

# Du respect de la démocratie à un acte de complicité : L'avenant N°3 qui va payer la facture ?

## Lettre ouverte à tous les chirurgiens-dentistes et responsables syndicaux.

Chères consœurs,  
Chers confrères,

Vous, responsables syndicaux, qui allez par vos votes au sein de vos instances valider ou non l'avenant n°3 à la convention nationale des chirurgiens dentistes, avez l'obligation de porter un regard objectif sur chacun des éléments de cet avenant, tant pour ses conséquences financières sur l'exercice de toute la profession, que pour le basculement de la prise en charge des soins dentaires vers les assureurs complémentaires.

Il ne s'agit pas ici, de prendre parti ou opposition pour telle ou telle autre organisation syndicale ou responsables syndicaux, mais bien de vous fournir un éclairage objectif de cet avenant n°3.

### 1- La mise en place de la CCAM

A l'énoncé de la liste des items que comprend cet avenant n°3, la mise en place de la CCAM se retrouve à égalité avec la revalorisation de 50% des gouttières occlusales par exemple, alors même que ses conséquences dans les conditions de cet avenant sont sans communes mesures.

#### ➤ *Un ersatz de CCAM, simple transposition de la NGAP*

La véritable CCAM élaborée il y a 10 ans par un pôle nomenclature indépendant présentait un certain intérêt et a été l'objet de nombreuses convoitises au sein de nos syndicats respectifs. Dans l'élaboration de cette nouvelle nomenclature, les paramètres de chaque acte étaient pris en compte : le temps de travail, la difficulté représentaient enfin une reconnaissance de nos actes et du coût de leur mise en œuvre. La mise en place de la CCAM dans ces conditions avait alors un coût annuel global sur la seule valeur des actes d'environ 800 millions d'euros supplémentaires par an.

Les tarifs CCAM n'ont pas pris en compte le **coût du plateau technique**, et pour cause, car, pour les autres spécialités médicales, le plateau technique est facturé en sus par l'établissement sous forme de frais de salle opératoire ou de forfait d'hospitalisation de jour ou de forfait de chirurgie ambulatoire.

**Pourquoi abandonner cette revendication ?** Les négociateurs de cet avenant militaient, il y a encore peu de temps, pour la correction de cette erreur historique ; aujourd'hui ils ont oublié ce qu'ils nous disaient hier : « il n'y aura pas de CCAM sans correction tarifaire pour le coût du plateau technique ! »

Face à l'absence des financements absolument nécessaires à la mise en place de cette véritable CCAM et devant l'ambition démesurée de responsables syndicaux qui en ont rêvé pendant des années, la CCAM devrait devenir effective par simple transposition des actes en NGAP, sans aucun financement supplémentaire, **mais avec un coût de mise en place inacceptable pour les seuls chirurgiens-dentistes libéraux.**

- ***Une mise en place dans nos cabinets pour un ersatz de CCAM qui va quand même couter 1 milliard 500 millions euros non financés dès 2014 : qui va payer la facture ?***

Nous vous invitons à analyser le tableau ci joint qui décompose pour 2014 le coût pour les chirurgiens-dentistes de la mise en place de cette CCAM.

Des coûts de formations, au changement des lecteurs sesam vitale, en passant par le coût du codage évaluée par l'ensemble des experts (1heure/jour), c'est plus de 1milliard 500 millions euros que devront supporter l'ensemble des cabinets dentaires.

#### **Chiffrage du coût du passage en CCAM à l'adresse des sourds et malentendants**

- ❖ Formation au codage des actes 3 jours soit à charge de chaque praticien 300 € /jour de formation. Sans oublier la formation de nos personnels soit 300€/jour.  
**Total 1800 € pour le seul compte formation.**
  - Perte d'exploitation liée à cette formation 1000€/ jour en moyenne soit **3000€ au total par praticien.**
- **Total par chirurgien-dentiste pour la simple formation au codage : 4800€**
- ❖ Coût du codage lui-même : les spécialistes considèrent qu'il faut entre 3 et 5 minutes par acte. Retenons 2 minutes 30 secondes par acte, et une fourchette basse de 24 actes par jour, nous arrivons à 1 heure de travail/jour uniquement pour le codage.  
**Total pour l'activité moyenne des chirurgiens-dentistes un surcoût d'environ 166 €/j.**
- **Total par praticien moyen 36500 € par an.**  
Cette somme s'entend à périmètre constant (même nombre d'heures travaillées, même nombre de jours travaillés, même nombre d'actes réalisés)
- ❖ Coût du changement de lecteur carte vitale pour assurer la télétransmission des actes codés en CCAM, **250€ par appareil**

## Qui va payer cette somme ?

- L'assurance maladie obligatoire et les assureurs complémentaires : à la lecture du de cet avenant N°3 cela ne sera pas le cas.
- Les patients : cela serait envisageable grâce à la liberté des honoraires sur le secteur à Entente Directe et aux actes non remboursables, mais l'entrée des complémentaires dans le jeu conventionnel et la volonté politique de la ministre de la santé de diminuer le reste à charge des patients semble contre dire cette version mais nous l'aborderons ensuite.
- Les chirurgiens-dentistes : cela coûtera 36500€ par an en moyenne à chaque chirurgien-dentiste.

➤ *Une CCAM qui permettra aux complémentaires d'encadrer nos espaces de libertés tarifaires.*

Il s'agit bien ici d'un trio Assurance Maladie obligatoire/complémentaire/Gouvernement pour mettre fin à nos espaces de libertés tarifaires.

- d'un coté nous observons la volonté politique affichée de la Ministre de la santé pour faire diminuer le reste à charge des patients - et pour cela, un outil législatif déjà actif que sont la création de réseaux fermés des complémentaires santé par la loi Le Roux.
- de l'autre, nous aurons une CCAM qui décrit avec précision tous nos actes à ED et nos actes non remboursables pour lesquels les complémentaires santé n'avaient jusqu'ici aucune information, et que nous allons maintenant leur fournir gracieusement grâce à la télétransmission des codes de regroupements et des notes d'honoraires que nous fournirons aux assurés.

Les syndicats se montrent rassurants à ce sujet, mais, quand l'outil existe... la politique fait le reste par simple décret !

La complémentarité de la mise en place conjointe de ces deux paramètres conduira inévitablement à l'encadrement de nos espaces actuels de libertés tarifaires. Les plateformes assurantielles ont d'ailleurs déjà fixé des honoraires plafonds pour les actes à ED et les actes hors nomenclatures (cf. Santéclair entre autres).

➤ *Une CCAM qui n'améliore ni la qualité ni l'accès aux soins ni l'information du patient, mais qui favorise les contrôles d'activité.*

Sans une reconnaissance de la juste valeur de nos actes, déjà sous évalués, et auxquels il faudra ajouter le coût du codage pour 1 milliard 500 000 euros, il y a peu de chance de voir les critères d'amélioration de la qualité se mettre en place.

Si, comme l'espèrent les négociateurs de cet avenant, la liberté d'honoraires actuels est conservée, alors ce sera bien 1 milliard 500 000 euros de reste à charge supplémentaire pour les patients qui fera reculer encore l'accès aux soins.

## 2- Un exemple édifiant de démagogie : la prise en charge des couronnes sur implant sur la base d'un SPR 50

Voici l'exemple caractérisé de tout ce qu'il ne fallait pas faire.

- *Une cotation qui a le seul mérite de faire reconnaître la prothèse sur implant comme acte prothétique courant.*

- *Une cotation inadaptée et obsolète :*

Cette cotation introduite à la nomenclature sur une cotation obsolète de la couronne sur pilier dentaire SPR50, datant de plusieurs décennies et dont les bases de remboursements n'ont pas évolué depuis près de trente ans : Le minimum acceptable aurait été, comme pour l'inlay core en son temps, de créer une cotation actualisée de cet acte.

- *Une cotation qui va favoriser les centres dentaires low cost qui ont un exercice exclusif en implantologie.*

Par l'introduction de cette cotation la couronne sur implant passe d'honoraires Non Remboursables à honoraires à Entente Directe.

Ces honoraires modifieront donc le calcul du taux URSSAF ce qui, ipso facto, augmentera notre cotisation d'ASM.

A contrario les centres de santé ne sont pas assujettis à l'ASM mais, de plus, reçoivent une subvention égale à 11,2% de la masse salariale des praticiens et auxiliaires médicaux, ce qui aura pour conséquence d'augmenter le différentiel de coût pour cet acte en défaveur des cabinets libéraux.

Pour la CNSD qui a fait de la lutte contre les centres low cost et les centres de santé un cheval de bataille, voici un amateurisme incompréhensible.

- *Une cotation qui oublie les conditions d'éligibilité valables pour les couronnes sur pilier dentaire : quelle cotation pour les radiographies pré-prothétiques ?*

En effet, n'oublions pas que la couronne sur pilier dentaire nécessite une radiographie pré-prothétique pour estimer tant le délabrement dentaire que la qualité du traitement radiculaire et l'absence de pathologie péri apicale.

Quid, de la radiographie pré-prothétique sur implant ?

L'implant, qui lui reste toujours Hors Nomenclature, ou demain en CCAM acte Non Remboursable, ne donne toujours pas lieu, pour les actes environnants, à prise en charge et notamment les radiographies.

Alors que nous pourrions coter un SPPR 50 pour une couronne sur implant quid de la prise en charge des radiographies contrôlant la fonctionnalité de l'implant pour son ostéo intégration, ainsi que l'ajustement du transfert d'empreinte ou de la pièce intermédiaire sur l'implant par exemple ?

### 3- **Maintien du caractère non remboursable de l'acte « désobturation canalaire » ; la mise en forme canalaire et l'obturation consécutive pourront être réalisées au tarif opposable des traitements endodontiques initiaux.**

**Ou un transfert du financement de notre exercice médical vers les seules complémentaires ?**

- La « reprise de traitement canalaire » comme elle est communément appelée, est un **acte de soin courant** à part entière. Il nécessite certainement un financement adapté.
- En dissociant ainsi cet acte en une **part non remboursable**, qui a donc vocation à être prise en charge par les complémentaires et une autre opposable au titre de l'assurance maladie obligatoire, le feu vert est ainsi donné pour **le basculement de notre activité de soins vers les seules complémentaires.**

Cette disposition amorce le morcellement de notre activité, l'Assurance Maladie Obligatoire conservant à minima les actes de prévention, de soins précoces et économiquement très faibles.

L'essentiel de notre exercice appartiendra alors aux assureurs complémentaires.

Ce renoncement symbolise la sortie irréversible de la chirurgie dentaire de l'Assurance Maladie Obligatoire, donc de la solidarité nationale, et donc du champ de la santé publique.

**Cette disposition est inacceptable !**

### 4- **Le devis conventionnel : une discrimination inacceptable !**

- Il est étonnant de constater qu'aucune précision n'ait été apportée par les diverses communications des syndicats présents aux négociations sur les modalités d'application discutées pour les SEL notamment... et pour les centres de santé ?

**Ne manquerait il pas une information par omission ?**

- L'avenant N°8 et 9 à la convention médicale des médecins de février 2013 précise des points d'applications de la convention des chirurgiens-dentistes applicables aux stomatologues, l'EBD notamment, mais nulle part n'est fait état d'une quelconque obligation au devis conventionnel inique et discriminatoire qui prône la transparence pour les seuls chirurgiens-dentistes libéraux.  
Pas plus d'ailleurs d'avenant précisant ce devis à l'accord national des centres de santé. Pas plus d'ailleurs d'avenant pour les autres professionnels de santé réalisant des dispositifs médicaux.

**Voici une « punition » pour les seuls chirurgiens-dentistes libéraux comme se plaisent à l'expliquer sur les ondes les représentants du CISS et des assureurs complémentaires.**

**Réfléchissez bien avant de donner votre accord à cet Avenant n°3 qui bouleversera notre exercice, sans améliorer l'accès aux soins dentaires.**

**Croyez-vous encore au temps des « bonnes fées » ?**

**Docteur Benoist CAYRON**

**Docteur Nicolas MAILHAC**