soins conservateurs, qui représentent une part majoritaire de l'activité des chirurgiens-dentistes, ne correspondent qu'à une part limitée de leurs honoraires et que ce déséquilibre a un impact en termes d'accès aux soins et de santé publique, les Parties signataires s'inscrivent dans une volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires.

En outre, les partenaires conventionnels souhaitent situer leur démarche dans le cadre de priorités sanitaires en étant conscients de la situation financière de l'assurance maladie ainsi que de la nécessité d'assurer et de solvabiliser une offre de soins dentaires de qualité.

A cet effet, la présente convention vise notamment à améliorer la prévention bucco-dentaire, à revaloriser les soins conservateurs précoces et les soins chirurgicaux pour garantir la qualité des soins dispensés, et à préserver l'accès aux soins dentaires aux assurés sociaux.

En conséquence, les Parties signataires estiment nécessaire de procéder à :

- la redéfinition du dispositif de prévention afin d'engager des actions vers des cibles prioritaires ;
- la réévaluation des soins conservateurs et chirurgicaux les plus importants par une modification de certaines cotations de la nomenclature, dans l'attente de l'étude nécessaire à la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; cette réévaluation devant se traduire par un meilleur équilibre entre les soins conservateurs, chirurgicaux et prothétiques ;
- dans un souci d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis, l'aménagement conventionnel des dispositions de l'application de la loi CMU-C et une proposition de modification de la grille tarifaire des arrêtés du 31 décembre 1999, du 15 janvier 2000 et du 10 avril 2002.

Par ailleurs, les Parties signataires s'accordent pour étudier des mesures d'accompagnement relatives à la démographie, la formation continue conventionnelle et pour mettre en place la commission de hiérarchisation des actes.

En outre, les Parties signataires décident de se fixer les objectifs suivants :

- garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité et améliorer progressivement leur prise en charge ;
- garantir à tous les assurés sociaux une meilleure information sur les soins bucco-dentaires dont ils bénéficient ;
- responsabiliser les assurés et les patients dans le recours aux soins dentaires en leur offrant la possibilité de s'inscrire dans des dispositifs de prévention efficaces et de bénéficier au plus tôt des soins conservateurs dont ils ont besoin ;
- prendre en compte la place spécifique du chirurgien-dentiste pour la mise en œuvre du parcours de soins, dans le respect de sa capacité professionnelle ;
- garantir la forme libérale de l'exercice de la chirurgie dentaire.

L'assurance maladie réaffirme son engagement à ne pas mettre en place une distribution de soins dentaires par les cabinets de caisses ;

- respecter le libre choix du praticien par le malade. Dans ce cadre, les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre tous les chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention et les médecins conventionnés qui dispensent les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation, au regard de la présente convention, des chirurgiens-dentistes de leur circonscription.

Pour leur part, les chirurgiens-dentistes assurent cette information auprès de leurs patients, suivant les modalités qui leur paraissent les plus appropriées, en conformité avec la réglementation.

Les caisses se réservent le droit de faire connaître aux assurés les sanctions non assorties de sursis comportant interdiction temporaire ou définitive pour les chirurgiens-dentistes de donner des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie :

- respecter le principe du paiement direct à l'acte ;
- organiser la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses, qui doit être un des moyens nécessaires à la promotion de la santé, à la préservation de notre système de soins et de protection sociale ainsi qu'à une juste rémunération de l'activité des chirurgiens-dentistes. Les Parties signataires souhaitent tout mettre en œuvre afin que les dépenses soient optimisées ;
- améliorer la qualité des soins dispensés, notamment en s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés.

Les Parties signataires s'engagent à suivre et à évaluer régulièrement les actions qu'elles mettent en œuvre.

Les Parties signataires rappellent que les soins dentaires doivent, dans tous les cas, être réalisés conformément aux données avérées de la science et notamment aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Dans l'intérêt de la santé publique et des assurés sociaux, les caisses d'assurance maladie s'engagent, avec la profession, à lutter contre l'exercice illégal ou la complicité d'exercice illégal de la chirurgie dentaire.

CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

La présente convention s'applique, d'une part, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses de mutualité sociale agricole et aux caisses d'assurance maladie des professions indépendantes et, d'autre part, aux chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral, ayant choisi d'adhérer au présent dispositif, pour les soins dispensés au lieu d'exercice ou exceptionnellement au domicile du malade ou assimilé.

La présente convention s'applique aussi aux chirurgiens-dentistes salariés d'un autre chirurgien-dentiste exerçant à titre libéral.

TITRE I^{er}

LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION SANITAIRE

Les Parties signataires entendent rappeler qu'une politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire passe nécessairement par la prévention et le dépistage bucco-dentaire pour lutter contre le risque de recours trop tardif aux soins dentaires.

Ainsi, la mise en place d'un suivi régulier des enfants et des adolescents se traduit dès la deuxième année par une diminution du nombre de dents cariées et, à terme, par une baisse de la fréquence des soins prothétiques.

Conscientes de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, les Parties signataires ont élaboré un dispositif de prévention bucco-dentaire dès 1997. Ce dispositif était initialement destiné aux adolescents de 15 à 18 ans et a été étendu aux adolescents de 13 et 14 ans en 2003.

Afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les plus jeunes, les Parties signataires s'engagent à améliorer le dispositif actuel en intégrant, dans un dispositif unique de prévention, les modalités de l'examen bucco-dentaire obligatoire introduites par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2002 et pour 2006.

Les Parties signataires entendent rappeler leur attachement au financement de ce dispositif dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

Elles décident ainsi de mettre en place et de développer des actions incitatives de prévention vers des cibles prioritaires, correspondant aux âges les plus vulnérables au risque carieux, que sont les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

En outre, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) s'engage à mettre en place, en partenariat avec la profession, une gestion active du dispositif de prévention de manière à accompagner les bénéficiaires et les inciter à y participer.

Après évaluation médicale et économique, le dispositif pourra, le cas échéant, être ultérieurement étendu, sous des formes adaptées, à d'autres bénéficiaires tels que les jeunes adultes de 21 ans et les personnes qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins dentaires.

De plus, les Parties signataires mettront en place un dispositif de prévention destiné aux femmes enceintes. Ce dispositif devra s'articuler avec les autres professions de santé concernées.

1.1. Parties concernées**1.1.1. Les bénéficiaires**

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

1.1.2. Les chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes libéraux et les chirurgiens-dentistes salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à l'action de prévention.

Toutefois, les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale conventionnés, qui n'exécutent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.

1.2. Contenu du dispositif

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

1.2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire...), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

1.2.2. Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, cotés respectivement par les lettres clés SC, DC, Z de la NGAP.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

1.2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Ils sont fixés à l'annexe II.

1.3. Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent doit consulter le chirurgien-dentiste de son choix, ou du choix de ses parents, dans les six mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le chirurgien-dentiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le chirurgien-dentiste dans le carnet de santé.

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 trois mois qui suivent cet examen.

En ce qui concerne les soins consécutifs éventuels, dans l'attente de la possibilité de leur télétransmission, la feuille de soins bucco-dentaire habituelle acquittée est adressée directement par le bénéficiaire ou l'assuré dont il dépend à l'organisme d'affiliation en vue du remboursement, sauf dans les cas de dispense d'avance des frais prévus par la loi.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, les soins consécutifs doivent s'achever dans les six mois suivant la date de début des soins.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à permettre la télétransmission de cet examen et des soins consécutifs avant le 31 décembre 2006.

1.4. Engagements des parties

1.4.1. Les engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la convention nationale en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention ;
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les Parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

1.4.2. Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel ;

- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux chirurgiens-dentistes ;
- mettre en place, en partenariat avec les syndicats signataires, une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner, en partenariat avec les syndicats signataires, la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux chirurgiens-dentistes ;
- restituer aux chirurgiens-dentistes dans le cadre des commissions paritaires conventionnelles les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ;
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de quinze jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété ;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à cinq jours.

1.5. *Evaluation du dispositif*

1.5.1. **Les dispositions générales**

Les Parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des chirurgiens-dentistes concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

1.5.2. **Le contenu des volets de l'évaluation**

Les Parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. Domaine médical :

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins/nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention ;
- nombre de programmes de soins réalisés/nombre de programmes de soins proposés ;
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention ;
- analyse de l'indice CAO.

2. Domaine économique :

- suivi de l'indice CAO ;
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. Domaine social :

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des chirurgiens-dentistes ;
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple) par tranche d'âge et par cible ;
- enquête de satisfaction auprès des chirurgiens-dentistes ;
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

1.5.3. **La formalisation de l'évaluation**

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses trois composantes feront l'objet d'une annexe à la présente convention.

1.6. *Modalités de suivi par les instances conventionnelles*

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

1.6.1. **Le suivi par la Commission paritaire nationale**

La Commission paritaire nationale confie à un comité paritaire de suivi qu'il désigne le soin de suivre l'application du dispositif, d'en analyser les effets et de proposer d'éventuels aménagements.

Celui-ci coordonne et oriente l'application du dispositif au niveau local.

1.6.2. Les commissions paritaires départementales

Les commissions paritaires départementales examinent les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire.

Elles confient, en tant que de besoin, à la « formation chirurgiens-dentistes » de la commission paritaire départementale le soin de diligenter, selon un cahier des charges défini par la Commission paritaire nationale, les études et investigations nécessaires à la mesure de l'impact du dispositif sur l'activité des chirurgiens-dentistes et sur la consommation de soins bucco-dentaires.

Les commissions dressent chaque année un bilan d'application du dispositif qu'elles adressent à la Commission paritaire nationale.

1.7. Dispositions transitoires

Le bilan bucco-dentaire (BBD) demeure applicable dans les conditions prévues par la précédente convention nationale des chirurgiens-dentistes jusqu'à la mise en place avant le 1^{er} janvier 2007 des présentes dispositions pour les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

TITRE II

LES MESURES DE VALORISATION

2.1. Valorisation des soins conservateurs et chirurgicaux

Les Parties signataires entendent rappeler que la chirurgie dentaire est une spécialité en évolution constante. Elle occupe une place essentielle dans la prévention des maladies bucco-dentaires, mais également dans la prévention des pathologies en général.

En complément des dispositifs de prévention, les soins conservateurs et chirurgicaux sont les premiers besoins de soins auxquels il est nécessaire de répondre dans l'objectif de maintenir et d'améliorer l'état bucco-dentaire de la population.

Cependant, la tarification des actes de chirurgie dentaire n'a pas suivi l'évolution des pratiques professionnelles. La cotation de certains actes n'est plus en rapport avec les conditions économiques et médicales utiles à leur réalisation.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) devra permettre les actualisations nécessaires. Les actes de chirurgie dentaire ne sont toutefois pas concernés par la première version de la CCAM publiée en mars 2005.

Dans l'attente de l'intégration des actes de chirurgie dentaire à la CCAM, le présent texte propose des mesures de nomenclature applicables à une catégorie d'actes justifiant une réévaluation de leur niveau actuel de rémunération dans la NGAP.

En conséquence, les Parties signataires conviennent que la partie du financement des caisses, accordée au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des chirurgiens-dentistes conventionnés et correspondant aux dépassements d'honoraires sur les soins prothétiques et orthodontiques, est affectée à la valorisation des soins conservateurs et chirurgicaux dans le but de permettre un rééquilibrage entre ces deux secteurs.

Pour sa part, l'UNCAM s'engage à veiller à la transposition de cet accord aux centres de santé dentaires, dans un souci d'équité entre les différents offreurs de soins.

Valorisation des soins conservateurs

Les Parties signataires proposent donc de valoriser au plus tard le 31 mai 2006 les soins conservateurs suivants correspondant à des priorités sanitaires et favorisant la prise en charge précoce. Cette valorisation se fera préalablement à la date d'exigibilité de la cotisation d'assurance maladie.

| ACTES | COTATION avant valorisation | COTATION après valorisation proposée |
|---|--------------------------------|--|
| Reconstitution coronaire 1 face | SC 6 | SC 7 |
| Scellement de sillons..... | SC 8 | SC 9 |
| Reconstitution coronaire 2 faces | SC 9 | SC 12 |
| Reconstitution coronaire 3 faces | SC 15 | SC 17 |
| Pulpectomie groupe incisivo-canin | SC 10 | SC 14 |
| Pulpectomie groupe prémolaire..... | SC 15 | SC 20 |
| Pulpectomie groupe molaire..... | SC 25 | SC 34 |
| Extraction d'une dent permanente..... | DC 10 | DC 16 |
| Extraction(s) suivante(s)..... | DC 5 | DC 8 |

Pour les enfants de moins de 13 ans, les Parties signataires proposent les valorisations suivantes :

| ACTES | COTATION avant revalorisation pour les enfants de moins de 13 ans | COTATION après revalorisation proposée pour les enfants de moins de 13 ans |
|---|--|--|
| Reconstitution coronaire 1 face | SC 7 | SC 8 |
| Reconstitution coronaire 2 faces | SC 11 | SC 14 |
| Reconstitution coronaire 3 faces | SC 18 | SC 20 |
| Pulpectomie groupe incisivo-canin | SC 12 | SC 16 |
| Pulpectomie groupe prémolaire..... | SC 19 | SC 24 |
| Pulpectomie groupe molaire..... | SC 30 | SC 39 |

Ces dispositions font l'objet d'une modification de la Nomenclature générale des actes professionnels conformément à la réglementation en vigueur.

Ces mesures s'appliquent sous réserve de la publication préalable de la modification de la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

2.2. CMU-C

Les Parties signataires, soucieuses de répondre au mieux à l'accès des bénéficiaires de la CMU-C aux soins bucco-dentaires, s'accordent sur la nécessité d'une réévaluation des actes jugés prioritaires du périmètre de soins CMU-C.

La réévaluation de ces actes est considérée comme une priorité sanitaire, en tenant compte des dotations financières accordées par le fonds CMU pour le périmètre de soins dentaires et en adéquation avec le dispositif de gestion des soins prothétiques.

A cette fin, les partenaires conventionnels se sont accordés pour soumettre au ministre de la santé et des solidarités des propositions de revalorisation de ces soins en portant notamment une attention particulière aux actes d'orthopédie dento-faciale.

Les signataires de la présente convention souhaitent accompagner les bénéficiaires de la CMU-C comme l'ensemble des assurés afin qu'ils appréhendent pleinement leurs droits et obligations. Un groupe de travail est créé à cet effet.

Les Parties signataires conviennent également de prendre les dispositions et les engagements propres à garantir le suivi de la prise en charge thérapeutique par les patients bénéficiaires de la CMU-C.

TITRE III

LA MAÎTRISE MÉDICANISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET LA QUALITÉ DES SOINS

Les chirurgiens-dentistes, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à :

- respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession ;
- faire bénéficier leurs patients de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents et conformes aux données avérées de la science.

Les caisses reconnaissent aux chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention, la liberté du choix des thérapeutiques utilisées.

Dans le cadre de l'exercice de leur profession sous champ conventionnel, et conformément à la réglementation en vigueur, les chirurgiens-dentistes observent dans leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement. Ils utilisent notamment les techniques les moins onéreuses à efficacité thérapeutique comparable.

3.1. L'identification des besoins et la régulation de l'offre de soins

Les Parties signataires estiment indispensable de mieux cerner les besoins et les indications des soins dentaires, à partir des travaux de la communauté scientifique et de la Haute Autorité de santé en particulier. Elles proposent d'assurer une responsabilité partagée dans l'identification et l'évaluation des besoins et dans la réponse justifiée à y apporter.

A côté des dispositifs structurels introduits par la loi de réforme de l'assurance maladie (aides à l'installation dans les zones sous-médicalisées, généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles,...), les Parties signataires décident de développer la maîtrise médicalisée conventionnelle autour d'objectifs qui seront définis en commun.

Ces objectifs prendront notamment en compte les recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les Parties signataires souhaitent que des travaux d'analyse visant à une meilleure réponse aux besoins de soins dentaires soient menés, notamment par les instances départementales (analyse démographique,...).

3.2. *Références professionnelles et recommandations de bonne pratique*

Les Parties signataires conviennent de développer la maîtrise médicalisée conventionnelle en étendant le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective.

A cet effet, les Parties conviennent d'établir chaque année une liste d'activités médicales à soumettre, le cas échéant, à la Haute Autorité de santé en vue de l'établissement de références médicales.

Les recommandations sont des propositions de bonne pratique ou de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés.

Les références professionnelles identifient les soins et prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute Autorité de santé à partir de critères scientifiques reconnus et à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et apprécier le service médical rendu.

Les Parties signataires conviennent de définir les modalités de diffusion de ces recommandations de bonne pratique et références professionnelles vers les professionnels concernés et leur utilisation, en vue de leur appropriation par les chirurgiens-dentistes, dans le cadre notamment de la formation continue conventionnelle.

3.3. *Engagements de maîtrise médicalisée*

Pour la mise en œuvre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les partenaires conventionnels proposent des mesures visant à la maîtrise médicalisée qui pourront prendre la forme soit d'avenants conventionnels, soit d'engagements collectifs ou individuels.

Dès lors, sur les thèmes retenus, les engagements pourront répondre notamment à :

- la réduction des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées ;
- l'optimisation des pratiques de diagnostic et de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable.

A cet effet, les Parties signataires définissent pour 2006 les thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée suivants :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- respect des recommandations médicales et des indications thérapeutiques des reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire coulées ou insérées en phase plastique, tout en favorisant la technique au plus faible coût à efficacité thérapeutique identique : augmentation de 8 points du ratio, à l'horizon d'un an, des reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire insérées en phase plastique relativement aux reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire coulées ;
- amélioration de la prescription d'antibiotiques dans le cadre du traitement des affections de la cavité buccale afin de réduire le risque de développement des résistances bactériennes : diminution de 10 % des montants 2005, à l'horizon d'un an, des prescriptions d'antibiotiques à visée curative et à visée prophylactique réalisées pour le traitement d'affections bucco-dentaires. La Commission paritaire nationale visée à l'article 7.2.1 précisera la déclinaison régionale de cet objectif.

Pour l'année 2007, les Parties conviennent de reprendre les thèmes retenus pour 2006 et définissent un nouveau thème pour 2007 :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- amélioration des choix thérapeutiques pour la réalisation des reconstitutions préprothétiques, avec ou sans ancrage radiculaire ;
- 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 : diminution des risques médicaux pour ces patients en liaison avec les autres professionnels concernés.

Est joint en annexe V à la présente convention le tableau présentant la déclinaison régionale de l'engagement de maîtrise médicalisée sur le thème : reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire, pour les douze mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

3.4. *Suivi de l'évolution des dépenses bucco-dentaires*

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins dentaires, les Parties signataires entendent surveiller l'évolution des honoraires de prothèses tout en préservant, pour ces actes, la notion d'entente directe.

Dans ce cadre, la profession s'engage à ce que la réaffectation des prises en charge de cotisations sociales au financement des soins conservateurs ne se traduise pas, pendant les deux années de la mise en œuvre de la réforme, par une augmentation des honoraires de soins prothétiques.

Il s'agit de rechercher un équilibre entre l'activité consacrée aux soins conservateurs et celle consacrée aux soins prothétiques et d'associer l'ensemble des acteurs intervenant dans le financement des prothèses. Les Parties signataires entendent engager, en partenariat avec l'UNOCAM, une politique concertée ayant pour objectif de permettre l'accès aux soins prothétiques les plus courants.

Dispositif de suivi de l'évolution des dépenses dentaires

La Commission paritaire nationale se réunit au moins deux fois par an pour suivre l'évolution de ces dépenses.

Les commissions paritaires départementales se réunissent au moins deux fois par an pour examiner le suivi des dépenses de leur circonscription relatives aux actes dentaires présentés au remboursement de l'assurance maladie. Elles mettent en place notamment des actions d'information auprès des assurés et/ou des professionnels.

Observatoire des dépenses dentaires

En outre, les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un observatoire chargé d'analyser l'évolution de la dépense dentaire. Il s'attachera plus particulièrement à suivre l'évolution des honoraires des traitements prothétiques.

Les partenaires conventionnels conviennent d'associer l'UNOCAM à cet observatoire afin de partager les informations relatives aux dépenses de santé bucco-dentaire.

3.5. *Relevés individuels d'activité et de prescriptions*

En liaison avec la « formation chirurgiens-dentistes » de la commission paritaire départementale et compte tenu de ses indications, les caisses établissent dans la limite de leurs moyens, pour l'ensemble des praticiens libéraux et pour chacun, des relevés individuels d'activité et de prescriptions codés faisant apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés ainsi que la nature et le coût des prescriptions remboursées.

Ces données sont établies par trimestre et adressées par les caisses à chaque chirurgien-dentiste, quatre fois par an. Le professionnel, après avoir pris connaissance de ces informations, en vérifie l'exactitude et peut, en cas de désaccord, prendre contact avec la caisse primaire de son lieu d'exercice afin de vérifier la réalité des informations et d'y faire apporter si nécessaire les corrections qui s'imposent.

TITRE IV

LES MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

4.1. *Délivrance des soins aux assurés*

Les conditions suivantes doivent être obligatoirement remplies pour que les actes dispensés par les chirurgiens-dentistes donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie.

4.1.1. **Les documents ouvrant droit au remboursement**

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et les règlements en vigueur.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales nationales signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents électroniques et/ou papier ouvrant droit aux prestations d'assurance maladie-maternité et accident du travail.

Lorsqu'un chirurgien-dentiste réalise sur un même patient des actes imputables à des risques différents (AM, AT), il inscrit les actes imputables à chaque risque sur des feuilles de soins distinctes.

Lors de chaque acte, le chirurgien-dentiste porte, ligne par ligne, sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires ou le document de facturation (1) les indications prescrites par la réglementation ainsi que, le cas échéant, le numéro de la dent traitée.

La prestation des soins doit être mentionnée au jour le jour. La signature attestant l'exécution des actes est apposée par le praticien qui les a effectués.

La réalisation des soins et des prestations est attestée conformément à la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La cotation et le codage des actes

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter les dispositions et les cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels, ou les dispositions de la classification commune des actes médicaux, quand cette dernière sera mise en œuvre.

Acquit des honoraires

Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale et du 4 de l'article 4.2.1 ci-après, le chirurgien-dentiste est tenu d'inscrire sur les feuilles de soins et de traitements bucco-dentaires le

montant total des honoraires qu'il a perçus et en donne l'acquit. Il ne peut donner l'acquit que pour des actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu les honoraires correspondants, réserve faite des dispositions relatives à certaines conditions d'exercice : chirurgiens-dentistes salariés ou membres de SCP ou SEL, ou exerçant en établissement de santé.

(1) Le document de facturation s'entend de tous imprimés ou documents homologués par le ministère de tutelle.

4.1.2. La rédaction des ordonnances

Le chirurgien-dentiste formule ses prescriptions sur une ordonnance portant, de façon lisible, son nom, son adresse et son numéro d'identification ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible notamment pour en ce qui concerne la durée du traitement, et doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

En application des articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit une spécialité pharmaceutique, un produit, un acte ou une prestation non remboursables, le chirurgien-dentiste en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face de la spécialité ou produit concerné.

4.1.3. L'entente préalable

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à l'entente préalable, le chirurgien-dentiste complète le formulaire d'entente préalable sur la partie confidentielle réservée à cet effet. Il indique la nature de l'acte ou du traitement en fonction de la Nomenclature générale des actes professionnels ainsi que les motifs de sa demande.

Lorsqu'un chirurgien-dentiste établit une demande d'entente préalable pour réaliser chez un même patient des actes cotés avec des lettres clés différentes, il utilise une feuille distincte pour inscrire chaque catégorie d'actes correspondant à une même lettre clé.

Il certifie l'exactitude de l'ensemble de ces renseignements par l'apposition de sa signature.

4.1.4. L'interruption de travail

Le chirurgien-dentiste indique la durée de l'interruption de travail qu'il juge médicalement nécessaire.

Il transmet, le cas échéant, les informations médicales correspondantes au médecin traitant de l'assuré.

Pour les arrêts de travail, le chirurgien-dentiste expose, lorsque la demande lui en est faite, les motifs de sa prescription au praticien-conseil.

4.1.5. La situation du remplaçant

Le remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des chirurgiens-dentistes de son département, et pour les étudiants l'attestation de praticien autorisé, ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le chirurgien-dentiste remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre de la présente convention durant son remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et du régime de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales.

Il indique sa situation de remplaçant et son numéro d'inscription à l'ordre des chirurgiens-dentistes ou, à défaut, le numéro attribué par la caisse à l'emplacement prévu à cet effet sur les différents supports de facturation.

La caisse d'assurance maladie peut, en tant que de besoin, demander communication de l'attestation de remplacement.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé dans le cadre des suivis d'activité et de dépenses.

4.1.6. Les actes effectués par un chirurgien-dentiste salarié

Lorsque les actes sont effectués par un chirurgien-dentiste salarié :

- les feuilles de soins et de traitements bucco-dentaires, sur lesquelles sont inscrits les soins, doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification du chirurgien-dentiste salarié ;
- le chirurgien-dentiste salarié atteste la prestation de l'acte et le professionnel de santé employeur, le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires ;
- la signature du professionnel de santé employeur, sur la feuille de soins bucco-dentaires, engage sa responsabilité sur l'application, par le chirurgien-dentiste salarié, des cotations de la nomenclature en vigueur.

4.1.7. Les actes dispensés dans un établissement

Pour les actes dispensés dans un établissement ou une structure d'hébergement et non pris en charge par l'assurance maladie à un autre titre (forfait de soins...), les chirurgiens-dentistes doivent porter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse et la raison sociale de l'établissement ou de la structure où ont été effectués les soins.

4.1.8. L'exercice en société

Le chirurgien-dentiste membre d'une société civile professionnelle (SCP), d'une société d'exercice libéral (SEL) ou d'une société de participation en exercice libéral (SPEL) se voit attribuer par la caisse primaire du lieu d'exercice de la société des feuilles de soins préidentifiées à son nom personnel. Toutefois, pour indiquer que son exercice intervient au sein d'une SCP ou d'une SEL, la raison sociale et l'adresse de la société sont portées sous son nom propre.

Tous les associés sont habilités à signer l'acquit des honoraires, en revanche l'exécution des actes doit être obligatoirement signée par le praticien qui effectue l'acte.

4.2. Honoraires

4.2.1. La fixation des honoraires

Principe

Les tarifs d'honoraires fixés en application de la présente convention sont déterminés d'après la liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et sont indiqués en annexe I.

Les tarifs d'honoraires applicables aux consultations, aux soins conservateurs et chirurgicaux, aux actes radiologiques et de prévention sont déterminés par application de ce principe.

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient dans les conditions fixées ci-dessous.

1. Entente directe :

Un devis doit être établi par le chirurgien-dentiste, dans les conditions prévues à l'article ci-dessous.

En cas d'entente directe, la caisse ne prend pas en charge le montant des honoraires supplémentaires.

Le chirurgien-dentiste porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus.

2. Le devis :

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément aux dispositions de l'annexe III et comportant notamment :

1° La description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés ;

2° Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré ;

3° Le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à entente préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

A noter :

Un devis doit également être établi dans le cas de réparation de perte de substance dentaire par matériau incrusté (inlays/onlays) faisant appel à des techniques validées par la HAS. Dans l'attente des recommandations de la HAS, les partenaires conventionnels décident d'autoriser, transitoirement, le dépassement d'honoraires pour cet acte en cas d'utilisation d'une coulée métallique, d'une cuisson céramique ou d'un matériau composite faisant appel aux techniques de laboratoire.

On distinguera notamment, tels que définis par les normes en vigueur, les métaux précieux, les métaux semi-précieux et les métaux non précieux.

3. Dépassements :

Le chirurgien-dentiste ne peut pas appliquer de dépassements d'honoraires en dehors des cas indiqués ci-après :

a) Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade : « DE ». Il ne peut notamment pas être utilisé pour des motifs liés :

– à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien ;

- au coût de fonctionnement du cabinet ;
- à des raisons propres au praticien.

b) Entente directe entre le praticien et l'assuré telle que définie au 4.2.1. « La fixation des honoraires ».

c) Bénéfice du droit permanent à dépassement accordé sous le régime des précédentes et de la présente convention : « DP », sous réserve des dispositions que prévoit cette dernière.

Dans ces cas, le chirurgien-dentiste indique le motif du dépassement ainsi que la totalité du montant des honoraires perçus sur la feuille de soins.

Dans les cas où le chirurgien-dentiste est autorisé à recourir à l'entente directe ou à pratiquer des dépassements, il fixe ses honoraires avec tact et mesure et en informe préalablement le patient.

4. Actes, produits ou prestations non remboursables :

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le chirurgien-dentiste est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément aux articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte uniquement les premiers sur la feuille de soins.

4.2.2. Les modalités de paiement des honoraires

1. Principe du règlement direct :

Le patient règle directement au chirurgien-dentiste ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement les actes pour lesquels le chirurgien-dentiste atteste qu'ils ont été dispensés et honorés conformément aux dispositions de la présente convention.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le chirurgien-dentiste porte, sur la feuille de soins, la mention « acte gratuit ».

2. Dispense d'avance des frais :

La procédure de dispense d'avance des frais permet le versement direct au chirurgien-dentiste par l'organisme d'assurance maladie de la part des honoraires pris en charge.

La feuille de soins, ou son support électronique, est alors transmise par le chirurgien-dentiste à la caisse d'affiliation du patient.

Cette procédure s'applique dans les cas suivants :

- patients bénéficiant de pension militaire, relevant de la législation des accidents du travail et de l'aide médicale d'Etat :

Les chirurgiens-dentistes se conforment à la réglementation en vigueur ;

- protocoles d'accord locaux :

Dans des cas exceptionnels justifiés par une situation sociale particulière, l'assuré peut être dispensé d'avancer la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, dans les conditions prévues par des protocoles d'accord locaux.

Les Parties signataires conviennent que ces protocoles locaux, qui leur sont soumis pour avis, doivent prendre en compte :

- la situation sociale du patient appréciée par le praticien dispensateur de soins ;
- un contrôle strict d'utilisation de cette procédure ;
- les modalités de facturation.

Toute difficulté d'application est soumise à l'appréciation de la commission paritaire départementale.

Le praticien peut faire jouer les dispositions de la convention concernant les dépassements, lorsqu'il a recours aux présentes dispositions, dans le respect du tact et de la mesure.

En cas de non-respect du protocole local, l'autorisation peut être retirée au chirurgien-dentiste par les caisses après avis de la commission paritaire départementale.

Les protocoles précédemment conclus sous l'emprise de la précédente convention restent applicables dans le cadre du présent texte.

Les partenaires conventionnels se réservent le droit de demander les protocoles locaux afin de les examiner ou de les réexaminer, et de mettre à la disposition des instances départementales un protocole type.

3. Modalités particulières :

Pour les actes dentaires effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, la part garantie par la caisse peut, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, être versée selon son choix :

- soit à un praticien de l'établissement désigné par le praticien ;
- soit individuellement à chaque chirurgien-dentiste.

4.2.3. Le remboursement des traitements bucco-dentaires

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais accessoires correspondant aux soins délivrés par les chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions fixées au titre II, sur la base des tarifs en vigueur définis à l'annexe I.

L'UNCAM s'engage à ce que le délai maximum de paiement, au patient ou au professionnel de santé, à compter de la réception de la feuille de soins, soit de :

- quatorze jours pour les feuilles de soins papier ;
- cinq jours pour les feuilles de soins électroniques.

4.2.4. La révision des honoraires

Chaque année, la CPN dresse un constat relatif au respect des obligations fixées par la convention, notamment le respect des engagements de maîtrise médicalisée. Elle élabore et transmet un rapport aux Parties signataires, et examine le cas échéant l'évolution des honoraires dentaires.

4.2.5. La détermination du droit permanent à dépassement (DP)

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.

4.3. Evolution des modalités d'exercice professionnel

La présente convention étant conclue pour une durée de cinq ans, les Parties signataires conviennent pendant cette période d'étudier notamment les sujets suivants :

4.3.1. La démographie des chirurgiens-dentistes

Les Parties signataires entendent rappeler que l'installation des professionnels de santé libéraux est caractérisée par de fortes disparités régionales, départementales ou intradépartementales. Dans les zones géographiques de faible densité démographique, les patients peuvent rencontrer des difficultés dans leur accès aux soins. Les conditions de travail des professionnels de santé y sont également dégradées.

La revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux et du panier de soins CMU-C constitue un élément important pour favoriser l'équilibre économique des cabinets dentaires dans les zones carencées.

Cependant ces dispositifs conventionnels ne peuvent pas, à eux seuls, modifier le comportement des professionnels de santé.

Afin de mettre en œuvre une politique de gestion prévisionnelle de la démographie et de la répartition géographique de l'activité, en partenariat notamment avec l'Etat et les collectivités territoriales, les Parties signataires estiment nécessaire d'obtenir un constat détaillé de l'état de la démographie des chirurgiens-dentistes au niveau local.

Un tel constat permettrait ainsi de cibler des priorités adaptées localement et d'identifier notamment les difficultés se présentant dans les zones sous-médicalisées définies par les missions régionales de santé. Sur la base de ces constats, des mesures correctrices incitatives seront élaborées à titre expérimental, notamment en recourant aux dispositions législatives prévoyant la possibilité de moduler la participation des caisses aux avantages sociaux des praticiens situés en zones déficitaires (ASM, ASV, allocations familiales).

Les partenaires conventionnels décident de créer un groupe de travail chargé d'aborder l'ensemble des difficultés relatives aux zones déficitaires ainsi que la question de la permanence des soins.

4.3.2. La commission des chirurgiens-dentistes chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes dentaires (CHAP)

En application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, « la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions... Ces commissions, présidées par une personnalité désignée

d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ».

1. Missions

Les partenaires conventionnels décident donc de créer une commission chargée de déterminer, pour les chirurgiens-dentistes, les règles de hiérarchisation des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 et du 6° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

La commission peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

2. Composition

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat des chirurgiens-dentistes, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux :

- un représentant de l'Etat (et son suppléant) ;
- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS).

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

3. Règlement intérieur

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

4.3.3. La classification commune des actes médicaux

Les partenaires conventionnels entendent rappeler que les actes de chirurgie dentaire, actes médicaux, à part entière, sont concernés par la CCAM. La mise en place de la CCAM technique est donc un objectif à atteindre dans les deux ou trois années à venir.

A cet effet, les Parties conviennent de mettre en place un groupe de travail chargé d'étudier l'impact de l'application de la CCAM technique sur l'exercice professionnel et ses effets financiers pour l'assurance maladie ; il devra en outre mener conjointement avec les services de la CNAMTS les études économiques nécessaires à la détermination du coût de la pratique des actes, ainsi que des surcoûts (notamment prothétiques).

Le groupe de travail devra également faire des propositions de modalité de mise en place, en tenant compte des résultats de l'étude d'impact.

Il sera composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs.

4.3.4. Les actes de chirurgie (anciennement cotés en KCC)

Dans l'attente de la mise en place de la CCAM, 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.

4.3.5. La charte du praticien contrôlé

Les Parties signataires s'engagent à étudier les modalités de mise en œuvre de l'article 26 de la loi du 13 août 2004 relatif au respect des droits de la défense dans le cadre de la procédure d'analyse de l'activité.

4.3.6. La place du chirurgien-dentiste dans le parcours de soins

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus d'un médecin traitant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

Afin de ne pas pénaliser les assurés sociaux, et de ne pas remettre en cause la capacité des chirurgiens-dentistes, l'UNCAM s'engage à négocier un accord multiprofessionnel avec les syndicats représentatifs des médecins pour garantir l'accès aux spécialistes concernés nécessaires dans la pratique de la chirurgie dentaire.

TITRE V

LA TRANSMISSION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE DES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT OU À LA PRISE EN CHARGE

Les Parties signataires entendent rappeler que, dans le cadre de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, ont été définies les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge des actes bucco-dentaires, et notamment la feuille de soins électronique (FSE).

Ces conditions techniques sont désormais remplies dans la mesure où les cartes Vitale sont déployées depuis 1998, que le circuit de distribution des cartes CPS est opérationnel et que la résolution des difficultés techniques est illustrée par un taux important de chirurgiens-dentistes déjà en télétransmission SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, des assurés sociaux et des caisses d'assurance maladie du territoire national selon des règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires, dans le cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale, notamment complétées des présentes dispositions.

5.1. *Engagement à la télétransmission*

Les Parties signataires s'accordent pour considérer que c'est par l'incitation des praticiens à télétransmettre et non par des sanctions conventionnelles que la profession doit s'engager dans la télétransmission.

Tout chirurgien-dentiste adhérent à la présente convention s'engage à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

Il met en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation et à l'émission des feuilles de soins électroniques conformément à la réglementation et au cahier des charges SESAM-Vitale.

Les Parties signataires de la convention entendent favoriser la procédure d'échange électronique des feuilles de soins sécurisées, notamment en menant des actions partenariales en direction des chirurgiens-dentistes qui ne facturent pas sous format électronique SESAM-Vitale.

Ces actions se traduiront notamment par l'identification des correspondants dans chaque organisme local de l'assurance maladie, de manière à apporter aux chirurgiens-dentistes toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires, sur le dispositif SESAM-Vitale et sa mise en œuvre.

5.2. *Mise en œuvre de la télétransmission des chirurgiens-dentistes*

5.2.1. Les retours d'informations

En vertu du principe de partage de l'information, les régimes d'assurance maladie signataires s'engagent à retourner sous forme électronique aux syndicats dentaires signataires de la présente convention les données dentaires collectées via les feuilles de soins électroniques, sous une forme rendue anonyme tant à l'égard des professionnels qu'à l'égard des assurés sociaux.

Les caisses s'engagent à ce que les retours d'informations permettent aux professionnels de disposer des informations utiles et à améliorer leur lisibilité.

5.2.2. Le respect des règles applicables aux informations électroniques

Le chirurgien-dentiste doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données personnelles, notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions du présent titre ne font pas obstacle à des transmissions directes par le chirurgien-dentiste à des organismes complémentaires. Un éclatement des feuilles de soins électroniques vers des organismes complémentaires pourra être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges de SESAM-Vitale, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un organisme concentrateur technique mandaté par le chirurgien-dentiste.

5.2.3. La maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques ou demandées par les usagers ;

– pour faciliter aux chirurgiens-dentistes les opérations de mise à jour du système qui les concernent.

Le chirurgien-dentiste met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électronique, y compris en cas de dysfonctionnement de son équipement, sauf cas de force majeure.

Ces moyens font l'objet d'une concertation entre les partenaires conventionnels.

A cet effet, le chirurgien-dentiste souscrit notamment à un contrat de maintenance de son logiciel de télétransmission.

5.2.4. La garantie de paiement et la liste d'opposition

La mise à jour par l'assuré des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur, est de la responsabilité des caisses.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement au chirurgien-dentiste de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de sa présentation et sous réserve que la carte ne figure pas sur la liste d'opposition lorsque celle-ci sera accessible aux chirurgiens-dentistes.

5.3. *Équipement, matériel et réseau*

Les feuilles de soins électroniques sont élaborées et émises par le chirurgien-dentiste et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale.

5.3.1. L'équipement informatique des chirurgiens-dentistes

Pour assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de :

- se doter auprès du GIP « CPS » de la carte de professionnel de santé (CPS) prévue à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ;
- se doter d'un module de logiciel d'élaboration et de transmission des feuilles de soins électroniques conforme à la dernière version du cahier des charges mise en œuvre par les éditeurs, publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- s'assurer auprès de l'organisme compétent que le matériel utilisé pour télétransmettre répond globalement aux exigences de conformité requises pour la sécurisation de la télétransmission, et notamment aux spécifications SESAM-Vitale.

Le cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale faisant référence est celui publié par le GIE SESAM-Vitale créé conformément à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale.

5.3.2. La liberté de choix du matériel informatique

Les chirurgiens-dentistes ont le libre choix du matériel informatique grâce auquel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques, sous réserve des dispositions suivantes :

Pour la mise en œuvre de la télétransmission des feuilles de soins électroniques sécurisées, les chirurgiens-dentistes ont le libre choix de leur équipement entre trois solutions :

1. Un lecteur bifente conforme aux référentiels en vigueur publiés par le GIE SESAM-Vitale et connecté au micro-ordinateur du chirurgien-dentiste, lui-même équipé d'un logiciel conforme au cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale pour la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;

2. Un matériel conforme aux référentiels et à la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale spécialement dédié à la télétransmission, capable d'élaborer et d'émettre des feuilles de soins électroniques, mise en œuvre par les éditeurs ;

3. Toute autre solution reposant sur un dispositif de sécurisation et d'authentification des feuilles de soins électroniques intégré dans le micro-ordinateur du chirurgien-dentiste, sous réserve que les conditions de sécurisation soient de même niveau que celles des solutions 1 et 2 et que cette solution soit conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale.

5.4. *Traitement des incidents*

5.4.1. **L'information réciproque**

Afin de garantir la continuité du service de télétransmission des feuilles de soins électroniques, les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

5.4.2. **L'absence ou dysfonctionnement de la carte lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique**

Dans l'hypothèse où une des deux cartes à microprocesseur – carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ou carte de professionnel de santé mentionnée à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale – est absente ou ne fonctionne pas au moment de l'élaboration de la feuille de soins électronique, ou en cas de dysfonctionnement du lecteur de cartes, une feuille de soins électronique ne peut pas être constituée.

Dans ce cas, le chirurgien-dentiste doit :

- soit éditer une feuille de soins sur support papier et la remettre au patient ;
- soit élaborer une feuille de soins non sécurisée et la télétransmettre, via le réseau de télécommunication qu'il utilise habituellement pour les télétransmissions de feuilles de soins électroniques, à la caisse gestionnaire de l'assuré selon la procédure de télétransmission IRIS, en lui adressant parallèlement la feuille de soins papier correspondante.

En l'absence du matériel nécessaire homologué par le GIE SESAM-Vitale, cette procédure peut également être utilisée par le chirurgien-dentiste dans le cas de soins à domicile.

5.4.3. **Les dysfonctionnements lors de la transmission des feuilles de soins électroniques**

En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique dans les conditions décrites à l'article R. 161-47-I du code de la sécurité sociale ou si le chirurgien-dentiste n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une feuille de soins électronique, le chirurgien-dentiste établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique.

Pour cela, il utilise une feuille de soins papier conforme au modèle établi à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale clairement signalée comme un duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le duplicata est remis à l'assuré par le chirurgien-dentiste après avoir été signé par celui-ci.

En cas de dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le chirurgien-dentiste adresse à la caisse gestionnaire un duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré. Ce duplicata devra mentionner expressément le motif de sa délivrance.

5.5. *Aides*

Les aides suivantes sont attribuées à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour toute sa durée.

La télétransmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut pas faire l'objet de l'aide à la télétransmission ni de l'aide à la maintenance.

5.5.1. **L'aide à la télétransmission**

Les chirurgiens-dentistes reçoivent une aide forfaitaire annuelle de 275 €.

Cette aide est octroyée pour les FSE élaborées, émises par le chirurgien-dentiste et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale, lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 %.

Le taux de télétransmission est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national informationnel de l'assurance maladie. Le calcul s'effectue sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée ou, lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du premier jour du mois qui suit la date de l'émission de la première feuille de soins électronique sécurisée.

5.5.2. **L'aide à la maintenance**

En contrepartie de l'obligation de maintenance décrite au 4.2.3, une aide forfaitaire annuelle de 125 € sera versée à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

5.5.3. L'aide CPS et CPE

Les cartes de professionnel de santé (CPS) et, s'il y a lieu, les cartes dites de personnel d'établissement (CPE) sont prises en charge par les caisses pour la durée de la convention.

5.5.4. Les modalités de versement des aides

Les aides sont versées annuellement par les caisses d'assurance maladie, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année civile, si le chirurgien-dentiste a satisfait, au cours de l'année civile précédente, aux exigences définies au présent titre.

Les aides sont versées par la CPAM du lieu d'installation du chirurgien-dentiste pour le compte de l'ensemble des régimes.

5.6. Difficultés d'application

Les éventuelles difficultés d'application ainsi que les modalités de changement de la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale seront soumises à la commission paritaire compétente qui pourra prendre l'avis du comité technique paritaire permanent décrit à l'article 7.2.4.

TITRE VI

LES DISPOSITIONS SOCIALES

En application du 5^o de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les Parties signataires de la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations dues par les chirurgiens-dentistes conventionnés selon les modalités suivantes.

6.1. Assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les chirurgiens-dentistes conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

Afin de déterminer l'assiette de la participation des caisses à cette cotisation, les Parties signataires définissent les termes suivants :

- le taux de dépassement (hors forfait CMU-C) du praticien est le $\text{taux}_{\text{URSSAF}} = (\text{dépassements} - \text{montants remboursés forfaits CMU}) / (\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits CMU})$.

Cette dernière formule permet d'intégrer les dépassements plafonnés du périmètre CMU-C dans l'assiette de participation des caisses.

Le taux de participation du praticien (TP) est défini comme suit :

$$\text{TP} = \text{taux}_{\text{URSSAF}} / (1 + \text{taux}_{\text{URSSAF}})$$

Le taux de participation des caisses (TC) est défini comme suit :

$$\text{TC} = (1 - \text{TP})$$

La participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste multiplié par le taux de participation des caisses (TC).

Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant ainsi déterminé.

La participation des caisses est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Participation ASM des caisses} = \text{revenu} \times \text{TC} \times 9,7 \%$$

6.2. Avantages complémentaires de vieillesse

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, prévu à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale, la participation des caisses à la cotisation due par les chirurgiens-dentistes conventionnés est fixée au double de la cotisation des chirurgiens-dentistes bénéficiaires.

En cas de modification du montant de la cotisation due par les chirurgiens-dentistes, un avenant à la présente convention fixera la participation des caisses.

6.3. Particularités liées aux cotisations maladies

Calendrier de mise en œuvre :

La modification de l'assiette de prise en charge des cotisations maladies pour le régime des praticiens et auxiliaires médicaux, décrite ci-dessus, devra être mise en œuvre à compter de l'appel à cotisations des URSSAF prévu le 15 mai 2006, sous réserve de l'application des revalorisations définies au titre II. Cela nécessite la mise en place par les URSSAF d'une seconde campagne de déclaration des revenus 2004.

Modification des éléments déclarés aux URSSAF :

Pour l'année 2006, les cotisations sociales ASM sont assises sur les revenus 2004, ce qui implique que chaque praticien puisse déclarer le taux $_{URSSAF}$ calculé à partir du RIAP 2004.

Pour faciliter cette déclaration, l'assurance maladie envoie au chirurgien-dentiste le taux $_{URSSAF}$ calculé comme suit :

$$\text{Taux}_{URSSAF} = \frac{(\text{dépassements} - \text{montants remboursés forfaits CMU})}{(\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits CMU})}$$

ainsi que les éléments permettant son contrôle :

- montants remboursables actes ;
- montants remboursés forfaits CMU ;
- dépassements.

Pour les années suivantes, le RIAP modifié fera apparaître ce taux $_{URSSAF}$ calculé comme suit :

$$\text{Taux}_{URSSAF} = \frac{(\text{dépassements} - \text{montants remboursés forfaits CMU})}{(\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits CMU})}$$

Les éléments permettant son contrôle figurent dans le RIAP.

Ce taux $_{URSSAF}$ devra être reporté sur la déclaration de revenus aux URSSAF.

Les partenaires conventionnels souhaitent être associés à la mise en œuvre du présent dispositif.

6.4. Modalités d'application

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :

- la CPAM du lieu d'installation des chirurgiens-dentistes pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès ;
- chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages vieillesse.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon les clefs fixés par arrêté interministériel pour les répartitions de la contribution prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale et des remises prévues à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

TITRE VII

LA VIE CONVENTIONNELLE

7.1. Durée et conditions d'application de la convention

7.1.1. La durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du texte.

7.1.2. Les modalités de notification et d'adhésion

Le chirurgien-dentiste est tenu, lors de son installation ou à la demande des caisses, de faire connaître son numéro d'inscription au tableau de l'ordre sur la liste préfectorale de son département ainsi que l'adresse de son cabinet professionnel principal et, le cas échéant, secondaire.

1. Notification

Conformément à l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale, les URCAM notifient par courrier à tous les chirurgiens-dentistes le présent texte conventionnel, ainsi que ses avenants, dans le mois qui suit la publication.

2. Modalités d'adhésion

Conformément à l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale :

Les chirurgiens-dentistes précédemment conventionnés sont considérés tacitement comme adhérant à la présente convention. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces professionnels devront adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un courrier recommandé l'en informant.

Les chirurgiens-dentistes précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les chirurgiens-dentistes qui s'installent pour la première fois en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle et qui souhaitent adhérer à la présente convention, en font la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Leur adhésion à la présente convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Le chirurgien-dentiste qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

7.1.3. La résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée soit par une décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe des organisations syndicales représentatives signataires, dans les cas suivants :

- pour non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des deux parties ;
- en cas de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention.

L'UNCAM invite alors les organisations syndicales représentatives à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans un délai de six mois.

7.2. Instances conventionnelles

Les Parties signataires réaffirment leur profond attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place à cet effet les instances suivantes :

- une Commission paritaire nationale ;
- des commissions paritaires départementales ;
- un comité paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission ;
- un Comité paritaire national de formation continue conventionnelle.

7.2.1. La Commission paritaire nationale (CPN)

1. Missions

Il est institué une commission nationale composée paritairement.

Elle a un rôle d'orientation et de coordination et décide des actions à mener afin d'assurer la réussite de la politique conventionnelle sur l'ensemble de son champ de compétence.

Elle assure ainsi le suivi des différents aspects de la vie conventionnelle et décide de la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter.

Ses missions portent sur l'ensemble du champ conventionnel :

- pilotage et suivi de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé prévue par l'article 3.3 de la convention nationale ;
- la CPN se réunit au moins deux fois par an pour suivre l'évolution des dépenses ;
- la CPN mènera une réflexion sur l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones déficitaires en offre de soins ainsi que sur la permanence des soins, afin de favoriser ces installations sur la base notamment de données et des constats locaux relatifs à la démographie ;
- elle met en place un comité paritaire de suivi chargé de coordonner et de suivre l'application du dispositif bucco-dentaire ;
- la CPN est chargée également de prendre toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales et de gérer et régler notamment les carences des instances départementales. Elle accompagne ses décisions auprès de ces dernières ;
- en matière de formation professionnelle continue, la CPN installe le Comité paritaire national de FCC (CPN-FCC) et elle fixe les orientations nationales ;
- la CPN installe et suit les travaux du comité technique paritaire permanent (CTPP) chargé du suivi de la télétransmission ;
- enfin, il lui incombe d'élaborer les avenants et annexes nécessaires à la mise en œuvre et à l'application de la convention.

Pour remplir ses missions, la CPN peut faire appel à des experts ou constituer tous les groupes de travail qu'elle jugera nécessaires.

2. Composition

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM qui constituent la section sociale ;

- de représentants des organisations nationales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Les membres titulaires

Section professionnelle :

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de deux syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Les représentants des syndicats dentaires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls des chirurgiens-dentistes conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

Section sociale :

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalents afin d'établir la parité, répartis comme suit :

- 3 représentants du régime général : 1 administratif, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
- 2 représentants du régime agricole ;
- 1 représentant du régime des professions indépendantes.

Au-delà de deux syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

Les membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

En « formation chirurgiens-dentistes », la CPN est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite *supra* ;
- des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

7.2.2. Les commissions paritaires départementales (CPD)

1. Missions

Il est installé dans chaque département une commission paritaire départementale (CPD) dont les missions sont les suivantes :

- elle facilite, dans toute la mesure du possible, l'application de la convention par une coopération permanente des caisses d'assurance maladie et des représentants de chirurgiens-dentistes appartenant à une organisation syndicale signataire de la présente convention ;
- elle s'efforce de régler les problèmes en conciliant les points de vue. Si, exceptionnellement, elle n'y parvient pas, l'une ou l'autre des parties peut soumettre le dossier à la Commission paritaire nationale ;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins bucco-dentaires dans la circonscription et les conditions d'accès aux soins dentaires ;
- elle assure la mise en œuvre et le suivi de la maîtrise médicalisée tels que définis à l'annexe V ;
- elle examine les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire ;
- elle donne un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles prévues à l'article 7.3 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles ;
- elle mène, en lien avec les URCAM, les études relatives à la démographie des chirurgiens-dentistes ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et lui établit annuellement un rapport d'activité, et notamment un bilan d'application du dispositif bucco-dentaire ;
- elle est informée des dossiers relatifs à l'exercice illégal dans le cadre de l'article L. 4161-5 du code de la santé publique et des actions engagées dans le cadre des articles L. 377-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

2. Composition

La CPD est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants des organisations départementales de syndicat national signataire et/ou de syndicats départementaux appartenant à une organisation nationale signataire, qui constituent la section professionnelle.

Les membres titulaires

Section professionnelle :

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de deux syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Chaque organisation départementale de syndicat national signataire et/ou chaque syndicat départemental appartenant à une organisation nationale signataire désigne ses représentant(s) chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés exerçant à titre principal dans le département.

Section sociale :

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalents afin d'établir la parité.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice libéral est incompatible avec celle de représentants d'un organisme d'assurance maladie.

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalents afin d'établir la parité, répartis comme suit :

- 3 représentants du régime général : 1 administratif, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
- 2 représentants du régime agricole ;
- 1 représentant du régime des professions indépendantes.

Au-delà de deux syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

Les membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

En « formation chirurgiens-dentistes », la CPD est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite *supra* ;
- des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

7.2.3. Les dispositions communes à la Commission paritaire nationale et aux commissions paritaires départementales

Les instances sont mises en place dans un délai de deux mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales signataires.

A défaut d'accord, chaque organisation nationale signataire ou chaque organisation départementale et/ou syndicat départemental appartenant à une organisation nationale signataire dispose d'un siège et la répartition des sièges restants se fait au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre total de syndiqués attribués par ladite enquête aux organisations signataires divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste.

Chaque instance peut se réunir en « formation chirurgiens-dentistes », c'est-à-dire en sous-commission paritaire 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.

Elles adoptent un règlement intérieur reprenant *a minima* le règlement type défini en annexe IV, qui précise notamment les règles de convocations aux réunions de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le ou les règlements types en annexe de la convention doivent s'appliquer tels quels.

Les directeurs des caisses ou leurs représentants, si ces derniers ne sont pas membres délibératifs, sont membres consultatifs de plein droit des instances départementales.

Chaque organisation signataire tant au niveau départemental que national peut faire appel à un expert lorsqu'elle le juge utile. Les experts, convoqués par décision de l'instance, n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour pour lequel leur compétence a été requise.

Les présidents de chacune des sections assument par alternance annuelle la présidence et la vice-présidence de l'instance conventionnelle. La présidence de plusieurs instances conventionnelles ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Les sections sociale et professionnelle s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement de l'instance conventionnelle.

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaire.

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité sur la base de 12 C par réunion et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux chirurgiens-dentistes qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.

7.2.4. Le comité paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission

Un comité technique paritaire permanent est instauré près la CPN.

Les attributions de ce comité sont spécifiques aux chirurgiens-dentistes dans le cadre de leurs engagements conventionnels de télétransmission SESAM-Vitale. Les échanges des données dématérialisées entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes conventionnés font partie de ses attributions.

Il est saisi de tout dysfonctionnement du système et examine les réponses appropriées à apporter dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité du service de télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Il peut formuler des avis sur le cahier des charges SESAM-Vitale ainsi que des propositions tendant à l'amélioration du dispositif.

Dans ce domaine, la mission du comité technique paritaire comprendra notamment le suivi des procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais, que celle-ci soit relative à la CMU ou à tout autre dispositif issu de la réglementation.

7.2.5. Le Comité paritaire national de formation continue conventionnelle (CPN-FCC)

1. Missions

Sous l'égide de la CPN, le Comité paritaire de formation continue conventionnelle (CPN-FCC) est chargé de mettre en œuvre le dispositif de formation continue conventionnelle :

- il arrête chaque année les thèmes de formation, qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et avec les objectifs de la loi de santé publique ;
- il rédige le cahier des charges annuel ;
- il définit les critères d'agrément des actions de formation ;
- il agréé les actions de formation après leur validation pédagogique par le conseil scientifique, et dans la limite de la dotation allouée ;
- il évalue le dispositif mis en place.

Il définit son règlement intérieur.

Il définit le rôle du conseil scientifique dans une lettre de mission.

Il agréé et mandate l'organisme gestionnaire pour le suivi administratif et financier des formations conventionnelles.

2. Composition

Le CPN-FCC est constitué de la même manière que la CPN.

Le secrétariat du CPN-FCC est assuré par l'UNCAM.

Le président du conseil scientifique de la FCC, le ou les responsables de l'organisme gestionnaire et un membre désigné par la Haute Autorité de santé participent aux réunions du CPN-FCC avec voix consultative.

3. Indemnités

Elles sont fixées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les membres de la CPN.

7.2.6. Le conseil scientifique de la formation continue conventionnelle

Le conseil scientifique de la formation continue conventionnelle, conseiller scientifique et pédagogique du CPN-FCC, est installé par le CPN-FCC.

1. Missions du conseil scientifique

Les missions du conseil scientifique sont fixées dans une lettre de mission rédigée par le CPN-FCC :

- il peut proposer des thèmes de formation continue conventionnelle ;
- il procède à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation, sur la base des critères définis dans le cahier des charges de l'appel d'offres FCC. Il transmet au CPN-FCC les résultats de la validation dans le respect du calendrier arrêté par ce dernier. Ces résultats s'imposent au CPN-FCC qui ne peut agréer que les formations ayant été validées sur le plan scientifique et pédagogique par le conseil scientifique ;
- il met en place les groupes de travail qu'il juge nécessaires. Il participe à la mise en place de groupes de travail pour traiter, notamment, de la formation conventionnelle interprofessionnelle ;

- il participe aux dispositifs d'évaluation de la FCC et peut effectuer notamment des visites sur sites. Le conseil scientifique élabore son règlement intérieur.

2. Composition du conseil scientifique

Ce conseil est constitué de 10 praticiens, experts permanents, choisis par le CPN-FCC pour leurs compétences en matière de formation :

- 3 chirurgiens-dentistes du comité scientifique du CNFCO ;
- 3 chirurgiens-dentistes proposés par les syndicats signataires de la convention ;
- 3 praticiens proposés par l'UNCAM ;
- 1 praticien représentant la Haute Autorité de santé, siégeant avec voix consultative.

Il est précisé que les conseillers scientifiques, à l'exception du président du conseil scientifique qui est membre du CPN-FCC, ne peuvent être membres ni du CPN-FCC ni de la CPN.

Les membres de ce conseil sont nommés pour la durée de la convention. En cas de vacance d'un poste, il est procédé à son remplacement.

Le secrétariat du conseil scientifique est assuré par l'UNCAM.

3. Indemnités

L'OG prend en charge les indemnités de vacation et les indemnités de déplacement des conseillers scientifiques, selon les procédures arrêtées en CPN-FCC.

7.3. Non-respect des dispositions conventionnelles

Le respect des engagements conventionnels des parties est un des éléments essentiels de l'équilibre conventionnel.

Ainsi, les partenaires conventionnels sont convenus de définir dans le présent titre les situations au cours desquelles un professionnel, qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires.

Soucieux de préserver les droits des parties, et notamment ceux de la défense, et de moduler les sanctions en fonction de la gravité des faits constatés, les partenaires se sont accordés pour mettre en place le dispositif défini ci-après.

7.3.1. Le non-respect des règles conventionnelles

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un chirurgien-dentiste libéral, et notamment :

- application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ;
- non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens du 4 de l'article 4.2.1 ;
- utilisation abusive du DE ;
- utilisation abusive de la dispense d'avance des frais ;
- manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe III de la présente convention lorsqu'il est obligatoire ;
- non-respect de façon répétée :
 - de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
 - du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires perçus ;
 - des dispositions conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire,

la procédure décrite ci-dessous peut être mise en œuvre.

En l'absence de modification de la pratique du professionnel dans un délai d'un mois après l'envoi par la caisse d'un avertissement par lettre recommandée avec avis de réception, la CPAM, pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations au chirurgien-dentiste concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPD.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un confrère de son choix.

Lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation chirurgiens-dentistes » de la CPD.

La commission dans la formation retenue pour donner son avis peut inviter le praticien à lui faire connaître ses observations dans un délai qu'elle lui fixe. Elle peut également demander à l'entendre dans ce même délai.

Durant cette période, le chirurgien-dentiste peut être entendu à sa demande par la formation concernée de la CPD ; il peut se faire assister par un confrère de son choix.

L'avis de la formation concernée de la commission est rendu dans les quatre-vingt-dix jours de la saisine de la CPD. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction.

7.3.2. Les mesures encourues

Lorsqu'un chirurgien-dentiste ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues au présent titre, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- suspension du droit à des dépassements autorisés (DE, DP) en cas d'abus répétés dûment constatés. La suspension est de trois, six, neuf ou douze mois, suivant l'importance des griefs ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux des chirurgiens-dentistes en bénéficiant. La suspension de la ou des participations des caisses est de un, trois, six, neuf ou douze mois dans le respect du code de la sécurité sociale ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel.

Cette suspension peut être temporaire (une semaine, un, trois, six, neuf, douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs.

La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

7.3.3. Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux

Lorsque le conseil régional ou national ou la chambre régionale ou nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, ou une autre juridiction, a prononcé à l'égard d'un professionnel une sanction devenue définitive :

- d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ;
- d'interdiction d'exercer,

le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un chirurgien-dentiste une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction judiciaire et pour une durée équivalente.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles et/ou des pratiques conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel l'une des procédures prévues au 7.3.1.

7.3.4. Les dispositions communes

Les décisions prises sont notifiées au professionnel de santé concerné par le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie, agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours. Cette décision doit être motivée.

Une copie de la notification est adressée à la CPD.

Le chirurgien-dentiste dispose des voies de recours de droit commun.

TITRE VIII

LA FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE (FCC)

Les Parties signataires entendent rappeler que les chirurgiens-dentistes ont l'obligation légale de suivre une formation continue en vue de garantir leur adaptation permanente et nécessaire aux évolutions des pratiques et des techniques de soins.

Dans ce cadre, la FCC étant une des composantes à part entière de la formation continue des professionnels, une redéfinition de la gestion du dispositif mis en place par le précédent texte conventionnel s'est imposée.

Les Parties signataires entendent renforcer les moyens consacrés à la formation continue conventionnelle, y développer davantage la prévention et l'éducation à la santé et élargir les formations dans une approche interprofessionnelle, conduite avec les syndicats signataires des conventions nationales des différentes professions de santé.

Pour ce faire, il est créé :

- un Comité paritaire national de formation continue conventionnelle, auquel sera déléguée la mise en œuvre de la FCC dénommé CPN-FCC ;
- un conseil scientifique de la formation continue conventionnelle, conseiller scientifique et pédagogique du CPN-FCC.

Un organisme gestionnaire (OG) est agréé en CPN-FCC et mandaté par les partenaires conventionnels pour mettre en œuvre la formation continue conventionnelle de la profession dentaire et gérer la dotation allouée par l'UNCAM. Un protocole de financement est signé à cet effet entre cet organisme gestionnaire et l'UNCAM.

8.1. *Principes*

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des dépenses de santé, les Parties s'entendent pour promouvoir les formations continues dans le cadre conventionnel. Les Parties signataires s'entendent pour organiser et financer la formation continue conventionnelle (FCC), ouverte aux chirurgiens-dentistes conventionnés exerçant à titre libéral. Les Parties signataires définissent les orientations et les thèmes d'actions de la formation continue conventionnelle.

Les actions de formation continue conventionnelle se déroulent sur au moins une journée complète.

Les caisses nationales, chacune pour ce qui la concerne, participent au financement de la FCC des chirurgiens-dentistes, par le versement :

- d'indemnités quotidiennes de formation compensatrices de perte de ressources, pour les chirurgiens-dentistes libéraux soumis à la convention, à l'exclusion des remplaçants ;
- d'une dotation à l'organisme gestionnaire, comprenant la prise en charge des actions de formation titulaires de l'agrément conventionnel, et la prise en charge de ses frais de structure.

8.2. *Modalités de gestion et de mise en œuvre de la FCC*

Les Parties signataires s'entendent pour définir les modalités de financement et de gestion de la FCC.

Les thèmes de formation

Le Comité paritaire national de formation continue conventionnelle (CPN-FCC) arrête annuellement et avant le 1^{er} mai de chaque année la liste des thèmes d'actions de formation qu'il entend promouvoir pour l'année suivante, sur avis du conseil scientifique.

L'ensemble de ces thèmes constitue le « programme annuel » de FCC.

Les Parties signataires mandatent l'organisme gestionnaire (OG) pour assurer la diffusion de ce programme auprès des organismes de formation continue selon le cahier des charges en vigueur.

Le choix des actions de formation

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les Parties signataires confient à l'organisme gestionnaire le lancement et la gestion d'un appel d'offres auprès des organismes de formation continue.

Le cahier des charges relatif à cet appel d'offres est élaboré par le CPN-FCC.

En vue de l'agrément des projets déposés en réponse à l'appel d'offres, se tiennent les commissions suivantes :

- une commission d'ouverture des plis, composée d'au moins un représentant de chacune des sections du CPN-FCC et du représentant de l'OG ;
- le conseil scientifique, composé selon les dispositions prévues à l'article 7.2.6, qui procède à l'examen pédagogique anonymisé des projets de formation ;
- une commission des marchés, composée d'au moins un représentant de chacune des sections du CPN-FCC et du représentant de l'OG, qui vérifie la conformité budgétaire des projets de formation ;
- le CPN-FCC, composé selon les dispositions prévues à l'article 7.2.5, a la possibilité de recourir à des experts, et attribue les agréments conventionnels au vu des projets ayant été validés pédagogiquement par le conseil scientifique et budgétairement par la Commission des marchés. Les agréments sont délivrés dans la limite de la dotation attribuée annuellement par l'UNCAM et définie au présent paragraphe.

Le CPN-FCC confie le suivi et la gestion des actions de formation agréées à l'OG.

Le financement des actions relevant de la FCC

Le financement de la FCC est effectué par l'UNCAM sous la forme d'une dotation annuelle destinée à financer au cours de chaque année civile les actions de formation conventionnelles agréées ainsi que les frais de structure de l'OG. Le financement des actions de formation prend la forme d'une prise en charge plafonnée du coût de la formation, par jour et par participant, dans les conditions fixées dans le cahier des charges de la FCC transmis aux organismes de formation.

Chaque caisse nationale participe au financement de la FCC à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'assurance maladie.

La dotation est arrêtée en CPN, sur proposition du CPN-FCC, au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer de crédits suffisants sur le Fonds national de l'action sanitaire et sociale (FNASS).

Un protocole de financement est conclu entre l'UNCAM et l'OG pour la durée de la convention, qui fixe les conditions et les modalités de versement de la dotation.

Le CPN-FCC peut procéder à tout contrôle sur l'OG, notamment au moyen d'audit.

L'indemnisation pour perte de ressources du chirurgien-dentiste formé dans le cadre du dispositif de la FCC

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des chirurgiens-dentistes conventionnés exerçant à titre libéral aux actions de FCC ayant reçu l'agrément conventionnel.

A cet effet, l'UNCAM verse une indemnité de formation compensatrice de perte de ressources aux chirurgiens-dentistes libéraux soumis à la convention, à l'exclusion des remplaçants.

Chaque caisse nationale participe au financement des indemnités à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'assurance maladie.

Cette dotation est arrêtée en CPN, sur proposition du CPN-FCC, au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer de crédits suffisants sur le Fonds national de l'action sanitaire et sociale. Elle couvre l'indemnisation de l'ensemble des participants prévus aux formations agréées de l'année civile d'exercice.

Le champ d'application.

Les chirurgiens-dentistes peuvent prétendre au versement d'une indemnité forfaitaire pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention dans le cadre libéral ;
- suivre, dans son intégralité, une action de formation ayant reçu l'agrément conventionnel, se tenant lors de jours ouvrables, et d'une durée au moins égale à une journée ;
- ne pas avoir exercé, ni s'être fait remplacé pendant la durée effective de la formation ;
- ne pas avoir perçu dans l'année civile au cours de laquelle s'est tenue l'action de formation conventionnelle le nombre maximum d'indemnités forfaitaires pour perte de ressources, précisé ci-après.

Montant individuel :

L'indemnité pour perte de ressources est d'un montant forfaitaire de 15 C par jour et par chirurgien-dentiste formé.

Montant total :

Le montant total des indemnités quotidiennes versées à un chirurgien-dentiste participant est calculé au prorata du nombre de journées de formation suivies, dans la limite de huit journées par professionnel et par année civile.

Les modalités de versement de l'indemnité pour perte de ressources.

L'indemnité forfaitaire est versée au chirurgien-dentiste par la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice, qui agit pour le compte des autres régimes.

Le versement de l'indemnisation pour perte de ressources est effectué sur production d'une attestation de participation dûment complétée par l'organisme de formation et par le professionnel formé, remise le jour de la formation. Elle est visée par l'OG.

L'indemnisation pour perte de ressources est versée au professionnel dans un délai de deux mois à compter de la réception par la Caisse primaire d'assurance maladie du ou des justificatifs de participation. Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai de trois mois, à compter de la validation par l'OG, pour adresser l'ensemble de ce ou ces justificatifs à la CPAM dont il relève.

Les actions de formation interprofessionnelle

Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination des soins, le CPN-FCC peut déterminer, en concertation avec les instances conventionnelles des autres professions de santé conventionnées, des thèmes réservés à des actions de FCC interprofessionnelle.

Ces formations feront l'objet de cahiers des charges spécifiques, déterminés en commun par les instances conventionnelles des différentes professions concernées.

Ces actions ne pourront être financées, pour la part concernant les chirurgiens-dentistes, que si elles sont validées pédagogiquement par le conseil scientifique et agréées par le CPN-FCC, et d'une durée maximale de deux jours.

Le montant de l'indemnisation versée à un chirurgien-dentiste dans le cadre d'une formation interprofessionnelle ne pourra ainsi excéder deux journées ouvrables par an. Ces deux journées sont décomptées dans les huit journées visées ci-dessus.

Les autres dispositions prévues dans le cadre de la FCC concernant l'agrément des actions de formation, les modalités d'indemnisation des chirurgiens-dentistes qui participent à la formation et l'évaluation des actions de formation s'appliquent à la formation interprofessionnelle.

La gestion des actions de formation

En cas de vide juridique ou en cas de résiliation du protocole de financement par l'une ou l'autre des Parties, l'UNCAM garantit la prise en charge des actions de formation pour lesquelles des dépenses ont été réalisées par l'organisme de formation à la date où il est informé par l'organisme gestionnaire de la résiliation du protocole ou de la date du vide juridique.

L'évaluation de la formation continue conventionnelle

Evaluation pédagogique et scientifique des actions :

Le conseil scientifique est chargé de l'évaluation pédagogique et scientifique des actions dispensées dans le cadre du programme annuel de formation conventionnelle.

Le conseil scientifique apprécie notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans le cahier des charges de la FCC et arrêtées par les Parties signataires en CPN-FCC.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un rapport annuel d'activité réalisé par le conseil scientifique et transmis au CPN-FCC.

Utilisation du bilan annuel et de l'évaluation des actions :

Au vu des résultats du bilan du programme annuel de formation et des évaluations scientifiques et pédagogiques des actions, le CPN-FCC met en œuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la FCC.

Evaluation de l'impact de la formation réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique :

Le CPN-FCC engage des actions d'évaluation de l'impact des formations sur les pratiques et en définit les modalités.

Bilan du programme annuel de formation

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'OG réalise un bilan du programme annuel de formation permettant aux Parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs aux formations dispensées aux chirurgiens-dentistes formés.

L'OG transmet le bilan du programme annuel de formation au CPN-FCC.

Afin de ne pas interrompre le déroulement de la campagne de FCC engagée dans le cadre du précédent texte conventionnel, le protocole de financement conclu entre les caisses d'assurance maladie et la F3CD le 22 décembre 2003 est maintenu par la présente convention dans l'attente de la conclusion d'un nouveau protocole avant le 31 décembre 2006.

La CPN a pour mission de superviser et coordonner la mise en place de la nouvelle structure de l'organisme gestionnaire.

Fait à Paris, le 11 mai 2006.

Le directeur général de l'UNCAM,
F. VAN ROEKEGHEM

Le président de la CNSD,
J.-C. MICHEL

Le président de l'UJCD,
J.-M. PREYNAT

A N N E X E S

A N N E X E I

TARIFS

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés ainsi qu'il suit :

| TARIFS EN EUROS | DÉPARTEMENTS métropolitains | ANTILLES GUYANE (1) | LA RÉUNION ET MAYOTTE (1) |
|---|--------------------------------|------------------------|------------------------------|
| Consultation : | | | |
| - du chirurgien-dentiste omnipraticien..... | 20,00 | 22,00 | 24,00 |
| - du chirurgien-dentiste spécialiste..... | 23,00 | 25,15 | 27,44 |
| Visite : | | | |
| - du chirurgien-dentiste omnipraticien..... | 16,77 | 18,45 | 20,12 |
| - du chirurgien-dentiste spécialiste..... | 20,58 | 22,64 | 24,70 |

| TARIFS EN EUROS | DÉPARTEMENTS métropolitains | ANTILLES GUYANE (1) | LA RÉUNION ET MAYOTTE (1) |
|---|-----------------------------|---------------------|---------------------------|
| SC..... | 2,41 | 2,41 | 2,41 |
| SPR..... | 2,15 | 2,15 | 2,15 |
| TO..... | 2,15 | 2,15 | 2,15 |
| D..... | 1,92 | 1,92 | 1,92 |
| DC..... | 2,09 | 2,09 | 2,09 |
| Z..... | 1,33 | 1,33 | 1,33 |
| Majoration de dimanche ou jour férié..... | 19,06 | 19,06 | 19,06 |
| Majoration de nuit..... | 25,15 | 25,15 | 25,15 |
| Indemnité forfaitaire de déplacement..... | 2,74 | 2,74 | 2,74 |
| Valeur de l'indemnité kilométrique : | | | |
| - plaine..... | 0,61 | 0,65 | 0,69 |
| - montagne..... | 0,91 | 0,97 | 1,02 |
| - à pied, à ski..... | 4,57 | 4,88 | 4,88 |

(1) Les tarifs applicables aux chirurgiens-dentistes installés aux Antilles, Guyane, Réunion, Mayotte seront revalorisés au 1^{er} janvier 2007.

| TARIFS EN EUROS applicables au 1 ^{er} août 2006 | DÉPARTEMENTS métropolitains | ANTILLES GUYANE (1) | LA RÉUNION ET MAYOTTE (1) |
|---|-----------------------------|---------------------|---------------------------|
| Consultation : - du chirurgien-dentiste omnipraticien..... | 21,00 | 23,10 | 25,20 |

(1) Les tarifs applicables aux chirurgiens-dentistes installés aux Antilles, Guyane, Réunion, Mayotte seront revalorisés au 1^{er} janvier 2007.

ANNEXE II

TARIFS D'HONORAIRES APPLICABLES AU DISPOSITIF DE PRÉVENTION

Le dispositif de prévention défini au titre I^{er} de la présente convention prévoit un examen systématique annuel de prévention pour les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

La rémunération de cet examen est fixée initialement à 25 €. Elle est versée directement par la caisse d'assurance maladie au chirurgien-dentiste.

Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie(s) intrabuccale(s) rémunérée(s) sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :

- pour la réalisation d'un ou deux clichés : 11 € ;
- pour la réalisation de trois ou quatre clichés : 22 €.

ANNEXE III

DEVIS POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE ET AUTRES ACTES POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE (*)

Le devis comporte des éléments obligatoires et des éléments facultatifs décrits ci-après. Aucune autre mention ne peut y figurer. Un modèle type de devis sera élaboré par un groupe de travail de la CPN avant le 31 décembre 2006.

I. – Éléments obligatoires

Les éléments obligatoires devant figurer dans le devis sont les suivants :

1. Date d'établissement du devis.
2. Identification du praticien traitant.
3. Identification du patient.
4. Durée de validité du devis.
5. Description du traitement proposé.
6. Description précise et détaillée des actes : nature de l'acte, localisation, matériaux utilisés (nature et normes) et montant des honoraires.
7. Cotation des actes selon la nomenclature en vigueur.

8. Montant total des honoraires.
9. Base de remboursement pour l'assurance maladie obligatoire.
10. Mention : « Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement ».
11. Signature du praticien.
12. Signature du patient ou du (des) responsable(s) légal (légaux).
13. Toute mention légale obligatoire.

II. – Eléments facultatifs

Les éléments facultatifs pouvant figurer dans le devis sont les suivants :

1. Sous-titre : « Proposition de traitement et de convention d'honoraire ».
2. Référence du devis.
3. NIR de l'assuré.
4. Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires.
5. Schéma dentaire initial.
6. Mention : « Les soins ne sont pas compris dans ce devis. »

(*) Ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées par les arrêtés du 31 décembre 1999 et du 15 janvier 2000, modifiés par l'arrêté du 10 avril 2002.

A N N E X E I V

RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DE LA COMMISSION PARITAIRE NATIONALE ET DES COMMISSIONS PARITAIRES DÉPARTEMENTALES

1. *Installation*

Les instances sont mises en place dans un délai de deux mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

2. *Fonctionnement*

Les réunions et la tenue du secrétariat

La commission se réunit autant que de besoin et au moins deux fois par an.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou le vice-président.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission, quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour, établi en accord avec le président et le vice-président et, le cas échéant, de la documentation nécessaire.

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement de l'instance sont mis en place par les caisses locales, pour ce qui concerne les instances départementales, par l'UNCAM en ce qui concerne les instances nationales. Le secrétariat, tenu par le régime général, assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En l'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

Les conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la délibération sur le point litigieux est reportée à une réunion ultérieure de l'instance intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un deuxième vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de nouveau partage des voix, la question est portée devant la CPN.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions signé par le président et par le vice-président. Ce document, conservé par le secrétariat, est adressé à chaque membre, titulaire ou suppléant, de la commission, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les instances départementales adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM.

La constitution de groupes de travail

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaires.

La carence

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti : dans ce cas, la section constituée constate la carence et adresse, le cas échéant, ce constat à l'instance conventionnelle nationale, qui assure alors ses missions ;
- dysfonctionnement : non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- défaut de réponse de la part du CPN-FCC à une demande de la CPN concernant son domaine de compétence, et en particulier ses obligations.

Dans ces quatre derniers cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Lorsque la carence concerne le CPN-FCC, le constat est transmis à la CPN qui se substitue au CPN-FCC.

ANNEXE V

OBJECTIFS RÉGIONAUX D'ENGAGEMENTS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE POUR LES DOUZE MOIS À COMPTER DE LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRÉSENTE CONVENTION

| | RATIO ACTUEL SC33 / SPR57+67 (en pourcentage) | RATIO OBJECTIF SC33 / SPR57+67 (en pourcentage) |
|---------------------------|---|---|
| Alsace..... | 50,0 | 65,0 |
| Aquitaine..... | 77,4 | 84,2 |
| Auvergne..... | 76,5 | 83,6 |
| Basse-Normandie..... | 116,9 | 114,0 |
| Bourgogne..... | 79,1 | 85,4 |
| Bretagne..... | 102,9 | 101,0 |
| Centre..... | 82,7 | 87,9 |
| Champagne..... | 84,0 | 88,8 |
| Corse..... | 116,0 | 113,0 |
| Franche-Comté..... | 81,8 | 87,3 |
| Haute-Normandie..... | 92,5 | 94,7 |
| Languedoc-Roussillon..... | 59,0 | 71,3 |
| Limousin..... | 86,1 | 90,3 |
| Lorraine..... | 73,1 | 81,2 |
| Midi-Pyrénées..... | 87,0 | 90,9 |
| Nord..... | 199,6 | 196,0 |
| Pays de la Loire..... | 122,3 | 119,0 |
| Picardie..... | 109,2 | 107,0 |

| | RATIO ACTUEL SC33 / SPR57+67 (en pourcentage) | RATIO OBJECTIF SC33 / SPR57+67 (en pourcentage) |
|---------------------------------|---|---|
| Poitou-Charentes | 89,7 | 92,8 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur..... | 80,4 | 86,3 |
| Ile-de-France..... | 55,5 | 68,9 |
| Rhône-Alpes..... | 48,7 | 64,1 |
| Total..... | 78,4 | 86,8 |