

C.M.U. et droits fondamentaux

Le numéro spécial de la Lettre du Collège de juin 2006, consacré à la Couverture maladie universelle, a suscité de très nombreuses réactions. Parmi celles-ci, les interrogations de praticiens-conseils sur l'accès des bénéficiaires de la CMU à des soins et traitements non prévus par le « panier de soins CMU ».

Certains nous ont interpellés sur la pertinence des arguments avancés dans ces colonnes. Un échange constructif s'est installé entre eux et les membres du Collège. D'autres praticiens-conseils ont saisi leur hiérarchie, s'interrogeant sur les règles de droit à appliquer et contestant les réponses que nous avions apportées.

Par une circulaire du 13 septembre 2006, la « Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins » de la Caisse nationale d'assurance maladie, visant expressément la Lettre du COD de juin 2006, répond aux praticiens-conseils que les arguments développés par notre Collège correspondent bien « à l'état actuel de la réglementation ».

Peut-être que nos confrères avaient besoin d'une telle confirmation. Mais elle n'apporte rien à l'état du droit. Celui qui garantit les droits fondamentaux de chaque citoyen. Parmi ceux-ci, le droit de disposer librement de son corps et de choisir son traitement, indépendamment des règles spécifiques de l'assurance maladie, relatives aux prestations sociales auxquelles donne accès la situation de chaque assuré.

Depuis l'instauration de la CMU, la confusion a pu régner sur une question aussi simple, mais aussi cruciale par manque d'information ou par ce qu'il faut bien appeler une interprétation démagogique et restrictive de la loi. Pourtant, de nombreuses voix au sein de la profession avaient rappelé que la loi ne pouvait restreindre les droits fondamentaux de nos concitoyens. Et les tribunaux, lorsqu'ils étaient saisis, ont systématiquement confirmé ces droits■



Le Comité de rédaction

TASS de Bourges, 5 janvier 2007
n° 303-LS

Contestation de l'indu « Parcours du combattant »

En juillet 2002, le chirurgien-dentiste réalise une prothèse et une attelle de contention cotée SC40. Le praticien-conseil contrôle le patient et estime qu'il n'y a pas de parodontopathie. À son avis, le SC40 n'est pas justifié. La CPAM réclame l'indu (66,08€) correspondant au praticien traitant.

Le TASS est saisi. Il annule la décision d'indu et rejette la demande de la CPAM d'organiser une expertise (16 janvier 2004).

La CPAM se pourvoit en cassation. Le jugement du TASS est annulé par « manque de base légale » quant au refus d'ordonner une expertise et l'affaire est renvoyée au TASS de Bourges (Cass. 2° ch. civ., 11 juillet 2005, n° 04-30210).

Le 2° jugement donne de nouveau raison au chirurgien-dentiste et précise que « l'action en répétition de l'indu fait peser sur la CPAM la charge de la preuve... elle ne verse aux débats qu'un courrier de son praticien-conseil. » Insuffisant pour prouver l'indu. La CPAM est condamnée une 2° fois■

Réf: *L'Information Dentaire*, à paraître.

Lire en page 2: Prothèses & Nomenclature



n° 281202,
29 novembre 2006

« Guide d'information et publicité »

Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'un centre médical privé dans lequel exerce un chirurgien-dentiste figuraient dans un répertoire édité par une commune et qui recensait les ressources sanitaires de proximité disponibles dans le ressort de la municipalité.

Le but du guide est d'informer les résidents. Il s'agit donc d'un document à caractère informatif qui ne peut être assimilé à une publicité. En condamnant le chirurgien-dentiste pour une telle parution, le conseil de l'ordre a donné une qualification juridique erronée des faits. La décision est annulée par le Conseil d'État■



Querelles syndicales et respect des statuts

Cour d'appel de Paris, chambre 1,
section A, 5 décembre 2006, n° 04/10546

Un chirurgien-dentiste, membre des instances dirigeantes d'un syndicat professionnel, a eu un différend avec les autres dirigeants, concernant sa rémunération au titre de ses fonctions syndicales. Un échange de courriers, communiqués aux adhérents par les deux parties, et une querelle avec des violences physiques, ont abouti à une procédure d'exclusion du praticien en question. Celle-ci est prononcée par le Conseil d'administration du syndicat.

Le chirurgien-dentiste exclu fait un recours devant l'Assemblée générale. Le président lui rejette ce recours. Le juge des référés, saisi par le praticien, annule la décision du président du syndicat et l'Assemblée générale est convoquée pour statuer sur le recours du praticien exclu.

Le procès-verbal de l'huissier assistant à l'Assemblée générale mentionne 205 personnes au nombre des participants. Le nombre de suffrages concernant la radiation n'est que de 196, alors que tous les présents devaient être appelés à participer au scrutin, conformément à la décision du juge des référés. Le scrutin de l'assemblée générale est donc irrégulier. Il est annulé car la radiation n'a pas été conforme aux statuts du syndicat■



LE DROIT PRATIQUE EN ODONTOLOGIE

PROTHÈSES & NOMENCLATURE

La nouvelle convention dentaire a-t-elle eu une incidence sur les règles d'application de la NGAP, notamment en matière de prothèse? Voici les réponses aux questions les plus fréquemment posées.

1- Quel est le nouveau plafond pour les honoraires des inlay-cores?

Il n'existe plus de plafond pour les inlay-cores. Le chirurgien-dentiste reste néanmoins soumis à deux obligations: le « tact et mesure », comme dans toute entente directe avec le patient, et l'établissement d'un devis et l'information du patient avant la réalisation du traitement.

2- Quelle est la cotation pour les facettes en céramique?

La nouvelle convention a admis le principe d'entente directe pour les inlays-onlays utilisant « une cuisson céramique » ou « un matériau composite faisant appel aux techniques de laboratoire ». Auparavant, seuls les inlays-onlays utilisant une coulée métallique pouvaient bénéficier d'une entente directe. Pour l'ensemble de ces actes, il est donc désormais possible de retenir la cotation de l'obturation correspondant aux nombres de faces concernées (SC7, SC12 ou SC15) à laquelle s'ajoutent les honoraires ED préalablement acceptés par le patient au moyen d'un devis.

3- Comment coter une prothèse immédiate? Faut-il la mentionner sur la feuille de soins?

Du point de vue clinique, la prothèse immédiate est posée après une chirurgie buccale (extractions dentaires, remodelage tissulaire, approfondissement du vestibule...) Selon le plan de traitement, elle pourrait être une prothèse définitive (prothèse d'usage). Sa cotation est celle prévue par la NGAP en fonction du nombre de dents. Il peut également d'agir d'une prothèse provisoire, elle est alors Hors nomenclature. Pour le renseignement de la feuille de soins: il ne faut faire figurer sur celle-ci que les actes ouvrant droit à un remboursement par l'assurance maladie. En d'autres termes, qu'il s'agisse de prothèses ou d'autres traitements bucco-dentaires, les actes hors nomenclature ne doivent pas figurer sur la feuille de soins mais sur une note d'honoraires portant l'entête du praticien.

4- Je réalise un bridge 35-(36)-37. Je cote 2XSPR50 + SPR30 + SPR60. Est-ce exact ?

La cotation sur les dents piliers (2XSPR50) doit se justifier par un état de chacune des dents interdisant sa reconstruction au moyen d'une obturation. L'intermédiaire de bridge est coté SPR30. Et c'est tout. On ne peut absolument pas rajouter un SPR60 (correspondant à une plaque base métallique).

5- Je réalise une gouttière occlusale pour correction de l'articulé dentaire. Le devis est en HN. Mon patient revient de la CPAM en me disant qu'il peut avoir un remboursement. Que faire?

En fait, la gouttière occlusale est une « orthèse » et non une « prothèse ». Donc elle devrait être comme vous l'avez bien compris, hors nomenclature. Mais le texte de la NGAP prévoit la cotation D60 pour une « prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé ». Il faut donc faire le devis avec cette cotation et une entente directe pour la partie des honoraires non prise en charge par l'assurance maladie.

6- Pour la reprise de traitement endodontique préprothétique, je propose au patient un devis avec la désobturation canalaire en HN, le traitement étant au tarif opposable. Est-ce conforme à la NGAP?

Non! Un acte est HN s'il peut être considéré comme un acte médical « à part entière », c'est-à-dire si son indication peut être posée dans différentes situations cliniques. Ainsi la dépose d'un tenon radiculaire peut être un acte à part, plusieurs situations cliniques pouvant indiquer une telle dépose: préalable à une radiothérapie intéressant la région oro-pharyngée, nécessité de mieux exploiter l'ancrage radiculaire dans la perspective d'une nouvelle reconstruction prothétique, nécessité d'accéder à l'espace endodontique pour reprise, etc.

Par contre, « la désobturation canalaire » n'est pas un acte à part. Elle ne peut avoir un objet médical autre que celui du retraitement endodontique. Elle fait partie de l'acte endodontique et ne peut donc être cotée séparément en HN.

7- Le chirurgien-dentiste-conseil me conteste une cotation de SC15 pour une reconstitution coronaire pré-endodontique, indispensable pour poser la digue. Est-ce normal ?

La question ne se pose pas en terme de normal ou pas, mais en fonction de ce que prévoit la nomenclature. La cotation SC15, devenue aujourd'hui SC17, est prévue pour « une obturation dentaire définitive ». À l'évidence, la reconstitution pré-endodontique (pourtant médicalement justifiée) ne correspond pas à une obturation définitive. La cotation de la NGAP ne peut être retenue. Il convient de prévoir des honoraires séparés, avec un devis HN, avant d'entreprendre le traitement.

8- Le chirurgien-dentiste-conseil me conteste la cotation d'une nouvelle prothèse complète au prétexte que l'ancienne prothèse a été réalisée il y a quatre ans.

La NGAP ne prévoit pas de limitation pour la durée d'usage des prothèses. Celles-ci doivent être renouvelées si l'indication médicale en est posée, suite à une modification des données anatomiques de la cavité buccale, ou si la prothèse n'est plus fonctionnelle suite à l'usure des dents prothétiques. Au besoin, si votre appréciation clinique diverge de celle du praticien-conseil, une expertise médicale permet de régler le différend.

9- Le chirurgien-dentiste-conseil me demande de coter une couronne sur implant en SPR30. Est-ce conforme à la Nomenclature?

Dans l'article relatif à la « prothèse dentaire adjointe », la NGAP prévoit que « si les dents absentes sont remplacées par une **prothèse conjointe**, les cotations à retenir sont celles prévues pour les prothèses adjointes. » Par définition, une prothèse est dite « conjointe » lorsque elle est conjointe aux dents supports. Ce n'est pas le cas d'une prothèse entièrement implanto-portée. **Celle-ci doit donc être cotée HN.** On peut rappeler deux points essentiels qui se rattachent à cette question:

- Certains praticiens-conseils se sont plaints de ne pas pouvoir contrôler les actes HN. Mais c'est la loi. Le contrôle médical des caisses porte exclusivement sur les actes relatifs à des prestations de l'assurance maladie. S'il n'y a pas de prestation (cas des actes HN), le praticien-conseil n'a pas le droit de réclamer les documents relatifs à ces actes, ni les contrôler.

- Le nouveau mode de calcul de l'ASM se base sur le rapport des actes en entente directe. Plus le chiffre des ED est important, plus la cotisation ASM du praticien est conséquente. Inscrive un acte en ED sur une feuille de soins, alors que la règle de la NGAP voudrait qu'il soit en HN se traduit donc par un alourdissement de la cotisation maladie du chirurgien-dentiste ■