2000-20

25 ans au cœur de la vie syndicale



Par Catherine Mojaïsky
Présidente Confédérale
2012-2018



Préambule

Il y a 2 sortes d'engagements : celui de toujours, lié à une histoire familiale ou des rencontres et celui déclenché par un événement particulier qui fait prendre conscience que si on veut changer les choses, il ne faut pas se contenter de critiquer et de râler mais bien d'agir. Pour moi, après 18 ans de vie « pépère », partagée entre la famille et le cabinet, il y a eu un déclic : le protocole MGEN et les poursuites engagées, à la fin des années 90, par le Conseil de l'Ordre contre les signataires. J'ai alors ressenti un profond sentiment d'injustice qui a donné naissance à un engagement total au service de la profession et des patients (les intérêts des uns et des autres étant liés). Il m'a permis de vivre de l'intérieur des évolutions majeures de l'exercice de la chirurgie dentaire et de la profession imposées par des évolutions sociétales… Le monde change, les professions s'adaptent, les syndicats négocient au mieux ces changements !

Élue un peu par hasard en 2000 à la présidence du SCCD77 (CNSD), je me suis investie au sein de la Commission 2 dont j'ai été élue Secrétaire Rapporteur au Congrès de Nîmes de 2002. Avec Robert Solé et Roland L'Herron, j'ai parfait ma connaissance des dossiers « sécu » et appris l'art du rapport et de la synthèse. Au Congrès extraordinaire de Paris en 2004, je suis entrée au Bureau Confédéral en tant que Secrétaire Générale adjointe (Jean-Claude Michel ayant été élu président et Robert Desse, Secrétaire Général). En raison de désaccords sur la négociation de la Convention Dentaire 2006 et la gouvernance de notre syndicat, j'ai été candidate à la présidence de la CNSD au Congrès de Saint-Malo en 2006, face à Jean-Claude Michel et Robert Desse. J'y ai logiquement été battue mais l'expérience fut très enrichissante. En 2009, au Congrès de la Martinique, j'ai soutenu et accompagné Roland L'Herron dont la sagesse et l'expérience me semblaient indispensables pour recréer du lien après des années un peu tumultueuses. À ses côtés, j'ai été élue Secrétaire Générale. Roland ne souhaitant pas poursuivre son mandat, j'ai été candidate et élue au premier tour au Congrès d'Annecy en 2012 face à Nicolas Mailhac et Jean-Pierre Bonneville, et réélue au congrès de Biarritz en 2015 (seule candidate). Thierry Soulié m'a accompagnée pendant ces deux mandats comme Secrétaire Général. Après 6 ans de présidence, je n'ai pas souhaité me représenter et ai soutenu mes deux successeurs : Thierry Soulié au Congrès de Giens en 2018 puis Pierre-Olivier Donnat au Congrès de Dijon en 2022. J'ai pu garder un pied dans la maison en tant que Conseillère du président et apporter mon expérience sur les dossiers conventionnels, politiques mais également interprofessionnels.

Deux changements majeurs et symboliques pour notre « conf » sont intervenus pendant ces 25 années, faisant suite à des travaux de réflexion, prospective et analyse :

- Le déménagement en 2008 du 22, avenue de Villiers au 54, rue Ampère. Situés dans l'ancien hôtel particulier d'Edmond Rostand, les locaux n'étaient plus adaptés à une organisation moderne et les travaux de réhabilitation auraient été trop compliqués et coûteux.
- Le changement de nom : la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) est devenue en 2019 Les CDF (les Chirurgiens-Dentistes de France). Le terme « syndicat » était ressenti comme un handicap et la référence à notre magazine « Le CDF » s'est imposée.

Ce texte sera un focus sur quelques dossiers marquants de ma vie syndicale évidemment orientés au vu de mes centres d'intérêt et de mon parcours : vie conventionnelle, mon « cœur de métier », mais la liste des combats vécus ne se limite pas à ce sujet. Que ceux qui se sont investis sur des dossiers que je ne cite pas me pardonnent, tout est important… mais il est difficile d'être exhaustif tant le champ d'activité de notre syndicat est vaste. Et je m'abstiendrai d'évoquer les Congrès, tout comme les moments difficiles et conflictuels qui auraient pu fragiliser « notre maison ». Elle en est toujours sortie consolidée. Même si rien n'est acquis, il faut constamment veiller à renforcer les liens. La démocratie n'est pas un exercice facile !

1 - 1993-2014- le passage de la NGAP à la CCAM

1-1 Passage des médecins en CCAM en 2005

1-2 La longue marche de la CCAM

1-3 Avenant 2

1-4 Recours de l'UJCD

1-5 Les formation CCAM

1-6 Inquiétudes et « décollage réussi »

1-7 Inscription de nouveaux actes

2 – Évolutions du système de santé

2-1 Mise en musique du Plan Johannet

2-2 Le rapport Yahiel pour une réforme dentaire

2-3 Octobre 2001… Cochons de dentistes

2-4 Rapport Mission odontologique 2003

3 - Conventions dentaires et nomenclature

3-1 Convention 1997 et arrêté Aubry

3-2 Arrêté Aubry et sortie de la CNSD de la Convention

3-3 Convention 2006

3-4 Suppression de la participation ASM

3-5 Action de contestation cotisation URSSAF

3-6 18 mesures pour sauver l'exercice libérale

3-7 Vie conventionnelle : 25 ans de blocage des lettres clés SPR et TO

3-8 Avenant 3

3-9 Règlement arbitral 2017

3-10 Convention 2018

3-11 Convention 2023

4 - Relations avec les complémentaires santé

4-1 Négociation avec la MGEN

4-2 Extension à la MFP

4-3 PPL Le Roux 2013

4-4 Accord national interprofessionnel (ANI)

4-5 Contrats responsables

4-6 Quand l'Autorité de la concurrence s'en mêle

5 – Le devis de prothèse

5-1 Loi de financement de la Sécurité sociale 1999 : une loi jamais précisée

5-2 PLFSS 2009 : nouvelle tentative

5-3 Loi HPST 2009 : un nouveau coup de poignard des sénateurs centristes

5-4 2009-2011 : un combat tous azimuts

5-5 2012 : nouveau devis conventionnel

5-6 Le rapport Ferrand



6 - CMUC de 2000 à 2023

6-1 Financement de la CMU-C

6-2 Actions CNSD 2005

6-3 Les revalorisations de 2017 à 2028

6-4 Évolutions règlementaires

7 - URPS (Unions régionales des professions de santé)

8 - Les dérives du low cost

8-1 Addentis... des années de procédure !

8-2 Les dérives révélées

8-3 La loi Khattabi

9 - Formation initiale et Europe

9-1 La loi Fioraso

9-2 La manif du 15 mars 2013

10 – 2014 : réforme des professions règlementées

10-1 La riposte du 30 septembre 2014

10-2 La Stratégie nationale de santé

10-3 Promouvoir la santé de chacun et de tous

10-4 Recours constitutionnel

11 - Du réseau libéral au flop du GSD

11-1 La motion du congrès

11-2 Échec des adhésions

12 - Crise Covid 2020

12-1 Système D

12-2 Intégration des CD au DIPA

12-3 Problèmes de régularisation

12-4 Rappel historique

13 – Les chantiers à suivre

13-1 Évolution de l'assistante dentaire

13- 2 Relations interprofessionnelles

13-3 Relations internationales

Conclusion

Annexes

Des lois emblématiques...

Sources



Oublier le passé, c'est se condamner à le revivre !

Primo Levi - Écrivain - 1919/1987

Chapitre 1

1993-2014
Le passage de la NGAP à la CCAM

1-1 Passage des médecins en CCAM en 2005

1-2 La longue marche de la CCAM

1-3 Avenant 2

1-4 Recours de l'UJCD

1-5 Les formation CCAM

1-6 Inquiétudes et « décollage réussi »

1-7 Inscription de nouveaux actes

1 - Le passage de la **NGAP** à la **CCAM** (1993/2014)

Aujourd'hui encore, les CDF délivrent des formations à la CCAM car manier cette classification des actes avec dextérité s'avère plus complexe qu'il n'y parait. L'introduction de cette nouvelle « bible » en 2014 bouleversa profondément les habitudes des anciens et peut plonger les nouvelles générations dans les abîmes de la perplexité. Alors, revenons aux origines. Tout débuta en 1993 par un constat unanime : la nomenclature générale des actes (NGAP) qui servait alors de support au calcul des honoraires de praticiens libéraux était complètement dépassée, et ne remplissait plus son rôle. De plus, elle n'était pas codée. Dans le même temps, le catalogue des actes médicaux (CdAM) utilisé dans les hôpitaux pour décrire l'activité des services était aussi devenu obsolète. La décision fut alors prise de réécrire un catalogue unique, commun au public et au privé, qui aura une double vocation :

• décrire l'activité médicale par le codage des actes (ce qui implique une liste exhaustive des actes) ;
• servir de support aux honoraires des praticiens libéraux rémunérés à l'acte.

L'objectif assigné est donc que la CCAM permette de fiabiliser le système de tarification et d'avoir une meilleure connaissance qualitative et quantitative de la consommation de soins. La classification des actes médicaux est deux fois « commune ». Commune au public et au privé, mais aussi commune à toutes les professions médicales. Dès 1993, un texte législatif prévoit une refonte de la nomenclature. 500 experts désignés par les sociétés savantes vont travailler sur l'écriture et la validation des libellés. Pour l'odontologie, c'est en 1997 que le travail a été mené, avec la participation d'experts issus de l'ADF. Fin 2000, tous les libellés de chirurgie, d'anesthésie réanimation, de médecine, d'odontologie et d'orthodontie ont été décrits et ont fait l'objet d'une première publication. L'ANAES (ancêtre de la HAS) expertise la validité médicale des actes : c'est ainsi que certains actes dentaires tels que les prothèses amovibles résine définitives de moins de 9 dents ont reçu un avis défavorable. Résultat : l'absence de prise en charge. S'en est suivie la hiérarchisation : intra-spécialité dans un premier temps, permettant de donner un score à chaque acte. Le travail médical est une combinaison de 4 composantes afin de fiabiliser et d'affiner l'analyse des scores estimés pour le travail :

• le stress,
• la durée de l'acte,
• la technicité,
• l'effort mental.

Pour l'odontologie, l'acte de référence choisi a été la biopulpectomie de la 1re prémolaire supérieure. Tous les autres actes sont évalués par rapport au score 100 de l'acte de référence.

Puis s'est faite la hiérarchisation inter-spécialités. La méthode consistait à sélectionner, entre les spécialités étudiées deux à deux, les couples d'actes faisant appel à un même travail médical, appelés « actes liens ». En classement inter-spécialité, les actes dentaires ont été rapprochés avec la stomatologie et la chirurgie plastique.

• Avec la stomatologie

Les actes rapprochés étaient l'avulsion de la dent de sagesse mandibulaire, l'avulsion de la canine incluse et la résection apicale.

• Avec la chirurgie plastique

Les actes rapprochés étaient l'avulsion d'une canine ou d'une prémolaire incluse avec l'exérèse d'une gynécomastie unilatérale et l'exérèse d'une lésion maxillaire de moins de 2 cm de grand axe par voie endobuccale avec l'extraction d'un corps étranger profond des parties molles, exclus le visage et les mains

Après ce croisement, la valeur de l'acte de référence (pulpectomie de la 1re prémolaire supérieure) a été ramenée à 53 (W) et les autres actes odontologiques ont suivi. Cette hiérarchisation a été contestée par la CNSD, estimant qu'en raison d'un certain nombre de biais méthodologiques, nos actes devenaient sous-scorés. Il n'a jamais été possible de revenir sur ce travail.

Plusieurs paramètres permettent toujours de déterminer la valeur de l'acte :

- le score en points de travail (W) évalué indépendamment de toute considération financière.

- Le facteur de conversion monétaire (FC), valeur monétaire en euros d'un « point travail » Il est défini à partir de l'enveloppe affectée aux actes techniques. Les actes dentaires n'ont pas été pris en compte dans le calcul. Le FC a été validé à 0.44 € et s'applique à toutes les professions de santé depuis 2005.
- Le coût de la pratique (CP), correspond aux charges financières qui incombent aux praticiens pour la réalisation de l'acte médical. Il est divisé en charges habituelles (Cg) et charges supplémentaires ou surcoût (S) qui sont facultatives.

La valeur de l'acte est V = (W x FC) + (W x Cg) + S

La version 0bis de la CCAM a été publiée le 1er janvier 2003. Elle suivait la publication de la version 0 utilisable depuis le 1er janvier 2002. Du 27 mai au 2 juin 2002, une enquête est lancée pour estimer la fréquence annuelle des actes bucco-dentaires (libellés CCAM) réalisés par les chirurgiens-dentistes libéraux, hors établissement. La CNSD boycottera cette enquête, estimant qu'elle est faussée dès le départ en raison de libellés erronés, incomplets ou obsolètes et de données économiques dépassées.

En 2003, un comité tripartite (syndicats médicaux, Assurance maladie, État) est mis en place dans l'objectif de démarrer la CCAM au 1er janvier 2004, pour les actes techniques réalisés par les médecins. Les chirurgiens-dentistes en sont exclus : la CNSD n'aura de cesse d'exiger d'y être intégrée. Néanmoins, à part Roland L'Herron, farouche partisan et acteur majeur des travaux déjà menés, peu de monde croyait à cette refonte de la nomenclature. Jacques Reignault, président de la CNSD jusqu'en 2004 plaisantait même en disant *« d'ici à ce que la CCAM se mette en place, ma petite-fille (3 ans) sera chirurgien-dentiste »*...

1.1. Passage des médecins en CCAM en 2005

Les médecins, fermement décidés à passer en CCAM, ont défini avec l'UNCAM une méthodologie qui permette un passage en douceur, tenant compte des impératifs financiers, des caisses et des différentes spécialités de médecins.

En effet, un passage appliquant *stricto sensu*, pour tous les actes la multiplication du facteur travail (W) par le facteur de conversion (FC = 0,44) et du coefficient charges (Cg) propre à chaque spécialité aurait entraîné des modifications brutales. Des spécialités auraient été gagnantes et d'autres perdantes, avec à l'intérieur de chaque spécialité des actes gagnants et des actes perdants.

Les médecins en secteur 2, qui avaient la possibilité de pratiquer des honoraires libres sur tous les actes (avec en contrepartie le paiement « plein pot » de leurs cotisations sociales), ne souhaitaient pas de modification de leur statut lors du passage en CCAM. Il a donc été décidé lors de leur négociation conventionnelle, qu'ils conserveraient la liberté de leurs honoraires sur tous les actes. Seuls ceux qui choisiraient de rentrer dans l'option de coordination (médecin traitant) se verraient appliquer un plafond de 30 %.

Un protocole d'accord relatif à la mise en œuvre de la CCAM a été signé le 25 février 2005. Il prévoyait les points suivants :

- Certaines spécialités ne passent pas en CCAM pour permettre des études complémentaires
- Convergence progressive – 5 à 8 ans – vers les tarifs cibles
- Définition d'un tarif de référence CCAM équivalent au tarif de l'acte en NGAP
- Enveloppe de 180 millions d'€ affectée à la revalorisation des actes dont le tarif cible est supérieur aux tarifs de référence (4 spécialités ne sont pas concernées)
- Le taux de revalorisation de ces actes est de 33 %
- Les actes dont le tarif cible est inférieur à la valeur de référence restent au tarif NGAP
- La valeur intermédiaire moindre des actes gagnants permet de financer le maintien à la valeur NGAP des actes perdants
- Une revalorisation supplémentaire transitoire est allouée à certains actes de chirurgie
- Les tarifs des scanners et IRM baissent de 2 % pour tenir compte de la baisse du prix des équipements

Il résulte de cet accord que les règles de base relativement rigides de la CCAM ont été assouplies lors et par la négo-

ciation conventionnelle, afin de préserver les intérêts des médecins et des caisses.
Parmi les points modifiés, on notera plus particulièrement :

- Tarif opposable sur tous les actes pris en charge : en réalité, les tarifs demeurent libres pour les « secteur 2 » et des dépassements sont autorisés dans plusieurs cas de figure ;
- Application des tarifs CCAM en utilisant la formule W x (FC + Cg) : en réalité, les diverses adaptations font que les tarifs ne suivent plus la hiérarchisation préétablie. Les coefficients W disparaissent de la liste CCAM et sont remplacés par des tarifs.

Cette transposition aux médecins a donc fortement dévoyé les principes de la CCAM visant à donner une « juste valeur » aux actes. Ainsi l'UNCAM a décidé que la liste des actes pris en charge serait celle de la NGAP, à l'exception de ceux qui sont à visée esthétique. Les tarifs ont été fixés par l'UNCAM.
Concernant les chirurgiens-dentistes, une réunion s'est tenue le 11 mars 2005 au pôle nomenclature de la CNAMTS. Il est apparu que le passage en CCAM des actes bucco-dentaires n'était pas une priorité, d'autant qu'il n'y avait pas de budget pour le faire aux conditions obtenues par les médecins. Cependant, les craintes de la CNSD sur un passage en CCAM avec des tarifs opposables sur la totalité du catalogue (actes remboursables ou non) a été levée. Il est apparu aussi que la tentation était grande côté payeur de sortir les actes dentaires de la hiérarchisation avec un FC spécifique. Devant l'absence de volonté politique, tant côté CNAMTS que CNSD, il n'a pas été possible de saisir l'occasion de passer, dès 2005, en CCAM, ni d'intégrer le sujet dans le cadre de la négociation conventionnelle 2005-2006. L'insistance de Roland L'Herron a cependant permis d'inscrire dans le paragraphe 4.3.3 - La classification commune des actes médicaux de la convention 2006 : *« 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 2 à 3 années à venir »*. Il faudra en réalité près de 7 ans pour que cette CCAM dentaire soit effective !
La NGAP a été supprimée pour les médecins le 30 mars 2005 et remplacée par la CCAM technique : avenant 2, dans lequel figurent les tarifs en euros (€). Les dispositions générales de la CCAM prévoient la subsistance d'une NGAP dite « résiduelle » pour les actes dentaires et les actes communs aux stomatologues ou aux chirurgiens-dentistes. Le projet d'une CCAM clinique a, en revanche, été abandonné.

1-2 La longue marche de la CCAM

C'est timidement que dès 2007, les réunions de travail conventionnelles s'engageront : véritable serpent de mer de la profession, la CCAM suscite autant d'intérêt que de doutes ! Catalogue complet et hiérarchisé des actes médicaux, les contraintes budgétaires, le coût que représente son investissement pour l'Assurance maladie, ainsi que le risque de voir notre liberté contestée par le codage des actes, sont les principales raisons du *statu quo*. Si les doutes fondés sur l'expérience médecins sont justifiés, seule une parfaite connaissance du dossier pourra permettre de les lever et de donner des armes à la négociation. C'est dans cet objectif que la Commission 2 présidée par Daniel Hugues s'engage dans la rédaction d'un rapport CCAM : il sera finalisé en février 2008.
Beaucoup de principes mis en avant dans ce rapport seront l'axe des futures négociations et plus particulièrement :

- la nécessité de règles de facturation spécifiques pour le dentaire (chez les médecins, si plusieurs actes dans la même séance, le premier est tarifé à 100 % de sa valeur, le 2e à 50 % et à partir du 3e, c'est gratuit) ;
- l'incohérence d'une description totale pour des actes tels que les bridges, qui créerait des dizaines de codes différents pour tenir compte de la multiplicité des cas cliniques possibles ;
- une liste d'actes à revoir ou compléter ;
- la préservation de l'ED et de la liberté tarifaire sur les actes non remboursés en raison de l'impossibilité d'une juste rémunération de chaque acte ;
- devant le constat de la perte induite sur de nombreux actes par la sous-valorisation du FC, refus d'actes perdants par rapport au tarif NGAP ;
- constat sur toutes les difficultés informatiques et logicielles à venir.

Des calculs et projections détaillés permettent de mesurer le chemin à parcourir entre les données chiffrées existantes et les investissements considérables nécessaires pour une tarification cohérente de l'activité dentaire.
Un travail est engagé de transposition des actes CCAM en NGAP et mesure de la fréquence des actes pour connaître l'impact financier.
En 2009, un nouvel élément viendra compliquer le dialogue conventionnel : la LFSS 2009 prévoit l'obligation de la participation de l'Unocam aux négociations dans les professions où ces organismes sont payeurs majoritaires : dans les professions conventionnées, seuls les chirurgiens-dentistes sont concernés !
Pendant que les travaux sur le passage en CCAM se poursuivent (avec notamment une nouvelle enquête de fréquences des actes fin 2009), les scénarios d'évolution des tarifs des actes opposables en vue d'une nouvelle négociation sont étudiés par la commission 2 avec l'aide de la commission 3. La nécessité d'un doublement de la valeur de ces actes est démontrée, mais il semble impossible d'y parvenir avec la seule contribution de l'AMO, déjà en fort déficit. De multiples options sont envisagées allant de la sortie de l'opposabilité à une hausse du ticket modérateur…
L'Assemblée générale de la CNSD du 18 décembre 2010, décide de ne pas s'opposer à la reconduction de la Convention dentaire, le 19 juin 2011. La convention de 2006 sera donc tacitement reconduite avec des négociations pour un nouvel avenant. Aux Universités d'été de la CNSD 2011, Roland L'Herron rappellera au ministre de la Santé, Xavier Bertrand, qu'il faudrait 2 Mds € pour redonner une cohérence aux honoraires dentaires. La réponse du ministre sera sans ambiguïté : *« Les 2 milliards d'euros, vous le savez bien par les temps qui courent, y a pas grand-monde qui va vous les promettre ou alors, le premier qui vous les promet, vous vous dites « celui-là est un beau menteur »*.

1-3 Avenant 2

La négociation pour l'avenant 2 débute en mars 2012. Et le dossier CCAM avance bien. Très vite, l'UJCD se retire des discussions, la CNSD travaille seule. Après de nombreuses séances de travail technique et grâce à un déblocage de la situation par le directeur général de l'UNCAM, la quasi-totalité des demandes de modification de la CNSD est acceptée.
Ainsi, figurent dans cet avenant :
- la suppression des regroupements d'actes (ex : extractions de 3 à 5 dents, 5 à 8 dents, etc.) ;
- la simplification de la description des cavités (suppression de la notion de point de contact) ;
- la création d'un coefficient de majoration pour les enfants ;
- la création d'une exception dans les dispositions générales de la CCAM permettant de facturer à taux plein plusieurs actes identiques sur la même dent ou sur des dents différentes dans la même séance : l'obtention de cette exception était une ligne rouge pour la CNSD, sans elle, le passage en CCAM aurait été économiquement impossible ;
- la suppression de la notion de 2e acte facturé à 50 % et 3e acte gratuit, sauf pour les extractions pour lesquelles la règle de la NGAP (2e acte et suivants à 50 %) est conservée par cohérence avec les actes de chirurgie des médecins ;
- l'harmonisation et la mise en cohérence des libellés.

Pour s'assurer que la CCAM se mettrait réellement en place et éviter les déboires des précédentes conventions où des engagements sans date ou données chiffrées n'avaient jamais été mis en œuvre, la CNSD a voulu faire paraître une liste d'actes dans une annexe et décider d'une date de passage : le 1er juillet 2013. Lors d'une ultime séance arbitrée par le ministre de la Santé, la CNSD a arraché une enveloppe de 57 millions d'euros de revalorisations tarifaires (le contexte préélectoral à l'élection présidentielle a favorisé ce geste). Là aussi, il fallait acter ces revalorisations dans l'avenant n° 2, les cavités 1 face et 2 faces ont été choisies dans une logique de privilégier les soins précoces. Le 13 avril 2012, un Conseil d'administration extraordinaire donnera mandat à Roland L'Herron pour signer l'avenant 2 à la convention de 2006. Anecdote : les dispositions liées à la permanence des soins ont été encouragées par le ministre Xavier Bertrand, confronté à une urgence dentaire dans son département de l'Aisne. Avant cet avenant, il n'y avait aucune rémunération pour les gardes dentaires à l'exception de la majoration dimanche et jours fériés de 19,06 €. Mais la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions traînera, car il faudra attendre la publication d'un décret instaurant la PDS dentaire (JO 29/1/2015), puis des arrêtés des ARS, région par région.

L'avenant signé, le travail continue pour la mise en place de la CCAM. De nombreuses séances seront encore nécessaires. La CHAP (Commission Hiérarchisation des Actes et Prestations) devra valider les nouvelles dispositions générales, les libellés et la transposition à coût constant de la NGAP en CCAM. Ce sera fait le 25 octobre 2012. Une nouvelle négociation conventionnelle devra décider des tarifs et du caractère opposable, à tarif libre ou non remboursable des actes. C'est dans l'avenant n° 3 qu'apparaîtront les tarifs appliqués. Dès le départ, l'UJCD-UD prononcera devant la CHAP une déclaration de principe annonçant qu'elle refusait de cautionner une « pseudo-CCAM dont les libellés et la valorisation sont inacceptables », et que tout en assistant à la réunion, elle s'abstiendrait de toute participation. Quel renversement par rapport à 2009 où elle souhaitait un passage rapide, même à coût constant, ou en 2011 où elle participait activement au travail !

1-4 Recours de l'UJCD

Dès la publication de l'avenant 2, le 31 juillet 2012, l'UJCD-UD avait déposé un recours et un référé auprès du Conseil d'État visant à annuler l'avenant et à en suspendre la publication. Elle estimait que la convention de 2006 était caduque et qu'un avenant ne pouvait pas introduire de modifications aussi importantes. La CNSD y répondra par un mémoire rappelant que la plupart des dispositions introduites par l'avenant 2 étaient déjà présentes dans la convention 2006, qu'en l'absence d'opposition, la convention avait été tacitement reconduite le 18 juin 2011 et que son contenu continuait depuis à s'appliquer.

L'audience de référé s'est tenue le 20 septembre 2012. L'UJCD-UD a persisté dans son analyse, et a justifié de l'urgence pour en suspendre l'application en évoquant les « lourdes conséquences », financières en particulier, en cas d'annulation de l'avenant après sa mise en œuvre. Il a fallu lui rappeler la faiblesse des enjeux financiers (80 millions remboursables par an, soit 2 000 € par praticien)… en déplorant de ne pas avoir obtenu plus ! La juge du Conseil d'État a rejeté le référé en mettant en avant le manque de moyens sérieux figurant dans le recours. Par la suite, le jugement sur le fond rejettera également le recours de l'UJCD.

1-5 Les formation CCAM

En décembre 2013, 200 cadres CNSD seront formés à la future CCAM. Puis, de janvier à avril 2014, une trentaine de formations régionales ouvertes à tous les praticiens seront organisées par l'UNAFOC (organisme de formation de la CNSD) sur tout le territoire, métropolitain et outre-mer. Elles seront entièrement prises en charge par le FIF-PL et complétées par des formations départementales. Des fiches et une information sont alors diffusées via le magazine CDF-Mag et le site internet. Un CDF+ sera envoyé à toute la profession et un forum CCAM créé pour apporter toutes les réponses aux confrères. Gérard Morel a conçu un programme « Assistant CCAM » dont la clé USB sera largement diffusée auprès des praticiens syndiqués mais également de tous les praticiens demandeurs.

1-6 Inquiétudes et « décollage réussi »

Au début de l'année 2014, des inquiétudes apparaissent sur plusieurs points comme la capacité des logiciels dentaires à être opérationnels au jour J. Si certains éditeurs de logiciels jouent le jeu, d'autres, désinformés par certains syndicats qui leur affirment qu'il y aura report, ne mettent pas les moyens nécessaires pour ce virage majeur. Par ailleurs, environ 10 % des praticiens ne sont pas informatisés ou n'ont pas de logiciel capable de faire les développements nécessaires. Or, sans logiciel opérationnel et ergonomique, le virage CCAM sera un enfer. Des doutes apparaissent également sur les développements dans les délais de Sésam Vitale, indispensables pour que les bases de codage et de tarification fonctionnent. Et l'enthousiasme de voir ces années de travail et d'efforts aboutir nous fera commettre une erreur de communication majeure : la couverture du CDF Mag de début juin 2014 titrera « CCAM : décollage réussi », ce qui nous vaudra beaucoup de sarcasmes… Nous pensions avoir tout bien préparé, mais la technique n'avait pas totalement suivi… Nous n'oublierons pas cette leçon de prudence !

Devant les retards annoncés, la période transitoire de 2 mois prévue lors d'une réunion fin mai, sera prolongée jusqu'au 31 octobre 2014 après la commission paritaire de juillet 2014. Les bugs constatés seront progressivement corrigés, les logiciels intègreront des process de simplification et amélioreront leur ergonomie. Fin 2014, la CCAM sera pleinement opérationnelle ! Début 2015, seul 0,24 % de chirurgiens-dentistes facturent encore en NGAP. Le travail de suivi et d'évolution récurrent peut alors commencer. Cette CCAM sera un atout majeur quand il faudra cibler des revalorisations tarifaires et évaluer finement leurs impacts financiers. Ce sera le cas lors des négociations de l'avenant 4 non abouti puis lors des conventions de 2018 et 2023. L'accès de la CNSD/CDF aux données de santé permet aujourd'hui de chiffrer nos propositions mais aussi de vérifier les chiffrages de l'Assurance maladie.

1-7 Inscription de nouveaux actes

Fin juin 2014, la Haute autorité de santé a ouvert, pour une durée d'un mois, la possibilité de présenter des dossiers d'évaluation d'actes médicaux à faire inscrire à la CCAM. En juillet 2014, la CNSD a déposé 14 dossiers, réalisés dans un temps record grâce à l'énergie déployée par Gérard Morel. Ces dossiers de plusieurs centaines de pages contenaient tous les éléments permettant à la HAS d'évaluer ces actes afin de permettre leur inscription à la CCAM. Ce travail énorme a été réalisé avec l'appui de l'ADF. Les actes concernés sont :

- l'aéropolissage
- l'hémostase chez les patients présentant un trouble de la coagulation
- le dégagement des dents incluses
- l'avulsion d'une dent temporaire avec séparation de racines
- les couronnes pédodontiques préformées
- les attachements extracoronaires
- les attachements intracoronaires
- les réparations des attachements
- les bridges collés
- les bridges cantilever de base (trois éléments)
- les bridges cantilever monopilier
- l'adjonction d'un élément pontique en extension à une prothèse plurale
- le MEOPA
- le nettoyage des prothèses amovibles.

La plupart de ces actes n'ont toujours pas été évalués, à l'exception de ceux qui ont fait l'objet d'une demande par l'Assurance maladie, comme les bridges cantilever ou collés.



© Syda Productions/Adobe Stock

Chapitre 2

Évolutions du système de santé

2-1 Mise en musique du Plan Johannet

2-2 Le rapport Yahiel pour une réforme dentaire

2-3 Octobre 2001... Cochons de dentistes

2-4 Rapport Mission odontologique 2003

2 – Évolutions du **système** de **santé**

En juillet 1999, Gilles Johanet, directeur de la CNAMTS, a présenté un plan intitulé « Des soins de qualité pour tous : refonder le système de soins. ». Baptisé « plan Johanet », il couvre tous les secteurs de la santé et la proposition 17 concerne les soins dentaires suivants.

17.1. La mise en place d'une option "continuité des soins" pour l'ensemble de la population avec l'application d'un mécanisme d'incitation à opter. Les patients s'engagent à se rendre chez le dentiste de leur choix, au moins une fois par an pour les moins de 20 ans et tous les deux ans pour les plus de 20 ans. Ce bilan périodique doit constituer en quelque sorte un audit de l'état bucco-dentaire. Cette visite, qui attestera d'un suivi (mention sur les carnets "enfant" pour les moins de 16 ans et "santé" pour les plus de 16 ans), leur permettra de bénéficier des nouvelles mesures de ce plan. Par contre, l'Assurance maladie ne participera pas dans les mêmes conditions à la prise en charge des soins dentaires pour les patients n'adhérant pas à l'option.

17.2. Cette nouvelle organisation implique aussi des obligations pour le professionnel adhérent car celui-ci devient praticien-référent. Il devra en particulier assurer la cohérence et la continuité des soins dispensés au patient et respecter le plafonnement des tarifs prothétiques. La définition précise des obligations des professionnels fera l'objet d'une négociation entre l'Assurance maladie et les professionnels. Enfin, il est clair que la différence de prise en charge des soins par l'Assurance maladie constituera une forte incitation à l'adhésion.

17.3. La revalorisation des soins conservateurs et l'opposabilité en matière tarifaire des traitements orthodontiques et prothétiques. La revalorisation massive (chiffrée à titre indicatif à 75 % en moyenne) des soins conservateurs par une modification de la nomenclature constituera l'impulsion nécessaire pour axer le travail des chirurgiens-dentistes sur ce type d'interventions mieux rétribuées.

Cette revalorisation couvre la fonction de bilan assumée par le chirurgien-dentiste dans le cadre de ce nouveau dispositif. D'autre part, les prothèses feront l'objet d'une tarification selon une nomenclature refondue et opposable dans le cadre de l'option de "continuité des soins". Le principe de l'opposabilité des tarifs d'orthodontie est nécessaire à une meilleure prise en charge de ce type de soins. En effet, la revalorisation du tarif servant de base au remboursement n'est d'aucune utilité pour l'assuré si les prix pratiqués augmentent à leur tour. Le mécanisme d'opposabilité permet donc de garantir une amélioration effective de la prise en charge de l'ODF.

17.4. La modulation du taux de prise en charge des soins par l'Assurance maladie selon l'inscription ou non dans une option de continuité des soins.

17.5. Création d'un secteur tarifaire spécifique aux chirurgiens-dentistes pratiquant l'ODF qui passeront un contrat avec l'Assurance maladie.

2-1 Mise en musique du Plan Johannet

À la suite de sa présentation en mars 2000, la CNAMTS et l'UJCD ont signé un protocole présentant un projet de refonte de la nomenclature, baptisé « passerelle » car il s'agissait de bâtir un système intermédiaire entre la NGAP et la future CCAM, reposant sur les principes suivants :

- établissement d'une liste d'actes couvrant l'activité habituelle d'un cabinet dentaire ;
- attribution d'une valeur à chacun des actes en tenant compte des critères de temps d'exécution, du plateau technique et des difficultés opératoires ;
- définition d'un panier de prestations à honoraires opposables ;
- revalorisation des soins conservateurs et des actes de chirurgie ;
- réajustement du tarif des prothèses ;
- instauration d'un suivi régulier de soins, concrétisé par la réalisation de bilans d'entrée et de suivi périodique, ce qui implique des engagements à la fois pour le praticien et l'assuré. Seuls les praticiens s'engageant dans ce nouveau dispositif (optants) pourront dispenser aux assurés sociaux les bilans et suivis périodiques et les faire bénéficier des

avantages qui en découlent en matière de prise en charge (meilleure prise en charge des soins 100 % ou 70 % alors que les patients des praticiens « non optants » ne sont remboursés qu'à 40 %).

Tous les actes énumérés dans la nomenclature étaient tarifés et divisés en deux catégories, "A et B" :

- A : la tarification est opposable à tous les praticiens, optants ou non optants ;
- B : la tarification est opposable aux seuls praticiens optants. Les professionnels non optants pourront dépasser le tarif opposable dans la limite de 20 % de ce montant.

Les avantages conventionnels (prise en charge de cotisation maladie et vieillesse) étaient réservés aux seuls praticiens optants et un tiers payant obligatoire était prévu. L'Assurance maladie provisionnait 1 milliard de francs (150 M€) pour cette réforme, sans garantie de tenir cet engagement.

Pour la CNSD, cette somme était bien insuffisante, au vu du rattrapage nécessaire pour admettre une opposabilité de tous les actes. De plus, dans un contexte où la loi de financement prévoyait des sanctions collectives en cas de dépassement d'objectif, il y avait un risque majeur de voir les tarifs baisser, alors que les contraintes perduraient. La CNSD a fait des propositions dans un document, Des soins dentaires de qualité pour tous dans le cadre de l'exercice libéral et contractuel, en revendiquant une réforme selon une méthode qui respecte :

• la proportionnalité des engagements réciproques
• la concomitance des contraintes et contreparties qui devront être de règle
• la progressivité de mise en place.

Heureusement, cette nomenclature passerelle ne verra jamais le jour !

2-2 Le rapport Yahiel pour une réforme dentaire

Par lettre du 24 mai 2000, les ministres Elisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, confient à Michel Yahiel, haut fonctionnaire, une mission visant à identifier les axes de progrès en matière d'amélioration de la qualité des soins dentaires, de l'accès à ces soins et de leur prise en charge. Après de multiples réunions de concertation, ce dernier produit, en juillet 2001, un rapport intitulé « Lignes directrices pour une réforme dentaire » (Rapport Yahiel juillet 2001). Pour la CNSD, ce rapport reprend ses constats, qui ont amené à la signature de la Convention de 1997. Cependant, il propose des solutions que la CNSD qualifie d'incohérentes, comme la revalorisation, dans un délai de quatre ans et à des niveaux inférieurs à ceux de 1997, des soins et principalement de l'extraction. Le tout était assorti de tarifs de référence pour toutes les prothèses, accompagné d'une dérisoire amélioration des remboursements, mentionnée comme « à coût nul pour l'Assurance maladie ».

2-3 Octobre 2001... Cochons de dentistes

Au Sénat, à un parlementaire qui, parlant des chirurgiens-dentistes, espérait qu'"il y a des praticiens [...] raisonnables", le ministre Bernard Kouchner répondit : "il y en a peu". Peu de temps après, à un chirurgien-dentiste saumurois qui l'interrogeait sur "la triste réalité du niveau de prise en charge des traitements prothétiques dentaires", le même ministre déclarait : "je refuse ça, je ne veux plus me faire engueuler. Cochons de dentistes, vous n'êtes pas à plaindre ! Je connais vos salaires moyens, je connais aussi celui des médecins généralistes... Nettement moindres. Je ne suis pas le ministre des dentistes, mais le ministre des malades". Cette diatribe indigna la profession qui répondit par un communiqué de presse des syndicats (CNSD et UJCD). Face au tohu-bohu, le ministre s'est excusé, mais l'image du cochon n'a pas arrangé les relations entre le ministère et la profession.

2-4 Rapport Mission odontologique 2003

Puis, en 2003, une mission fut confiée à trois chirurgiens-dentistes, le Professeur Dominique Bois, les Docteurs Jacques Massonnaud et Jacques Melet par le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François Mattei. Les thématiques inscrites dans la lettre de mission étaient les suivantes :

• Démographie professionnelle et réorganisation de la profession,

• Formation initiale et formation continue,
• Sécurité sanitaire, promotion de la qualité des soins,
• Odontologie hospitalière,
• Prévention et accès aux soins,
• Projet d'évolution de financement des soins dentaires.

Après 5 mois d'auditions tous azimuts, ils ont rédigé un rapport de 130 pages auquel la CNSD a contribué *via* le document « Une voie nouvelle pour une réforme de la prise en charge des soins dentaires » et l'amélioration de la santé bucco-dentaire. A noter que la FFSA (représentant les assureurs privés) profita de cette occasion pour faire une provocation, en proposant le pilotage et la prise en charge au premier euro de l'ensemble des traitements dentaires par un organisme d'assurance privé. La CNSD s'est fermement opposée à cette idée, en rappelant que l'activité médicale de notre spécialité ne peut être pratiquée que dans le cadre de la solidarité nationale, comme c'est le cas pour les autres professions de santé. Finalement, aucun de ces rapports, qui firent bruisser les couloirs de la confédération, mobilisant les énergies, multipliant les réflexions tactiques et stratégiques, n'auront de suite concrète à court terme.

VOIE NOUVELLE POUR LA REFORME DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES (CNSD)

o Constat

- Depuis 15 ans, il n'y a aucune évolution dans le dossier dentaire.
- Les recettes de l'AMO augmentent mais augmenteront moins vite que les dépenses et les besoins de la population.
- Ces recettes sont limitées par l'environnement économique et les engagements européens.
- On ne peut plus maîtriser les dépenses de santé ; il est en revanche légitime d'équilibrer les dépenses remboursées à la hauteur des recettes de l'AMO.
- Il existe deux moyens de moduler les dépenses remboursées : le ticket modérateur ou le « panier de biens et services remboursés » (PBSR).
- Aujourd'hui, les pouvoirs publics ne veulent pas augmenter le ticket modérateur, il ne reste donc que la solution du PBSR.

o Principe

- Constatant que nous n'avons plus les moyens de rembourser tout ce qui est utile, il faut faire des choix.
- Il faudra effectuer un classement des actes en se basant sur les principes suivants :
    - La prévention devra être prioritaire
    - Les couples actes/pathologie devront être classés par ordre d'importance médicale et d'amélioration de la santé publique.
    - La notion de coût/efficacité sur les actes devra intervenir.
- Les actes devront être rémunérés à leur juste coût.
- Les politiques devront définir les moyens qu'ils souhaitent consacrer aux soins bucco-dentaires (ces moyens ne pourront être inférieurs à l'enveloppe actuelle) : cela définira les actes pris en charge et remboursés par l'AMO.
- Les autres actes resteront à la charge du patient qui pourra faire prendre en charge tout ou partie par l'AMC (rappelons que le Gouvernement prévoit que chaque Français soit couvert par une complémentaire).
- Les populations présentant des risques plus élevés pourront être ciblées au travers de certains actes (notion d'équité au lieu de l'égalité actuelle).

Chapitre 3

Conventions dentaires et nomenclature

3-1 Convention 1997 et arrêté Aubry

3-2 Arrêté Aubry et sortie de la CNSD de la Convention

3-3 Convention 2006

3-4 Suppression de la participation ASM

3-5 Action de contestation cotisation URSSAF

3-6 18 mesures pour sauver l'exercice libérale

3-7 Vie conventionnelle :

25 ans de blocage des lettres clés SPR et TO

3-8 Avenant 3

3-9 Règlement arbitral 2017

3-10 Convention 2018

3-11 Convention 2023

3 - Conventions **dentaires**

3-1 Convention 1997

Prévue pour quatre ans, la convention dentaire a été signée par les trois principales caisses d'assurance-maladie (Canam-professions indépendantes, CNAM-salariés, MSA-travailleurs agricoles) et la CNSD. Le texte a été approuvé par le gouvernement et publié au JO du 30/5/1997. Il rénovait sensiblement les conditions financières d'accès aux soins dentaires, avec deux cibles privilégiées : les jeunes patients et les prestations onéreuses comme les prothèses, dont les prix seront encadrés.
Cette convention mettait en place le premier plan de prévention. A partir de quinze ans, et jusqu'au dix-huitième anniversaire, tous les jeunes avaient droit à un examen (EXP) intégralement pris en charge (150F, +70F pour 2 radios, +140F pour 4 radios). Les soins courants (détartrage, plombage), les interventions et les radiographies consécutifs à cet examen sont aussi intégralement pris en charge. L'assurance-maladie prévoyait de consacrer 1,6 milliard de francs (248 M€) en quatre ans à ces mesures. Bertrand Fragonard directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie expliquait attendre de l'amélioration de la prévention précoce un « retour sur investissement » par un moindre recours aux soins curatifs.

Cette convention prévoyait la hausse des détartrages et des reconstitutions 1 et 2 faces :
Au 1er juillet 1997 :
- première étape nouvelle cotation des actes de détartrage SC10 ;
- extraction dentaire : DC10 ;
- ODF : report de la limite d'âge de douze à seize ans.

Au 1er janvier 1998 :
- deuxième étape : nouvelle cotation des actes de détartrage SC12.

Au 1er juillet 1998 :
- première étape obturation dentaire définitive - cavité simple SC7 (traitement global) ;
- cavité composée 2 faces SC12 (traitement global). Ces revalorisations devaient coûter 900 millions de francs par an à l'assurance maladie.

D'autres revalorisations devaient être négociées par la suite.
En contrepartie, le tarif des couronnes était plafonné par étapes. Dès juillet 1997, le prix des couronnes métalliques ne pouvait pas excéder 1.950 francs, avec un prix de référence fixé à 1.300 francs. À partir du 1er janvier 1999, les couronnes céramo-métalliques devaient être facturées, au maximum, 3.700 francs (prix de référence : 2.500 francs). La base de remboursement était inchangée, à 493 francs. L'assurance-maladie entendait casser la distorsion croissante depuis la sortie de l'opposabilité des tarifs de prothèse entre les honoraires demandés par les chirurgiens-dentistes et la prise en charge par la Sécurité sociale. *« Il fallait un signe fort pour inverser une spirale qui était indigne d'un pays évolué »* expliquait le président de la CNAM, Jean-Marie Spaeth (CFDT).
À noter que la signature de cet accord a permis aux chirurgiens-dentistes de ne pas être soumis à la maîtrise annuelle des dépenses imposées notamment aux médecins par le plan Juppé de 1996.
Cette convention prévoyait que seuls les syndicats ayant des structures départementales pouvaient être partenaires conventionnels. Ce qui n'était pas le cas de l'UJCD. Pour lui permettre de signer cette convention, l'avenant 1 (JO 25/3/1998) élargissait cette possibilité aux syndicats n'ayant que des structures régionales ainsi, ironie de l'histoire, c'est la CNSD qui a ouvert la voie conventionnelle à l'UJCD. Cette « générosité » ne sera pas payée de retour dans les années suivantes !

Anecdote : lors de mise en place de l'EXP en 1998, l'assurance maladie décidait de le rebaptiser (sans concertation) BBD : cette appellation était censée être plus compréhensible pour les jeunes !

3-2 Arrêté Aubry et sortie de la CNSD de la Convention

Coup de tonnerre en 1998 ! Alors que le bureau confédéral est réuni en séminaire de bureau près de Vannes, Jacques Reignault (président) est averti de la décision de Martine Aubry ministre de l'Emploi et de la Solidarité de remettre en cause le processus conventionnel. En prétextant des dépenses excessives, un arrêté (JO du 27/6/1998) dit "arrêté Aubry", reporte sine die la mesure de revalorisation de la Nomenclature des actes dentaires prévue au 1/7/1998. Elle suspend de facto le processus de plafonnement des couronnes prévu concomitamment.

Ce coup bas ministériel sera à l'origine d'une crise de confiance majeure entre le gouvernement et les chirurgiens-dentistes... défiance qui perdure encore à ce jour même sir la réforme de 2004 interdira ce type de décision ministérielle unilatérale. Elle amènera la CNSD à sortir de la convention en 2001 en refusant de signer la reconduction. Malgré des promesses d'action conjointe, l'UJCD ne suivra pas et restera seul partenaire conventionnel jusqu'en 2003.

Des actions de protestation sont menées : une journée (26 octobre 2000) puis une semaine "santé morte" (24 décembre 2000 - 1er janvier 2001). En 2002, plusieurs actions de contestation (« La santé avant tout ») sont organisées par la CNSD, en coordination avec le Centre national des professions de santé (CNPS) et les médecins, notamment des fermetures de cabinets dentaires. C'est l'époque des mobilisations massives interprofessionnelles et des manifestations qui verront près de 100000 professionnels refuser dans la rue la maîtrise comptable des dépenses (plan Juppé). Et gagner !

D'autres actions sont engagées par la seule CNSD contre l'arrêté Aubry

- action d'application du DE sur les actes urgents et l'extraction dentaire, ainsi que la suspension de la participation aux services de garde.
- Action SC 8-SC 18 : Il est demandé à tous les praticiens d'appliquer, dès le 1er juin 2002, l'arrêté de nomenclature du 30 mai 1997 bloqué par l'arrêté Aubry de juin 1998 :

o la cavité 1 face (SC6) devient SC8 ;

o les cavités 2 et 3 faces (SC9, SC15) deviennent SC18.

Cette action donnera lieu à de nombreux contentieux et demandes de récupérations d'indus de la part, des CPAM : comme elle s'y était engagée, la CNSD défendra les praticiens dans tous les recours, avec plus ou moins de succès.

La période 2001-2003 verra l'UJCD-UD signer seule des avenants conventionnels : prise en charge et plafonnement de l'inlay-core (pour contrer la réalisation massive d'inlays-core avec entente directe pour les bénéficiaires de la CMU-C), création de la reconstitution à ancrage radiculaire pour contrer l'explosion du volume des inlays-core, Accord national de bon usage des soins (dit ACBUS) sur l'usage des inlays-core, création de la Formation Continue Conventionnelle, obligation de télétransmission.

La CNSD s'est opposée à tous ces accords, et plus particulièrement à la prise en charge de l'inlay-core à un niveau qui déséquilibrait toute la nomenclature. L'explosion du nombre d'inlay-core réalisé au détriment d'actes parfois médicalement plus justifiés lui a donné raison : les conventions qui ont suivi ont toutes eu à corriger ce déséquilibre pour se tourner vers une meilleure valorisation des actes plus préventifs et plus conservateurs ... en piochant au besoin dans le budget des dépenses consacrées à l'inlay-core.

Un recours en Conseil d'Etat a été engagé contre la Formation Continue Conventionnelle.

Consciente du risque à s'exclure du cadre conventionnel, la CNSD est finalement revenue dans le jeu en signant un avenant le 21/01/2003 revalorisant la lettre clé SC (soins conservateurs) de 0,05€ (valeur 2,41€) ce sera la dernière revalorisation de lettre clé.

A la suite de cette signature, il a fallu reconquérir les places dans les commissions paritaires où l'UJCD-UD s'était installée : face aux demandes de parité totale de l'UJCD-UD, la CNSD a dû se battre pour obtenir une représentativité correspondant à son poids réel, tant national que local. Il a fallu de nombreux mois et quelques concessions, notamment en raison du soutien de la CNAMTS à l'UJCD-UD), pour retrouver des commissions paritaires opérationnelles dans tous les départements.

L'année 2003 verra aussi la suppression des DEP (Demandes d'entente préalables) sauf pour l'ODF et surtout la suppression de conditions d'attribution de la prothèse : il n'y a plus de restrictions liées au nombre de dents manquantes

ou à l'obligation de remplacer toutes les dents manquantes, à la nécessité de 5 couples molaires/prémolaires, au critère d'antagoniste valable pour les couronnes ou d'articulé anormalement bas pour les stellites. D'autres critères de prise en charge demeurent liés au délabrement de la dent, à l'absence d'affection apicale, au caractère définitif de la prothèse. Cet épisode de sortie conventionnelle restera une plaie dans la mémoire collective de la CNSD et forgera la certitude qu'il vaut mieux être "dedans que dehors" pour ne pas laisser la main à d'autres : syndicats, financeurs ou Etat. Même si être acteur conventionnel ne préserve d'aucune interférence ou passage en force ! La suite de l'histoire le prouvera. Autre conséquence : une période de fortes turbulences internes à la CNSD avec un congrès 2002 à Nîmes houleux, un Congrès extraordinaire en 2004 à Paris à la suite du rejet du Rapport Moral fin 2003 et des plaies, incompréhensions et divisions qui mettront plusieurs années à se réparer. L'échec de la convention 1997 et le double jeu de l'UJCD-UD ont ainsi fait vaciller le leadership incontesté de la CNSD.

3-4 Convention 2006

La Convention a été tacitement reconduite, mais en 2005, s'ouvraient les pré négociations pour une nouvelle convention. 4 groupes de travail avec l'assurance maladie et les signataires conventionnels étaient créés sur les thèmes suivants :

- **Prévention bucco-dentaire** avec une évolution de l'EBD de 15 à 18 ans à un 5 EBD de 6 à 18 ans et un EBD pour la femme enceinte. Une exigence : pouvoir télétransmettre ces EBD.
- **Démographie et conditions d'exercice.** L'inégalité de répartition des praticiens sur le territoire inquiète déjà. Une reflexion s'engage sur la concordance entre l'offre et la demande (toujours pas aboutie à ce jour !) Et sur les aides incitatives conventionnelles dans les zones en difficulté qui restent à définir.
- **Accès aux soins des plus démunis :** la CMU-C est au cœur des discussions. La CNSD exige une revalorisation des forfaits d'au moins 30 %, l'annulation des circulaires Bras et Briet très restrictives et la possibilité de reste à charge pour les patients sur les actes hors panier.
- **Revalorisation des actes et leur financement :** sans nul doute, le cœur de cette négociation dans un contexte où la loi prévoyait une suppression de la participation des caisses aux cotisations maladie (ASM) sur les actes non opposables. Jusque là, les praticiens ne payaient que 0,11% de cotisation sur la totalité de leurs revenus, et l'assurance maladie prenait en charge 9,7 % (total de la cotisation = 9,81% des revenus). Pour compenser la perte la CNAMTS proposait de réinjecter 240 M€... la perte d'ASM étant estimé à près de 150M€. Insuffisant pour la CNSD qui demandait un doublement des soins étalé sur la durée de la convention et une participation des caisses aux cotisations d'allocations familiales (comme chez les médecins).

Exemple : pour un praticien ayant un revenu de 100.000€ en 2003 (Lignes Cp + Bu de la 2035).

Cotisation totale due au titre du régime PAMC	100 000€ X 9,81 % =	9.810€
Cotisation prise en charge par les caisses (ASM)	100 000€ X 9,70 % =	9.700€
Cotisation due par le praticien	100 000€ X 0,11 % =	110€

Au titre du régime PAMC pour la période de cotisation allant du 1er mai 2005 au 31 mai 2006, ce praticien a payé à l'Urssaf, le 31 mai 2005, 110€, et les caisses ont effectué quatre versements à l'Acoss de 2.425€, les 31 mai, 31 août, 30 novembre 2004 et 28 Février 2005.

3-5 **Suppression** de la participation ASM

Le financement d'une partie importante des revalorisations tarifaires par la suppression de la participation des caisses aux cotisations ASM sera au cœur de nombreux débats et polémiques à la CNSD, mais également dans toute la profession. La suppression d'un avantage acquis était très mal perçue, et la compensation obtenue était comprise comme une complicité avec des décisions injustes des pouvoirs publics.
De plus, la nouvelle représentativité issue de la loi de réforme permettait à 4 syndicats de négocier : la CNSD, l'UJCD-UD, la FSDL et la FCDF (sachant que les deux derniers syndicats n'avaient pas pu produire tous les éléments demandés par le ministère). La présence de deux syndicats non conventionnistes à toutes les discussions a permis l'alimentation des réseaux sociaux récemment crées par de fausses informations qui ont largement contribué à pourrir l'ambiance au sein de la profession (et de la CNSD).

En amont de la négociation, le Conseil des Départements avait adopté une motion de la Commission 2 disant :
« Dans le cadre des négociations conventionnelles imminentes, le Conseil des Départements de la CNSD, réuni à Paris les 29 et 30 avril 2005,
• A pris connaissance des orientations de l'UNCAM.
La revalorisation des soins conservateurs est un objectif prioritaire.
Dans cette perspective, la CNSD pourrait étudier la proposition de l'UNCAM de modifier la participation des caisses à la cotisation d'assurance maladie dans les conditions suivantes :

1. L'intégralité des sommes ainsi dégagées doit être réinvestie dans la revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux.
2. Les caisses d'assurance maladie doivent apporter, pour la première année, un montant au moins équivalent en financement.
3. Le montant apporté par l'assurance maladie doit augmenter progressivement dans les trois années suivantes pour atteindre l'objectif de revalorisation fixé.
4. Ainsi, le doublement des honoraires actuels est l'objectif à atteindre au cours des quatre prochaines années.
5. Le dispositif conventionnel doit préciser clairement les engagements réciproques et prévoir une clause de sauvegarde pour préserver les intérêts de la profession. Si les caisses ne tenaient pas leurs engagements, les actes dont la tarification n'aurait pas atteint l'objectif fixé, devraient entrer dans un espace de liberté d'honoraires.

Argumentaire : La CNSD déplore que la loi puisse permettre d'imposer à la profession dentaire une diminution de la participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie pour financer la revalorisation des soins conservateurs. Néanmoins, la commission 2 présente cette directive dans la perspective de placer notre syndicalisme au centre de la négociation conventionnelle. »
Le 16 mars 2006 un Protocole d'Accord est signé par la CNSD et l'UJCD-UD. Le chiffrage des revalorisations des soins conservateurs est de 293 M€ mais 137M€ sont financés par la hausse des cotisations maladie (ASM) payées par les praticiens : seuls les actes à tarif opposable bénéficient de la prise en charge. Le « taux URSSAF » proposé par la CNSD permet de maintenir la participation des caisses sur les forfaits CMU-C prothèses et traitements ODF.

Voir la répartition des revalorisations : Tableau page suivante

Cette convention sera au cœur des débats du Congrès de St Malo qui s'est tenu du 17 au 20 mai 2006. La nouvelle Convention avait été signée en amont le 11 mai 2006. Pour moi, l'opposition à cette convention avait été le déclencheur de ma candidature à la présidence de la CNSD. La réélection de Jean-Claude Michel confortera cependant le choix de la majorité des délégués de signer cette nouvelle Convention. Elle paraîtra au JO du 18/06/2006. Quelques jours auparavant était paru un arrêté revalorisant les tarifs CMU-C, actant un des axes forts de la négociation.

REVALORISATION DES SOINS CONSERVATEURS ET CHIRURGICAUX				
	Anciennes cotations	Nouvelles cotations	revalori-sation	Enfants - 13 ans
1 face	SC 6	SC 7	+ 17 %	SC8
2 faces	SC 9	SC 12	+ 33 %	SC14
3 faces	SC 15	SC 17	+ 13 %	SC20
scellement de sillons	SC 8	SC 9	+ 13 %	
Financement supplémentaire		**130,16 millions €**		**6 millions €**
pulpectomie incisive et canine	SC 10	SC 14	+ 40 %	SC16
pulpectomie prémolaire	SC 15	SC 20	+ 33 %	SC24
pulpectomie molaire	SC 25	SC 34	+ 42 %	SC39
Financement supplémentaire		**98,25 millions €**		**5 millions €**
extraction dent permanente	DC 10	DC 16	+ 60 %	
extraction suivante	DC 5	DC 8	+ 60 %	
Financement supplémentaire		**53,65 millions €**		
FINANCEMENT TOTAL SUPPLEMENTAIRE		**282,07 millions €**		**11 millions €**
			TOTAL 293.07 millions €	

Avenant 1

Cet avenant paru au JO du 29/3/2007 vise à préserver l'ASV (Avantage conventionnel Vieillesse) menacé financièrement. Il ne comporte qu'un seul article :

L'article 6.2 de la convention nationale dentaire est modifié comme suit :

« Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire, prévue à l'article L.645-2 du code de la sécurité sociale et due par les chirurgiens-dentistes conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret N°2007-458 du 25 mars 2007 publié au Journal Officiel du 28 mars 2007.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation d'ajustement, prévue à l'article L.645-3 du code de la sécurité sociale et due par les chirurgiens-dentistes conventionnés est fixée à 50% du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret N°2007-458 du 25 mars 2007 publié au Journal Officiel du 28 mars 2007. »

3-6 Action de contestation cotisation URSSAF

La signature de la Convention entrainait une modification de calcul des cotisations URSSAF. Or cette cotisation était appelée annuellement sur une période allant du 1er mai au 30 avril. Il s'agissait donc pour l'URSSAF d'appliquer de façon rétroactive la hausse de cotisation, sans tenir compte de la concomitance prévue avec les revalorisations tarifaires qui ne se sont appliquées qu'au 28/6/2006 (au lendemain de la parution de la décision de l'UNCAM validant ces hausses). Une action de contestation individuelle a été proposée aux adhérents par certains syndicats départementaux CNSD. Après rejet sans surprise des recours formulés devant les Commissions de recours amiables, les actions se sont poursuivies devant les TASS (Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale).

Personnellement j'avais engagé ce recours et l'audience s'est tenue le 8/11/2007 devant le TASS de Melun (77) : le jugement a reconnu le bien-fondé de la demande avec remboursement des cotisations indument réclamées sur la période précédant la publication au JO de la convention de 2006.

> Attendu qu'en application de l'article 2 du Code civil précité, la loi, et à plus forte raison le règlement, n'a d'effet qu'immédiatement et pour l'avenir et ne peut régir des situations passées ; qu'en conséquence, la nouvelle définition de l'assiette de cotisations de Madame Catherine MOJAISKY, telle qu'établie par la convention du 11 mai 2006, ne peut recevoir application que pour la période courant à partir du 19 juin 2006 ; qu'en calculant les cotisations de Madame Catherine MOJAISKY, sur la période du 1er mai au 18 juin 2006, d'après la nouvelle convention, l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales a indûment conféré à celle-ci un effet rétroactif ;

La FSDL de son côté avait engagé un recours devant le Conseil d'Etat contre la Convention 2006 : par arrêt en date du 16 juin 2008 le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté du 14 juin 2006 *« en tant qu'il approuve les dispositions de l'article 6.3 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes prévoyant que la modification de l'assiette de prise en charge des cotisations maladie pour le régime des praticiens et auxiliaires médicaux, s'applique aux cotisations au titre de la période du 1er mai 2006 au 30 avril 2007.* C'est donc la hausse de cotisation sur toute l'année qui a été annulée, sans que le reste de la convention ne soit remise en cause. Cette décision entraîne un remboursement par l''URSSAF à chaque chirurgien-dentiste des cotisations considérées comme indues par le Conseil d'Etat (137 millions d'euros).
Immédiatement, le DG de l'UNCAM Fréderic Van Roekeghem a réagi : s'il n'a pas prévu de dénoncer la Convention de 2006, il a fait valoir que l'équilibre général de l'accord n'est plus respecté pour 2006 et a menacé d'une correction par la loi, pour une année, du taux de la cotisation d'assurance maladie. Il propose de trouver des solutions conventionnelles.
Parallèlement, un amendement au PLFSS 2009 est dépose qui donne la possibilité au directeur de l'UNCAM de fixer la part de participation de l'Assurance maladie aux cotisations maladie des chirurgiens-dentistes. Une bataille parlementaire s'en est suivie au cours de laquelle la CNSD a fait déposer pas moins de quatre amendements de suppression. Ces amendements ont été retirés ou rejetés à la demande de la Ministre de la Santé et du rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat. Devenue article 37 de la LFSS 2009, cette disposition a été déférée par les députés et sénateurs socialistes à notre demande sur la base de notre argumentaire devant le Conseil Constitutionnel qui l'a néanmoins validée.

Projet avenant 2

Après discussions, l'UNCAM a proposé un projet d'avenant prévoyant :
- Un remboursement des cotisations maladies récupérées suite à la décision du Conseil d'Etat par modification exceptionnelle du taux de participation des caisses
- En contrepartie, une revalorisation des lettres clés SC et DC pour un montant annuel de 87 M€

Le CAC d'octobre 2008 auquel est soumis cet avenant a été particulièrement houleux. Après des interventions fortes de Thierry Soulié président de la Commission 2 et Roland L'Herron vice-président confédéral, la majorité des délégués a rejeté cet avenant contre l'avis du président confédéral Jean-Claude Michel. Pour le CAC, il était déshonorant de rendre l'argent en contrepartie de micro-revalorisations. La profession n'aurait pas compris, d'autant que la validation conventionnelle en 2006 du nouvel ASM avait été préjudiciable à l'image de la CNSD.
Après ce rejet, la décision du DG de l'UNCAM modifiant le taux de participation sera publiée au JO du 25/09/2009. Elle entraîne une récupération de 10/12es de la cotisation ASM de 2006. Le mode de calcul choisi est favorable aux praticiens ayant un taux URSSAF inférieur ou égal à 1, 12. Il est pénalisant pour ceux qui ont un taux URSSAF supérieur à 1,12 et

ceux qui ont augmenté leurs revenus entre 2006 et 2009. Les recours engagés devant le Conseil d'Etat ne permettront pas de revenir sur cette décision.

3-7 18 mesures pour sauver l'exercice libéral

Dès mon élection à la présidence de la CNSD en 2012, il me semblait important de mettre en place des documents de synthèse sur nos objectifs et la situation de la profession. Ainsi, en juillet 2012, a été élaboré un 4 pages intitulé « 18 mesures pour sauver l'exercice libéral en médecine bucco-dentaire » :

Rétablir des conditions d'exercice cohérentes

1. Porter les soins à leur juste valeur
2. Lutter contre les déserts médicaux par des mesures incitatives en complément des mesures conventionnelles déjà acquises
3. Améliorer la protection sociale des chirurgiens-dentistes conventionnés et en particulier celle des femmes en alignant leurs prestations maladie maternité accident de travail sur les salariés
4. Poursuivre la pérennisation du régime PCV (ex-ASV)
5. Promouvoir de réelles mesures fiscales
6. Mettre en œuvre les simplifications administratives afin de redonner du temps médical

Améliorer l'environnement professionnel

7. Créer de véritables équipes dentaires
8. Adapter les obligations réglementaires à la réalité des risques
9. Poursuivre l'amélioration de la permanence des soins
10. Donner les moyens aux chirurgiens-dentistes de se former
11. Donner les moyens de soigner les personnes aux besoins spécifiques
12. Améliorer la coopération interprofessionnelle
13. Assurer la sécurité des professionnels de santé

Restaurer la confiance

14. Sanctuariser la convention qui doit rester nationale et collective
15. Pérenniser notre capacité professionnelle
16. Rééquilibrer les moyens engagés par les pouvoirs publics en faveur des soucis dentaires
17. Obtenir de l'UNCAM et de l'Unocam une meilleure valorisation des soins dentaires
18. Supprimer les stabilisateurs économiques

Ces propositions, pour améliorer les conditions de travail des chirurgiens-dentistes libéraux en France et garantir un accès équitable aux soins dentaires, seront remises à Michel Yahiel, conseiller santé du président de la République Nicolas Sarkozy, fin juillet 2012, et lors de toutes nos rencontres institutionnelles. Elles seront les lignes directrices de toutes nos actions futures.

3-8 Vie conventionnelle : 25 ans de blocage des lettres clés SPR et TO

En 2013, plusieurs actions locales dans les commissions paritaires départementales ont été entreprises pour rappeler aux administrateurs des caisses primaires que la dernière revalorisation des lettres clés TO et SPR datait de 1988 ! L'objectif était également de les impliquer par la même occasion dans la responsabilité du reste à charge pour les patients. Au niveau national, plusieurs hypothèses avaient été envisagées pour marquer ce « quart de siècle ». Il a été décidé « de ne pas en faire trop » et que le meilleur vecteur serait la communication envers le patient au moyen d'une affiche à apposer dans les cabinets dentaires... En première intention, il était envisagé une affiche « glauque » faisant un parallèle entre un cabinet moderne et un cabinet vieillot ou entre des bouches de patients bien soignés ou des patients aux bouches « pourries ». L'idée était de mettre en avant que ce ne sont pas les tarifs de soins opposables qui permettent des soins de qualité dans un environnement sécurisé... Aucun de ces projets ne plaisaient car ils ne donnaient pas une


DEPUIS 25 ANS
LA SÉCU COULE
VOS REMBOURSEMENTS
PROTHÈSE & ORTHODONTIE
Part remboursée par la Sécu en 1988
Part remboursée par la Sécu aujourd'hui
cnsd
Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
Au cours des 25 dernières années, votre chirurgien-dentiste s'est donné les moyens de vous proposer des soins de qualité dans un cabinet moderne (hygiène, sécurité, environnement,...).
Les bases de remboursement de la sécu pour la prothèse et l'orthodontie n'ont, elles, pas bougé pendant ce temps.

image positive de la profession. Nous avons finalement opté pour une affiche belle et sereine représentant une dent iceberg en péril avec comme slogan : « Depuis 25 ans, la sécu coule vos remboursements ».

3- 9 Avenant 3 (Avenant 2 traité dans le chapitre CCAM)

Fin 2012, les travaux avec l'UNCAM pour la rédaction d'un avenant 3 avancent mais de nombreux points restent en suspens. Une demande de son directeur Frédéric Van Roekeghem apparait : pour l'affichage, la prise en charge d'un acte urgent et douloureux, le service médical propose « Evacuation de l'abcès parodontal ». Nous ne nous opposons évidemment pas à cette demande, face à une proposition tarifaire de 30 € nous demandons 50 € : un compromis sera trouvé à 40 €. Il serait trop long de détailler tous les éléments travaillés : ils ont été très nombreux, et ont entrainé à chaque fois des discussions âpres… Au final, nous avons eu gain de cause sur la plupart des points, même s'il a fallu accepter des compromis. Pour tenir compte des libellés CCAM, le panier CMU-C a été réécrit : les bridges de base y sont entrés, cependant nous avons obtenu que la couronne céramo céramique (que l'assurance maladie souhaitait inscrire) n'y figure pas.

Charte de bonnes pratiques

La présence de l'UNOCAM a entrainé des nouvelles demandes : inscription des codes CCAM dans les devis et meilleure connaissance des données transmises de l'AMO vers l'AMC (les codes de regroupement étant une détérioration par rapport à ce qui était transmis en NGAP). Ces demandes figeront la négociation pour plusieurs mois, dans un contexte conflictuel avec les réseaux de soins et le ressenti de la profession de détournement de patients par leurs plateformes. Pour désamorcer les tensions, le président de l'UNOCAM Fabrice Henry propose la rédaction d'une « Charte de bonnes pratiques » (citée dans le texte conventionnel pour lui donner plus de poids) ainsi que la création d'un lieu de dialogue syndicats/UNOCAM et d'un groupe de travail, où tous les thèmes seront abordés, sans tabous, et tous les sujets de discorde traités. La finalisation de la charte prendra du temps, passera par des épisodes de désaccords et fortes tensions et retardera la signature de l'avenant 3, et des revalorisations liées à la mise en place de la CCAM, initialement prévues au 1/7/2013.

Signature de l'avenant 3

Le Conseil d'Administration confédéral d'avril 2013 ayant validé le point d'étape avec un mandat de signature, c'est par un sondage dématérialisé que la version finale de la Charte de bonnes Pratiques sera approuvée par les syndicats départementaux. Une ultime séance de négociation le 17 juillet 2013 permettra des dernières améliorations du texte, je signerai en tant que présidente confédérale l'avenant 3 le 31 juillet 2013 et il paraitra au JO le 30/11/2013. La date de passage en CCAM est fixée au 1er juin 2014.

Contenu de l'avenant 3

- **Article 1 : modification des articles 4.3.3 et 4.3.4 de la Convention**
  - o Notamment engagement à installer la version 1.40 Sesam Vitale avant le passage en CCAM
- **Article 2 : mesures d'amélioration de la prise en charge des soins dentaires**
  - o Prise en charge de l'évacuation de l'abcès parodontal 40 €
  - o Revalorisations de 5 % des restaurations d'angles
  - o Revalorisation des actes de dégagement chirurgical de dents retenues ou incluses avec pose d'un dispositif de traction orthodontique.
  - o Revalorisation de 50 % des gouttières
- **Article 3 : examen de prévention des femmes enceintes**
- **Article 4 : tiers payant pour l'EBD femmes enceintes**
- **Article 5 : actes CMU-C :** adaptation en CCAM

- **Article 6 : instance conventionnelle**
- **Article 7 : procédure pour non-respect des règles conventionnelles**
- **Article 8 : divers**
- **Article 9 : devis :** adaptation du devis au passage en CCAM

Les dispositions ont été validées lors de la CHAP du 6/09/2013 : l'UJCD-UD présente, s'est abstenue sur les modifications des tarifs et libellés, et a voté contre la modification des livres I et III, par souci de cohérence avec sa position conventionnelle. La FSDL n'était ni présente ni représentée et avait fait savoir que ses représentants, pourtant franciliens, n'avaient pas pu se rendre disponibles n'ayant été avertis que fin juillet.

3-10 Réglement arbitral 2017

En juillet 2016 : la convention de 2006 est reconduite tacitement (JO 20/07/2016) : la négociation d'un avenant 4 peut s'ouvrir.

Lors d'une réunion bilatérale avec Nicolas Revel, directeur de l'UNCAM le 01/09/2016, celui-ci a exposé les axes prioritaires qui constitueront la feuille de route de l'Assurance Maladie dans le cadre des négociations conventionnelles des chirurgiens-dentistes, dont l'ouverture est fixée le 22 septembre prochain. Tous les thèmes seront abordés, allant du renforcement de la prévention, de la répartition des praticiens sur le territoire jusqu'aux révisions tarifaires des actes dentaires, y compris ceux de la CMU-C, sans oublier le régime des prestations complémentaires vieillesse des chirurgiens-dentistes (PCV).

Fin septembre, Marisol TOURAINE, ministre de la Santé, prenait l'engagement de mieux rembourser les soins dentaires en 2017. Pour autant, elle menaçait de plafonner les honoraires de prothèse par décret si la négociation n'aboutissait pas. Les élections présidentielles à venir expliquaient cet affichage ! Face aux interventions de la CNSD la ministre répondait qu'elle prendrait ses responsabilités.

Reçus le 14 octobre 2016 par son directeur de cabinet, Étienne Champion, Catherine Mojaïsky et Thierry Soulié ont appris que la ministre, n'ayant pas l'assurance d'une issue positive des négociations, voulait déposer un amendement au PLFSS lui donnant la possibilité de plafonner les actes de prothèses et d'ODF. Elle n'aurait pas eu besoin de ce support législatif si nous avions renégocié une nouvelle convention, le règlement arbitral prévu en cas d'échec aurait suffi. Le calendrier du PLFSS ne lui permettant pas d'attendre la fin de la négociation, d'où sa volonté de se prémunir en déposant cet amendement.

Nous avons cherché par tous les moyens de le convaincre de ne pas faire pression sur la négociation et annoncé, qu'en cas de dépôt d'un texte « chantage », les trois syndicats annonceraient l'arrêt immédiat de la discussion. À la question de savoir si nous étions conscients qu'en cas d'arrêt ou d'échec conventionnel, la Ministre se réservait le droit et par la loi de plafonner le secteur dentaire sans mettre les 200 M€, nous avons clairement répondu que nous en étions bien conscients mais que la profession ne se vendrait pas pour une telle somme et qu'elle préférait les refuser. Un accord aussi délicat nécessitait un climat serein et confiant et un investissement supérieur. Par ailleurs, les négociateurs perdraient toute crédibilité s'ils devaient travailler avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête … Thierry et moi nous souvenons encore de la tête du conseiller quand, sans nous concerter, nous avons répondu d'une seule voix que nous préférions refuser les 200M€ que signer sous la contrainte ! Il ne s'y attendait visiblement pas.

Nous avions été avertis depuis le début des négociations que le rééquilibrage passerait par des augmentations tarifaires d'actes opposables en échange de plafonnements des honoraires de prothèse afin d'améliorer l'accès aux soins. Les plafonds ont été inscrits dans les orientations du Conseil de l'UNCAM et du Ministère, il semble difficile d'y échapper. Ce deal a été clairement exprimé par le Directeur Général de l'UNCAM et accepté par les 3 syndicats. La clé de la négociation sera le nombre d'actes touchés et le niveau d'honoraires demandé face aux revalorisations obtenues.

La 3e séance de négociation s'est tenue le 12 octobre 2016 et a été consacrée au sujet phare : « Accès aux soins, diminution du reste à charge, rééquilibrage de l'activité dentaire ». Il y a particulièrement été question de l'élaboration d'une méthode de fixation de la valeur des actes (tarifs cibles).

La 4e séance de négociation s'est tenue le jeudi 20 octobre 2016.
Le menu du jour était très chargé : ODF, chirurgie orale, PCV, prévention, toilettage conventionnel et dossiers en suspens. Une part importante de la séance a été consacrée à l'ODF : les statistiques présentées par l'UNCAM ont suscité des contestations et des justifications sur l'augmentation des coûts liés aux innovations. Les trois syndicats, qui ont admis la nécessité d'engager des travaux sur des référentiels liés à la pertinence des actes, ont demandé le renforcement des contrôles par des praticiens conseils compétents en ODF et ont mis en garde sur l'impact négatif d'un plafonnement tarifaire inadapté. À noter l'alerte pas forcément heureuse lancée par un représentant de l'UD sur les aligneurs (type Invisalign), qualifiés d'arnaque dangereuse.
Chirurgie orale : Guy Le Toux, président du SNCO, a rappelé la situation difficile des chirurgiens oraux qualifiés après 4 ans de formation commune avec les médecins. Nombre d'actes de chirurgie lourde relevant de leurs compétences leur sont encore techniquement interdits (actes réservés aux seuls médecins), d'autres actes sont réservés à la pratique hospitalière seule (actes en code activité 4). L'impossibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires comme les médecins en secteur 2 rend leur spécialité très peu attractive, au point que certains jeunes spécialistes préfèrent renoncer à la spécialité et revenir à l'omnipratique. Guy Le Toux demande donc la possibilité d'accéder au DP (dépassement permanent) pour les spécialistes en chirurgie orale ayant exercé au moins 2 ans comme assistant universitaire ou chef de clinique, à l'instar des critères de secteur 2 pour les médecins. L'Union Dentaire s'oppose à la réactivation du DP. Enfin, il est rappelé la promesse de prendre en compte les surcoûts induits par les patients ayant un trouble de l'hémostase.
Prévention : L'UNCAM propose la création de deux examens de prévention supplémentaires à 21 et 24 ans, ainsi que le dépistage des patients à risque (diabète, handicap, dépendance, précarité).
Elle annonce également être favorable la prise en charge du MEOPA et la création d'une majoration pour la prise en charge des personnes handicapées. La CNSD se réjouit de la prise en compte de ses demandes et rappelle l'expérience menée en partenariat avec Prévadiès lors de la mise en place de « l'objectif zéro carie ». La CNSD rappelle son objectif d'une prise en charge précoce pour éviter les délabrements importants ou les extractions. Elle rappelle également la nécessité de cibler la prévention aux différents âges et aux patients atteints de maladies chroniques ou à besoins spécifiques. Elle préconise l'élargissement de la prise en charge des scellements de sillon, des vernis fluorés, du dépistage et traitement de la maladie parodontale en rappelant le nombre important de patients atteints (ce chiffre fait réagir Nicolas REVEL, surpris de la prévalence de cette pathologie).

Menace du réglement arbitral
Entretemps, la ministre de la Santé Marisol Touraine persiste et dépose un amendement gouvernemental n° 934 au PLFSS destiné à introduire une procédure arbitrale en cas d'échec des négociations conventionnelles. Il est voté en séance publique à l'Assemblée nationale et devient l'article 43 quater. Nous engageons alors la bataille pour le faire supprimer au Sénat. Tous les syndicats départementaux sont mobilisés pour informer les députés et sénateurs des conséquences de ce texte, représenté en 2ème lecture. La négociation se poursuit mais il apparaît de plus en plus que nous n'aurons que 2 options : un texte conventionnel acceptable que nous pourrons signer ou un texte inacceptable qui provoquera un règlement arbitral.
Néanmoins des groupes de travail sur la démographie et les honoraires cibles ainsi que des réunions bilatérales où chaque syndicat a été reçu par le Directeur Général de l'UNCAM sont organisés. Le 4 novembre 2016, devant Thierry Soulié, et moi, Nicolas Revel nous a fait part de l'impossibilité pour l'Assurance Maladie d'investir les 200 millions annoncés par la Ministre sur l'activité dentaire pour le seul dernier trimestre 2017, au vu de l'impact de 800 millions annuels. D'autant que le bilan chiffré du passage en CCAM montre un coût bien supérieur à ce qui avait été budgété. Nicolas Revel nous a laissé entendre que l'UNCAM s'engagerait, par étapes sur 3 ou 4 ans, à un rééquilibrage de l'activité des chirurgiens-dentistes, avec des investissements dans le domaine de la prévention, sur les soins conservateurs et chirurgicaux, en échange de plafonnements sur les actes prothétiques, avec pour objectif une amélioration de l'accès aux soins.

Nous avons réaffirmé notre opposition à un plafonnement général de l'activité à honoraires libres et la nécessité de maintenir des espaces de liberté tarifaire. Nous avons fait savoir que la CNSD était davantage encline au principe de revalorisations par paquets d'actes qu'à un saupoudrage global peu visible avec, bien entendu, des garanties, une concomitance et une réciprocité dans les engagements.
Nous n'avons pas manqué de rappeler combien le mot plafonnement était un « gros mot » au sein de la profession, et suggéré qu'en l'absence de revalorisations correctes des actes, des tarifs cibles puissent être fixés avec des dépassements autorisés sur des actes aujourd'hui opposables.

Les actes nouveaux ont fait l'objet d'une attention particulière de la part du Directeur Général de l'UNCAM qui a déclaré vouloir en introduire, notamment en parodontologie. La CNSD a rappelé que des actes conservateurs de l'organe dentaire (Biodentine) ainsi que des techniques de reconstructions coronaires de type inlays-onlays ne doivent pas être oubliés ; ils entrent dans un processus de modernisation de notre exercice.
A la séance de négociation du 25 novembre 2016, nous commençons à y voir un peu plus clair dans la négociation.
Les points positifs
• Revalorisation du panier CMUC à des niveaux tarifaires proche de ce que nous avions demandé
• Scénario de revalorisations progressives ciblées sur certains actes
• Maintien d'espace de liberté (pas de plafonnement sur toute l'activité)
• Revoyure annuelle si indexation des plafonds
• Prise en compte des patients à besoins spécifiques (handicap)
• prise en compte des actes de parodontologie
• Prise en compte d'une partie des demandes des chirurgiens oraux
• Inscription dans le texte du calendrier des revalorisations avec des dates précises (nous ne voulions plus de vagues engagements remis aux calendes grecques)
Les points négatifs
• Plafonnement des tarifs de prothèse sans que les tarifs ne soient annoncés
• Revalorisation insuffisante de la prothèse adjointe et des réparations
• Insuffisance pour les revalorisations de soins, contrepartie du plafonnement des prothèses
• Proposition d'alignement des tarifs ACS sur ceux de la cmu-c
Cependant le budget consacré à cet avenant n'est toujours pas connu. Dès la mi-novembre, j'avais demandé à étudier juridiquement l'hypothèse de résilier la Convention dès lors que des modifications législatives (« règlement arbitral exceptionnel » (RAE)) la remettent en cause.
Quatre hypothèses ont alors été présentées par Marc Sabek avec un schéma permettant une vue globale de la question :
1. Si la convention n'est pas résiliée, l'arbitre rédige le RAE que la Ministre de la Santé publie au Journal Officiel. Ce RAE peut alors être contesté devant le Conseil d'État.
2. Une deuxième hypothèse peut aboutir aux mêmes suites. La convention est résiliée par les syndicats signataires mais la Ministre estime que cette résiliation intervient après « encadrement spécifique » par la loi.
3. Si la résiliation est actée par l'UNCAM mais que celle-ci convoque immédiatement à de nouvelles négociations : les caisses pourraient alors présenter la même proposition formulée dans le projet d'avenant n° 4, sans aucun changement puisque le cadrage financier est toujours le même. L'échec de telles négociations rapides est prévisible si le contexte n'a pas changé et ouvrirait la voie à un règlement arbitral ordinaire (RAO) qui peut être rapidement rédigé par un arbitre. Ce RAO pourrait toucher l'ensemble du texte conventionnel et pas seulement les dispositions tarifaires. Il faudra, là encore, contester ce règlement arbitral devant le Conseil d'État pour espérer son annulation.
4. La quatrième hypothèse est celle espérée d'une résiliation suivie d'une meilleure perspective de négociation avec l'Assurance Maladie qui permettrait d'aboutir à une nouvelle convention, satisfaisante pour la CNSD et la profession. Dans le cas contraire, ce serait également un RAO.

Après débats et précisions apportées aux questions des membres du Bureau présents, j'ai mis au vote le 17 janvier 2025 l'option d'une résiliation de la convention. Elle est rejetée à une écrasante majorité au vu des nombreuses incertitudes juridiques. Il est en revanche décidé de contester par tous les voies judicaires possibles. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017 a été définitivement adoptée par les députés le 5 décembre 2016… Elle comporte l'article 43 quater, renuméroté article 75. Nos arguments pour une suppression ne seront pas pris en compte par Le Conseil constitutionnel et la loi sera promulguée le 24décembre 2016.

Article 75 (43 quater)

*« I. – **À défaut de signature avant le 1er février 2017** d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, **un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.***

Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

L'arbitre est désigné avant le 1er février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. (…)

Ce même texte légalise les EBD 9 - 15 – 18 - 21 – 24 ans avec tiers-payant obligatoire des EBD + soins consécutifs.

Le couteau sous la gorge

Nous avons désormais le couteau sous la gorge. Un conseil d'administration extraordinaire se réunit le 15 décembre 2016 et rejette les propositions de l'UNCAM… Le communiqué de presse CNSD est clair, le compte n'y est pas. Le CAC décide cependant de tenter d'aller jusqu'au bout de la négociation pour arracher des améliorations notoires. Tout le monde est conscient qu'un règlement arbitral sera lourd de conséquences, d'autant que pour en sortir il faudra signer une nouvelle convention. Dans un contexte politique inconnu puisque les élections présidentielles doivent se tenir dans quelques mois.

Le 6 janvier 2017, l'UNCAM fait de nouvelles propositions. Elle comporte des hausses de certains plafonds de prothèses et un meilleur ciblage des actes revalorisés permettant des hausses conséquentes. Mais le compte n'y est toujours pas et un désaccord majeur apparait entre la CNSD et l'UNCAM sur les chiffrages. L'étude réalisée par Gérard Morel sur la base de la fréquence des actes CCAM démontre les chirurgiens-dentistes seraient largement perdants contrairement aux chiffrages de l'Assurance maladie.

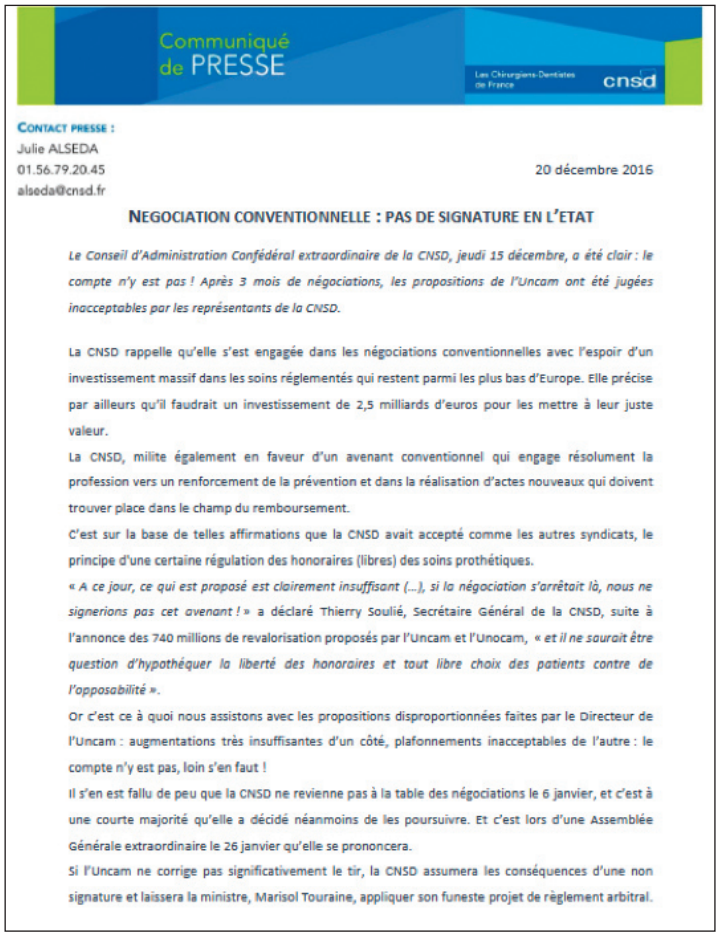
Le bureau confédéral avait anticipé cette situation et décidé d'annoncer la suspension de la participation de la CNSD aux négociations. Dans le même temps cette décision est annoncée en séance et un communiqué de presse est diffusé. Si la FSDL a suivi notre démarche, l'UJCD-UD a décidé de rester. Nicolas Revel est revenu vers nous en disant pouvoir encore faire évoluer ses propositions, et l'envoi dans un délai de deux semaines d'un texte final. Des actions d'information sans lancées vers le grand public et les patients.

Le 26 janvier 2017, l'assemblée générale extraordinaire de la CNSD vote massivement contre la signature de l'avenant n° 4 (99,8 %). Un arbitre est alors désigné : ce sera Bertrand Fragonard. Lors de l'audition, nous avons tenté d'obtenir

un texte qui nous soit le plus favorable possible d'un côté (valorisations, investissements de l'UNCAM et de l'UNOCAM) et le moins défavorable de l'autre (plafonds voulus par la Ministre). Parallèlement, nous avions préparé un recours pour obtenir l'annulation du règlement arbitral dès sa publication. Une manifestation commune à toute la profession est même organisée le 3 mars 2017. Mais peu de confrères se mobiliseront, contrairement aux étudiants. Résultat le Règlement arbitral sera publié au JO du 31mars 2017 et écrasera la Convention dès le 1er avril 2017.

Contenu

- Mis en place pour 5 ans
- Reconduction de la majeure partie des dispositions de la Convention de 2006
- Revalorisation progressive de certains actes pendant 4 ans à des tarifs inférieurs à ceux de l'avenant 4
- Mise en place de plafonds sur la prothèse, dégressifs pendant 4 ans
- Plafonds majorés pour 6 départements
- Clauses de sauvegarde bloquant automatiquement les revalorisations et abaissant les plafonds en cas de dépassement des objectifs : c'est catastrophique car le niveau des indicateurs est tellement contraignants que le blocage et les baisses seront inévitables dès la 2e année
- Création d'un panier unique CMU-C/ACS (les nouveaux tarifs s'appliqueront le 1/10/2017)
- Application des dispositions tarifaires à partir du 01/01/2018
- Ne peut être écrasé que par une nouvelle convention



Communiqué de PRESSE

Les Chirurgiens-Dentistes de France — cnsd

CONTACT PRESSE :
Julie ALSEDA
01.56.79.20.45
alseda@cnsd.fr

20 décembre 2016

NEGOCIATION CONVENTIONNELLE : PAS DE SIGNATURE EN L'ETAT

Le Conseil d'Administration Confédéral extraordinaire de la CNSD, jeudi 15 décembre, a été clair : le compte n'y est pas ! Après 3 mois de négociations, les propositions de l'Uncam ont été jugées inacceptables par les représentants de la CNSD.

La CNSD rappelle qu'elle s'est engagée dans les négociations conventionnelles avec l'espoir d'un investissement massif dans les soins réglementés qui restent parmi les plus bas d'Europe. Elle précise par ailleurs qu'il faudrait un investissement de 2,5 milliards d'euros pour les mettre à leur juste valeur.

La CNSD, milite également en faveur d'un avenant conventionnel qui engage résolument la profession vers un renforcement de la prévention et dans la réalisation d'actes nouveaux qui doivent trouver place dans le champ du remboursement.

C'est sur la base de telles affirmations que la CNSD avait accepté comme les autres syndicats, le principe d'une certaine régulation des honoraires (libres) des soins prothétiques.

« A ce jour, ce qui est proposé est clairement insuffisant (...), si la négociation s'arrêtait là, nous ne signerions pas cet avenant ! » a déclaré Thierry Soulié, Secrétaire Général de la CNSD, suite à l'annonce des 740 millions de revalorisation proposés par l'Uncam et l'Unocam, *« et il ne saurait être question d'hypothéquer la liberté des honoraires et tout libre choix des patients contre de l'opposabilité ».*

Or c'est ce à quoi nous assistons avec les propositions disproportionnées faites par le Directeur de l'Uncam : augmentations très insuffisantes d'un côté, plafonnements inacceptables de l'autre : le compte n'y est pas, loin s'en faut !

Il s'en est fallu de peu que la CNSD ne revienne pas à la table des négociations le 6 janvier, et c'est à une courte majorité qu'elle a décidé néanmoins de les poursuivre. Et c'est lors d'une Assemblée Générale extraordinaire le 26 janvier qu'elle se prononcera.

Si l'Uncam ne corrige pas significativement le tir, la CNSD assumera les conséquences d'une non signature et laissera la ministre, Marisol Touraine, appliquer son funeste projet de règlement arbitral.

Un seul point positif : il entrait dans les intentions de Bertrand Fragonard, comme dans celles de Marisol Touraine, de plafonner les actes d'ODF. Les arguments que nous avons développés lors de notre audition du 24 février 2017, les en ont dissuadé. Au moins, sur ce point a-t-on pu éviter, mais pour combien de temps encore, un encadrement de cette discipline. Le 24 mai 2017 la CNSD dépose au Conseil d'État sa requête en annulation contre le règlement arbitral. En démontrant les nombreuses illégalités dont serait entaché ce règlement arbitral, nous demandons au Juge administratif de prononcer son annulation. À l'appui de notre démonstration, nous déposons également une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC), dénonçant la manipulation de la loi par l'ex-Ministre de la Santé, au mépris des garanties constitutionnelles qui protègent le dialogue social. Le 23 juin 2017 la CNSD dépose aussi devant le Conseil d'État une requête visant à annuler l'arrêté du 19 avril 2017 qui étend dès le 1er octobre 2017 aux bénéficiaires de l'ACS les plafonds tarifaires applicables aux patients CMU-C.

Question Prioritaire de Constitutionnalité

Le 6 juillet 2017 s'est tenue l'audience du Conseil d'État qui a examiné la QPC (Question Prioritaire de Constitutionnalité) posée par la CNSD ainsi que celles des autres syndicats qui ont également attaqué le Règlement Arbitral. Ces QPC visaient à renvoyer au Conseil Constitutionnel l'examen de l'article 75 de la LFSS 2017 et l'annulation de cet article que

Impact global du rééquilibrage					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total Année 1 à 4
Revalorisations					
AMO	134 496 778 €	75 823 337 €	71 923 152 €	58 307 475 €	340 550 741 €
AMC	54 138 254 €	30 520 754 €	28 950 834 €	23 470 190 €	137 080 032 €
AMO+AMC	188 635 032 €	106 344 091 €	100 873 986 €	81 777 665 €	477 630 773 €
Baisse entente directe	323 023 478 €	73 284 848 €	76 483 114 €	97 822 872 €	570 614 311 €
Gain pour les chirurgiens dentistes	-134 388 446 €	33 059 243 €	24 390 872 €	-16 045 207 €	-92 983 538 €
Prévention (EBD 21,24 ans et diabète)					
AMO	29 110 000 €	5 822 000 €	2 272 000 €	- €	37 204 000 €
AMO déjà facturé en C	11 316 000 €	2 263 200 €	883 200 €	- €	14 462 400 €
Gain pour les chirurgiens dentistes	17 794 000 €	3 558 800 €	1 388 800 €	- €	22 741 600 €
Handicap					
AMO	5 000 000 €	11 000 000 €	- €	- €	16 000 000 €
Gain pour les chirurgiens dentistes	5 000 000 €	11 000 000 €	- €	- €	16 000 000 €
Bilan et traitement paro					
AMO	10 000 000 €	20 000 000 €	30 000 000 €	- €	60 000 000 €
Gain pour les chirurgiens dentistes	10 000 000 €	20 000 000 €	30 000 000 €	- €	60 000 000 €
PCV					
AMO	6 000 000 €	6 000 000 €	- €	- €	12 000 000 €
Chirurgiens-dentistes	6 000 000 €	6 000 000 €	- €	- €	12 000 000 €
Gain pour les chirurgiens dentistes					0,00 €
Forfait CMUC & ACS					
AMO+AMC	62 500 000 €				62 500 000 €
Chirurgiens-dentistes	112 343 351 €	49 843 351 €	49 843 351 €	49 843 351 €	261 873 404 €
Gain pour les chirurgiens dentistes	-49 843 351 €	-49 843 351 €	-49 843 351 €	-49 843 351 €	-199 373 404 €
ASM					
impact de l'augmentation	- €	9 000 000 €	7 000 000 €	5 000 000 €	21 000 000 €
Gain pour les chirurgiens dentistes					21 000 000 €

TOTAUX	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total Année 1 à 4
AMO + AMC	289 929 032 €	155 902 891 €	139 262 786 €	86 777 665 €	671 872 373 €
Chirurgiens-dentistes	441 366 829 €	129 128 199 €	126 326 465 €	147 666 223 €	844 487 715 €
Gain pour les chirurgiens dentistes	- 151 437 797 €	26 774 692 €	12 936 321 €	- 60 888 558 €	- 172 615 342 €

Indexation des actes pour compenser l'inflation					
Baisse entente directe	76 290 000 €	76 290 000 €	76 290 000 €	76 290 000 €	305 160 000 €

nous estimons anticonstitutionnel. Après avoir admis que la question posée présentait bien un caractère nouveau, le Rapporteur public a cependant « conclu au non-renvoi de la QPC ». Autrement dit, il a émis un avis pour rejeter notre demande estimant que l'article de loi en question n'a pas porté une « atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre » au regard des objectifs affichés par le précédent Gouvernement, notamment « l'objectif légitime d'améliorer l'accès aux soins ». Sans surprise le Conseil d'Etat suivra cet avis, et le recours sur le fond sera par suite également rejeté (Décision du 30/05/2018).

Campagne présidentielle

Dans le même temps, la campagne présidentielle bat son plein et la plupart des candidats annoncent une prise en charge à 100% des prothèses dentaires. D'où cette communication :

PRISE EN CHARGE DES PROTHESES A 100 %... QUI PAIERA ?

La plupart des candidats à la présidence de la République annoncent la prise en charge à 100 % de la prothèse dentaire. Pour la CNSD, c'est une approche restrictive de la santé bucco-dentaire. Il y a 40 ans, pour pallier l'absence d'investissement de l'Assurance maladie dans le secteur bucco-dentaire, les politiques ont choisi de libérer les honoraires de prothèse et de l'orthodontie. Ils ont ainsi fait de ces deux secteurs la variable d'ajustement des évolutions des techniques, des coûts et des charges des cabinets dentaires.

Ce qui ne devait être qu'une disposition transitoire s'est inscrite dans la durée et c'est ainsi que le secteur à honoraires libres a permis aux politiques de se dédouaner du problème dentaire. Progressivement, ce secteur est devenu majoritaire et concurrentiel : il attise les convoitises d'acteurs qui en ont fait un business (low-cost, tourisme dentaire, réseaux de soins).

Aujourd'hui, prothèses, orthodontie et soins non pris en charge représentent 20 % du volume des actes bucco-dentaire et financent l'ensemble du secteur. La prévention ne concerne que quelques catégories de français (enfants, adolescents et femmes enceintes). De nombreux actes qui permettent d'éviter de faire de la prothèse ne sont pas pris en charge, et sont donc difficilement accessibles aux patients.

C'est une réforme globale que la CNSD réclame depuis des années. Permettre de prendre en charge plus précocement, de réaliser des actes selon des techniques modernes et conservatrices, mettre en place une véritable éducation thérapeutique, rendre ses financements aux interventions dans les écoles et donner un véritable choix aux patients : il ne sert à rien de rembourser la prothèse à 100 % s'il n'y a pas de véritable incitation aux soins précoces.

Tout ça ne pourra se faire sans investissements. Les politiques doivent l'entendre et ne pas mentir aux Français en leur vendant des prises en charge à 100 % : le reste à charge des patients représente 2,4 milliards d'euro ... qui le paiera ? Certainement pas les chirurgiens-dentistes qui supportent depuis 17 ans une partie du coût de la CMU-C, par des tarifs imposés en dessous des pratiques habituelles.

Marisol Touraine, par sa vision étatique, a réussi à dresser contre elle l'ensemble du monde dentaire : chirurgiens-dentistes, étudiants, internes, enseignants, prothésistes, personnel des cabinets dentaires : ils viendront crier leur colère le 3 mars à Paris.

La CNSD demande à tous les candidats à la présidence de la République de ne pas tomber dans les raccourcis démagogiques, de ne pas reproduire les mêmes erreurs, et de faire des propositions globales, intelligentes et réalistes. C'est à cela qu'ils seront jugés.

3-11 Convention 2018

Le 7 mai 2017 Emmanuel Macron est élu Président de la République, le Premier Ministre Edouard Philippe désigné a composé son gouvernement. Agnès Buzyn est nommée au ministère des Solidarités et de la Santé... exit Marisol Touraine ! Personne ne la regrettera. Dès la formation du nouveau gouvernement, la CNSD a demandé à rencontrer la nou-

velle ministre de la Santé, préalable indispensable pour renouer le dialogue et effacer le comportement de Marisol TOURAINE qui avait toujours refusé de nous voir. Après différents contacts, nous avons obtenu une réponse favorable. Une réunion préparatoire à la rencontre avec la ministre nous a été proposée pour le vendredi 9 juin à 12 h 30 par Jacques-Olivier Dauberton, conseiller chargé des professions libérales. Thierry Soulié et moi nous nous sommes immédiatement rendus disponibles tant ce contact nous semblait important. L'échange avec Jacques-Olivier Dauberton a duré près de deux heures : tous les sujets ont été évoqués, sans tabou. Nous avons rappelé l'historique de la négociation de l'avenant n° 4 et les raisons de l'échec. Nous avons rappelé qu'une nouvelle négociation ne pourra pas se faire avec la menace d'un couperet au 1er janvier 2018 et que des dispositions pour suspendre la mise en œuvre du Règlement arbitral étaient un préalable, en plus de la rencontre avec la ministre. Le conseiller nous a affirmé la volonté de dialogue du gouvernement avec des syndicats engagés et la possibilité de reconstruire ensemble un nouveau texte conventionnel, où il sera possible de rediscuter de tout… Tout, sauf le principe de plafonds sur la prothèse, dans le cadre de l'objectif affiché par le Président Macron d'un reste à charge zéro en 2022. Sur ce dernier point, la CNSD a soulevé le coût important de cet objectif qui ne saurait être supporté par les chirurgiens-dentistes et proposé de restreindre cette notion de reste à charge zéro à un panier d'actes réduit.

Le 13 juillet, avec les deux autres syndicats représentatifs, nous avons rencontré Agnès Buzyn. Pendant 50 mn, chacun a exposé sa vision et ses demandes, puis un dialogue s'est engagé. Nous avons mis l'accent sur 5 points :

- suspension ou report du règlement arbitral pour permettre de donner du temps à la négociation,
- négociation d'une nouvelle convention et non d'une adaptation du règlement arbitral,
- parution d'un nouvel arrêté tarifaire sur la CMU-C pour arriver à des valeurs économiquement réalistes,
- exigence d'un accord économiquement équilibré pour les cabinets dentaires,
- traitement égalitaire pour les libéraux face aux évolutions sociales et fiscales.

Agnès Buzyn a rappelé quelques éléments incontournables qui figureront dans les prochaines orientations qu'elle donnera pour les négociations :

- l'existence de plafonds sur des actes à honoraires libres afin d'améliorer l'accès aux soins,
- respect du cadre budgétaire contraint
- l'objectif « zéro reste à charge » en 2022 annoncé par le Président MACRON. Face à nos inquiétudes, la ministre a précisé qu'il n'est pas question d'appliquer cet objectif à l'ensemble de l'activité dentaire,
- à nos demandes d'abrogation du règlement arbitral, la ministre a opposé un refus, mais a annoncé qu'elle était prête à faire adopter dans le prochain PLFSS un report de l'application des dispositions tarifaires contenues dans le règlement arbitral au 1er janvier 2019. Ça sera effectivement confirmé dans la LFSS 2018 parue au Journal officiel du 31 décembre 2017.

En revanche, les dispositions relatives à la CMU-C et à l'ACS (prévues dans deux décrets indépendants du règlement arbitral) applicables le 1er octobre 2017 restent effectives. Ce sont les négociations qui permettront de faire évoluer les tarifs. A ce stade, on ne peut d'ailleurs pas exclure la création d'un panier de soins unique qui intégrerait les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Le 18 juillet 2017, la ministre adresse une lettre de cadrage au directeur de l'UNCAM, et les orientations de l'UNCAM sont adoptées le 20 juillet 2017. Tout va donc très vite. La date d'ouverture des négociations de la nouvelle convention est fixée au 15/09/2017.

Nouvelle négociation

Pour nous, le premier préalable sera de se mettre d'accord avec l'AMO sur les méthodes de chiffrage des évolutions tarifaires. La différence entre nos projections chiffrées et celle de l'assurance maladie lors de la négociation de l'avenant 4 étaient trop importantes pour qu'il n'y ait pas un bug : après croisement des bases de données utilisées, l'assurance maladie a reconnu des erreurs et nous avons abouti à une méthode de calcul partagée et validée. Nous ne voulions pas que les discussions s'engagent sur la base du règlement arbitral : ce ne fut pas le cas puisque l'assurance maladie a pris comme base de négociation les dernières propositions de l'avenant 4.

En ce qui concerne le rééquilibrage, nous avons rappelé qu'il ne pouvait s'envisager par une approche purement macroéconomique, car l'activité soins et prothèse ne sont pas superposables en volume, en temps et en difficulté. On ne pouvait pas remplacer l'un par l'autre sans remettre en cause profondément l'exercice et la façon de travailler.
Sur la philosophie des **revalorisations** et dans le contexte budgétaire, la CNSD a défendu :

- Que le différentiel global entre les hausses des soins et la baisse des prothèses soit toujours bénéficiaire aux chirurgiens-dentistes
- Que les revalorisations concernent moins d'actes et qu'on aille directement aux tarifs cibles, afin qu'il y ait une réelle visibilité pour nos confrères.
- Que ces actes devaient être en priorité des actes de soins précoces en cohérence avec une approche de conservation maximale des dents.
- Que certains actes non concernés puissent bénéficier de dépassements autorisés.
- Qu'il y ait un alignement des prises en charge des actes substituables, afin que le choix thérapeutique ne dépende pas du critère financier.
- Que soient exclus du rééquilibrage soins/prothèses, toutes les dispositions « santé publique » ainsi que la prise en charge d'actes actuellement NPC et bien sûr du panier CMU-C/ACS.

En ce qui concerne les **plafonds**, qui sont intimement liés aux revalorisations, nous avons défendu les principes suivants :

- Une augmentation des valeurs des plafonds et une diminution des actes concernés
- Pas de dégressivité progressive, mais un tarif cible immédiatement comme pour les soins.
- Pas de différenciation tarifaire entre départements.
- L'introduction de souplesse dans ces plafonds

Nous avons par ailleurs suggéré à l'UNOCAM de s'investir sur les actes actuellement non pris en charge ou des actes de prévention, au-delà de leur rôle de payeur complémentaire. Ainsi que l'introduction d'une base de remboursement minimale dans leurs contrats. L'UNOCAM a d'emblée rappelé que tout investissement conséquent se traduirait par des augmentations de cotisations.
En parallèle des négociations conventionnelles, des travaux ont été menés au ministère de la Santé avec l'UNCAM et l'UNOCAM (mais sans nous) sur le périmètre et le financement de ce RAC 0. Cela entraîna 2 mois d'interruption de la négociation entre décembre 2017 et février 2018. En février, l'introduction du RAC 0 change fondamentalement la donne. Certes, les plafonds sont toujours mis en place en contrepartie de la revalorisation des soins, mais l'obligation de prendre en charge à 100 % certains des actes plafonnés modifie les critères. Ce sont les organismes complémentaires qui devront financer ce RAC 0, par l'introduction de certains actes dans les contrats responsables, qui sont le socle de base de tous les contrats complémentaires. Ce financement nouveau devra se faire sans augmentation des cotisations. Il en résulte que les OCAM exigent que le panier RAC 0 leur coûte le moins cher possible. Pour ce faire il n'y a que deux moyens : baisser les honoraires et limiter le nombre d'actes.
L'exercice est d'autant plus compliqué, qu'il est quasiment impossible de faire un calcul d'impact, car les actes ne sont pas traçables (pas de différenciation des codes CCAM entre les céramo-métalliques et céramo-céramiques par exemple) et nul ne peut prévoir l'effet induit par la solvabilisation totale. Les chiffrages varient du simple au triple, de 300 M€ à 1 Md€ selon les familles de complémentaires. Pour créer différents paniers de prothèses, il devient indispensable de différencier les actes de prothèses fixes avec la création de nouveaux codes CCCM. Sans cette différenciation, c'est toute la prothèse fixe qui serait impactée par les plafonds, comme dans le règlement arbitral.
C'est sur la prévention que les avancées font consensus : Bilan et assainissement parodontal pour les patients diabétiques, EBD à 3 ans, Vernis fluoré, Expérimentation d'un forfait de prévention (ce dernier passera plus tard d'une expérimentation conventionnelle à un article 51 = Expreso)
Fin février, les bases de la convention 2018 sont acquises. Il reste alors à finaliser les tarifs et jusqu'au bout la CNSD se battra pour le moindre euro de hausse, tant sur les revalorisations de soins que sur les plafonds des prothèses. Les

séances des 5 et 6 avril 2018 verront la négociation entrer dans une phase d'accélération et la question sur la situation en cas de non-signature sera posé à Nicolas Revel par l'UD. Sa réponse a été claire : *« Nous arrivons dans la logique de finalisation et une phase conclusive. Soit nous y arrivons dans le cadre qui a été fixé, soit nous ferons un constat d'échec. »* Dans ce dernier cas, *« cela signifiera que nous et vous, passerons à d'autres la main pour déterminer les éléments que nous n'avons pas pu concrétiser ensemble et le soin de rédiger un texte législatif ou règlementaire qui régirait alors, le fonctionnement entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients pour ce qui concerne l'accès aux soins. Mon sentiment, c'est que le Règlement Arbitral ne suffirait pas, puisque le RAC 0 doit s'appuyer sur des plafonds de prix compatibles avec les financeurs UNCAM, UNOCAM.*

Or, les plafonds fixés dans le RA ne sont pas compatibles avec le RAC 0. Et comme le RA ne permet pas le RAC 0, il y aura de nouvelles dispositions tarifaires lors du PLFSS. Le Règlement Arbitral ne pourra pas être modifié, ce n'est pas possible, car c'est anticonstitutionnel. Mais le législateur pourra confier à l'autorité réglementaire, le pouvoir de fixer les tarifs non seulement des actes opposables, mais aussi de ceux qui sont libres aujourd'hui. Le législateur peut administrer les tarifs, même dans le cadre d'une profession libérale. Cette question je me la suis posée de longue date, et ce n'est plus une intuition, c'est devenu une conviction. Je ne sais pas exactement comment réagira le législateur, mais vous devez savoir qu'il fixera la règle qui garantira un accès à 100%. Il pourra modifier à sa guise et aura une vraie liberté pour reconstituer un espace « simili conventionnel ». Cela change juste le cadre, ce serait une définition universelle de l'accès aux soins qui s'appliquera à l'ensemble de la profession, il n'existera plus de praticiens dans et hors convention. Et dans ce cas, nous et vous perdrons la main… Je n'affirme rien mais je dis que le législateur a cette possibilité et que la loi pourra le faire, là-dessus je n'ai aucun doute. Mais je ne suis pas là pour parler d'un échec et je vous amène des éléments de réponses qui pourraient vous amener à une signature conventionnelle plutôt que d'envisager un échec.
Pardonnez-moi, mais après cette entrée en matière, je voudrais insister sur l'esprit dans lequel nous avons travaillé, que nous avons inscrit dans le point de départ depuis septembre 2016, avec des efforts de revalorisation comme il n'y en a jamais eu depuis longtemps, certes en contrepartie de plafonds sur un certain nombre d'actes, mais aussi avec un effort dans le champ de la prévention, des efforts de revalorisation par rapport au 15 février, une évolution envers les 3 paniers qui sont, vous le verrez, beaucoup plus équilibrés ; là où nous étions à 13 % pour le panier libre, nous nous situons à 30 %, un panier RAC 0 revisité, des clauses d'indexations avec une proposition de méthode, des clauses de revoyure basées sur la progressivité au cas où il y aurait des modifications fortes de la structure de ce que nous aurons construit et un bilan positif objectivable année après année, et évidemment un bilan net sur 5 ans positif pour la profession ».

Les propositions à cette date :
- Restaurations coronaires : + 10 à 60 %
- Exérèse de la pulpe camérale sur dent temporaire : + 36 %
- Scellements de sillons 1 et 2 dents : + 20 %
- Avulsion d'une dent temporaire : 25 €
- Bases de remboursement des soins prothétiques :
    - des inlays-onlays + 48 %, + 52 % et + 144 % (mais on s'oriente vers une suppression de l'inlay 1 face, et une fusion des 2 et 3 faces)
    - des couronnes CM, CCM et CCC + 12 %
    - des inlays-cores - 27 % et - 37 %

o Avulsions des dents permanentes + 10 à 23 %.
o Actes d'endodontie de + 27 %
o Baisse de 5 % sur les revalorisations les scellements de sillons sur 3 et 4 dents à la demande de la FSDL pourtant si sensible aux actes de prévention.
o Création du coiffage pulpaire et de consultation d'urgence

o Création d'un supplément pour les soins chirurgicaux de 20€ par acte pour patients en ALD sous anticoagulants
o Supplément par séance pour prise en charge des personnes atteintes de handicap mental avec ou sans MEOPA 100 €
o Prise en charge d'un bilan parodontal (50€) et de l'acte d'assainissement parodontal par sextant (80 €) pour les patients diabétiques
o Prévention : extension de l'EBD à 3 ans et prise en charge du vernis fluorés entre 3 et 6 ans (modifié au final à la tranche d'âge 6 à 9 ans)

Ces revalorisations seront étalées sur 5 ans. Un tableau dresse un bilan détaillé de la progression par catégories d'actes.
Schématiquement nous devons retenir :
- Années 1, 2 et 5 : revalorisation des restaurations coronaires et prise en charge du coiffage pulpaire de la couronne transitoire et de l'inlay-onlay,
- Année 3 : revalorisation de l'endodontie
- Année 4 : revalorisation des actes d'avulsions et des scellements de sillons

Pour un montant de 596 Millions d'€

Paniers prothétiques

En février, nous nous étions élevés contre la part trop importante laissée au RAC 0 au détriment du maîtrisé et surtout du libre, respectivement en volume à 46 %, 41 % et 13 % et en honoraires, à 35 %, 49 % et 16 %. Les propositions du 5 avril sans être miraculeuses, ont sensiblement corrigé le tir en se rapprochant d'une répartition plus équitable tant en volume (46 % / 25 % / 29 %), qu'en honoraires (35 % / 34 % / 31 %), soit grosso modo 1/3, 1/3, 1/3.

Clauses d'indexations des plafonds

La CNSD avait fait de ce point un objectif majeur. Nous ne pouvions accepter de signer un texte qui bloquait les plafonds *ad vitam aeternam*. D'où l'idée de créer un indicateur de l'évolution des charges les plus liées à l'activité dentaire. Ainsi est-il décidé qu'une CPN se réunira en mai chaque année pour prendre en compte l'évolution des données fiscales et déterminer la nécessité d'ajuster le niveau des plafonds

Clauses de revoyure annuelle

L'objectif est de suivre l'effet des mesures de la convention chaque année par la création d'un observatoire et d'indicateurs avec des seuils de déclenchements de négociation d'un avenant en cas d'écarts de + ou – 10 points en 2021 et 2022, et de + ou – 5 points à partir de 2023. Contrairement au règlement arbitral, il n'y aura aucune évolution tarifaire automatique en cas de dépassement des objectifs. Curieusement quand on connaît la suite de l'histoire, l'UNCAM et l'UNOCAM étaient persuadés que les chirurgiens-dentistes feraient tout pour contourner le panier RAC0. Nous étions persuadés du contraire dans un contexte de renoncement aux soins prothétiques lié au reste à charge et à la solvabilisation nouvelle de ces actes. Nous avions raison et jamais la clause de revoyure annuelle ne sera déclenchée.

Poursuite des négociations

Le Conseil d'Administration Confédéral Extraordinaire de la CNSD, réuni à Paris le jeudi 12 avril 2018, après avoir pris connaissance des dernières informations relatives à l'avancement des négociations conventionnelles, votera pour la poursuite de celles-ci

Une de nos demandes importantes n'a jamais pu aboutir : elle concerne le taux URSSAF. Pour rappel, en 2006 il y a eu la création du taux URSSAF qui a permis de considérer les actes en CMU-C comme opposables, pour que l'assurance maladie participe à la part de cotisation maladie liée à ces actes. Avec l'augmentation des tarifs des actes opposables, il y aura une augmentation de la participation de l'AMO aux cotisations d'assurance maladie. Mais il nous semble logique que les actes nouvellement plafonnés soient traités de la même manière que les actes CMU-C. D'autant que sans traitement différencié, ils seront soumis à la taxe additionnelle.

Nous n'aurons pas gain de cause sur cette demande qui sera représentée par la suite de façon récurrente.

Taxe additionnelle

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 avait, dans son article 84, harmonisé le taux des cotisations maladie, maternité et décès des professionnels indépendants, ramenant le taux de cotisations des professionnels de santé libéraux affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), alors de 9,81 %, à hauteur du taux appliqué au RSI soit 6,5 %. Ce même article avait par ailleurs introduit une taxe additionnelle de 3,25 % applicable aux revenus tirés d'une activité non conventionnée ou des dépassements d'honoraires pour les seuls professionnels de santé affiliés au régime PAMC (article L. 646-3 du code de sécurité sociale). Sans modification de la loi, les actes de prothèse plafonnés dans la convention dentaire négociée avec l'Assurance maladie, sont considérés comme des actes à dépassements ...
Tous les ans, la CNSD (CDF) Et l'UNPS cherchent à obtenir une suppression de cette taxe additionnelle via des amendements au PLFSS successifs ... sans succès à ce jour ! Cette taxe représente des sommes importantes au vu de la part des prothèses dentaires dans les recettes des chirurgiens-dentistes.

Signature de la convention

Les négociations se poursuivront pour arracher d'ultimes avancées. Le Conseil d'Administration Confédéral Extraordinaire de la CNSD, réuni à Paris le vendredi 1er juin 2018, après avoir pris connaissance des dernières informations, votera à une très large majorité pour la signature de la convention. J'avais négocié cette convention avec Nicolas Revel jusqu'au congrès de Giens mais c'est Thierry Soulié nouveau président qui la signera le 21 juin 2018 tout comme le président de l'UD. La FSDL, comme à son habitude, ne signera pas et n'aura de cesse de critiquer ce texte, tout en s'attribuant les évolutions positives et en oubliant les principes négatifs (plafonds) actés par tous les négociateurs, y compris elle-même. La parution au Journal officiel du 25 août 2018 écrasera le règlement arbitral de Marisol Touraine. Pour beaucoup de confrères ce règlement arbitral n'a pas vraiment existé car les dispositions tarifaires ne se sont jamais appliquées en raison de la reprise de la négociation et de la signature de la convention. Certains d'entre nous se sont dit après coup qu'il aurait peut-être fallu qu'il s'applique vraiment pour que toute la profession touche du doigt le danger d'un tel texte non négocié et permettant à l'Etat d'y écrire ce qu'il veut. Après la bataille, certains chercheront à minimiser le danger en oubliant que même encadrée, une négociation est toujours préférable à un diktat.

La suite de l'histoire donnera largement raison à la CNSD : l'impact budgétaire du RAC 0 explosera les prévisions au bénéfice de la profession et plus jamais les difficultés d'accès aux soins prothétiques nous ne serons opposées. Les premières dispositions tarifaires de la nouvelle convention sont entrées en vigueur le 1er avril 2019. Des formations sur la nouvelle convention ont alors été mises en place. Elles nous permettront de rencontrer près de 4 000 confrères sur les formations nationales, et près de 10 000 avec les formations départementales.
Les avenants 1, 2 et 3 corrigeront ou compléteront des points importants comme l' évolution de la nomenclature, la hausse des tarifs CMU-C, les modalités de l'indexation ou le nouveau devis conventionnel.

Avenants 1 et 2

Nous avions convenu avec Nicolas REVEL de restreindre l'avenant n°1 aux seules évolutions de la nomenclature et d'inscrire les dispositions relatives à la CMU-C dans un 2e avenant.
Si le premier a fait consensus, il n'en fut pas de même du second pour lequel la FSDL s'est désintéressée du sujet et où l'UD a déclaré forfait. Les discussions sur l'avenant n°2 se sont donc poursuivies par échanges bilatéraux entre Les CDF et le Directeur de l'UNCAM.
De propositions en contre-propositions, il en ressort quenous avons contré les baisses souhaitées par le ministère :

- les couronnes monolithiques zircone et hors zircone, prévues initialement à 350 € et 400 € seront valorisées respectivement à 400 € et 430 €.
- les tarifs des prothèses adjointes transitoires boycottées depuis le 01/10/2017 en raison de leur niveau ridicule, atteignent ou se rapprochent des plafonds conventionnels.

• sur un acte initialement non concerné, telle la CCM, nous avons obtenu qu'elle soit valorisée comme la hors zircone. C'est ainsi qu'elle est passée successivement de 375 € à 410 € le 1er octobre 2017, et qu'elle sera à 430 € le 1er avril 2019.

En ce qui concerne la prise en charge de la cotisation maladie, Nicolas Revel a répondu favorablement à notre demande en acceptant d'intégrer dans le calcul, les bénéficiaires de l'ACS à l'identique de ceux de la CMU-C. La formule de calcul des cotisations sera modifiée sur les revenus 2019 et les effets seront visibles en 2020.

La consultation de nos cadres a été réalisée par voie dématérialisée et validera la signature des avenants 1 et 2. Ces avenants paraîtront aux JO du 30 mars et du 6 avril 2019. L'avenant 1 a été signé par Les CDF et l'UD, l'avenant 2 avec les revalorisations CMU-C par les seuls CDF.

Avenant 3

L'ouverture des négociations de l'avenant n°3 a eu lieu le vendredi 13 septembre 2019. Il traite du devis lié au RAC0 et de la création d'un indice dentaire. Le travail réalisé en groupe technique a porté ses fruits. D'inacceptable, la proposition faite en séance sur le devis devient une base de discussion possible. Ainsi l'obligation souhaitée par l'UNCAM et l'UNOCAM de présenter plusieurs devis dont un comprenant obligatoirement du RAC 0 disparaîtra. C'est une simple information que le praticien devra faire en ayant la possibilité d'annoncer qu'il ne réalise pas certains actes comme les couronnes métalliques. Mais un certain nombre d'avancées demeurent indispensables :

- La simplification et la lisibilité du devis avec notamment la suppression de l'obligation de renseigner la colonne « prix de vente ».
- Une définition de l'alternative thérapeutique, qui ne doit pas se résumer à une simple alternative économique.

Au cours des négociations, nous avons obtenu gain de cause sur l'alternative thérapeutique avec la rédaction conventionnelle suivante : « *Dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), le praticien s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.*

Une liste des alternatives thérapeutiques est réalisée : il y apparait ainsi que les stellites n'ont pas d'alternative thérapeutique.

Les colonnes « prix de vente » « prestation de soins » et charges de structure » sont supprimées. Le prix de vente prévu par la loi est intégré dans la colonne honoraires intitulée « Honoraires dont prix de vente du dispositif médical ».

En revanche, la clause d'indexation, qui permet de faire évoluer les plafonds de prothèses en fonction de l'augmentation des charges du cabinet, prendra facilement forme grâce à une convergence de vue sur la définition de l'indice dentaire.

L'annexe 20 crée la « Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » facilitant les critères pour obtenir le supplément handicap. Cette grille doit être complété à la fin de chaque séance pour identifier si le supplément s'applique ou non. Un nouveau supplément est créé pour les actes techniques réalisés en deux séances ou plus à hauteur de 200€.

Il est créé un supplément de 125 € pour l'acte d'avulsions de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisé en cabinet sous anesthésie locale (HBGD038).

Un vote dématérialisé (CAC extraordinaire) le lundi 25 novembre 2019 donnera mandat de signature au président confédéral.

Avenant 4

Cette négociation s'est ouverte le 3 décembre 2020 dans :

• un contexte particulier et inédit de crise sanitaire, au cours de laquelle les pouvoirs publics ont dû procéder à des aménagements législatifs et réglementaires, mais aussi organisationnels dérogatoires aux conditions habituelles de prise en charge et de facturation pour permettre aux professionnels de santé de faire face aux risques de contamination, à l'accroissement du nombre de patients et de leur permettre d'assurer la continuité des soins de leurs patients.

• le prolongement des réformes « ma santé 2022 », et du Ségur de la santé qui a permis en juillet 2020 de dégager plusieurs axes de travail afin de poursuivre la transformation et la modernisation de notre système de santé.

Elles traiteront de la création de téléconsultation et téléexpertise pour les chirurgiens-dentistes.

La téléconsultation devait concerner les patients à mobilité réduite ou présentant une urgence douloureuse, traumatique ou infectieuse avec une domiciliation proche du cabinet dentaire. Pour mémoire, la rémunération d'une téléconsultation ne peut être supérieure à une consultation habituellement réalisée au cabinet. La remise par fax ou courriel d'une ordonnance n'est pas suffisante et l'utilisation d'un réseau sécurisé est nécessaire.

Pour financer l'investissement et les couts de réalisation, un indicateur supplémentaire au FAMI (forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel) était prévu :

• 350 € pour l'équipement de vidéo transmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémédecine.

• 175 € pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie sur avis de la Commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

La fréquence maximum de réalisation est personnalisée pour chaque praticien, Elle tient compte du volume des actes de consultation, de chirurgie et d'endodontie réalisés par ce professionnel dans l'année (actes côtés en C, ENd ou ADC). Il en résultait selon la CNAM qu'une moyenne de 2 téléconsultations par semaine était le maximum possible.

Les propositions de forfaits faites par la CNAM ont été jugées trop faibles comparées aux frais de fonctionnement de ce dispositif. Les CDF ont posé la condition préalable d'un alignement de la téléconsultation à la consultation, soit 25 euros, comme cela est pratiqué pour les médecins.

Le Directeur général de la CNAM, Thomas Fatome, n'ayant pas de mandat pour des revalorisations tarifaires et les propositions portant sur les conditions de réalisation et de facturation apparaissant comme insuffisantes et déséquilibrées, les CDF ont refusé de s'engager plus avant dans la négociation de cet avenant 4. La téléexpertise ne verra le jour que dans la convention 2023.

3-12 Convention 2023

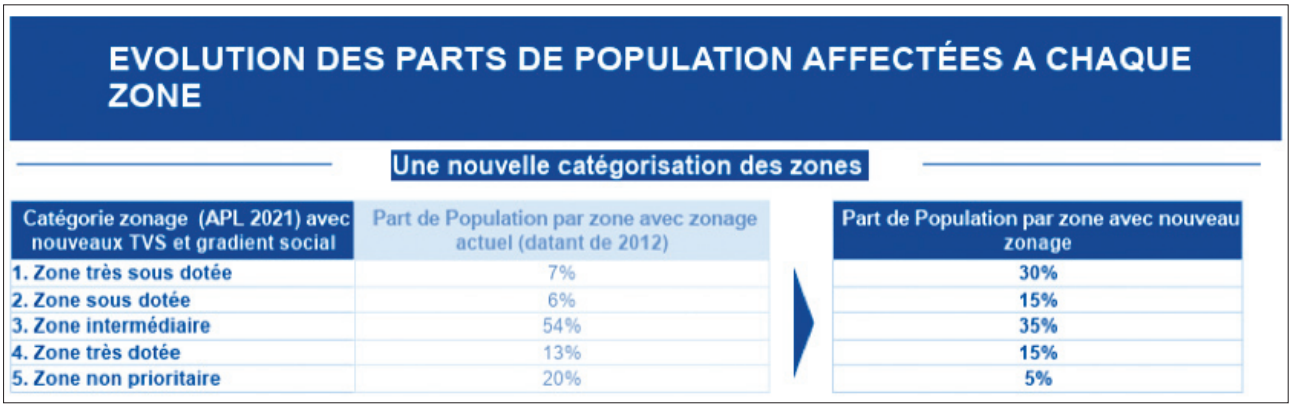
Si la convention 2018 a eu comme axe majeur l'amélioration de l'accès financier aux soins, la convention 2023 s'est focalisée sur l'accès territorial aux soins. Dans un contexte de fortes pressions sociétales face aux déserts médicaux et du développement exponentiel des centres de santé dentaire dans les zones les mieux dotées, il est apparu indispensable de faire un geste.

Les travaux sur la démographie professionnelle sont menés à la CNSD depuis bien longtemps. La commission 4 s'y est particulièrement penché depuis plus de 20 ans. On a vu s'opposer la vision des départements désertifiés en praticiens et celle des départements sur dotés qui contestaient toute régulation. Le problème de l'arrivée exponentielle des praticiens à diplômes étrangers et plus particulièrement de ceux donc le diplôme européen leur permettait une installation libre s'est également posé. Ces travaux ont abouti à des motions réclamant entre autres une régulation via un conventionnement sélectif dans les zones les plus dotées. Un travail remarquable a par ailleurs été mené pour aider les praticiens des zones sous-dotées à mieux s'organiser par la rédaction du « Guide du praticien débordé ».

La convention 2018 a inscrit le principe de régulation conventionnelle avec une condition indispensable : cette régulation s'applique tant aux praticiens libéraux qu'aux centres de santé dentaires. Plusieurs années ont été nécessaires pour que l'application aux centres de santé devienne possible. Entre 2018 et 2023, un travail important a été mené sur les zonages permettant de classer les territoires. Pierre-Olivier Donnat a été au cœur de ce travail mené avec l'assurance maladie et la DREES. Il a fallu beaucoup d'énergie pour faire évoluer la méthodologie au-delà du simple indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) et y introduire des critères populationnels (Gradient social) : pourcentage de bénéficiaires de la C2S et de l'ALD. Ces patients présentent des besoins de soins plus importants que le reste de la population.

Le nouveau zonage a considérablement modifié les données démographiques. La majorité du territoire (60 % de communes) s'est retrouvée en zone très sous-dotée éligible aux aides à l'installation et au maintien. Les territoires

concernés par les dispositions de régulation conventionnelle (zones non prioritaires) représentaient 0,3 % des communes et 9 % des chirurgiens-dentistes libéraux.



Co-financement de la prévention

La convention 2023, c'est aussi l'évolution des dispositifs de prévention. Avec un paramètre nouveau : le cofinancement de cette prévention par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Tout a commencé par une négociation à marche forcée en raison de la dénonciation de la convention 2018 par la FSDL. Sans signature, c'était un nouveau règlement arbitral qui nous menaçait. Or, en cours de négociation coup de tonnerre. Le directeur de l'assurance maladie nous annonce que les 300M€ de transfert de financement de l'AMO vers l'AMC votée par le Parlement serait supporté par le seul secteur dentaire à l'exclusion des actes majoritairement réalisés par les médecins. Le ticket modérateur des soins dentaires passe donc de 30 à 40%. Pour rester dans la même logique, il fallait que les hausses de dépenses du nouveau dispositif prévention bénéficie du même traitement, permettant de minorer l'investissement de l'AMO et de donner une visibilité à l'AMC en matière de prévention, ce qu'il réclamait depuis longtemps.

Si l'augmentation du ticket modérateur n'a pas posé de problèmes techniques, au-delà du mécontentement de la profession et des organismes complémentaires, il en a été tout autrement pour le cofinancement de la prévention. En effet, depuis toujours, la prévention bucco-dentaire bénéficie d'une dispense d'avance de frais obligatoire. Si le tiers payant AMO ne pose plus de problème, il en est tout autrement de la part AMC. Il s'est avéré que les organismes complémentaires n'étaient techniquement pas prêts. Nos alertes et demandes de report n'ont pas fait le poids face à l'affichage politique souhaité par le gouvernement. Depuis le 1er avril 2025 le nouvel EBD annualisé et revalorisé est en place… Mais, c'est un échec en raison des nombreuses difficultés de paiement tiers payant rencontrées.

Génération sans carie et attractivité

La convention 2023 c'est aussi la génération sans carie. L'objectif est de suivre tout au long de leur vie une cohorte de jeunes en les faisant bénéficier d'un suivi particulier avec une incitation tarifaire pour les praticiens (majoration de 30 %). En 2024, les jeunes de 6 à 24 ans étaient ciblés, puis en 2025 les 3-25 ans, etc. Au terme de la convention en 2028, tous les jeunes de 3 à 28 ans seront concernés.

Un point important est inscrit dans cette convention : l'attractivité de l'exercice libéral. Un groupe de travail doit y être consacré. Sous cette dénomination généraliste se cache la question de l'indemnisation des congés maternité notoirement insuffisant au regard des charges de fonctionnement des cabinets. Depuis plusieurs années les CDF réclament d'inscrire dans la négociation le paiement par l'assurance maladie d'indemnités maternité à l'instar de ce qui existe chez les médecins. Mais pour avoir le droit de négocier, il faut que le Parlement donne une habilitation conventionnelle à le faire. Malheureusement, les amendements présentés chaque année par les CDF et l'UNPS sont retoqués sous des prétextes divers et variés.

Contrairement à toutes les conventions précédentes, la FSDL est devenue signataire conventionnel. C'est une évolution majeure d'un syndicat qui jusque-là stigmatisait systématiquement et violemment la CNSD/CDF en lui reprochant une politique de dialogue et de compromis, en l'accusant d'être responsable de tous les maux supposés de la profession sans admettre les acquis obtenus. La suite dira si cette signature permettra de pacifier les relations au sein de la profession.



L'équipe nationale de 2004 : Bernard Duchaussois, Marie-Françoise Gondard-Argenti, Robert Desse, Jean-Claude Michel - président Michel Bergougnoux, Catherine Mojaïsky, Roland L'Herron)

Chapitre 4

Relations avec les complémentaires santé

4-1 Négociation avec la MGEN

4-2 Extension à la MFP

4-3 PPL Le Roux 2013

4-4 Accord national interprofessionnel (ANI)

4-5 Contrats responsables

4-6 Quand l'Autorité de la concurrence s'en mêle

4 – Relations **avec** les complémentaires **santé**

Si, pour certains, le protocole MGEN de 1996 est à l'origine de tous les maux, pour beaucoup, il est le reflet d'une prise de conscience fondamentale : le besoin de solvabilisation de tous les soins y compris les soins prothétiques. Les années précédant la signature de ce protocole ont permis de préserver l'économie des cabinets dentaires en créant une dichotomie entre des actes à tarif opposable, bien pris en charge, et des actes sortis de l'opposabilité par décision ministérielle (Pierre Bérégovoy, Philippe Seguin). Ainsi, a été instaurée une liberté tarifaire permettant aux cabinets dentaires d'investir, de payer leurs charges et de préserver la qualité et la sécurité des soins... Au fil des années, l'écart de valeur entre les actes de soins, de chirurgie, de prévention et les actes de prothèse et d'orthodontie s'est accru entraînant dérives, frustration et incompréhension de la société face à une hausse des restes à charge et renoncement aux soins. Les centres de santé mutualistes, présents sur tout le territoire, ont mis en place une politique de concurrence, avec des tarifs prothétiques et orthodontiques attractifs : les subventions dont ils bénéficiaient le permettaient. Mais la diversité des couvertures complémentaires ne permettait pas, dans de nombreux cas, d'améliorer la prise en charge.

4-1 Négociation avec la MGEN

C'est avec la MGEN que s'est engagée la négociation visant à améliorer cette prise en charge. Cette mutuelle présentait l'avantage de gérer aussi la part AMO et la prise en charge de ses adhérents était très faible. Elle couvrait 1 Français sur 23. La négociation a été longue et ardue : pour la MGEN, le tiers payant devait être une obligation. Le compromis a été d'adopter un tiers payant optionnel, choisi ou non par le patient au moment de l'établissement du devis. Il fallut ensuite choisir les actes concernés : le choix s'est porté sur la prothèse fixe. La diversité des honoraires pratiqués sur le territoire a conduit à fixer un tarif plafond (150 % du barème) et un tarif de prise en charge. La fixation des tarifs a fait suite à une étude sur la moyenne des honoraires pratiqués. Le Conseil de la concurrence a, en 1998, critiqué l'existence d'un tarif minimal, estimant que cela poussait à une hausse du tarif pour ceux qui étaient en dessous. La signature du protocole était individuelle, afin de préserver la liberté de choix de chaque praticien. La MGEN s'engageait par ailleurs à stopper la concurrence des centres mutualistes. L'accord CNSD/MGEN a été signé en 1996. La MGEN s'engageait à ne pas publier la liste des signataires. Ce protocole a connu un grand succès puisque plus de 2/3 des praticiens libéraux y ont adhéré avec une grande diversité selon les régions et les tarifs pratiqués. Au bout d'un an, ce protocole avait coûté près de 200 millions de francs à la MGEN.

Poussé par les opposants, le Conseil national de l'Ordre décida alors que ce protocole était contraire aux règles déontologiques et adressa à tous les chirurgiens-dentistes y ayant adhéré une lettre leur enjoignant de résilier cette adhésion dans un délai de trois mois, en date du 26 juin 1997. Des poursuites furent engagées contre des praticiens signataires (mon département, la Seine-et-Marne, fut précurseur en la matière). Un recours fut mené contre cette analyse et le 4 févier 2000, le Conseil d'État débouta le CNO jugeant son analyse non fondée.

Conseil d'État Section du Contentieux sur le rapport de la 4e sous-section
N° 189657 - Séance du 21 janvier 2000, lecture du 4 février 2000
CONFEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRES
(...) La délibération du 23 juin 1997 par laquelle le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a décidé d'enjoindre à tous les chirurgiens-dentistes de résilier leur adhésion au protocole d'accord concernant l'amélioration de l'accès aux traitements dentaires conclu le 23 juillet 1996 entre la CONFEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRES et la mutuelle générale de l'éducation nationale, ensemble la lettre-circulaire du président du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du 26 juin 1997 sont annulées (...)

4-2 Extension à la MFP

Le protocole a été ensuite étendu à la MFP et enrichi de nouvelles prestations. D'autres organismes complémentaires sollicitèrent la CNSD pour signer des protocoles (un modèle unique fut même élaboré par la Commission 2) mais devant

les contraintes d'un contrat négocié et géré paritairement, elles préférèrent garder leur liberté pour lancer leurs propres réseaux de soins non régulés. C'est ainsi que furent lancés des réseaux tels que Santéclair, contre lesquels la CNSD mena un long combat médiatique et judiciaire, estimant qu'ils bafouaient les règles de publicité, concurrence et de secret médical ainsi que la qualité des soins. Ces combats furent malheureusement perdus, et la CNSD fut même lourdement sanctionnée par l'Autorité de la concurrence pour avoir osé critiquer le fonctionnement de ces réseaux (680 000 € d'amende en 2020).
Tous ces protocoles étaient liés entre eux par une structure commune : DISPADENT, un organisme intermédiaire permettant d'organiser la dispense d'avance de frais. La CNSD a voulu cet organisme pour garder une indépendance vis-à-vis des organismes payeurs. Émanation de la CNSD, il ne faisait pas, à proprement parler, partie des structures de la CNSD, justement pour permettre à tous les adhérents aux différents protocoles d'en faire partie. C'était une entité juridique indépendante.

Des protocoles ont été par la suite signés avec Previade, devenu ensuite Harmonie Fonction Publique, Mutualia et une longue négociation a été menée avec Kalivia, sans aboutir. La FSDL, principale opposante à ce protocole, chercha d'autres angles d'attaques et finit par trouver une faille. L'article 3 du Code la mutualité ne permettait pas de pratiquer de discrimination financière entre les adhérents. Des patients consultant des praticiens non signataires du protocole furent donc incités à porter plainte contre la MGEN. Certains juges, suivant l'avis de Cour de cassation du 18 octobre 2010 leur ont donné raison. D'autres les ont déboutés. Différentes lois ont ensuite fait évoluer la règlementation des complémentaires santé et la prise en charge du bucco-dentaire.

4-3 PPL Le Roux 2013

La proposition de loi Le Roux avait pour objet de corriger cet article 3 du Code de la mutualité, cible des attaques de la FSDL, pour mettre sur un plan d'égalité les mutuelles avec les sociétés d'assurance en autorisant ces organismes à constituer des réseaux de soins avec des professionnels de santé. Lors de son audition, la CNSD a tenu à mettre en évidence une distinction fondamentale entre les réseaux ayant une réelle vocation médico-sociale, respectant la réalité des coûts des cabinets dentaires en permettant la réalisation d'actes de qualité (à l'instar du protocole CNSD-MFP, mis en place par une négociation directe entre l'assureur et les syndicats représentatifs) et les réseaux commerciaux qui n'ont d'autres vocations que financières (baisse tarifaire). Dans un amendement, la CNSD a demandé que tout conventionnement soit négocié avec l'une des organisations professionnelles représentatives habilitées à négocier. Cet amendement ne fut pas retenu. La loi finale a légitimé les réseaux de soins à adhésion individuelle et en a par ailleurs exclu les professionnels de santé dont le financement par l'Assurance maladie est inférieur à 50 % (après des actions de lobbying intenses des médecins) créant une rupture d'égalité entre chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues. Le Conseil constitutionnel n'ayant pas retenu cet argument, la loi a été promulguée le 28 janvier 2014.

4-4 Accord national interprofessionnel (ANI)

Depuis 2016, l'ANI instaure la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises du secteur privé. Tous les employeurs du secteur privé ont donc l'obligation de proposer à leurs salariés un contrat complémentaire santé collective. Ils sont également tenus de participer à son financement à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation. Un certain nombre de garanties minimales doivent y figurer, d'où l'appellation de contrat responsable.

4-5 Contrats responsables

Depuis 2006, ces contrats existent pour empêcher initialement que les baisses de remboursement hors parcours de soins, prévues par la Sécurité sociale, ne soient compensées par les organismes complémentaires. Ce type de contrat ouvre droit à des exonérations fiscales et/ou sociales pour les organismes complémentaires comme pour les entreprises ayant souscrit des contrats collectifs obligatoires, dès lors que sont respectées un certain nombre d'interdictions et

d'obligations de prise en charge. C'est par le biais de ces contrats responsables que sera rendu possible le 100 % santé en 2020 avec l'obligation pour les OCAM (Organismes complémentaires d'assurance maladie) de le prendre en charge.

4-6 Quand l'Autorité de la concurrence s'en mêle

En avril 2015, devant les dérives des plateformes assurantielles, la CNSD saisit l'Autorité de la concurrence contre les pratiques de Santéclair. Mais les témoignages présentés par nos confrères ont été jugés insuffisants pour prouver l'interférence de Santéclair avec la libre concurrence, ainsi que l'impact nuisible sur l'économie des cabinets dentaires. Notre plainte a été rejetée en 2016 sans même avoir été véritablement instruite. La cour d'appel a confirmé cette décision, et nous a condamnés à payer 7 000 € à Santéclair pour l'indemniser des frais de justice. Au même moment, Santéclair attaquait l'Ordre et la FSDL devant cette même autorité pour des actions supposées de boycott. Tout en instruisant les plaintes contre l'Ordre et la FSDL, l'Autorité de la concurrence a décidé d'élargir ses investigations à l'ensemble des « acteurs du marché dentaire ». Elle est venue dans nos locaux et, à notre grande surprise, a saisi tous nos documents de communication interne et externe sur les 5 années précédentes. Elle avait préalablement épluché toutes les publications dans notre revue et notre site internet. Résultat, nous avons été inclus dans ce dossier alors qu'aucune plainte n'avait été présentée contre nous. L'Autorité de la concurrence a rendu, le 12 novembre 2020, une décision « relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la chirurgie dentaire ». Elle a condamné le Conseil national et cinq conseils départementaux de l'Ordre, la Fédération des syndicats dentaires libéraux et Les Chirurgiens-Dentistes de France. Contrairement aux autres organisations, aucune accusation de boycott n'a été retenue contre la CNSD, mais l'Autorité de la concurrence a jugé que nous avions « entravé l'activité de ces réseaux par [nos] pratiques ». D'abord par notre « Manifeste du chirurgien-dentiste » de 2014, où chaque praticien était invité à exprimer librement son soutien sur plusieurs problématiques qui touchent directement sa profession, dans une période où les chirurgiens-dentistes étaient particulièrement attaqués, surtout sur la prothèse dentaire et les marges importantes supposées. Ensuite, on nous reprochait d'avoir diffusé en 2015-2016, dans nos cabinets, auprès de nos patients, un flyer comportant une indication en caractère gras, rappelant au patient qu'il est libre de choisir son praticien : « Gardez cette liberté, choisissez votre praticien et la qualité de votre prestation ». Nous avions bien pris garde de n'afficher aucune indication susceptible d'orienter son choix. On nous a reproché également d'avoir mis sur pied un « Observatoire des réseaux de soins » qui a recueilli les témoignages de chirurgiens-dentistes permettant de démontrer les pratiques de détournement ainsi que la collusion entre les réseaux, plateformes et les centres low cost. L'IGAS est pourtant arrivée aux mêmes conclusions dans le rapport Dentexia. Enfin, pour étayer ses accusations, l'Autorité de la concurrence a mis en exergue deux ou trois phrases sorties de leur contexte, qu'elle a dénichées dans les centaines de lettres que j'avais envoyées sur la période analysée aux présidents départementaux.

La sanction pour la CNSD est très importante au regard des faits reprochés car elle est proportionnelle aux ressources : amende de 680 000 € alors que la FSDL ne doit payer que 216 000 € malgré des griefs bien plus lourds. Pour la CNSD, devenue entretemps Les CDF, cette condamnation reste une atteinte à la liberté d'action syndicale. C'est l'argument qui a été défendu devant la cour d'appel, mais cette dernière ne le retiendra pas et, une fois de plus, confirmera la décision. Désormais, le combat est mené devant la Cour de cassation et nous irons devant la Cour de justice de l'Union européenne si cela s'avère nécessaire. C'est notre liberté d'agir qui est remise en question !

Chapitre 5

Le devis de prothèse

5-1 Loi de financement de la Sécurité sociale 1999 : une loi jamais précisée

5-2 PLFSS 2009 : nouvelle tentative

5-3 Loi HPST 2009 : un nouveau coup de poignard des sénateurs centristes

5-4 2009-2011 : un combat tous azimuts

5-5 2012 : nouveau devis conventionnel

5-6 Le rapport Ferrand

5 – Le **devis** de **prothèse**

Dès la première convention dentaire, il existait une obligation conventionnelle pour les chirurgiens-dentistes de fournir un devis préalable à la réalisation d'actes à honoraires libres. Mais c'est à la fin de 1998 qu'un bras de fer législatif s'est engagé entre la CNSD et les politiques autour du coût de la prothèse et de l'information à fournir aux patients. Combat jamais terminé…

5-1 Loi de financement de la sécurité sociale 1999 : une loi jamais précisée

Sous la pression de Claude Évin, député et ancien ministre, les parlementaires adoptent l'article 28 ainsi rédigé :
« Art. L. 162-1-9. - Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou médecin fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.
« Un arrêté des ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Économie fixe le contenu des informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients.
« Les infractions aux dispositions du premier alinéa sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux arrêtés pris en application de l'article L. 162-38.
« L'assuré communique à sa caisse, à l'occasion du remboursement, copie de la facture. »
Le débat parlementaire établissait donc une volonté ferme de dissocier les honoraires en faisant apparaître le prix de revient des prothèses dentaires. Par une action auprès des politiques, la CNSD obtiendra que l'arrêté d'application de ce texte précisant les informations à donner ne soit jamais promulgué. Et pendant 10 ans, les tentatives multiples de dissociation de l'honoraire ont pu à chaque fois être bloquées.

5-2 PLFSS 2009 : nouvelle tentative

Fin novembre 2008, les sénateurs adoptent un article additionnel au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009, qui oblige les chirurgiens-dentistes à fournir un devis détaillé concernant les prothèses dentaires. Celui-ci devra indiquer "le prix de revente du dispositif médical". Cette mesure concerne les dispositifs médicaux revendus par le médecin ou le chirurgien et non des petits matériels utilisés au cours de l'acte qui n'ont pas à être facturés. Il sera adopté dans le PLFSS 2009. Mais une action de la CNSD permettra d'obtenir l'abrogation de cet article via le Conseil constitutionnel qui considère qu'il s'agit d'un « cavalier législatif » n'ayant pas à figurer dans une loi de financement.

5-3 Loi HPST 2009 : un nouveau coup de poignard des sénateurs centristes

Précédé par une longue campagne de dénigrement de la qualité des prothèses, un amendement sur le devis a été déposé par un groupe de sénateurs et adopté par la commission des Affaires sociales du Sénat, contre l'avis même de la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, qui expliquait : « Le chirurgien-dentiste ou le stomatologiste est entièrement responsable du produit qu'il délivre. C'est lui qui est, en fait, l'auteur de l'acte prothétique, qu'il peut déléguer au professionnel de son choix. On imagine d'ailleurs les conséquences d'une telle mesure pour le Code de commerce : toute délivrance d'un produit entraînerait, en plus de sa facturation, celle de tous les produits intermédiaires, ce qui serait parfaitement impossible. Je suis donc défavorable à cet amendement, dont – M. le rapporteur le rappelait – nous avons d'ailleurs longuement discuté lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. »
A la fin, l'amendement est malgré tout adopté par la commission et deviendra l'article 18 quater rédigé ainsi : « A la fin du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit mentionner le coût d'achat de la prothèse auprès du prothésiste ainsi que l'origine de fabrication de la prothèse. » La CNSD et ses syndicats départementaux auront beau se mobiliser et faire porter des amendements de suppression, plus jamais les parlementaires ne voudront revenir sur cette obligation de dissociation des honoraires qui deviendra l'article 57 de la loi HPST.

5-4 2009-2011 : un combat tous azimuts

La CNSD donnera pour consigne de ne pas appliquer cette nouvelle obligation légale et mènera la bataille sur deux fronts. Tout d'abord, auprès de la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) pour obtenir que les praticiens ne soient pas sanctionnés pour non-application de la loi suite aux nombreux contrôles menés dans certains départements. Nombreux seront alors les échanges de courrier avec Madame Bachelot (ministre de la Santé) et Madame Lagarde (ministre de l'Économie). Puis la CNSD saisira le Gouvernement et des parlementaires pour obtenir une abrogation de la loi. L'abrogation se révèlera impossible car aucun politique ne veut la porter. C'est donc vers une modification du texte que la CNSD portera ses efforts.

Après de nombreux épisodes et rebondissements dans un contexte médiatique lourd, la CNSD obtient une nouvelle disposition via la PPL Fourcade qui vise à corriger la loi HPST. Après 9 mois de débat, elle supprime toute référence au prix d'achat ou à la remise de la facture du prothésiste : c'est dorénavant le "prix de vente" qui apparaît afin de mettre en évidence la prestation médicale du praticien. De plus, la finalisation du modèle de devis est renvoyée à la négociation conventionnelle. Enfin, les centres de santé qui n'étaient pas visés par l'article 57 de la loi HPST deviennent également concernés. L'article 13 de la loi Fourcade indique donc : « Les deuxième et troisième phrases du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique sont remplacées par six phrases ainsi rédigées : *« Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, en application des dispositions du deuxième alinéa du présent article, le montant du dépassement facturé. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. À défaut d'accord avant le 1er janvier 2012, un devis type est défini par décret. »* Après ce combat, Catherine Mojaïsky et Roland L'Herron seront identifiés par le magazine Capital de janvier 2013 parmi les « 200 qui bloquent la France ».

5-5 - Nouveau devis conventionnel en 2012

La CNSD a alors pris ses responsabilités. Puisque la loi avait confié la responsabilité de la conception du devis aux partenaires conventionnels, il fallait s'en emparer et ne pas laisser d'autres revenir à la dissociation de l'acte prothétique et à une stigmatisation de nos revenus sur ces actes. Le tout dans un contexte d'élection présidentielle qui allait amener au pouvoir François Hollande et Marisol Touraine. D'emblée, la CNSD a demandé que le « prix de vente » soit remplacé par le « coût de l'élaboration de l'appareillage », plus conforme à la réalité. Mais dans un contexte post élections URPS tendu, elle s'est heurtée à une position de blocage de l'UJCD qui exigeait l'application stricte du texte et le maintien du « prix de vente » en menaçant de recours devant le Conseil d'État. Cette position fera renoncer l'UNCAM, pourtant disposée à suivre la demande CNSD. En revanche, elle acceptera de nous entendre sur la mise en évidence de toutes les charges du cabinet et pas seulement celles liées à la fabrication du dispositif médical. Ainsi, le devis conventionnel qui apparaît dans l'avenant 2 de la convention 2006 présente les évolutions suivantes. Outre une information sur le lieu de fabrication de la prothèse, il prévoit une ventilation des honoraires de prothèse à entente directe en trois parties :

- le prix de vente de la prothèse (et non le prix d'achat) qui englobe le coût du laboratoire et les charges liées à la conception du dispositif médical sur mesure ;
- la prestation médicale de soins associés à l'acte prothétique réalisée par le chirurgien-dentiste ;
- les charges de structures liées au plateau technique.

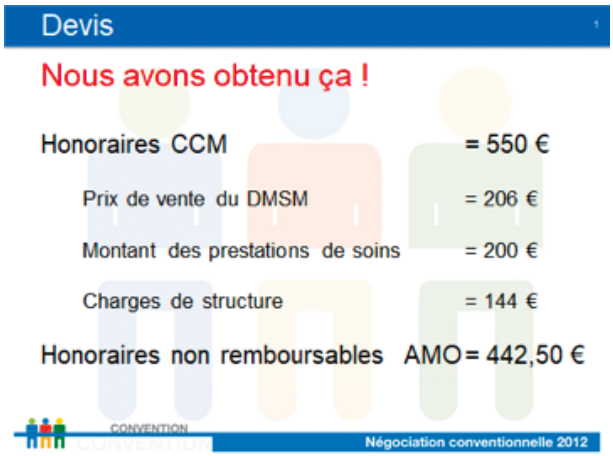
La CNSD choisit également de travailler à la définition du mode de calcul afin que les éditeurs de logiciels puissent automatiser la création du devis. Il suffit d'entrer une fois par an les données de la déclaration fiscale précédente et de paramétrer les tarifs des prothésistes.

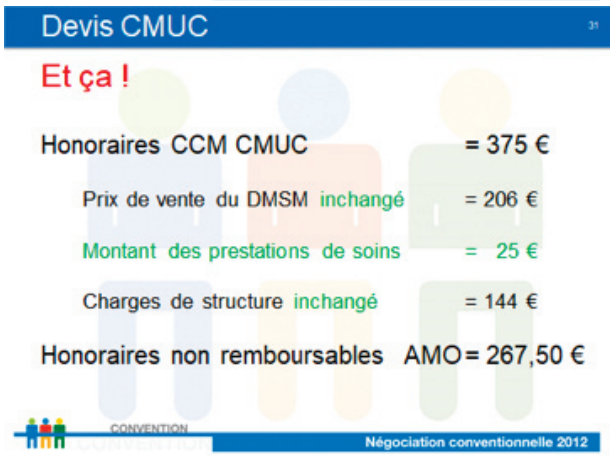
5-6 Le rapport Ferrand

En 2014, nouvelles inquiétudes pour la CNSD. Le rapport de l'Inspection générale des finances et son annexe 12, consacrée aux chirurgiens-dentistes, ainsi que le rapport « détonant » du député Richard Ferrand, ravivent les tensions. Ces textes, qui ont vocation à enrichir le débat parlementaire sur le projet de loi concernant l'activité et la croissance, formule 28 recommandations visant à moderniser les professions réglementées. L'une vise directement notre profession en reconsidérant l'interprétation du devis, jugée floue, et son utilisation qualifiée de « sous-employée » par les chirurgiens-dentistes.

Dans la semaine qui a suivi cette parution, le ministre de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, Emmanuel Macron, a lui-même dévoilé, dans une interview sur M6, que la future loi de santé, dont l'examen est prévu début 2015, pourrait obliger les chirurgiens-dentistes à préciser, dans le devis légal, le prix d'achat des prothèses dentaires. La CNSD s'est insurgée contre cette annonce outrageante pour la profession, en répondant, les 10 et 11 novembre 2014, aux sollicitations de la presse télévisuelle et radiophonique. L'objectif était de rappeler l'obligation actuelle de fournir un devis inscrit dans la loi et sa mise en œuvre dans l'avenant n° 2 à la convention dentaire, validée par les ministères de la Santé et de Bercy. Des rendez-vous avec les conseillers du président de la République, et du Premier ministre, ainsi que des courriers aux ministres Emmanuel Macron et Marisol Touraine ont rappelé les risques et les limites d'une telle disposition… Heureusement, elle ne figurera finalement pas dans la loi. Enfin, en 2018, la création des trois paniers de prothèse (100 % santé, panier maîtrisé et panier libre) a introduit de nouvelles obligations d'information. C'est l'avenant 3 à la convention 2018, paru en 2020, qui a défini le nouveau modèle sur deux pages. Il comporte le classement par panier, introduit la notion d'alternative thérapeutique et la colonne informant que le praticien ne réalise pas la prothèse. Toutes ces nouvelles colonnes ont permis à la CNSD d'argumenter pour la disparition des colonnes « prix de vente », « prestation de soins » et charges de structure ». Le prix de vente est intégré dans la colonne honoraires intitulée « Honoraires dont prix de vente du dispositif médical ».







Chapitre 6

CMU-C de 2000 à 2023

6-1 Financement de la CMU-C

6-2 Actions CNSD 2005

6-3 Les revalorisations de 2017 à 2028

6-4 Évolutions règlementaires

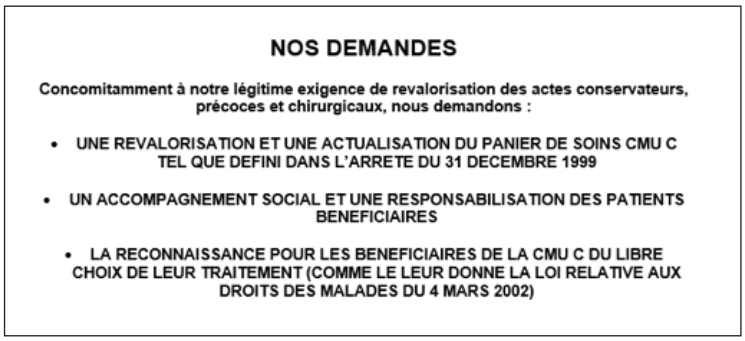
6 - CMU-C de **2000** à **2023**

En 1993, la direction de la Sécurité sociale avait lancé une réflexion sur la mise en place d'une Assurance maladie universelle ayant pour objectif de généraliser l'Assurance maladie et de rendre effectif l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Le premier objectif, la création d'une AMU de base, reposait sur deux ambitions. D'une part, il s'agissait de simplifier le système et de rattacher à un régime obligatoire les personnes peu nombreuses non encore couvertes et, d'autre part, harmoniser les prestations ainsi que les efforts contributifs des différents régimes. En 1997, le projet de l'AMU a été stoppé par la dissolution de l'Assemblée nationale. Après les élections législatives de 1997, nous avons vu Martine Aubry nommée ministre de l'Emploi et de la Solidarité en charge des Affaires sociales et de la Santé et Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale. Le projet de l'AMU reste au programme du Gouvernement, mais il ne s'agit plus seulement de généraliser et d'unifier l'Assurance maladie, mais également de fournir une protection complémentaire aux personnes les plus démunies. En effet, il existait une aide médicale gratuite, gérée par les Départements, qui obéissait à des critères d'attribution variable et à des niveaux de prestation différents. La loi du 27 juillet 1999 créant la CMU comporte trois volets : une assurance de base pour tout résidant, une couverture complémentaire pour les plus démunis permettant de se faire soigner « gratuitement » avec dispense d'avance des frais, une aide médicale d'État pour les personnes ne remplissant pas le critère de régularité de séjour. La loi interdit alors aux professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement (1 ou 2), d'appliquer aux assurés CMU-C des dépassements d'honoraires. Par ailleurs, la CMU-C prend en charge les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les équipements optiques, les audioprothèses et certains dispositifs médicaux sur la base de forfaits fixés par arrêté, au-delà des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie. Après de pseudo-négociations au 2e semestre 1999, le décret du 31 décembre 1999 a fixé les tarifs des forfaits de prothèse dentaire et d'orthodontie CMU-C. Il suscite alors un vent de révolte chez les chirurgiens-dentistes, tant les valeurs sont basses et souvent inférieures à la réalité des coûts. Il se dit que le ministère s'est appuyé sur la grille tarifaire la plus basse des Aides médicales départementales (AMG), sans tenir compte des propositions de la CNSD. Nous sommes la seule profession qui s'est vu appliquer des tarifs très inférieurs à sa pratique habituelle avec, de plus, un plafond de 2 600 francs pour 2 ans. La CNSD a contesté les deux circulaires (Bras et Briet) mettant en œuvre ce décret. Celle du 27 avril 2000 précisait les modalités de prise en charge des dispositifs d'optique, des prothèses dentaires et des actes d'ODF pour les bénéficiaires de la CMU-C. Il y est dit que pour l'optique, il doit être proposé des lunettes au tarif CMU-C mais que si le patient préfère des lunettes de meilleure qualité, il paiera la différence entre le prix CMU-C et le prix réel. En ce qui concerne les actes dentaires, les dérogations prévues sont le dépassement du plafond de 2 600 F sur 2 ans et les CIV et CCM au-delà des premières prémolaires. Dans ce cas, la prise en charge est limitée aux 100 % de la NGAP mais le praticien doit appliquer les tarifs CMU-C (le patient payant la différence). La seconde circulaire, du 12 février 2001, traite des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU et aux dépassements tarifaires. On y trouve cette phrase désormais célèbre : *« Or, cette argumentation (impossibilité de revendre à perte) n'est pas recevable car la revente à perte ne peut constituer un motif légitime de refus de vente »*. Le refus de soins aux CMU, assimilable à un refus de prestations de service, est donc sanctionnable par la DGCCRF et passible de sanctions ordinales. En ce qui concerne les dépassements tarifaires, ce sont les sanctions prévues dans la convention qui doivent s'appliquer.

6-1 Financement de la CMU-C

La gestion de la CMU-C est faite soit par les CPAM (85 % des cas), soit par des organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) qui reçoivent du Fonds de financement de la CMU-C un forfait annuel de 370 € par assuré. A l'origine, les recettes de ce fonds, créé par la loi du 27 juillet 1999, étaient constituées d'une dotation budgétaire de l'État et du produit d'une contribution au taux de 1,75 %, versée par les organismes complémentaires, assise sur leur chiffre d'affaires santé. Depuis le 1er janvier 2011, les recettes sont exclusivement constituées du versement par les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) d'une taxe de solidarité assise sur la cotisation correspondant aux garanties de protection complémentaire souscrites en France.

6-2 Actions CNSD 2005



NOS DEMANDES

Concomitamment à notre légitime exigence de revalorisation des actes conservateurs, précoces et chirurgicaux, nous demandons :

- **UNE REVALORISATION ET UNE ACTUALISATION DU PANIER DE SOINS CMU C TEL QUE DEFINI DANS L'ARRETE DU 31 DECEMBRE 1999**
- **UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET UNE RESPONSABILISATION DES PATIENTS BENEFICIAIRES**
- **LA RECONNAISSANCE POUR LES BENEFICIAIRES DE LA CMU C DU LIBRE CHOIX DE LEUR TRAITEMENT (COMME LE LEUR DONNE LA LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES DU 4 MARS 2002)**

En janvier 2005, devant l'exaspération de la profession et l'immobilisme des pouvoirs publics qui refusent de réévaluer les actes de CMU-C, des actions sont lancées conformément à une décision lors de l'Assemblée générale de la CNSD de 2004. Dans un premier temps, la Confédération donne pour mot d'ordre le report de la réalisation des actes prothétiques et orthodontiques. La 2e phase prévoit la « limitation de notre participation aux seuls soins d'urgence pour les patients CMU ». La troisième phase consistait à cesser toute participation au dispositif CMU. Elle doit être déclenchée par l'exécutif confédéral selon l'avancement de la négociation conventionnelle. Des dossiers explicatifs sont alors remis, tant localement aux préfets et parlementaires, qu'à tous les médias.

Mais, lancée le 24 janvier 2005, l'action sera suspendue dès le lendemain par le président Jean-Claude Michel, qui doit faire face à un déferlement médiatique et politique. *« …Vous avez vécu hier « en direct » les événements médiatiques et politiques qui ont déferlé à la suite de la parution de l'article du Parisien. Pour faire face à cette situation, j'ai pris la décision de suspendre notre action qui consistait à différer les traitements prothétiques et orthodontiques, afin de rassurer les patients bénéficiaires de la CMU-C et de « calmer le jeu ».* Cette décision fait suite aux entretiens téléphoniques à l'initiative de Xavier Bertrand et de Frédéric Van Roekeghem, pour désamorcer les suites prévisibles et permettre une prochaine rencontre dans un climat plus serein avec le Directeur de l'UNCAM, fixée le vendredi 4 février à 16 h 30 » : écrira-t-il dans une circulaire adressée à l'ensemble des cadres et adhérents. J'étais à l'époque secrétaire générale adjointe nationale et le 24 janvier 2005, j'assistais à l'assemblée générale du syndicat de Dordogne, à Périgueux. Je me souviens d'avoir dû répondre en urgence à FR3 pour expliquer et justifier notre action. Nous étions à la une de tous les journaux, télé et radio ! La suspension aussi rapide de l'action n'a pas toujours été bien comprise… Il n'y a eu aucun soutien des autres composantes professionnelles, comme en témoigne l'UJCD-UD, entre autres, qui n'a pas hésité à tacler cette action d'« irresponsable ». Cependant, lors de la réunion avec Frédéric Van Roekeghem, directeur de l'Assurance maladie, les axes stratégiques de la future négociation conventionnelle ont été définis et le dossier CMU-C débloqué : « Il est convenu que les actes des traitements prothétiques et orthodontiques pour les bénéficiaires de la CMU-C seront suffisamment revalorisés pour permettre le maintien de l'accès à ces soins aux personnes les plus fragilisées, et pérenniser l'activité des cabinets dentaires dans les zones en difficulté. » En 2006, paraîtra au Journal officiel du 2 juin, l'arrêté CMU-C avec des revalorisations des forfaits de 30 % en moyenne. Ces nouveaux tarifs, applicables dès le 1er juin, représenteront 35,7 M€. L'action « irresponsable » du 24 janvier avait finalement porté ses fruits.

6-3 Les revalorisations de 2017 à 2028

D'autres revalorisations des actes CMU-C suivront. Tout d'abord en avril 2017, via un premier arrêté ministériel qui fixe l'application des nouveaux tarifs plafonds des actes CMU-C au 1er octobre. Un second voudra étendre aux bénéficiaires de l'ACS les plafonds tarifaires applicables aux patients CMU-C. La CNSD-Les CDF, seul, engagera un recours au Conseil d'État contre cet arrêté et obtiendra en 2018 son annulation pour vice de forme, avec un délai d'application jusqu'au 1er janvier 2019… Aucun des arguments de fond n'a été examiné. Les modifications de la CCAM à venir (avec la mise en place du RAC0) et les engagements conventionnels de 2018 à corriger certains tarifs CMU-C ont amené l'ouverture de la négociation d'un avenant 2. Le nouveau panier CMU-C et les revalorisations associées s'appliqueront le 1er avril 2019. La convention de 2023 obtiendra l'alignement des actes communs au panier C2S et 100 % santé. La convergence sera étalée sur les 5 années de la convention, avec des revalorisations annuelles du 25 février 2024 jusqu'au 1er janvier 2028.

6-4 Évolutions règlementaires

La protection universelle maladie (PUMa) a été créée le 1er janvier 2016. Elle a remplacé la CMU de base qui permettait l'accès à l'Assurance maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couverte par un régime de Sécurité sociale. La PUMa est gratuite pour les assurés ayant un revenu annuel inférieur à un plafond déterminé, les autres devant s'acquitter d'une cotisation de 8 % de la part de leurs revenus fiscaux supérieure à ce plafond. Le 1er novembre 2019, la CMU-C est remplacée par la Complémentaire santé solidaire (C2S), qui englobe désormais l'ancienne Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Cette réforme offre une meilleure protection et simplifie les démarches pour que la C2S profite à plus de 10 millions de personnes contre 7,1 millions pour l'ACS et la CMU-C avant leur suppression. Auparavant, la prise en charge de la prothèse dentaire et de l'orthodontie, pour les bénéficiaires de l'ACS, variait selon le contrat complémentaire souscrit (A, B ou C), ils accèdent donc au même droit que les bénéficiaires de la CMU-C mais devront payer une contribution (C2S contributive).



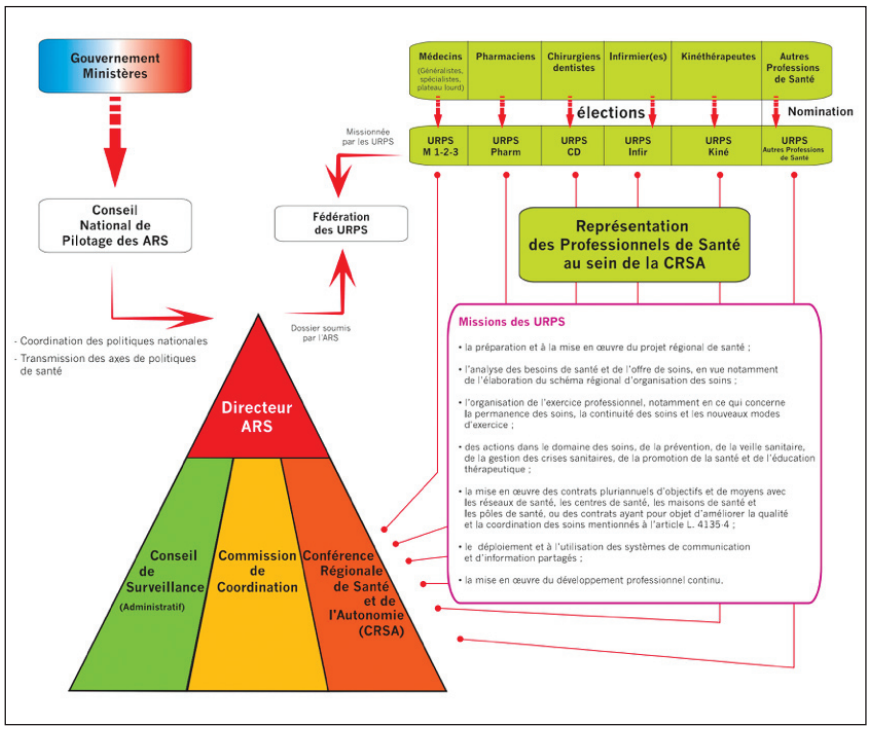
Le bureau national élu à la Martinique en 2009 : Rémi Marchand, Marie-Françoise Gondard-Argenti, Joël Trouillet, Roaland L'Herron - président, Michel Bergougnoux, Catheine Mojaïsky , Luc Lecerf, Lichel Sevalle, Jean-Pierre Bonneville, Thierry Soulié, Serge Deschaux, Freddy Safar

Chapitre 7

URPS (Unions régionales des professions de santé)

7 - URPS (Unions **régionales** des professions **de santé**)

En 2009, la loi HPST a créé les URPS (Unions régionales de professions de santé) pour 10 professions. Pour 5 d'entre elles à l'effectif supérieur à 20 000, la désignation des membres se faisait par le biais d'élections régionales, sur des listes déposées par les syndicats répondant à des critères d'ancienneté et de représentativité. La place des URPS dans l'organisation régionales et leurs missions étaient clairement définies par la loi et les décrets.



Syndicat majoritaire historique, la CNSD a été pour la première fois confrontée à des élections, fondamentales, car au-delà de la gouvernance dans les régions, elles étaient le critère majeur déterminant la représentativité politique et le poids dans la négociation conventionnelle. En nombre d'adhérents, notre syndicat est largement leader. Il a représenté avant les années 2000 plus de 50 % des chirurgiens-dentistes libéraux et malgré la perte d'adhérents dont ont souffert tous les syndicats professionnels, il continue à avoir 4 à 5 fois plus de membres que les autres syndicats de la profession. Mais être majoritaire en adhérents ne suffit pas pour être majoritaire en voix : la CNSD a souffert de deux handicaps majeurs. Tout d'abord, d'avoir une politique assumée et un bilan défendu en privilégiant la réflexion, la construction, le dialogue, la pédagogie et l'argumentation. Ensuite, d'être la cible de tous les « haters » des réseaux sociaux qui, multipliant les clichés misérabilistes, attisant les ressentis négatifs, ont attribué la responsabilité de la situation à la CNSD. Il est en effet beaucoup plus facile de voter « contre », quitte à privilégier des listes représentant des syndicats sans projet réaliste, sans bilan, vendant du rêve et laissant croire qu'il suffit de demander pour obtenir. Leur seul projet était de « virer la CNSD ». Résultat : après avoir gagné les élections 2010, elle a été battue en 2015 et 2020 sans même réussir à mobiliser ses propres adhérents ! Ces défaites furent incompréhensibles pour tous ceux qui, au quotidien, se battent pour défendre leurs adhérents et les intérêts de la profession. En revanche, ce fut une victoire pour les politiques dont l'ambition était de « diviser pour mieux régner ». Malgré cela, les élus CNSD dans les URPS se sont largement investis pour répondre à leurs missions. Mais le temps syndical n'est pas extensible, et il est parfois difficile de tout assumer. De plus, les moyens dévolus aux URPS, via la cotisation obligatoire prélevée par l'Urssaf, sont sans comparaison avec ceux des syndicats financés par les cotisations volontaires de leurs adhérents. Cela a amené tous les syndicats leaders à s'interroger sur une modification des critères de représentativité conventionnelle pour tenir compte du nombre d'adhérents, à l'instar de la représentativité patronale où les CDF sont largement majoritaires avec 60 à 70 % (sur la base du nombre de salariés chez les adhérents et après enquête).

Chapitre 8

Les dérives du low cost

8-1 Addentis... des années de procédure !

8-2 Les dérives révélées

8-3 La loi Khattabi

8 - Les **dérives** du **low cost**

C'est dans les années 1950 que la dénomination « centre de santé » s'est progressivement substituée à « dispensaire ». Ces centres se sont structurés via un syndicat de médecins, un comité de liaison, un congrès, une revue. Pour les pouvoirs publics, ils ont alors vocation à disparaître dès que l'offre privée peut rendre les services qu'ils apportent. Cependant, en 1956, un décret soumet les centres municipaux à des normes techniques et sanitaires et conditionne leur ouverture ou leur extension à l'autorisation du préfet. En 1986, la loi oblige les centres à obtenir un agrément et en 1990, un rapport de l'IGAS recense 2 224 centres de santé, dont 256 municipaux. Il fait également état de difficultés financières en raison de charges importantes et d'activité non rémunérée. À la suite de ce rapport, la loi consacre en 1991 le terme « centre de santé » et redéfinit les conditions d'agrément. Elle crée également la subvention Teulade abaissant les charges salariales. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2000 leur donne la possibilité de conventionnement avec l'Assurance maladie. Elle inscrit dans le Code de la santé publique leur définition, en précisant que ces structures ne peuvent être gérées que par des organismes à but non lucratif ou des collectivités publiques. Le premier accord national avec l'Assurance maladie est signé en 2003. Il précise les missions et obligations des centres de santé : réduction des inégalités de santé, accès de tous à la prévention et à des soins de qualité, tiers payant et respect des tarifs conventionnels ainsi que la coordination des soins. La loi HPST de 2009 a profondément rénové le cadre juridique des centres de santé. Les textes antérieurs furent abrogés et l'agrément supprimé. La simple réception par l'ARS du projet de santé déclenchait désormais l'enregistrement et le financement par l'Assurance maladie. C'est cette loi qui a engendré la multiplication des centres de santé, exclusivement dentaires (25 % de progression entre 2011 et 2016, et plus 60 % entre 2017 et 2021), alors que ceux ayant une activité autre diminue. En effet, l'activité dentaire n'est pas soumise à l'encadrement strict des honoraires sur les actes de prothèse, d'orthodontie, d'implantologie et permet de générer des bénéfices plus importants que toutes les autres activités. Il faut noter que 99 % des centres dentaires se situent en zone urbaine et 97 % pratiquent le tiers payant sur la part complémentaire. Depuis la suppression de l'autorisation administrative préalable à l'ouverture en 2009, les CDF n'ont pas cessé d'alerter le Gouvernement sur les risques sanitaires et les pratiques anticoncurrentielles. Il faudra des scandales et des patients abîmés pour que nos alertes commencent à être entendues.

8-1 Addentis... des années de procédure !

Dès octobre 2011, une procédure est engagée à l'encontre d'Addentis, implantée en Seine-Saint-Denis avec la saisine concomitante, par les CDF (CNSD) et le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD), du tribunal d'instance de Paris à la suite de publication d'articles de journaux faisant la promotion de ces centres. Si les premiers juges avaient suivi notre raisonnement condamnant Addentis pour concurrence déloyale sur le fondement du Code de déontologie, la cour d'appel de Paris avait en revanche infirmé le jugement en février 2016, estimant que les centres de santé n'étaient pas soumis au Code de déontologie. Sur notre pourvoi, la Cour de cassation a censuré, en avril 2017, le raisonnement des juges d'appel. Un centre de santé « ne peut, sans exercer de concurrence déloyale, recourir à des procédés publicitaires concernant ses prestations », dès lors que les chirurgiens-dentistes sont soumis à l'interdiction déontologique de tous procédés directs ou indirects de publicité. Pour la Haute juridiction, toute « promotion de l'activité » des centres dépassant « le cadre de la simple information objective sur les prestations offertes » constitue une concurrence déloyale ! Entretemps, l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018, dans l'article L. 6323-1-9 du Code de la santé publique, affirme : « Toute forme de publicité en faveur des centres de santé est interdite » ! L'affaire était alors renvoyée à la cour d'appel de Paris. Sa décision du 1er juillet 2021 semble conclure dix années de procédure. Dans cet arrêt, la cour d'appel souligne la règle : « Une concurrence déloyale consiste en un abus de pratique commerciale d'une entreprise par rapport à une autre. » Les centres de santé sont condamnables (et condamnés) lorsque leur communication externe est de nature commerciale, qu'elle n'est pas conforme à la définition même d'un centre de santé ou crée une situation de concurrence déloyale entre les chirurgiens-dentistes salariés et les praticiens exerçant à titre libéral. Addentis contestera cette décision en engageant un nouveau pourvoi assorti d'une QPC devant la Cour de cas-

sation. L'ensemble sera rejeté le 3 juin 2022 (QPC) et le 8 mars 2023. Cette procédure aura commencé sous la présidence de Roland L'Herron, se poursuivra tout au long de la mienne, puis de celle de Thierry Soulié pour être définitivement conclue sous la présidence de Pierre-Olivier Donnat. Le résultat de cette action tenace de la CNSD/CDF impose aujourd'hui à tous les centres de santé les mêmes règles déontologiques, interdisant à tous les chirurgiens-dentistes le recours à la publicité mercantile.

8-2 Les dérives révélées

Le rapport IGAS de 2013 soulignait déjà les dérives constatées dans certains centres avec des volumes de soins importants, faisant craindre des surtraitements. À l'époque, les alertes des CDF sur les risques encourus ne seront pas entendues. Il faudra le scandale Dentexia en 2016 pour créer un électrochoc médiatique obligeant le Gouvernement à missionner de nouveau l'IGAS pour analyser la cause de ce dysfonctionnement. Des irrégularités comptables et juridiques seront alors mises en évidence et l'IGAS s'interrogera sur la véracité du caractère « non lucratif » de l'association Dentexia… Dans son second rapport, en 2016, elle étendra son analyse à tous les centres de santé dentaires. L'extrait suivant en résume l'esprit : *« Le modèle économique des centres de santé dentaires associatifs créés depuis le début des années 2010 se distingue par l'orientation progressive de leur activité vers l'implantologie, fortement rémunératrice. Certaines de ces associations sont en lien avec des sociétés privées qui sont gérées par les mêmes dirigeants. Il existe des risques sanitaires associés à ce fonctionnement : surtraitement ou prescription sur des soins mieux rémunérés, pratiques qui n'offrent pas toujours les conditions d'un consentement éclairé du patient, risques sanitaires liés aux soins « à la chaîne » sur l'implantologie ou encore soins assurés par des chirurgiens-dentistes sous pression des gestionnaires. L'affaire dite « Dentexia » qui a fait l'objet du premier rapport, en est une illustration dramatique »*. S'illustreront ensuite dans les médias Dental Access ou Proxidentaire ce qui finira par mobiliser les parlementaires. Un amendement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 a mis un terme au conventionnement automatique des centres de santé. S'il ne respecte pas les engagements conventionnels convenus avec l'Assurance maladie, un centre pourra ainsi être déconventionné et se verra appliquer les tarifs d'autorité – ce qui conduira de facto à stopper ses activités. L'Assurance maladie obtiendra les moyens d'assurer des contrôles et d'appliquer des sanctions. Depuis l'adoption de cette disposition, plusieurs dizaines de centres de santé ont été contrôlés et déconventionnés. Ce même amendement a donné aux directeurs généraux des agences régionales de santé une capacité de sanction financière en cas de manquements répétés d'un centre de santé à son engagement de conformité, sous forme d'amendes administratives et d'astreintes journalières aussi longtemps que dure le manquement.

8-3 La loi Khattabi

Après une première proposition de loi de Thibaut Bazin, c'est la loi déposée en 2022 par Fadila Khattabi, députée de Côte-d'Or qui, à la suite des scandales Proxidentaire, permettra de revenir sur le laxisme administratif introduit par la loi HPST. Cette loi sera promulguée le 23 mai 2023. Elle prévoit la soumission des centres dentaires à l'agrément du directeur général de l'ARS valant autorisation pour dispenser des soins. Le centre doit soumettre un dossier comprenant le projet de santé, les déclarations des liens d'intérêt des membres de l'instance dirigeante et les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces. L'ARS peut organiser une visite de conformité sans informer au préalable le centre et l'agrément pourra être retiré si des manquements ou non-conformités sont constatés. Pour les centres de santé déjà ouverts, la loi leur donne 6 mois pour faire une demande d'agrément sans laquelle ils ne seront plus autorisés à dispenser des soins dentaires. A l'issue d'un délai de 30 mois, aucun centre dentaire ne pourra dispenser de soins sans agrément. Autre élément de la loi, le dirigeant d'un centre ne peut exercer de fonction dirigeante au sein de la structure s'il a un intérêt avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à la structure gestionnaire. Il est ensuite prévu qu'un comité dentaire doit être formé lorsqu'un centre de santé dentaire emploie plus d'un professionnel médical. Ce comité est responsable de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La loi prévoit également que les professionnels exerçant au sein d'un centre de santé dentaire sont identifiés par un numéro

personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent et ce numéro est transmis aux caisses d'assurance maladie pour le remboursement ou la prise en charge des soins. Les décisions de suspension ou de fermeture des centres doivent être communiquées à la caisse nationale de l'assurance maladie et aux conseils des Ordres. L'ARS informe les patients en cas de fermeture définitive du centre. Les comptes gestionnaires doivent être certifiés par un commissaire aux comptes lorsqu'ils remplissent des critères fixés par décret et lorsqu'un centre de santé fait l'objet d'une procédure de placement hors de la convention par l'Assurance maladie, le gestionnaire doit informer les patients sans délai des tarifs pratiqués et de leur remboursement par les organismes d'Assurance maladie. Il doit afficher ces informations de manière visible, dans les locaux du centre et ses antennes, sur son site internet et sur les plateformes de communication numériques. Enfin, le directeur général de l'ARS informe les instances ordinales compétentes de tout manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins.



Le bureau élu à Annecy en 2012 : Marc Sabek, Didier Samin, Jean-Marie Soulard, Eric Alexandre, Serge Deschaux, Roland L'Herron, Philippe Bichet, Christian Soletta, Thierry Soulié, Daniel Hugues, Catherine Mojaïsky - présidente, Michel Bergougnoux, Pierr-Olivier Donnat, Marie-Françoise Gondard Argenti, Michel Sevalle, Jean-François Largy, Gérard Morel, Luc Lecerf, Lisiane Hervet, Jean-Marie Massy, Jean Nguyen Van, Guy Pradelle

Chapitre 9

Formation initiale et Europe

9-1 La loi Fioraso

9-2 La manif du 15 mars 2013

9 - Formation **initiale** et **Europe**

L'ouverture de l'université portugaise Fernando-Pessoa à Toulon, dans le Var, en 2012, a suscité de violentes réactions en France de la part des professionnels de santé qui ont demandé la fermeture immédiate de cette antenne. La CNSD a été moteur dans cette action de défense de la profession atteinte dans les fondements mêmes de sa formation initiale. Rappelons que cette structure proposait des formations en odontologie qui conduisaient à délivrer un diplôme portugais reconnu dans l'espace européen, donc en France, en contournant le numerus clausus. En premier lieu, la CNSD a alerté le ministère de la Santé, ce qui a entraîné la réaction du ministère de l'Enseignement supérieur qui a introduit une action en justice. Il s'en est suivi de multiples interventions de la CNSD, en liaison avec le Conseil national de l'Ordre, auprès des médias (télé, radio, presse), et une sensibilisation du CNPS et de l'UNPS pour les amener à prendre position dans cette affaire. C'est encore la CNSD qui a interpellé les membres et présidents des commissions des Affaires sociales, des Affaires culturelles et de l'Éducation à l'Assemblée nationale, et celles des Affaires sociales, de la Culture, de l'Éducation et de la Communication au Sénat, ainsi que les responsables politiques auprès des ministères de la Santé et de l'Enseignement. Mais ce dossier s'est avéré être un vrai poison, dans la mesure où la difficulté majeure a été d'obtenir des informations fiables. Les intérêts des uns et des autres tant au sein qu'à l'extérieur de notre profession ont pu paraître contradictoires, nuire à la clarté des exposés et compliquer la stratégie de défense. C'est ainsi qu'au-delà de l'escroquerie Pessoa, il a fallu trouver des arguments défendant la qualité de l'enseignement français, critère qui n'est en rien incompatible avec une formation assurée par un établissement privé. Il a fallu également expliquer les principes du numerus clausus en termes de sélection, à une époque où les déserts médicaux sont une réalité. Par ailleurs, nous avons dû répondre à une certaine démagogie qui appelait à ouvrir aux recalés du PACES, la possibilité d'accéder à des diplômes médicaux. Sans parler de tous les amalgames plus ou moins populistes sur la dérégulation visant à mettre en cause le monopole des professions réglementées, dont la nôtre.

9-1 La loi Fioraso

C'est dans ce contexte que la profession, avec la CNSD en figure de proue, s'est débattue tout au long de l'année pour défendre ce dossier, avec le risque de voir la situation s'enliser tant il est difficile pour le Gouvernement de faire appliquer la loi. La loi Fioraso, comme l'avait demandé la CNSD, a prévu de durcir la législation afin d'empêcher l'implantation d'établissements privés profitant des lacunes de la réglementation. Ce qui était le cas de l'antenne Pessoa. Désormais, les formations de santé devront être soumises à l'agrément conjoint des ministres de tutelle (Santé et Enseignement supérieur) et attester de leur conventionnement avec un établissement de santé approuvé. L'action de fond de la CNSD a certes abouti… Mais le maire de Béziers, Raymond Couderc, sénateur de l'Hérault, n'a pas désarmé en autorisant l'ouverture d'une nouvelle antenne Pessoa rebaptisée CLESI dans sa circonscription, qui cessa finalement de former des chirurgiens-dentistes en 2016. C'était un passage en force démontrant le malaise du Gouvernement dans cette affaire où les « étudiants » pouvaient être amenés à faire deux ans en France et finir leur cursus au Portugal afin de valider un diplôme reconnu en Europe. A noter également que Michel Barnier, commissaire européen à l'époque, était resté très évasif sur ce sujet.

9-2 La manif du 15 mars 2013

Pour obtenir la fermeture de l'antenne Pessoa à Toulon, une grande manifestation a été organisée le 15 mars 2013. Comme souvent dans le passé, c'est la CNSD qui a été à la manœuvre, avec la participation active de Michel Bergougnoux pour la logistique, de Luc Lecerf pour l'animation, ainsi que de notre service communication Julie Alseda, notre chargée de communication et de Christophe Chardron, pour la couverture de cet événement. Cette « manif » est venue renforcer les actions menées depuis des mois par toute la profession. Elle fut une réussite car plus de 1 500 manifestants venus de tous horizons défilèrent dans les rues de Toulon. A sa dispersion, accompagnée d'autres représentants syndicaux, j'ai été reçue par la Préfecture pour clarifier la situation et les pratiques de cette antenne portugaise. Un point presse « intra-professionnel » (CNSD, Ordre, ADF, UNECD, FSDL, UJCD-UD, CNPS, SFCD, UFSBD), avait également été organisé. J'ai alors expliqué aux médias locaux et nationaux présents les motifs de cette mobilisation et l'urgence à agir contre le développement de telles structures pour préserver la qualité de notre enseignement et notre système de santé.

Chapitre 10

2014 : réforme des professions règlementées

10-1 La riposte du 30 septembre 2014

10-2 La Stratégie nationale de santé

10-3 Promouvoir la santé de chacun et de tous

10-4 Recours constitutionnel

10 - **2014 :** réforme des **professions** règlementées

Le redressement économique de la France voulue par le ministre de l'Économie, Arnaud Montebourg, visait à « restituer 6 milliards d'euros » de pouvoir d'achat aux Français. Il passait par une loi ayant vocation à supprimer les « rentes de situation ». « Ce sera la bataille des modernes contre les anciens, la bataille de l'audace contre le conformisme, la bataille contre les révolutionnaires du statu quo », avait-il clamé à l'époque. Tout était parti d'un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) qui préconisait un big bang des métiers de la santé. Pour le dentaire, la transparence sur les prothèses dentaires était une nouvelle fois visée : « Dans la mesure où les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé et non des commerçants, il y aurait une logique à ne pas leur faire jouer le rôle d'intermédiaire qu'ils jouent actuellement dans la vente aux patients des prothèses dentaires. » Un rapport récent de la Cour des comptes avait de surcroît épinglé l'explosion des prix de ces prothèses. Deux causes principales expliquaient cette envolée : la recherche d'une compensation face à la stagnation des tarifs de soin devenus déficitaires et le manque de transparence de « la structure des coûts des soins prothétiques ». Deux options de réformes sont alors imaginées par l'Administration : réglementer le tarif de l'acte de conseil pour une prothèse comme celui de sa pose ; achat de la prothèse directement auprès du prothésiste par le patient ou communication au patient du prix d'achat de la prothèse. La CNSD a aussitôt réagi par voie de presse pour dénoncer ces projets qui s'attaquaient aux professions réglementées, mises à contribution, au prétexte qu'elles seraient, avec d'autres, responsables des difficultés économiques du pays. La CNSD a alors multiplié les contacts politiques pour contrer les propositions de l'Inspection générale des finances, parmi lesquelles figuraient la suppression du numerus clausus, l'entrée de capitaux extérieurs dans les sociétés d'exercice libéral, et la dissociation de l'acte prothétique.

10-1 La riposte du 30 septembre 2014

Outre un argumentaire circonstancié adressé au ministre de l'Économie, la CNSD s'est engagée aux côtés de l'UNAPL, pour organiser la riposte des professions libérales contre ce projet de loi de déréglementation qui devait être présenté au conseil des ministres mi-octobre. Elle participera à la « journée sans professionnels libéraux » du 30 septembre 2014 organisée par l'UNAPL, appelant les chirurgiens-dentistes à se mobiliser pour cette journée d'action en fermant leurs cabinets dentaires. Cette mobilisation sera très suivie. Au-delà de cette campagne de protestation intersyndicale d'envergure, à laquelle un grand nombre d'organisations représentant les professionnels de santé libéraux ont manifesté leur soutien, la CNSD lancera une série d'actions catégorielles progressives :

· affiches destinées aux cabinets dentaires et aux patients leur expliquant notre action ;
· manifestations départementales et régionales interprofessionnelles ;
· communiqués et conférences de presse nationales et locales ;
· interpellation des parlementaires ;
· envoi par chaque confrère d'une brosse à dents cassée aux ministres de l'Économie et de la Santé, leur demandant de « ne pas casser la chirurgie dentaire ».

Une nouvelle manifestation parisienne était prévue le 22 janvier 2015 à l'appel de l'UNAPL. Mais les attentats de Charlie Hebdo ont amené à la suppression de cette action. Le mercredi 18 février 2015, a été annoncée la création d'un mouvement intersyndical Mouvement Pour la Santé de Tous réunissant 46 syndicats professionnels de santé et organisations étudiantes : la CNSD en était l'un des initiateurs. Une manifestation très suivie aura lieu le dimanche 15 mars 2015, demandant « Une autre loi de santé ».

10-2 La Stratégie nationale de santé

Depuis septembre 2013, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, travaillait à l'élaboration d'une nouvelle Stratégie nationale de santé devant figurer dans la loi dite « Touraine ». Pour la CNSD, divers points étaient à surveiller, comme la généralisation du tiers payant en 2017 sur l'AMO et l'AMC avec pour premières cibles, les ACS. Le transfert des compétences et des nou-

veaux métiers ou encore l'élargissement de l'accès aux données de santé et l'extension des nouveaux modes de rémunération (forfaits, capitation) étaient également sujets à préoccupation pour la CNSD. Après un important travail de concertation interne, la confédération a présenté, en avril 2014, ses propres propositions pour la Stratégie nationale de santé. Ce document, qui aborde la santé bucco-dentaire et son lien avec la santé générale, souligne l'importance de la cavité buccale dans diverses fonctions corporelles et son rôle de défense contre les agressions extérieures. Les maladies bucco-dentaires peuvent influencer et être influencées par des maladies générales. La prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire sont essentielles et doivent être intégrées dans l'éducation pour la santé. Le document critique la déstructuration de l'exercice des chirurgiens-dentistes marquée par un désengagement de l'Assurance maladie obligatoire et le blocage des revalorisations des soins. Il appelle à une réforme structurelle pour permettre aux cabinets dentaires de fonctionner efficacement et aux chirurgiens-dentistes de vivre de leurs soins. Il est également mentionné que les cabinets dentaires ont des charges élevées et ne peuvent compter que sur les honoraires perçus pour fonctionner. La nécessité d'une réforme globale du système de financement du secteur bucco-dentaire, impliquant les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels, est tout particulièrement soulignée et la CNSD proposera donc 25 actions dans le cadre défini de la Stratégie nationale de santé.

Promouvoir la santé de chacun et de tous

1. Développement d'un observatoire de la santé bucco-dentaire : créer un observatoire pour collecter régulièrement des informations fiables sur l'état de santé bucco-dentaire des populations et leurs besoins de soins.
2. Actions de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire : intégrer des campagnes d'information, de formation, et de dépistage dans toutes les actions de santé publique.

Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant - Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes

3. Approche intégrée des maladies chroniques : intégrer les actions de santé publique visant à combattre les affections bucco-dentaires parmi les activités de lutte contre d'autres maladies chroniques.
4. Intégration du domaine bucco-dentaire dans les protocoles de soins autour des malades chroniques : corriger l'omission des pathologies bucco-dentaires et des chirurgiens-dentistes dans les protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours.
5. Promotion et simplification des référentiels : développer et faire connaître des recommandations de haut niveau de preuve dans le domaine bucco-dentaire.

Stratégie conventionnelle

6. Réaffirmer la place de la convention nationale : sanctuariser la convention dentaire et définir des "tarifs cibles" pour redonner une juste valeur économique aux actes.
7. Supprimer les stabilisateurs économiques.
8. Définir clairement la gouvernance régionale : mettre en œuvre les déclinaisons régionales des conventions nationales par les commissions paritaires régionales.

Optimiser la place de l'hôpital et du libéral dans le territoire de santé

9. Création de plateaux techniques intermédiaires : mettre en place des plateaux techniques intermédiaires pour améliorer la prise en charge des patients.
10. Création de forfaits de structure : rémunérer les plateaux techniques, les frais administratifs ou de fonctionnement, et la coordination interprofessionnelle.
11. Aligner la rémunération des chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale sur celle des médecins : s'aligner sur les dispositions conventionnelles existantes pour les médecins.
12. Dispositions démographiques : favoriser l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes et adapter les contrats pour

une entrée progressive dans les structures libérales. Favoriser la transmission et le cumul emploi retraire. Vérifier l'uniformité de la formation initiale au niveau européen.

13. Améliorer l'adaptation des praticiens à diplômes étrangers : stages probatoires.
14. Donner les moyens de soigner les personnes aux besoins spécifiques : créer un coefficient de majoration des soins aux handicapés et améliorer la formation aux soins spécifiques.

Aider à l'informatisation et à la transmission d'informations entre professionnels de santé

15. Promouvoir l'informatisation et la transmission d'informations entre professionnels de santé : accorder des aides pérennes à l'informatisation et à la maintenance.
16. Développer la dématérialisation des échanges et le partage du dossier médical.
17. Réduire la fracture numérique.
18. Sécuriser l'accès aux données de santé et leur usage.

Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux

19. Organisation de la formation autour du patient et de sa prise en charge globale : repenser la formation initiale pour traiter le patient dans sa globalité et promouvoir la formation interprofessionnelle.
20. Redonner de la souplesse à la formation continue pour l'adapter au mieux aux besoins et aux évolutions.

Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé – Redonner du temps médical

21. Assistante dentaire en éducation et prévention/nutrition : évoluer le métier d'assistante dentaire pour inclure des tâches en matière d'éducation thérapeutique, sous la responsabilité pleine et entière du chirurgien-dentiste.
22. Mettre en œuvre les simplifications administratives : diminuer les délais d'obtention des cartes Vitale et simplifier la facturation des actes consécutifs aux examens de prévention. Garantir le paiement des actes entièrement payants et réduire les délais de paiement.
23. Partage de tâches – Favoriser l'embauche de personnel dentaire qualifié : créer des équipes dentaires mono-site ou partagées entre plusieurs sites pour optimiser l'organisation autour du patient.

Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche

24. Promouvoir la recherche socio-épidémiologique.
25. Favoriser les études d'impact sur la santé des techniques et matériaux utilisés dans la pratique dentaire.

Malheureusement, aucune des propositions de la CNSD ne sera retenue ! Cependant, ce travail sera utile, notamment dans le cadre des évolutions conventionnelles. La loi de modernisation de notre système de santé dite loi Touraine a été promulguée le 26 janvier 2016. Elle s'articule autour de 227 articles et de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et les droits et la sécurité des patients.

Voilà comment le ministère présentera cette loi : *« À l'issue d'un travail parlementaire de plus d'un an et de nombreux échanges avec les professionnels de santé, la loi de modernisation de notre système de santé a été promulguée le 26 janvier 2016. Le choix de faire de la prévention le socle de notre système de santé, avec, notamment, le paquet de cigarettes neutre, l'information nutritionnelle, le médecin traitant de l'enfant. Le choix de garantir l'accès aux soins, avec la mise en place du tiers payant chez le médecin, la création d'un numéro d'appel unique pour joindre un médecin de garde, la mise en place de tarifs sociaux pour les lunettes et les prothèses dentaires et auditives, mais aussi le Pacte territoire santé, qui permet de lutter contre la désertification médicale. Le choix, enfin, de créer de nouveaux droits pour les patients, avec l'action de groupe en santé, le droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer et de pathologies lourdes, la suppression du délai de réflexion pour l'IVG ou encore le renforcement de la transparence sur les liens d'intérêt entre industries et professionnels de santé. »*

10-4 Recours constitutionnel

Pour les chirurgiens-dentistes, la disposition la plus nocive de ce texte de loi sera l'obligation de tiers payant généralisé (TPG) instauré à l'article 83. À l'instar des autres professions de santé, la CNSD mènera un combat contre cette obligation et plus particulièrement lors de la saisine du Conseil constitutionnel par les parlementaires. Elle déposera un mémoire s'appuyant sur plusieurs rapports et développant plusieurs arguments : atteinte à la liberté d'entreprendre, transfert de charge administrative vers les praticiens libéraux, coût de la gestion, absence de modalités décrivant la mise en œuvre et plus particulièrement du paiement de la part des organismes complémentaires. La CNSD y écrit : *« Les contraintes transférées vers les professionnels de santé par le législateur en vue d'assurer l'objectif affiché (l'accès aux soins de tous), apparaissent excessives et disproportionnées dès lors que le tiers payant est déjà appliqué pour toutes les populations fragilisées où « le paiement direct » serait un obstacle à l'accès aux soins et que les charges imposées aux professionnels de santé par le dispositif TPG entravent leur liberté d'entreprendre – entendue ici comme la liberté de se consacrer à leur profession – et les éloigne, dans une proportion non négligeable de leur temps de travail, de l'exercice des métiers de soignants, ce qui contredit l'objectif affiché d'améliorer l'accès aux soins puisque les disponibilités de « soignants » des professionnels sont lourdement amoindries. »*

Le Conseil constitutionnel tiendra compte de ces arguments et déclarera cet article non constitutionnel : (...) Considérant que les dispositions de l'article 83 prévoient des obligations nouvelles pour les professionnels de santé exerçant en ville, (...) ; qu'en se bornant à édicter une obligation relative aux modalités de paiement de la part des dépenses prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire sans assortir cette obligation des garanties assurant la protection des droits et obligations respectifs du professionnel de santé et de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence (...).



Renouvellement du Bureau en 2015 à Biarritz : Serge Deschaux, Catherine Berry, Christian Soletta, Marc Bouziges, Pierre-Olivier Donnat, Doniphan Hammer, Michel Sevalle, Lisiane Hervet, Jean-François Largy, Marie-Françoise Godard Argenti, Nicolas Renouard, Marue-Christine Tourterel, Catherine Mojaïsky - présidente, Philippe Bichet, Marc Sabek, Thierry Soulié, Michel Bergougnoux, Rémi Marchand, Luc Lecerf, gérard Morel, Jean Richard



Equipe dirigeante à l'issue du Congrès de Giens en 2018
De gauche à droite : Doniphan Hammer, Marco Mazevet, Marie Tourterel, Catherine Berry, Pierre Olivier Donnat, Sonia Verot, Céline Balmes, Luc Lecerf, Lisiane Hervet, Thierry Soulié, Michel Bergougnoux, Catherine Mojaïsky, Alban Cossié , Jean-François Largy, Christian Soletta, Marc Bougies, Michel Séville, Marc Sabek, Jean Marie Soulard, Gérard Morel (non présent sur la photo : Christophe Barbou)



Toute l'équipe nationale à l'issu du congrès de Dijon en 2022 -
De gauche à droite : Benoit Calonne, Gérard Morel, Luc Lecerf, Michel Bergougnoux, Thierry Soulié, Charlotte Heuzé, Patrick Nicouleaud, Marc Bougies, Rémi Marchand, Marie Tourterel, Lisiane Hervet, Catherine Mojaïsky, Antoine Dubrissay, Alain Vallory, Marc Sabek, Pierre-Olivier Donnat, Fréderic Camelot, Sonia Vérot, Christophe Leman, Edouard Lequertier, Maxime Boiteaud, Marco Mazevet, Julien Cardona, Kevin Coignon, Christophe Barbou.

Chapitre 11

Du réseau libéral au flop du GSD

11-1 La motion du congrès

11-2 Échec des adhésions

11 - Du **réseau** libéral au **flop** du **GSD**

Lors de ma candidature pour le renouvellement de mon mandat, à Biarritz en 2015, j'avais abordé la question du réseau libéral dans mon discours en disant : *« Abordons maintenant un projet qui a dû quelque peu vous interpeller dans ma profession de foi : celui du réseau libéral. De quoi s'agit-il ? A plusieurs reprises, lors de la discussion sur les réseaux des complémentaires, des confrères m'ont interpellée en disant : « et pourquoi ne pas monter notre propre réseau pour reprendre la main ». L'idée a fait son chemin, d'autant qu'est venue se greffer dessus la problématique des échanges avec les complémentaires, la dématérialisation, le tiers payant, etc. L'idée de base est la suivante : un super réseau auquel adhéreraient les chirurgiens-dentistes d'une part, les complémentaires santé, d'autre part. Il serait la réponse aux réseaux à adhésion individuelle que nous rejetons et ferait perdre sa raison d'être aux plateformes de service. Un cahier des charges définissant des engagements pour les uns et les autres serait à définir. L'objectif sera évidemment d'y faire adhérer un maximum de confrères et d'organismes complémentaires et supprimer ainsi tout détournement de patients.*
Ce réseau : nous aurions dû le créer il y a longtemps. Dès que d'autres que nous ont commencé à parler de qualité, sécurité, services en s'appropriant ces critères. Lieu de dialogue qui permettrait de négocier les prestations des complémentaires, interface d'échanges et de gestion entre les praticiens et les OCAM, on peut tout imaginer… en résumé, pour contrer les réseaux « commerciaux », créons notre réseau qui réaffirme la médicalité de notre exercice ! Si vous me donnez mandat de le faire, ce sera un objectif majeur des trois prochaines années, couplé à la réforme structurelle. Car la négociation nationale tripartite qui nous permettra de négocier un socle commun conventionnel ne supprimera pas la diversité de la famille complémentaire. Nous aurons besoin de cette seconde interface. »

11- 1 Motion du congrès

Une fois élue, une motion du Congrès a ouvert la porte à ce projet : « Le 13e Congrès de la CNSD, réuni à Biarritz les 13, 14, 15 et 16 mai 2015, mandate le Bureau confédéral pour élaborer un réseau libéral de chirurgiens-dentistes indépendants où seront valorisées la relation avec le patient et la prise en charge de sa santé bucco-dentaire par leurs structures, en évitant toute mercantilisation de la relation médicale. » Pendant 3 ans, un groupe de travail, coordonné par Gérard Morel, travailla activement sur ce projet, renommé GSD (Groupe Santé Dentaire). Des statuts furent élaborés et l'assemblée générale constituante eut lieu le 18 janvier 2019. Le Groupe Santé Dentaire était une association, loi 1901, regroupant des chirurgiens-dentistes libéraux ayant pour ambition d'apporter, face aux évolutions de la société, des solutions pour permettre aux cabinets de continuer à proposer la meilleure réponse à la prise en charge des soins dentaires en France. C'était une enseigne libérale nationale fondée sur la solidarité de praticiens partageant la même éthique, la même ambition professionnelle. Le GSD devait assurer un développement économique qui répondait à la concurrence des autres formes d'exercice, par une offre diversifiée de services, une démarche qualité affirmée, la réduction des charges et l'optimisation des financements. Les Chirurgiens-Dentistes de France (Les CDF), membre fondateur, détenaient la majorité des droits de vote. La participation à la gouvernance du groupe devait s'effectuer via l'accès aux quatre collèges thématiques et les évènements de la vie associative.

11-2 Échec des adhésions

Le lancement en octobre 2019 était accompagné d'un plan de communication et fixait le délai final d'adhésion au 9 décembre. Mais en dépit de l'enthousiasme de tous les cadres qui ont travaillé pendant 4 ans sur ce projet, des doutes sur sa viabilité sont apparus au sein du bureau confédéral. Thierry Soulié (président confédéral depuis 2018) les a exprimés à plusieurs reprises et a donc fixé des objectifs préalables pour sa poursuite. Après l'assemblée générale de décembre 2019, le bureau confédéral constatera que l'objectif des 800 adhésions payantes déterminé lors du CAC d'octobre précédent n'était pas atteint… Une lettre d'explication sera envoyée à chacun des contributeurs avec un chèque de remboursement de leur cotisation et ce fut la fin du GSD.

Chapitre 12

Crise Covid 2020

12-1 Système D

12-2 Intégration des CD au DIPA

12-3 Problèmes de régularisation

12-4 Rappel historique

12 - **Crise** Covid **2020**

La crise du Covid-19 est l'un des événements les plus marquants du début du XXI siècle. Elle a bouleversé la santé, l'économie, la politique et nos vies quotidiennes. Le 15 mars 2020, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes demandait à tous les praticiens de reporter les soins non urgents à travers un mail ainsi libellé : *« Compte tenu du fait que notre activité est particulièrement génératrice d'aérosolisation de gouttelettes de salive, Il est primordial que les cabinets dentaires ne deviennent pas un lieu de transmission du virus que ce soit pour les patients ou les professionnels. Ce nouveau virus est associé à une mortalité d'environ 2 %. Environ 15 % des cas confirmés développeront des formes sévères et la mortalité en réanimation se situe entre 60 et 70 %. Par ailleurs, les personnes âgées et celles présentant certaines comorbidités sont plus à risque de développer des formes graves.*

Dans ce contexte, les enjeux pour notre profession sont les suivants :

- *Préserver la santé des patients, notamment ceux à risque de complications graves*
- *Préserver la santé des personnels travaillant dans les cabinets dentaires*
- *Assurer la permanence des soins urgents*
- *Limiter la diffusion massive du virus et ainsi éviter une saturation du système hospitalier par dépassement des capacités d'hospitalisation (notamment en réanimation)*

Afin de répondre à ces objectifs, le Conseil national de l'Ordre vous demande, dès demain, de reporter tous les soins en dehors des soins d'urgence. Pour les soins assurés, les mesures décrites dans le « protocole COVID-19 pour les cabinets dentaires – version 1 du 12 mars 2020 »

À la suite de cette communication, les cabinets dentaires ont fermé leurs portes. Une organisation a été mise en place pour les urgences, et répondre par téléphone ou mail aux demandes de leurs patients. La plupart des urgences ont été gérées par l'envoi d'ordonnances par mail.

12-1 Système D

En l'absence de matériel de protection adéquat, il nous a aussi fallu « bricoler » pour se protéger… Combien de chirurgien-dentiste ont assuré les urgences affublés de sacs-poubelle en guise de protection et d'harnachements divers et variés pour compléter les masques chirurgicaux, en l'absence de FFP2 ? Puis, il a fallu courir à droite et à gauche pour obtenir ces précieux masques, réservés en priorité aux médecins et aux hôpitaux. Nos syndicats départementaux se sont mobilisés pour assurer à nos confrères une sécurité maximale au moment de la réouverture des cabinets. Or, cette fermeture n'ayant pas été décidée par voie règlementaire comme pour d'autres professions, aucune indemnisation n'était prévue. Une concertation avec les représentants des professionnels de santé a donc été engagée par l'Assurance maladie au cours du mois d'avril pour préciser les mécanismes destinés à compenser la perte d'activité et assurer la prise en charge d'une partie des frais fixes du professionnel. Ce dispositif d'indemnisation s'est adapté au caractère libéral des professions de santé. Il ne visait pas un objectif de garantie de revenu, contrairement à la logique propre aux salariés. Il permettait en revanche de garantir à chaque professionnel de santé, la capacité à faire face à ses charges fixes professionnelles, et ainsi lui permettre de reprendre son activité, au terme de la crise. L'aide a été calculée à partir d'éléments standardisés, par professions de santé ou spécialités (taux de charges fixes), mais aussi d'éléments personnalisés liés à la situation individuelle du professionnel de santé (niveau habituel des honoraires).

12-2 Intégration des chirurgiens-dentistes au DIPA

Les contacts permanents, organisés dès le début du confinement avec le directeur général de l'UNCAM, Nicolas Revel, et le président confédéral, Thierry Soulié, ont permis l'intégration des spécificités des chirurgiens-dentistes dans le dispositif d'aide. Le cadre juridique a été défini dans une ordonnance, prise dans le cadre de la loi d'urgence sanitaire (loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19). Initialement, ces aides ne concernaient que les professions majoritairement financées par l'Assurance maladie et le mode de calcul excluait les dépassements d'honoraires, ainsi que les actes HN et NPC. Les CDF ont obtenu pour leurs confrères une double exception puisque :

• l'integration dans le DIPA bien que majoritairement financés par les complémentaires ;
• les actes ED ont été intégrés dans le mode de calcul.
Cette action est à mettre entièrement au crédit des CDF, grâce notamment à :
• la cohérence de leur politique, à leur crédibilité et à la confiance acquise auprès du directeur de l'UNCAM, Nicolas Revel ;
• la convention 2018 qui a instauré des plafonds sur des actes de prothèse.
C'est ainsi que les chirurgiens-dentistes ont été éligibles au DIPA et que 50 % des actes ED ont été pris en compte dans le mode de calcul. Sans pour autant connaître les modalités de la régularisation ultérieure, il était convenu que :
• le DIPA était acquis quelle que soit l'activité lors de la reprise ;
• le mode déclaratif se ferait par période ;
• 80 % seraient versés et que cette aide constituait une « avance » ;
• la régularisation aurait lieu en « plus ou en moins » pour corriger les erreurs déclaratives possibles.

12-3 – Problèmes de régularisation

Lors de sa mise en place, nous savions qu'une régularisation aurait lieu en 2021. Entretemps, Thomas Fatôme a été nommé à la tête de l'UNCAM, et c'est lui qui en a eu la charge. Paru au Journal officiel du 31 décembre 2020, le décret 2020-1807 sur la régularisation des aides compensatoires perçues au titre du DIPA, a établi une période de régularisation globalisée du 16 mars au 30 juin 2020. Dès les commissions paritaires nationales du 12 juillet et du 18 décembre 2020 et durant tous les échanges répétés avec la CNAM depuis la mise en place du dispositif, les CDF avaient soutenu l'idée que les régularisations devaient se faire période par période, comme avaient été faites les déclarations permettant d'obtenir les avances et non dans un laps de temps globalisé.
De plus, les CDF avaient toujours expliqué que si les aides compensatoires avaient du sens lors du confinement et immédiatement après sa sortie, elles n'avaient plus aucune légitimité dès lors que l'activité redevenait quasi normale. C'est pourquoi, fin mai, les CDF avaient demandé qu'elles soient stoppées en juin. En effet, le 11 mai 2020, les cabinets dentaires avaient rouvert et étaient passés de 5 % à 60 % d'activité fin mai. En juin, pour faire face à la demande des patients en attente de soins, les cabinets ont augmenté leur cadence avec un résultat de + 132 % d'augmentation d'activité par rapport à juin 2019. Le fait d'englober le mois de juin, où la plupart des praticiens n'avaient pas réclamé d'aides et la globalisation du plafond mensuel sur les actes à ED, a entraîné d'importants remboursements d'acomptes pour une partie des praticiens. Car la méthode ayant prévalu lors de la déclaration n'était pas la même que celle servant pour le calcul des régularisations. Malgré cette pénalisation, c'est la méthode englobant les périodes de confinement de mi-mars à mi-mai, et de la reprise jusqu'à fin juin qui a été retenue, à l'identique de toutes les professions de santé concernées par le DIPA pendant cette période, sans exception cette fois pour les chirurgiens-dentistes.
Sur l'ensemble de la période, le total global payé par l'Assurance maladie au titre du DIPA s'élève à environ 1,4 milliard d'euros pour toutes les professions de santé. Près de 33 000 chirurgiens-dentistes ont fait une demande d'aide sur le téléservice pour un montant moyen de 7 500 € (ce qui représente 256 M€ d'avances versées). En juin 2021, le calcul de l'aide définitive a été réalisé et 19 240 chirurgiens-dentistes ont été concernés par des récupérations d'indus pour un montant de 90 M€. Ce sont les praticiens qui ont travaillé dès la fin de la période de confinement qui ont été pénalisés par rapport à ceux qui ont prudemment attendu avant de rouvrir leur cabinet. Au final, la moyenne des sommes versées par chirurgien-dentiste s'élève à 6 700 €. Des contestations individuelles ont été engagés par 14,3 % des praticiens auxquels un indu a été réclamé, avec le soutien des juristes des CDF. Nombre de procédures sont encore en cours, celles déjà jugées ont connu des sorts variables devant les tribunaux.

12-4 Rappel historique

Rappel chronologique de l'épidémie de Covid-19

• Fin 2019, dans la ville de Wuhan (Chine), des cas d'une pneumonie inconnue apparaissent. Rapidement, on identifie un nouveau coronavirus, baptisé SARS-CoV-2.

• Le virus se transmet par voie respiratoire et se propage vite à l'international.
• Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare la situation de pandémie mondiale.

La première vague (mars-mai 2020)

• En Europe, l'Italie est frappée de plein fouet, suivie par la France, l'Espagne, puis le reste du continent.
• Les hôpitaux sont saturés, en particulier les services de réanimation.
• Pour freiner la propagation, de nombreux pays imposent un confinement strict :
    o Écoles fermées
    o Activités non essentielles suspendues
    o Déplacements limités avec attestations.
• Le quotidien change brutalement : télétravail, isolement, ruées dans les supermarchés pour le papier toilette ou les pâtes, et applaudissements aux fenêtres pour soutenir les soignants.

Chocs économiques et sociaux

• Les entreprises et commerces souffrent, le chômage partiel explose.
• Les secteurs du tourisme, de la restauration et de la culture sont particulièrement touchés.
• Les inégalités se creusent : certains peuvent télétravailler, d'autres continuent en présentiel avec plus de risques.

Mesures sanitaires

• Le port du masque devient obligatoire dans les lieux publics.
• Les gestes barrières (lavage des mains, distanciation physique) entrent dans le langage quotidien.
• Des campagnes massives de tests PCR et antigéniques s'organisent.

L'arrivée des vaccins (fin 2020-2021)

• En un temps record, les premiers vaccins (Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Janssen) sont mis au point.
• La vaccination de masse débute, d'abord pour les plus fragiles et les soignants, puis pour l'ensemble de la population.
• Les débats et controverses apparaissent : efficacité, effets secondaires, refus de certains groupes (mouvements antivaccins).
• En France, le pass sanitaire, puis le pass vaccinal, conditionnent l'accès à certains lieux (restaurants, événements).

Les vagues successives

• De nouveaux variants apparaissent : Alpha, Delta, puis Omicron (fin 2021), plus contagieux mais moins sévère.
• Chaque vague entraîne des restrictions : couvre-feux, reconfinements, limitation des voyages.
• La lassitude grandit dans la population : on parle de « fatigue pandémique ».

Conséquences durables

• Sanitaires : des millions de morts dans le monde ; apparition du Covid long chez certains patients.
• Psychologiques : isolement, anxiété, hausse de la dépression, surtout chez les jeunes.
• Économiques : dettes publiques accrues, faillites mais aussi accélération de la numérisation (télétravail, e-commerce, réunions distancielles).
• Sociétales : débats intenses sur les libertés, la confiance dans la science et les gouvernements.

La sortie progressive

• Grâce à la vaccination massive et à la diffusion du variant Omicron moins létal, la mortalité baisse.
• Les restrictions sont levées progressivement à partir de 2022.
• L'OMS déclare la fin de l'urgence sanitaire mondiale en mai 2023, mais insiste : le virus circule toujours et reste à surveiller.

Héritage de la crise

• Une conscience accrue de la vulnérabilité mondiale face aux pandémies.
• Un rappel de l'importance des soignants et des services publics de santé.
• Une révolution du travail (essor durable du télétravail).
• Une fracture dans la société autour de la confiance en la science, les vaccins et les institutions.

Chapitre 13

Les chantiers à suivre

13-1 Évolution de l'assistante dentaire

13- 2 Relations interprofessionnelles

13-3 Relations internationales

13 – Les **chantiers** à **suivre**

13 – 1 : Évolution de l'assistante dentaire

Sous la pression des CDF et de l'ADF, un paragraphe a été ajouté à la loi Rist de 2023 concernant l'assistant dentaire, désormais nommé assistant médical en médecine bucco-dentaire ou assistant dentaire de niveau 2 (AD2). Pour les CDF, qui travaillent depuis 2016 à cette évolution et alors que tout semblait réglé, une divergence d'interprétation est apparue avec la DGOS sur le contenu de « la formation complémentaire ». Selon la DGOS la maquette de formation devait faire l'objet d'un enregistrement au RS (Registre des spécialités), ce qui la rendait incompatible, d'une part avec une évolution du niveau de formation des AD1, qui est déjà de niveau 4, et d'autre part, avec un volume de formation supérieur à 200 heures. A l'inverse, le projet porté par la profession (employeurs et salariés réunis) était une inscription au RNCP (Répertoire national des certifications professionnelles) pour une élévation du niveau de formation à niveau 5 et un volume de formation envisagé de 600 heures. Cela permettait de répondre au problème d'harmonisation européenne des niveaux de formation (niveau Bac +2 minimum chez nos voisins européens). La volonté des services du ministère étant d'avancer vite, cela les avait conduits à s'orienter vers une formation courte. Néanmoins, l'enregistrement de cette formation au RS (donc de niveau 4 seulement) et sa durée limitée à 200 heures sont des points jugés rédhibitoires par les CDF. Après de nombreux échanges, il est apparu qu'il fallait passer par un nouveau texte législatif… Aujourd'hui, en décembre 2025, toute la difficulté est de trouver le texte support sur lequel ajouter cette modification !

13- 2 Relations interprofessionnelles

Tout le monde connaît mon engagement au sein des instances interprofessionnelles : UNAPL, UNPS, CNPS, LDS… Les travaux et échanges au sein de ces instances sont à double sens : permettre de faire connaître notre profession et les spécificités de notre exercice aux autres libéraux et professionnels de santé, d'une part, mais également découvrir les spécificités des autres, d'autre part. J'ai souvent constaté une tendance au nombrilisme dans notre profession et dans notre syndicat, entraînant une difficulté à se comparer et se situer dans le paysage professionnel. Trouver des dénominateurs communs, des intérêts communs, lancer des actions communes, porter des visions communes et partager des valeurs n'est pas toujours simple et demande beaucoup d'écoute, de dialogue… et de compromis. Nous avons besoin des autres comme les autres ont besoin de nous. Surtout quand les pouvoirs publics font tout pour diviser et dresser les professionnels les uns contre les autres. C'est particulièrement flagrant ces dernières années où tout est fait pour que chacun se retranche derrière ses acquis.
La CNSD comme les CDF ont toujours été moteurs dans ces organisations interprofessionnelles où ils ont, jusqu'il y a peu, été le premier syndicat en nombre d'adhérents.

13-3 Relations internationales

Comme les relations interprofessionnelles en France, les échanges internationaux avec les chirurgiens-dentistes européens au sein du CED ou de l'ORE et les confrères du monde entier au sein de la FDI sont enrichissants et passionnants. Ils permettent d'identifier la spécificité de l'exercice de notre profession en France, en particulier la politique de solvabilisation des soins dentaires que l'on retrouve dans très peu de pays dans le monde. Cette politique nous est enviée : alors que nos confrères français ont souvent tendance à penser qu'ils sont moins bien traités que nos confrères étrangers, c'est la tendance inverse que l'on entend quand on dialogue à l'international. D'où une certaine fierté de se dire que c'est notre syndicat qui a permis cette politique protégeant l'économie des cabinets dentaires mais aussi l'accès aux soins de nos patients.

Conclusion

Mes 25 années au cœur de notre confédération ne représentent qu'un quart des 100 années de son histoire. Mais ce sont 25 années de combat face aux évolutions sociétales et aux volontés politiques de fragiliser les syndicats et user de la force. L'exercice 2026 n'est plus celui de 2000 : il a évolué, s'est adapté, s'est modernisé.

Notre confédération est forte de sa diversité (hommes femmes, jeunes vieux, urbains ruraux, omnipraticiens et spécialistes, exercice individuel ou collectif, etc.). Elle représente ainsi toutes les composantes de la profession. Son fonctionnement démocratique et les débats d'idées permanents sont sa force. Mais ça devient une faiblesse quand les ambitions personnelles et les égos s'en mêlent.

Et grande est alors la tentation de se refermer sur soi-même. Et oublier que la défense de notre profession médicale n'est audible que quand elle vise à améliorer concomitamment la santé de nos concitoyens.

En 2006 mon slogan était : *« Seul on croit aller plus vite, ensemble on va plus loin »*... Il reste d'actualité. Ce n'est qu'unie et solidaire que la Confédération pourra prolonger son histoire, résister aux mauvais vents de la démagogie et de la jalousie afin de construire pour nos jeunes générations un exercice serein.

Annexes

Des lois emblématiques...

Sources

Annexes
Des lois emblématiques...

2002 - Loi Kouchner

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de mieux prendre en compte les droits des malades. En rééquilibrant les relations patients-médecins, cette réforme a placé le malade au centre des soins. Elle prévoit :

- une meilleure représentation des usagers au sein des grandes institutions de la santé et des hôpitaux (démocratie sanitaire) ;
- le droit des patients d'accéder directement (sans passer par un médecin) et de disposer de la totalité de leur dossier médical ;
- une indemnisation de l'aléa thérapeutique, c'est-à-dire d'un accident médical sans faute du professionnel ;
- une modification des dispositions concernant l'hospitalisation sans consentement. Elle précise en outre qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » ;
- une obligation pour les médecins à faire connaître leurs liens avec les entreprises lorsqu'ils communiquent à propos d'un produit médical : médicament, etc.

2004 - Loi de réforme de l'Assurance maladie

Philippe Douste-Blazy est nommé ministre de la Santé et de la protection sociale au printemps 2004.
Il reprend le chantier de la réforme de l'Assurance maladie, assisté de Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'Assurance maladie. A la manœuvre, on trouve également le directeur de cabinet du ministre, Frédéric Van Roekeghem, qui deviendra le premier directeur général de l'UNCAM...
Cette loi modifie profondément la gouvernance de l'Assurance maladie et les relations paritaires. Elle a pour objectif clairement énoncé l'amélioration de la qualité des soins en minimisant la crise financière qui menace l'Assurance maladie d'implosion.

Titre I : Dispositions relatives à l'offre de soin et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

- Création du dossier médical personnel
- Création de la Haute autorité de santé
- Création du médecin traitant
- Dispositions permettant le lancement de la carte Vitale 2

Titre II : Dispositions relatives à l'organisation de l'Assurance maladie

- Création du comité d'alerte sur les dépenses d'Assurance maladie
- Création de la participation forfaitaire
- Création des unions nationales des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et des professions de santé (UNPS)
- Création de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé ACS

Titre III : Dispositions relatives au financement de l'Assurance maladie

- Augmentation de la contribution sociale généralisée
- Création de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés
- Transfert d'une partie de la dette sociale à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Jusque-là, l'Assurance maladie était gérée de façon paritaire par les syndicats de salariés et d'employeurs. Le président de la Caisse nationale d'assurance maladie issu des syndicats en était le patron. La nouvelle loi donne le pouvoir absolu au Directeur général, nommé pour cinq ans. Il dirige la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il nomme les directeurs et les agents comptables. Il traite avec l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie (URCAM) et les caisses primaires de l'Assurance maladie (CPAM). En conférant au Directeur général la plénitude des pouvoirs de gestion, l'État se replace au centre du dispositif. Les partenaires sociaux sont marginalisés, alors que l'ordonnance de 1945 leur conférait la responsabilité sans partage de la gestion, principe même de la démocratie sociale. Les relations conventionnelles et les négociations en seront profondément modifiées : là où on était entre syndicalistes, on se retrouve avec des interlocuteurs administratifs représentant l'État. Le dialogue se compliquera.

2004 - Loi de santé publique

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique a instauré une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France. Elle a défini cent objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Elle les a assortis de plans d'action propres à aboutir à leur réalisation. Le Haut conseil de la santé publique, créé par la même loi du 9 août 2004 et mis en place en mars 2007, a pour mission d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur (re)définition, au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention.

2009 - Loi HPST

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) dite aussi loi Bachelot, est une loi promulguée le 21 juillet 2009.
Elle comporte quatre titres :
- Le titre 1 : « H » traite de l'hôpital.
- Le titre 2 : Accès de tous à des soins de qualité.
- Le titre 3 : Prévention et santé publique.
- Le titre 4 : Organisation territoriale du système de santé.

Les principales mesures
- Création des Agences régionales de santé qui regroupent 7 structures : les ARS ont vocation à coordonner les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social
- Création des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui représentent les professionnels de santé libéraux par profession et interlocuteurs des ARS
- Nouvelle gouvernance des hôpitaux dans l'esprit de « un seul patron à l'hôpital »
- Lutte contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins : sanction financière contre les professionnels de santé qui refusent les patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME
- Repeuplement des déserts médicaux
- Diverses mesures de prévention et de santé publique (interdiction de vente d'alcool aux mineurs ou dans les stations-service, facilitation de la contraception, élargissement des compétences des sages-femmes)
- Réforme des ordres professionnels
- Centres de santé : facilitation de leur ouverture en supprimant l'obligation d'agrément
- Autorisation pour le Gouvernement de réformer par ordonnance la biologie médicale. Il pourrait notamment ouvrir jusqu'à 100 % (contre 25 % actuellement) le capital des laboratoires d'analyse à des non professionnels
- Et information sur le « prix d'achat de la prothèse dentaire » (voir chapitre devis dentaire) !

Une loi (PPL Fourcade) devra venir corriger en 2011 un certain nombre de dispositions de la loi HPST. En ce qui nous concerne, cette loi modifiera les dispositions relatives au devis dentaire et inscrira les assistants dentaires au Code de la santé publique. Elle permettra aussi au GD de l'ARS de fermer les centres de santé en cas de dysfonctionnement en

matière de qualité et sécurité des soins. Un article prévoit aussi l'obligation de télétransmission des feuilles de soins et la mise en place conventionnelle en cas de non-respect de cette obligation.

Loi Buzyn 2019 dite OTSS (loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé) Parue au JO du 26/7/2019

En 2019, constat est fait que le système est devenu inadapté car il ne répond plus aux attentes des patients et nourrit le mécontentement des professionnels de santé. Il est surtout historiquement marqué par de profondes rigidités organisationnelles et confronté à des tensions financières croissantes. Afin d'organiser la réflexion autour de la transformation de l'offre de soins et, plus largement, du système de santé, une consultation institutionnelle a été mise en place autour des cinq chantiers prioritaires suivants :

- qualité et pertinence
    - o piloté par Dominique Le Guludec, présidente du collège de la HAS, Olivier Lyon-Caen, médecin conseil national de la CNAM et Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé
- financement et rémunérations
    - o piloté par Jean-Marc Aubert, directeur de la DREES
- le numérique en santé
    - o piloté par Dominique Pon, directeur général de la clinique Pasteur de Toulouse et président de SantéCité, et Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la CNAM
- les ressources humaines
    - o piloté par Aurélien Rousseau, à l'époque président-directeur général de la Monnaie de Paris et aujourd'hui directeur général de l'ARS d'Île-de-France
- l'organisation territoriale
    - o piloté par Pierre Pribile, directeur général de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté et Norbert Nabet, directeur général de l'ARS Corse.

Les rapports issus de cette consultation ont permis d'identifier 3 engagements prioritaires pour mener à bien la transformation du système :

- placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme
- organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité
- repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

La LFSS 2019 a inscrit les mesures suivantes :

- la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- le financement de postes d'assistants médicaux
- la structuration des hôpitaux de proximité
- le déploiement d'équipes mobiles gériatriques
- le développement des compétences dans les établissements de santé
- le financement d'investissements immobiliers pour les établissements de santé
- le financement d'investissements dans le numérique.

Le projet de loi vise essentiellement (les trois premiers titres) à mettre en œuvre, au niveau législatif, « Ma santé 2022 ».
Le 1er titre, « Décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé », envisage la réforme des études et l'instauration d'une recertification des médecins.
Le 2e titre, « Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires », ambitionne de parfaire l'organisation territoriale de la santé, notamment par de nouveaux échelons.
Le 3e titre, « Développer l'ambition numérique en santé », favorise le déploiement de la « télésanté ». Les 4e et 5e titres concernent des mesures diverses.

Les sujets qui concernent directement les chirurgiens-dentistes dans le projet de loi sont multiples : suppression du numerus clausus, DPC/certification, sécurisation des contrats d'engagement de service public (CESP), projets territoriaux de santé (une couche supplémentaire au-dessus des CPTS), réforme du Système national des données de santé (notamment l'anonymisation irréversible), création d'espaces numériques personnalisés, développement de la télésanté, praticiens à diplôme hors Union européenne (UE). La CNSD sera auditionnée par les rapporteurs et portera ses demandes et ses réserves.

Quelques mesures de la loi :

- Création, dès 2019, de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques.
- Élargir, dès 2019, les principes de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, pour permettre l'émergence d'organisations innovantes des activités de soins.
- Déploiement de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et doublement (objectif 2 000) des structures d'exercice coordonné (MSP, CDS).
- Mise à jour de la nomenclature générale des actes professionnels et de la liste des produits et prestations d'ici 2022.
- Ouverture, pour chaque usager, d'un espace numérique de santé individuel et personnalisable lui permettant d'avoir accès à ses données et services de santé, tout au long de sa vie, d'ici 2022. La généralisation du dossier médical partagé au moins de novembre 2018 en constituera la première étape.
- Soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux, à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de RDV…), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.
- Accompagnement de l'essor de la télémédecine, désormais reconnue comme un acte médical de droit commun, par l'identification de cibles prioritaires (structures d'exercice coordonné, EHPAD, hôpitaux de proximité…) et l'association d'autres professions de santé.
- Labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité ».
- Réforme du régime des autorisations des activités de soins.
- Création, dès 2019, d'une prime de coopération pour reconnaître les professionnels engagés dans des protocoles de coopération.
- Création d'un statut unique de praticien hospitalier, associé à la suppression du concours PH.
- Suppression du numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé autour de processus d'orientation progressifs encourageant les passerelles et la diversification des profils.
- Réforme du 2e cycle des études médicales et suppression des ECN.

Loi Rist 2023 et AD2

La loi Rist (loi n° 2023 379 du 19 mai 2023) a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins en élargissant certaines compétences à des professions de santé non-médecins.

Elle concerne d'abord les infirmiers en pratique avancée (IPA), les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pharmaciens… en leur permettant de réaliser des actes ou de renouveler des prescriptions sans passer systématiquement par un médecin.

Principales évolutions introduites par la loi Rist

1. Création du statut d'assistant dentaire de niveau 2 (AD2).

La loi introduit un nouveau statut : les assistants dentaires peuvent, sous réserve de formation complémentaire, participer à des actes plus techniques, notamment :

- imagerie à visée diagnostique (radiographies, etc.) ;
- actes prophylactiques (prévention bucco dentaire) ;

• actes orthodontiques ;
• Soins post chirurgicaux.

Ces nouvelles prérogatives sont exercées sous la responsabilité du chirurgien dentiste et doivent être définies plus précisément par décret en Conseil d'État, après avis des académies de médecine et de chirurgie dentaire.

2. Conditions d'encadrement et de responsabilité

• L'AD2 exerce sous la responsabilité effective du chirurgien dentiste, qui demeure pleinement responsable des actes réalisés.
• Le nombre d'AD2 dans une même structure ne peut pas dépasser le nombre de chirurgiens dentistes ou médecins exerçant dans le domaine dentaire sur le lieu en question. Cette règle vise à éviter la création de structures exclusivement composées d'assistants pour des actes délégués.

3. Cadre réglementaire à venir

• Les actes précis que l'AD2 pourra réaliser – ainsi que les modalités de la formation requise – seront définis via un décret en Conseil d'État.
• Un arrêté, élaboré avec les représentants de la profession, fixera les conditions d'accès et le référentiel de formation.

4. Formation et niveau de qualification

• Actuellement, la loi ne permet pas l'enregistrement de cette formation complémentaire au Répertoire national des certifications professionnelles, ce qui maintient les assistants dentaires (y compris AD2) à un niveau IV (équivalent baccalauréat).

5. Objectifs et portée de cette réforme

• La députée Stéphanie Rist souligne que cette réforme vise à renforcer la prévention bucco dentaire, à améliorer la prise en charge des patients et à libérer du temps médical pour les chirurgiens dentistes, leur permettant de se concentrer sur des soins plus complexes.
• Les étapes suivantes incluent la concertation réglementaire, la finalisation du décret d'application, et la mise en place d'un dispositif de formation continue pour les AD2.

Sources
- Ma mémoire et mes archives
- Documents CNSD-Les CDF : Lettres aux présidents et circulaires, Comptes rendus de bureau, Rapports d'activité, Travaux des commissions, échanges mail
- Sites institutionnels : ministères, Assemblée nationale, Sénat



L'Assemblée Nationale

Les Chirurgiens-Dentistes
de France

Les CDF - 54 rue Ampère - 75017 Paris
Tél : 01 56 79 20 20 - www.lescdf.fr