



Cadre conventionnel

Ce qu'il faut retenir :

Si le texte conventionnel prévoit bien une **dispense d'avance de frais** pour l'EBD et les soins complémentaires et consécutifs (définition précise de ces termes inscrite dans l'avenant n°1), il accorde également une **garantie de paiement** au praticien.

Le rôle des assurances complémentaires dans l'EBD n'est décrit que comme un "appui à son déploiement" dans le texte conventionnel. Le copartage financier du dispositif entre l'Assurance maladie et les complémentaires n'a été inscrit dans la loi qu'à la création d'un ticket modérateur sur les actes de prévention dentaire.

Mais en aucun cas le texte de la convention ou celui de ces avenants, ni même la loi, ne précisent davantage le dispositif de dispense d'avance de frais relative à l'EBD et aux soins associés, dans sa partie relevant du régime obligatoire (AMO) ou complémentaire (AMC).

Le dispositif Inter-AMC n'est aucunement décrit dans la convention, dans ses avenants ou dans la loi. **Il ne repose donc sur aucune base réglementaire ou conventionnelle.**

Ce dispositif imposé à la profession par les complémentaires avec le soutien de l'Assurance maladie a démontré son inefficacité et constitue un obstacle à la prévention.

En conséquence, nous vous appelons à **pratiquer largement l'EBD** mais à **suspendre l'utilisation du dispositif inter-AMC et revenir à une facturation en 100 % AMO.**

Il appartiendra à l'Assurance maladie obligatoire de récupérer ensuite auprès des complémentaires ce qui lui revient c'est à dire le montant du ticket modérateur de 40% prévu par la loi pour ces actes de prévention dentaire.

Extraits de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie 2023-2028 :

Préambule (extraits)

...Dans les cinq prochaines années, la priorité est donc d'investir dans la prévention et les soins conservateurs en vue en particulier d'améliorer le recours aux soins préventifs de manière significative chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Les partenaires portent une ambition nouvelle pour la génération des 3 à 24 ans qui vise à faire émerger une première « génération sans carie ». Ce changement de paradigme impliquera un suivi bucco-dentaire plus régulier pour ces jeunes générations et une revalorisation des soins de prévention pour inciter les chirurgiens-dentistes à en réaliser davantage tout au long de la vie de ces patients.

Les partenaires conventionnels conviennent d'accompagner progressivement cette génération à des âges supérieurs par voie d'avenant.

Ainsi, pour parvenir à cette « génération sans carie », l'accès à l'examen bucco-dentaire (EBD) est annualisé et revalorisé. Il s'appuiera pour son déploiement sur la participation des organismes complémentaires. De même, les soins préventifs ou conservateurs, réalisés auprès de cette génération, bénéficieront d'une valorisation plus importante pour les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, les tarifs des soins conservateurs bénéficieront d'une mesure de valorisation pour l'ensemble de la population de 4 % au 1er janvier 2025....

Extraits

Article 24.2 – Les mesures en faveur de la génération sans carie

Article 24.2.1 – L'examen bucco-dentaire (EBD)

Jusqu'au 31 mars 2025, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un EBD et des soins consécutifs.

À compter du 1er avril 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires.

Article 24.2.1.1 – Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à l'âge des patients.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire.

Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

L'examen bucco-dentaire peut être associé à la réalisation d'un acte complémentaire (annexe XI). De manière dérogatoire, si cet acte est un acte de détartrage et polissage des dents (HBJD001), le professionnel peut également réaliser en sus et si nécessaire un acte d'application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires (HBLD045).

Article 24.2.1.2 – Les soins complémentaires et consécutifs à l'examen de prévention

Les soins réalisés pendant l'examen de prévention bucco-dentaire sont dits « complémentaires ».

Les soins programmés sur une ou plusieurs séances postérieures à l'examen de prévention sont dits « consécutifs ».

Les soins consécutifs et complémentaires sont définis à l'annexe XI de la présente convention.

Les patients bénéficient d'une dispense d'avance de frais lorsque ces soins sont réalisés dans un délai de 6 mois suivants la date de l'examen de prévention bucco-dentaire et en conséquence, les chirurgiens-dentistes bénéficient d'une garantie de paiement. Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

*Afin d'assurer le recours annuel aux examens bucco-dentaires, aux soins complémentaires et aux soins consécutifs, les partenaires conventionnels s'engagent à définir et proposer les solutions permettant de garantir une **dispense d'avance de frais** pour les bénéficiaires, une absence de reste à charge, pour les bénéficiaires et une **garantie de paiement** pour les chirurgiens-dentistes.*

Article 24. 3 2.1.– Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre sont opposables.

Jusqu'au 31 mars 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1er avril 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDA). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BDB) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BDD) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BDP).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le chirurgien-dentiste peut facturer un supplément de 23 euros cumulable (BDH) à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe XV doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

La facturation d'un examen de prévention bucco-dentaire avec ou sans radiographie est conditionnée à la saisie par le chirurgien-dentiste des résultats de cet examen dans le téléservice décrit à l'article 24.2.1.4 dès lors que ce téléservice sera intégré au logiciel du chirurgien-dentiste ou au plus tard au 30 juin 2025.

Le chirurgien-dentiste ne peut facturer par an (année civile) qu'un seul examen bucco-dentaire par patient.

Article 24.2.1.4 – Modalités pratiques

Chaque année, à partir du 1er avril 2025, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation par courrier papier ou par voie dématérialisée en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel.

Lors de la réalisation de cet examen, le chirurgien-dentiste est invité à saisir les données de santé bucco-dentaire de son patient dans le téléservice dédié (sous Ameli Pro ou dans le logiciel du chirurgien-dentiste).

Les données saisies par le chirurgien-dentiste pendant l'examen bucco-dentaire viendront alimenter d'une part, « Mon espace santé » et d'autre part, une base de données permettant de réaliser un suivi de l'indice carieux des patients ayant bénéficiés d'un examen bucco-dentaire.

Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail pour définir les modalités pratiques de mise en place, de portage et de suivi conjoint par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de cet examen annuel de prévention.

Avenant conventionnel n° 1

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000050998860>

Article 1^{er}

Modification de l'âge des bénéficiaires des soins dispensés à la cohorte de la « génération sans carie » et extension de la prise en charge du vernis fluoré et de la majoration soins conservateurs aux patients âgés de 1 à 3 ans

Article 2

Modification des règles de cumul d'actes pouvant être réalisés dans le cadre de l'EBD

Article 3

Distinction des soins complémentaires et consécutifs de l'EBD et conditionnement de la facturation à la saisie des résultats de l'EBD dans un téléservice

Article 4

Renseignements des résultats de l'examen bucco-dentaire dans un téléservice

Avenant conventionnel n°2

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000050998906>

Report des dates d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles relatifs aux modalités pratiques de l'examen bucco-dentaire au 1er avril 2025.

Cadre législatif

Article 63 de la LFSS 2025

I.-L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, au début, les mots : « Dans l'année qui suit leur troisième, leur sixième, leur neuvième, leur douzième et leur quinzième » sont remplacés par les mots : « A partir de l'année qui suit leur troisième » et, après le mot : « prévention », il est inséré le mot : « annuel » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : «, leur vingt et unième et » sont remplacés par les mots : « anniversaire et jusqu'à l'année qui suit » et, après le mot : « prévention », il est inséré le mot : « annuel » ;

3° Le troisième alinéa est supprimé.

II.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, après la première occurrence de la référence : « 2° », est insérée la référence : «, 6° » ;

2° Au 17° de l'article L. 160-14, les mots : « relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou » sont supprimés ;

3° L'article L. 162-1-12 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-12.-Les bénéficiaires de l'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que des soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen sont intégralement dispensés de l'avance de frais pour ces actes, à l'exception des inlay-onlay ainsi que des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie et sur la part des dépenses prise en charge, le cas échéant, par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 871-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Pour les prestations prévues au 6° de l'article L. 160-8, ces règles prévoient la prise en charge totale de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13. »

III.-Le présent article et l'ensemble des mesures afférentes prévues aux articles 24.1 à 24.2.1.4 du sous-titre I du titre III et à l'article 28 du sous-titre II du titre III de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publiée au Journal officiel du 25 août 2023 sont applicables à compter du 1er avril 2025.