

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2014

N° : 023D

Evolution du système de prise en charge des
soins et prothèses dentaires par rapport à
l'évolution des connaissances et de la pratique
odontologique.

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Jean SAVARD

Né le 14/02/1986

Le 03/06/2014 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Yves AMOURIQ

Co-directeur : M. le Docteur Denys GRAND

Assesseur : Mme le Docteur Elisabeth ROY

Directeur de thèse : M. le Docteur Dominique MARION

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr. LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr. AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr. RENAUDIN Stéphane Pr. SOUEIDAN Assem Pr. WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur GIUMELLI Bernard	Monsieur LESCLOUS Philippe Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOHNE Wolf (Professeur Emérite) Monsieur JEAN Alain (Professeur Emérite)	Monsieur BOULER Jean-Michel
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile	Madame LEROUXEL Emmanuelle
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Monsieur DENIAUD Joël Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Séréna Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLLOU Xavier Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Madame BOEDEC Anne Monsieur CLÉE Thibaud Monsieur DAUZAT Antoine Madame DAZEL LABOUR Sophie Monsieur DEUMIER Laurent Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur KOUADIO Kouakou (assistant associé) Monsieur LANOISELEE Edouard Madame LEGOFFE Claire Madame MAÇON Claire Madame MALTHIERY Eve Madame MELIN Fanny Madame MERAMETDJIAN Laure Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur RESTOUX Gauthier Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan

Par délibération, en date du 6 septembre 1972, le conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A Monsieur le **Professeur Yves AMOURIQ**

Professeur des Universités.

Praticien Hospitalier.

Chef de Service Odontologie Restauratrice et Chirurgicale.

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Dominique MARION**

Docteur en chirurgie dentaire.

Maître de conférences des universités.

Praticien Hospitalier des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires.

Chef de département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie.

- NANTES -

Pour avoir accepté de co-diriger ce travail.

Je vous remercie pour votre sympathie, votre disponibilité, et votre aide au cours de ma formation clinique.

Veillez trouver ici la marque de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Denys GRAND**

Docteur en chirurgie dentaire.

Chirurgien-dentiste conseil chargé de mission sur le plan régional (Assurance Maladie).

Attaché universitaire des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires.

- NANTES -

Pour avoir accepté de co-diriger ce travail.

Je vous remercie pour votre sympathie, votre disponibilité, votre aide pour ce travail et vos conseils avisés au cours de ma formation clinique.

Veillez trouver l'expression de ma respectueuse considération et de ma sincère gratitude.

A Madame le **Docteur Elisabeth ROY**

Docteur en chirurgie dentaire.

Maître de conférences des universités.

Praticien Hospitalier des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires.

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse, je vous remercie pour votre sympathie et vous prie de croire en l'expression de mes sincères remerciements.

A ma famille pour toutes ces années de soutien, sans eux, rien de cela n'aurait été possible.

A Margaux, pour l'amour et le bonheur que tu m'apportes.

Et bien sûr à mes amis de la Fac

Maxime, pour tous les moments partagés, qu'ils aient été heureux ou difficiles

Tony, parce que n'est pas un beau gosse qui veut

Jonathan, pour les soirées à nous faire découvrir les tubes d'un autre temps

Manu, dédicace aux patates de l'île de Ré

*Adèle, Magalie, Margaux et Marion, les filles du groupe ; pour la touche de féminité et le
booty shake*

*A tous les autres, Cindy, Louis-Emmanuel, Luc, Marie-Caroline, Ronan et Vincent, parce
qu'on aura bien rigolé.*

Et pour finir la devise familiale : T.D.A

Sommaire

Introduction	7
Chapitre 1 : Historique de la Sécurité sociale	10
Articles Clés	10
Les différentes branches du régime général	11
Quelques chiffres (2011)	12
Chapitre 2 : Nomenclature, de 1972 à 2013	14
Nomenclature, explication	14
Lettres clés et coefficients	14
Notation d'un acte	14
Convention dentaire	14
Nomenclature de 1972 (intéressant le chirurgien-dentiste)	15
Nomenclature de 2013 (intéressant le chirurgien-dentiste)	15
Valeur des lettres clés (Juin 2013)	16
Chapitre 3 : Inflation ou coût de la vie et évolution de la valeur des lettres clés	17
Inflation	17
Analyse des graphiques	17
Valeur de la lettre clé C	18
Valeur de la lettre clé DC	19
Valeur de la lettre clé SC	20
Valeur de la lettre SPR	21
Valeur de la lettre clé Z	22
Conclusion chapitre 3	22
Chapitre 4 : Coût réel d'un acte	23
Calcul du coût horaire	23
Calcul des prix des fournitures suivant l'acte	24
Prix réel d'un soin restaurateur une face (SC 7)	24
Prix réel d'un soin restaurateur trois faces (SC 17)	25
Prix réel d'un RMIPP (SC 33)	26
Prix réel d'un détartrage (SC12)	27
Prix réel d'un traitement endodontique sur prémolaire (SC 20)	28
Prix réel d'un traitement endodontique molaire (SC 34)	29
Prix réel d'une extraction (DC 16)	30
Prix réel d'une couronne dentaire (SPR 50)	31
Prix réel d'un inlay core (SPR 57)	32
Prix réel d'une prothèse résine 5 dents et d'une prothèse métallique 5 dents	33
Prix réel d'un complet bi-maxillaire (SPR 85*2)	34
Conclusion du chapitre 4	35

Chapitre 5 : Evolution de la pratique dentaire et évolution de la nomenclature	37
Concepts de la dentisterie moderne.....	37
Schéma 1 : Exemple du gradient thérapeutique	38
Tour d’horizon de la pratique.....	38
Répartition des actes par catégories	38
Tableau 2 : Répartition des actes techniques et diagnostiques par catégorie.....	39
Nomenclature et parodontologie	40
Nomenclature et implantologie	40
Nomenclature et soins conservateurs	41
Nomenclature et endodontie.....	42
Nomenclature et prothèse.....	42
Nomenclature et pédodontie.....	43
Conclusion chapitre 5.....	44
Chapitre 6 : La CCAM.....	46
Différences entre NGAP et CCAM.....	46
Explication de la CCAM	46
Apport de la CCAM	48
Conclusion du chapitre 6.....	48
Chapitre 7 : Regard sur d’autres pays	49
Conclusion.....	52
Bibliographie	54
Annexe 1 : Journal officiel de 1972	59
Annexe 2 : Journal officiel de 1984	60
Annexe 3 : Journal officiel de 1994	61
Annexe 4 : Prix des fournitures.....	62

Introduction

En 2012, la nomenclature dentaire a fêté son 40^{ème} anniversaire. En 40 ans d'existence bien des évolutions ont vu le jour dans notre pratique odontologique, dans notre façon de soigner.

- Mais ces évolutions ont-elles trouvé écho dans notre nomenclature ?
- Sont-elles inscrites, Reconnues ?

A travers l'analyse des textes de la convention au fil des ans, de l'étude de notre pratique, nous tenterons de répondre à ces questions.

Nous essaierons de savoir si notre nomenclature a suivi ces évolutions ou si sa stagnation n'a pas entraîné une certaine obsolescence par rapport à certains actes.

Nous analyserons aussi le coût réel de certains actes, afin de savoir si les tarifs de la convention sont encore en adéquation avec les charges d'un cabinet en 2013.

Nous essaierons de comprendre qu'elles sont les conséquences de ces remarques sur la pratique et sur les praticiens.

Chapitre 1 : Historique de la Sécurité Sociale [2]

La Sécurité Sociale s'est construite depuis 1945 sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. L'objectif premier des concepteurs était de « couvrir le risque social et débarrasser le salarié de la hantise du lendemain ».

À l'origine réservé aux salariés et à leur famille, le régime général de l'Assurance Maladie s'est progressivement élargi à d'autres catégories de la population (jeunes libérés du service militaire, femmes divorcées ne travaillant pas, anciens détenus, etc.). L'Assurance Maladie permet ainsi à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources. Aujourd'hui, elle garantit l'accès aux soins pour près de 65 millions de personnes.

De 1945 à nos jours

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 promulguées par le gouvernement du Général de Gaulle créent une organisation de la Sécurité sociale. Ces ordonnances fusionnent toutes les anciennes assurances (maladie, retraite,...) et constituent une rupture avec une ancienne forme de prise en compte du social qui datait de l'avant-guerre. Elles prévoient le principe d'une « gestion des institutions de Sécurité sociale par les intéressés ».

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le développement des progrès médicaux et l'amélioration des retraites, la Sécurité sociale se trouve bientôt confrontée à des difficultés financières. Pour y faire face, une ordonnance de 1967 instaure une séparation en branches autonomes : maladie, famille et vieillesse. Chaque branche devient alors responsable de ses ressources et de ses dépenses.

La réforme de 1996 implique une nouvelle chaîne de responsabilités entre les acteurs du système de protection sociale : gouvernement, Parlement, gestionnaires des systèmes de Sécurité sociale, professions de santé et assurés sociaux.

La réforme adoptée en 2004 par le Parlement vise à sauvegarder le régime d'assurance maladie tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

Le 4 octobre 2005 : La Sécurité sociale a 60 ans.

Articles Clés

Article 1er de la Constitution de 1946 « Il est institué une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent ».

Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité

matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ».

Les différentes branches du régime général [3]

L'organisation actuelle du régime général résulte de l'ordonnance de 1967 qui instaure la séparation de la sécurité sociale en branches autonomes : la branche maladie, la branche accidents du travail-maladies professionnelles, la branche retraite, la branche famille et la branche recouvrement.

La branche maladie et la branche accidents du travail-maladies professionnelles

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) gère la branche maladie (qui recouvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès) et, dans le cadre d'une gestion distincte, la branche accidents du travail-maladies professionnelles.

La CNAMTS définit les orientations et pilote le réseau des organismes chargés de les mettre en œuvre :

- au niveau local et départemental : 101 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine, 1 caisse commune de sécurité sociale (CCSS de la Lozère), 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer et 1 caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.
- au niveau régional : 15 Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)* et 1 caisse régionale d'assurance maladie (CRAM Île-de-France) interviennent en matière d'action sociale et de prévention et tarification des risques professionnels.

* Depuis le 1^{er} juillet 2010, les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) - à l'exception de la CRAM Île-de-France - ont changé d'identité et sont devenues des CARSAT. Ce changement intervient à la suite de la création des agences régionales de santé (ARS) à qui sont transférées les missions auparavant exercées par les CRAM en matière de politique sanitaire et médico-sociale.

La branche retraite

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) définit les orientations de la branche retraite en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage. À noter qu'en Île-de-France, la CNAV gère directement la retraite du régime général et assure le calcul et le paiement des retraites. Dans les autres régions, elle délègue ce rôle aux CARSAT, aux CGSS dans les départements d'outre-mer et à la CSS à Mayotte.

La branche famille

La Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) gère différentes prestations familiales et sociales. Au niveau local, les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) assurent le service de ces prestations (allocations familiales, aides à la famille, aides au logement, revenu de solidarité active, etc.).

La branche recouvrement

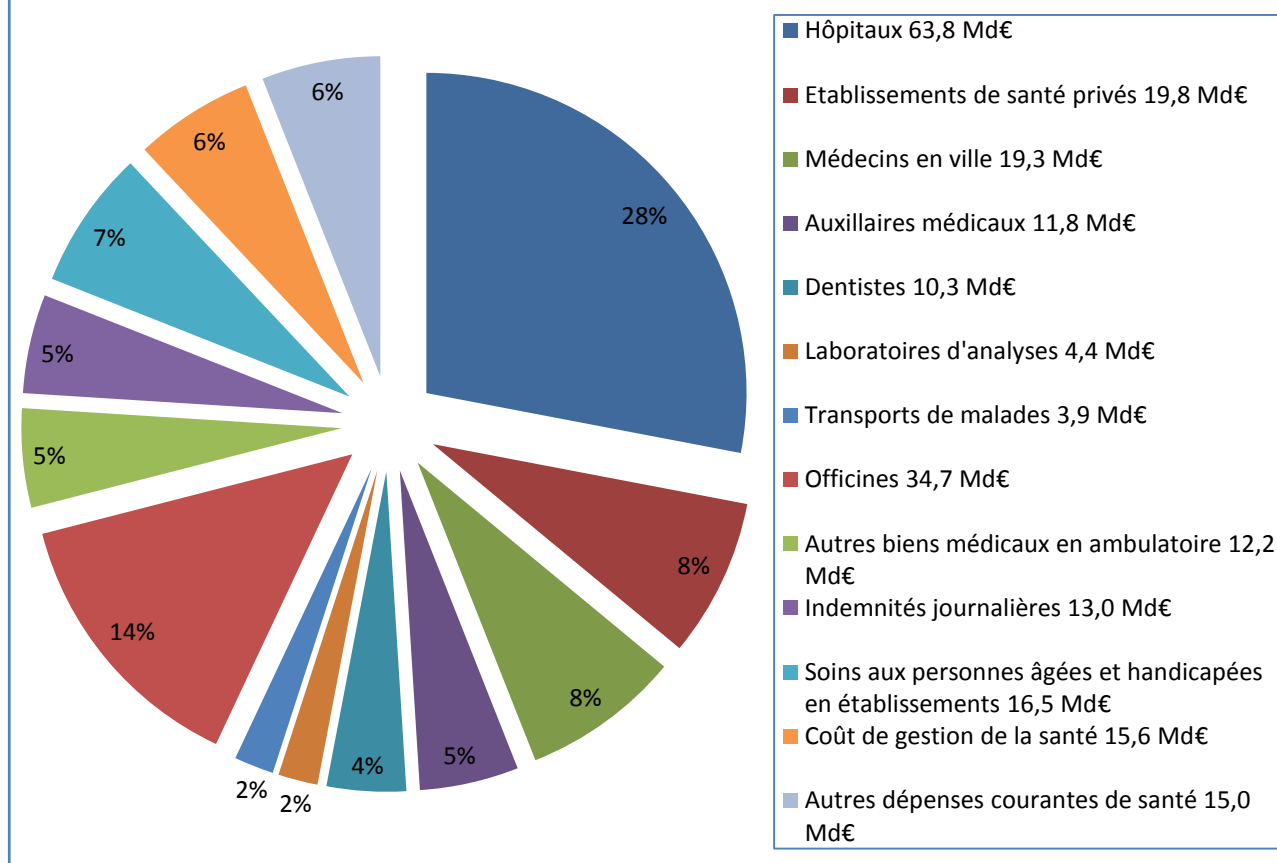
L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) est la caisse nationale de la branche de recouvrement du régime général de la sécurité sociale. Elle assure la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale et coordonne l'action des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui, au niveau local, assurent l'encaissement des cotisations et des contributions.

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale

L'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS) assure des tâches d'intérêt commun à l'ensemble du régime général de la sécurité sociale, en matière notamment de ressources humaines (conventions collectives, formation du personnel, négociations salariales, etc.).

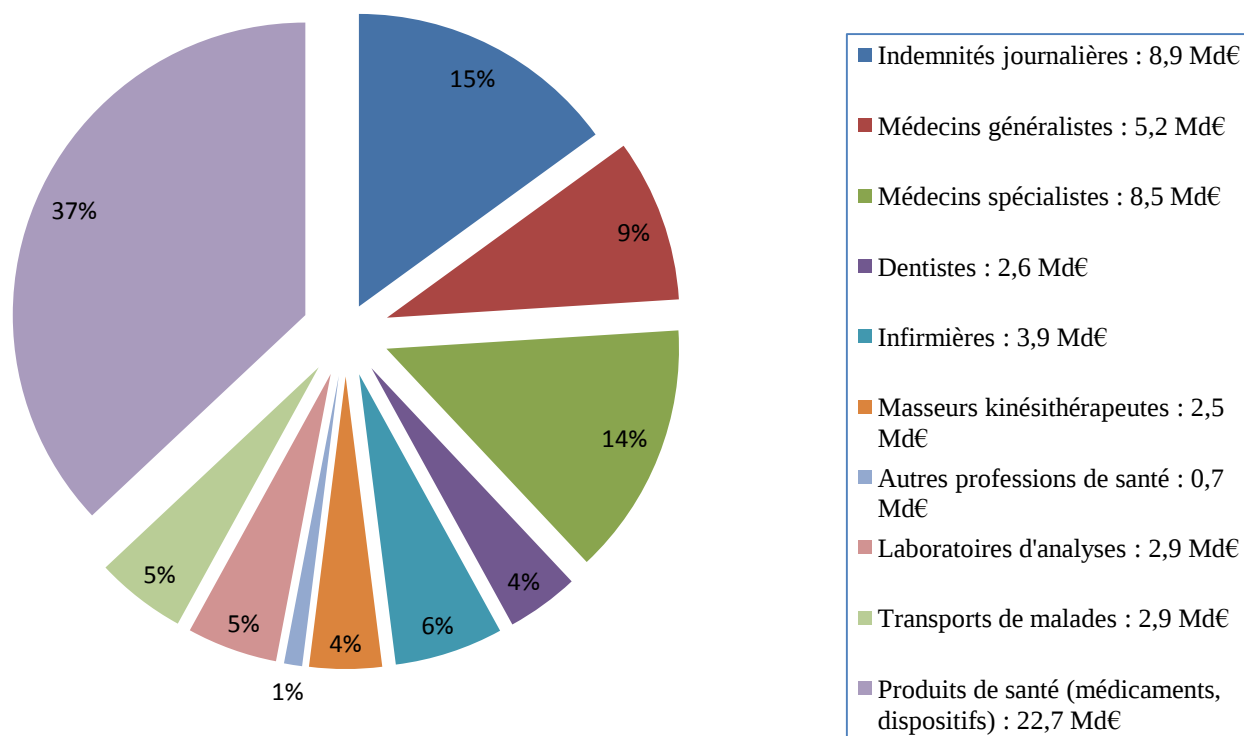
Quelques chiffres (2011)

Figure 1 : Dépenses courantes de santé en France en 2011 : 240 Md€. Réf : Senat.fr [32]



Dépenses de soins

Figure 2 : Dépenses de soins de ville pour le régime général en 2011 : 61 Md€. Réf : Senat.fr [33]



Chapitre 2 : Nomenclature, de 1972 à 2013

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) au niveau dentaire a été instaurée par arrêté le 27 Mars 1972. Puis, avec le temps, de nombreux autres décrets et arrêtés sont venus se greffer tout au long de l'évolution de la pratique, sans que ne soient modifiés les fondamentaux.

Nomenclature, explication

La nomenclature établit la liste des actes professionnels que peuvent effectuer les chirurgiens-dentistes, ainsi que leurs cotations. Elle permet de communiquer aux organismes d'assurance maladie, (tout en respectant le secret professionnel) la nature des soins effectués chez le patient.

Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

Lettres clés :

La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Il existe différentes lettres clés suivant l'acte réalisé (prothèse, soin, chirurgie, etc).

Coefficient :

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Notation d'un acte

Le praticien ne doit pas indiquer la nature de l'acte pratiqué sur la feuille de maladie, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

(Réf : Annexe 1 : Journal Officiel de 1972)

Convention dentaire [24]

Si la nomenclature dentaire sert à établir une liste d'actes et de cotations que le chirurgien-dentiste est amené à faire, la convention dentaire, elle, est destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie. Ce texte est un accord entre les différents partenaires sur les valeurs des lettres clés, sur la ligne de conduite de la pratique, sur l'orientation souhaitée des soins afin que leurs accès restent accessibles et de qualité.

Nomenclature de 1972 (intéressant le chirurgien-dentiste)

C : Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

CS : Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié. »

V : Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

VS : Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

K : Actes de chirurgie spécialités pratiqués par le médecin.

Z : Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.

D : Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.

On peut voir que lors de la création de la nomenclature en 1972, l'intégralité de l'activité du chirurgien-dentiste se regroupe sous 3 lettres clés. La consultation (C) ; les actes utilisant les radiations ionisantes (Z) et les actes dédiés au chirurgien-dentiste (D).

Nomenclature de 2013 (intéressant le chirurgien-dentiste)

C : Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

Cs : Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

Vs : Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

Z : Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.

ORT : Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

SCM : Soins conservateurs pratiqués par le médecin.

PRO : Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin.

TO : Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SC : Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SPR : Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste.

D ou DC : Autres actes que l'orthopédie dento-faciale, l'obturation dentaire définitive, actes de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste. La lettre-clé DC est utilisée par le chirurgien-dentiste pour les actes affectés de la lettre KC à la deuxième partie de la Nomenclature.

En 40 ans de nomenclature, celle-ci a évolué. Les principales modifications ont commencé en 1984 avec l'apparition du DC (*voir annexe 2*) pour tous les actes de chirurgie. Vient ensuite en 1994, le remplacement du SCP par la création du SC pour tous les actes conservateurs et le SPR pour tous les actes de prothèses (*voir annexe 3*). Mais la plus importante modification devrait venir avec l'entrée des actes des chirurgiens-dentistes dans la CCAM (Classification commune des actes médicaux) des médecins déjà mise en place depuis 2005, réforme programmée pour Juin 2014.

Valeur des lettres clés (Juin 2013)

Comme nous l'avons vu précédemment chaque lettre clé a une valeur. Avec le coefficient, la valeur de la lettre clé sont les variables que la sécurité sociale modifie pour s'adapter à la pratique, pour revaloriser le prix des actes, pour compenser la hausse du coût de la vie. En 2013 la valeur des lettres clés est :

Tableau 1 : Valeur des lettres clés (Juin 2013) Réf : Améli.fr [4]

	Départements métropolitains	Antilles Guyane	Réunion
Consultation			
-du chirurgien-dentiste omnipraticien	23.00	25.30	27.60
-du chirurgien-dentiste spécialiste ODF	23.00	25.30	27.60
Visite			
-du chirurgien-dentiste omnipraticien	23.00	25.30	27.60
-du chirurgien-dentiste spécialiste ODF	23.00	25.30	27.60
SC	2.41	2.60	2.60
SPR	2.15	2.15	2.15
TO	2.15	2.15	2.15
D	1.92	1.92	1.92
DC	2.09	2.25	2.25
Z	1.33	1.33	1.33
Majoration de dimanche ou jour férié	19.06	19.06	19.06
Majoration de nuit	25.15	25.15	25.15
Indemnité forfaitaire de déplacement	2.74	2.74	2.74
Valeur de l'indemnité kilométrique:			
-plaine	0.61	0.65	0.69
-montagne	0.91	0.97	1.02
-à pied, à skis	4.57	4.88	4.88

Chapitre 3 : Inflation ou coût de la vie et évolution de la valeur des lettres clés

Comment savoir si la valeur d'un acte ou d'un soin telle que définie dans le cadre conventionnel est correcte ? La sécurité sociale en 1972 avec la création de la nomenclature a mis une valeur sur chaque acte. Ce prix était censé représenter la valeur, le coût, de chaque soin pratiqué par le dentiste. Ensuite cette valeur a été réévaluée au fur et à mesure des années, au fil de multiples avenants et arrêtés ; pour répondre à l'inflation, à l'augmentation du prix du matériel et du fonctionnement d'un cabinet. En théorie, c'est à cela que ces réévaluations des tarifs auraient dû pallier.

En analysant le tarif de chaque lettre clé depuis sa création, nous regarderons s'il subit une augmentation répondant à la hausse du coût de la vie. Nous la comparerons aussi avec une valeur monétaire (à savoir l'euro de 2005) qui nous permettra de comprendre si l'acte est dévalorisé, ou au contraire a subi une augmentation plus forte que l'inflation.

Il ne faut pas confondre réévaluation du prix de l'acte suivant l'inflation et valeur réelle de l'acte, c'est-à-dire à combien revient le soin pour le dentiste. Le prix d'un soin sera traité dans le chapitre 4.

Inflation [17]

L'inflation est la perte du pouvoir d'achat de la monnaie qui se traduit par une augmentation générale et durable des prix.

Elle doit être distinguée de l'augmentation du coût de la vie. La perte de valeur des unités de monnaie est un phénomène qui frappe l'économie nationale dans son ensemble, sans discrimination entre les catégories d'agents. Pour évaluer le taux d'inflation on utilise l'indice des prix à la consommation (IPC). Cette mesure n'est pas complète, le phénomène inflationniste couvrant un champ plus large que celui de la consommation des ménages.

Analyse des graphiques

Tous les graphiques présentés, débutent en 1980 et s'arrêtent en 2010 ; l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé) n'ayant pas d'archive antérieure à cette date et aucune mise à jour n'ayant été effectuée après 2010 pour les actes dentaires. Le graphique N°1 sera toujours en euro courant et le graphique N°2 sera toujours en prix relatifs euro 2005.

Les graphiques en euro courant sont justes un portage du franc à l'euro avant la création de l'euro. Ils ne tiennent pas compte de l'inflation.

Les graphiques en prix relatifs de l'euro de 2005 prennent en compte l'inflation de la monnaie, avec comme monnaie de référence l'euro 2005. C'est-à-dire que les prix donnés sur le graphique, sont convertis avec le pouvoir d'achat de l'euro 2005.

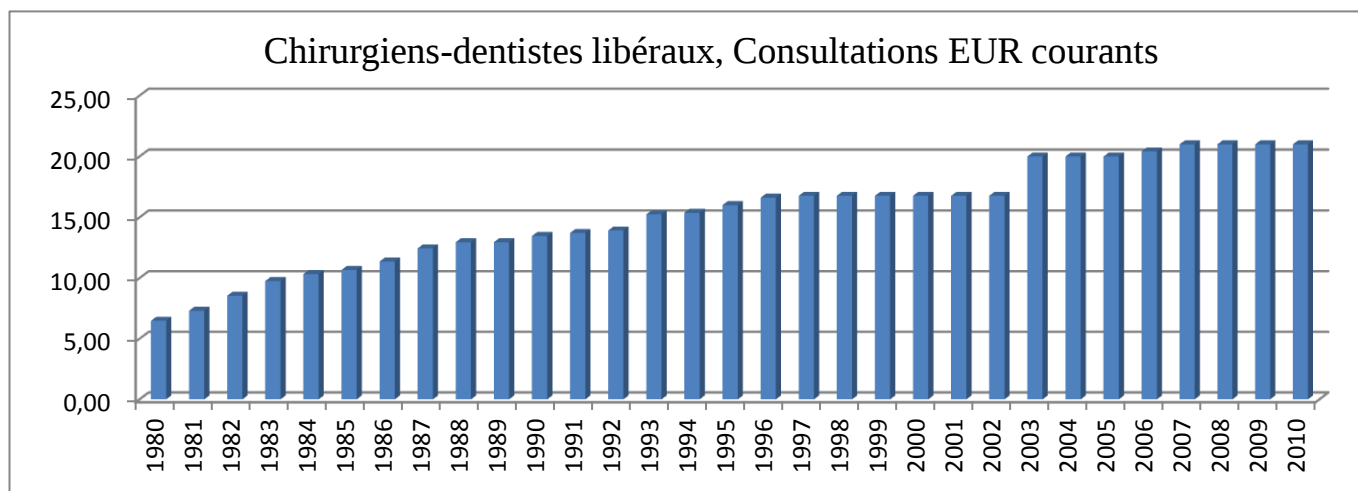
Exemple : en 1986 la consultation coûtait 75 francs, soit, environ 11.5 euros en euro courant ; il s'agit d'une simple conversion franc-euro. Maintenant passons en euro 2005, les 75 francs de 1986 représentent environ 17 euros. Cela veut dire qu'avec 75 francs en 1986 j'ai le même pouvoir d'achat qu'avec 17 euros en 2005.

Les graphiques en euro 2005 sont donc intéressants pour suivre l'évolution du prix de la lettre clé par rapport à l'inflation. Une courbe descendante représente une perte de pouvoir d'achat, ou une dévalorisation de l'acte. Au contraire une courbe ascendante représente un gain de pouvoir d'achat, ou une augmentation du prix de l'acte supérieur à l'inflation. Une courbe parallèle à l'axe des x représente une revalorisation du prix de l'acte qui suit l'inflation.

Valeur de la lettre clé C

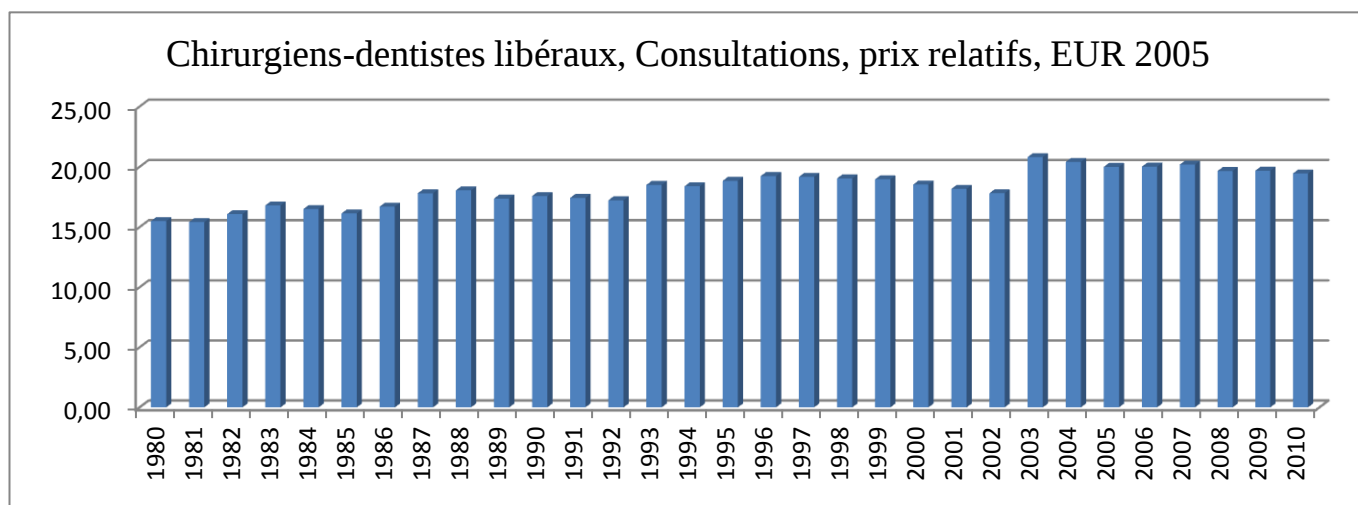
La lettre C est apparue en 1972, elle est indexée sur celle des médecins, la dernière réévaluation qu'elle a subie date du début 2013 ou elle a été augmentée à 23 euro.

Graphique N°1



Sur ce graphique nous constatons une augmentation du tarif de la lettre clé C depuis sa création. Nous pouvons voir aussi de nombreux paliers, signe que pendant plusieurs années sa valeur n'a pas été augmentée. L'exemple le plus frappant, entre 1997 et 2002, sa valeur est restée inchangée pendant 5ans.

Graphique N°2

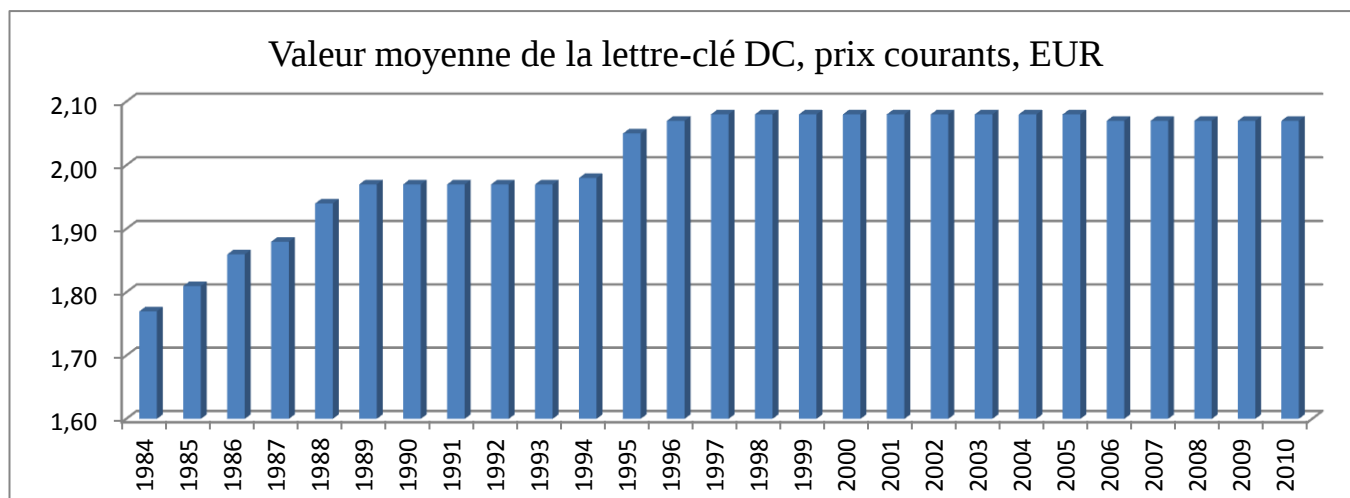


Ce graphique en prix relatifs de l'euro 2005 est très intéressant. Il nous montre une courbe légèrement ascendante, signe que le prix du C répond à l'inflation. On remarque qu'après chaque réévaluation du prix (1996, 2003 et 2006) la courbe devient descendante signe d'une dévalorisation de l'acte. Pour suivre l'inflation les lettres clés devraient être revalorisées tous les ans.

Valeur de la lettre clé DC

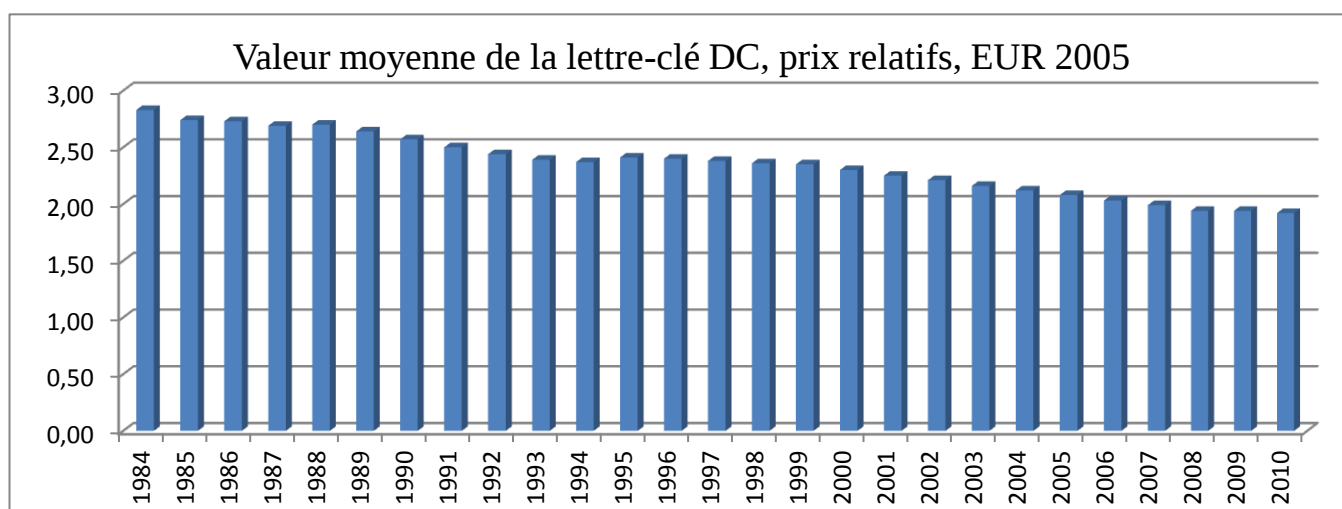
Le DC est apparu en 1984, il vient remplacer la lettre D. En 2013 la valeur du DC est à 2.09 euros.

Graphique N°3



Ce graphique est très parlant, nous pouvons clairement voir que le DC n'a pas été réévalué depuis 1996, soit 17 ans.

Graphique N°4



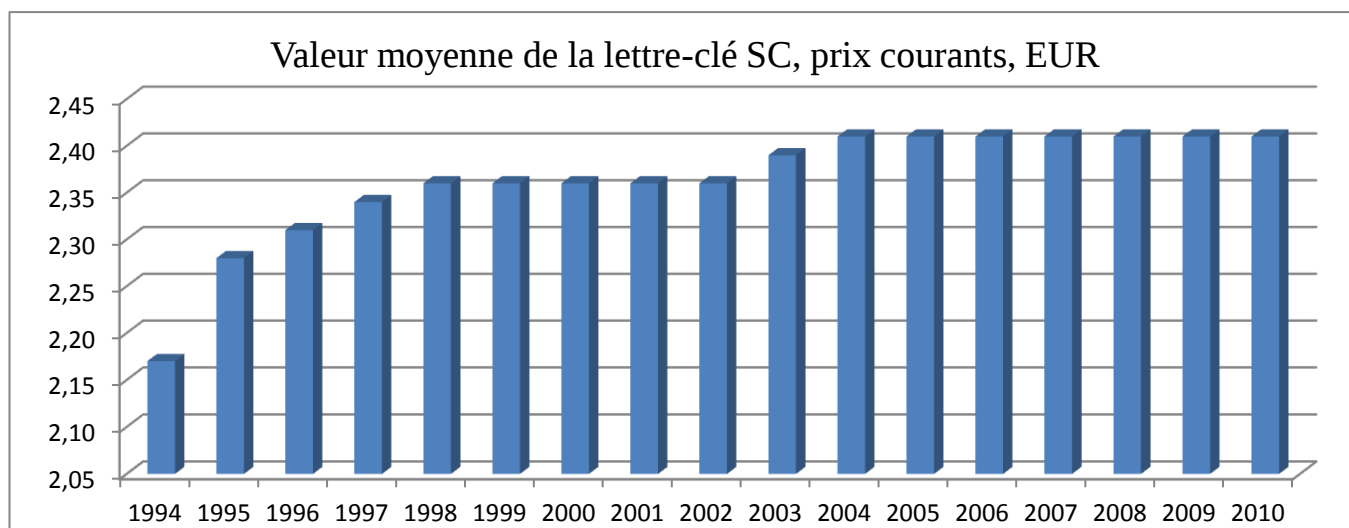
Là aussi, c'est un graphique très intéressant, nous voyons clairement une courbe descendante depuis la date de sa création, signe d'une dévalorisation importante de la lettre

clé. Ainsi en 1984 la lettre clé correspondait à quasiment 3 euros, pour atteindre un peu plus de 1.80 euro en 2010, tout ceci en prix relatifs euro 2005.

Valeur de la lettre clé SC

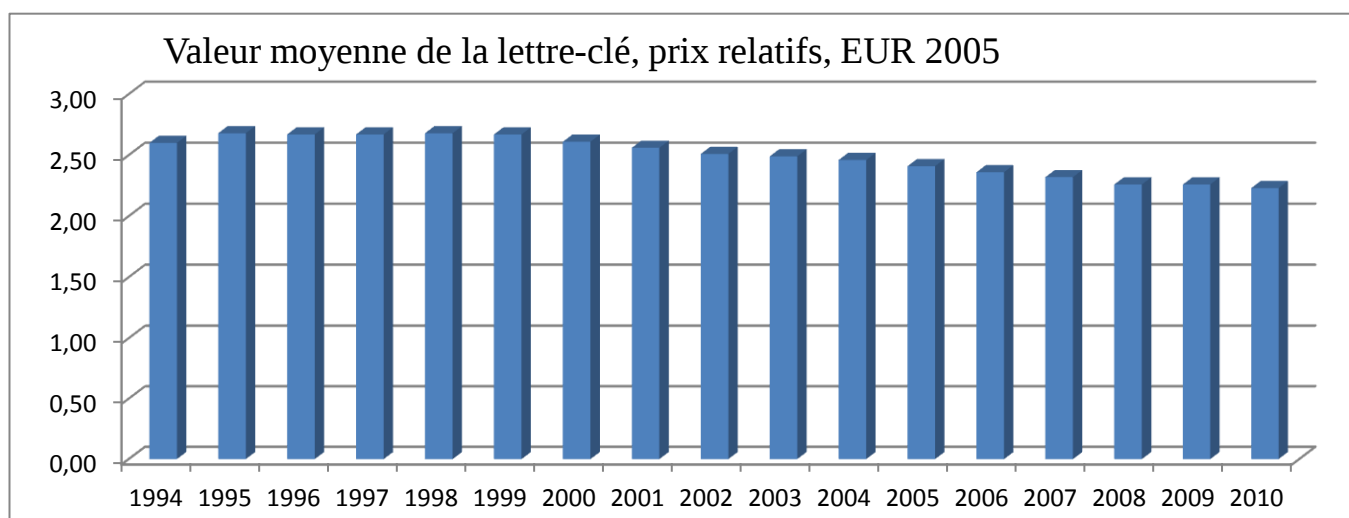
Le SC est apparu en 1994 en même temps que le SPR. Il remplace le SCP. En 2013 le SC a une valeur de 2.41 euros.

Graphique N°5



Ici nous constatons une courbe très légèrement ascendante. Depuis sa création jusqu'en 2004, il passe de 2.17 euros pour atteindre sa valeur actuelle de 2.41, soit 24 centimes d'euro en 10 ans. Depuis 2004, il n'y a eu aucune modification de sa valeur.

Graphique N°6

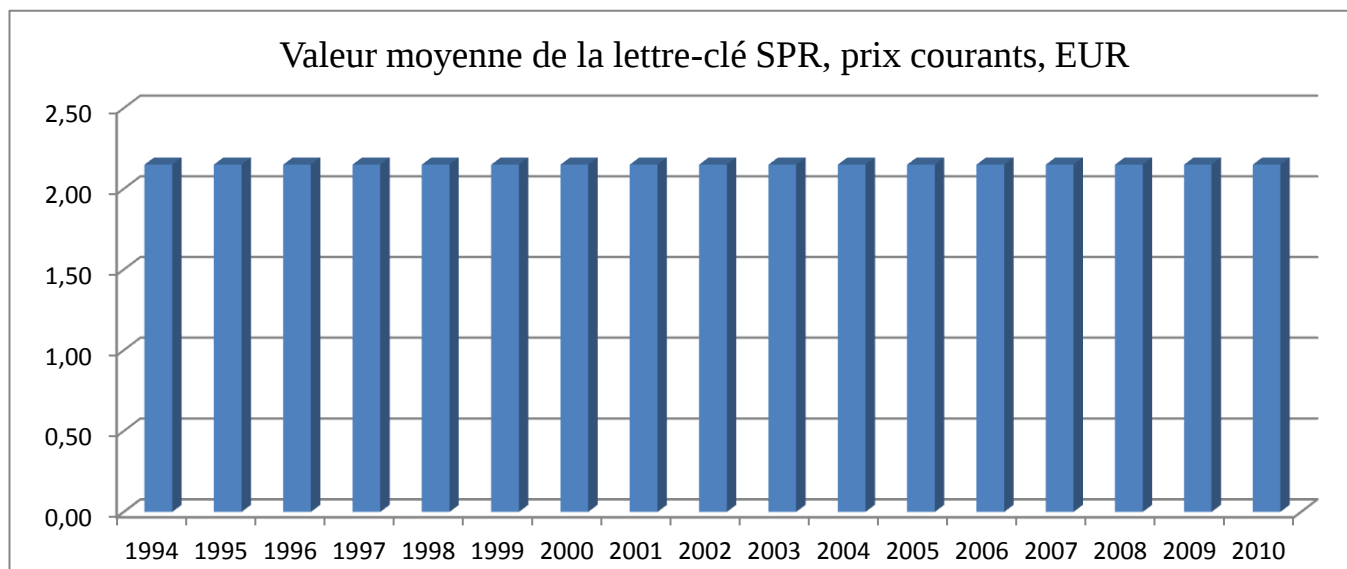


Nous voyons sur ce graphique une courbe quasiment stable de 1994 à 1999 pour ensuite devenir légèrement descendante, signe d'une dévalorisation de sa valeur.

Valeur de la lettre SPR

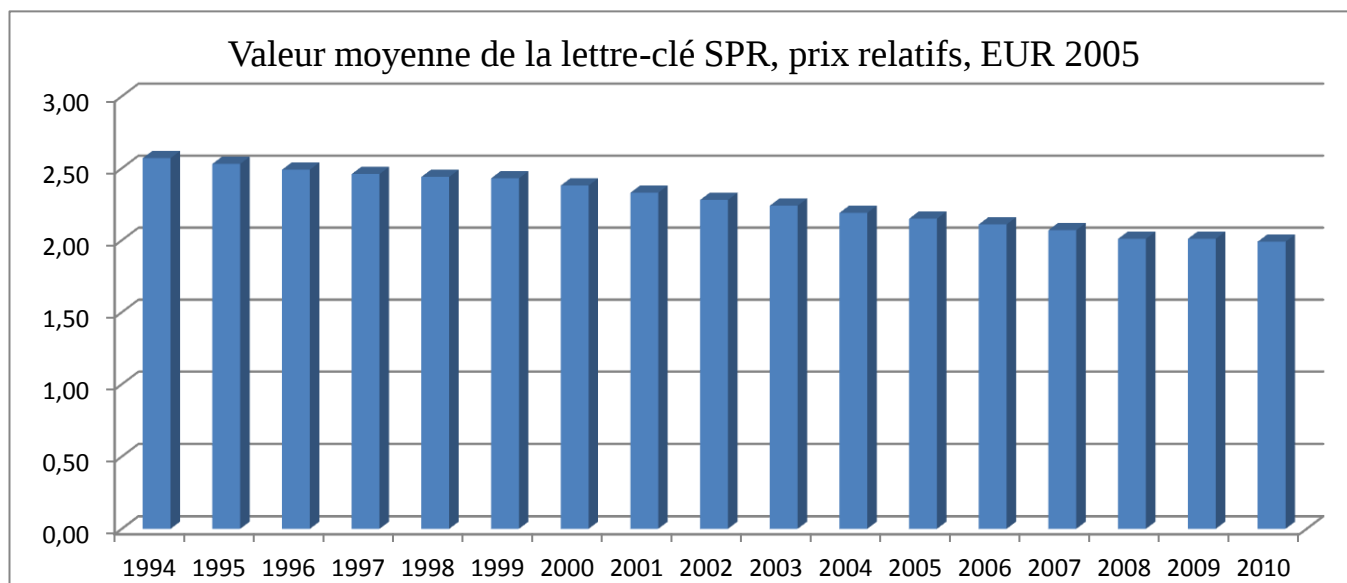
Le SPR est apparu en même temps que le SC en 1994, il remplace le SCP. En 2013 la valeur du SPR est de 2.15 euros.

Graphique N°7



Ce graphique ne peut être plus explicite, nous voyons qu'en 19 ans, le SPR n'a pas vu sa valeur augmentée une seule fois. Les soins de prothèse représentés par le SPR font l'objet de dépassements d'honoraires avec l'entente directe.

Graphique N°8

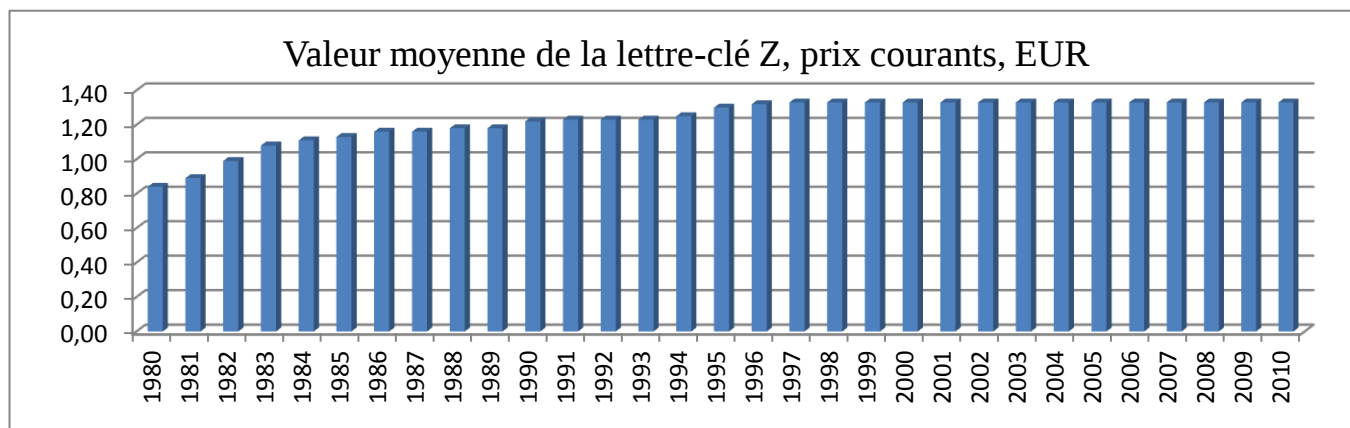


Logiquement, suite au graphique numéro 7, la courbe ne peut être que descendante, représentant une dévalorisation du SPR constante depuis son apparition dans la nomenclature.

Valeur de la lettre clé Z

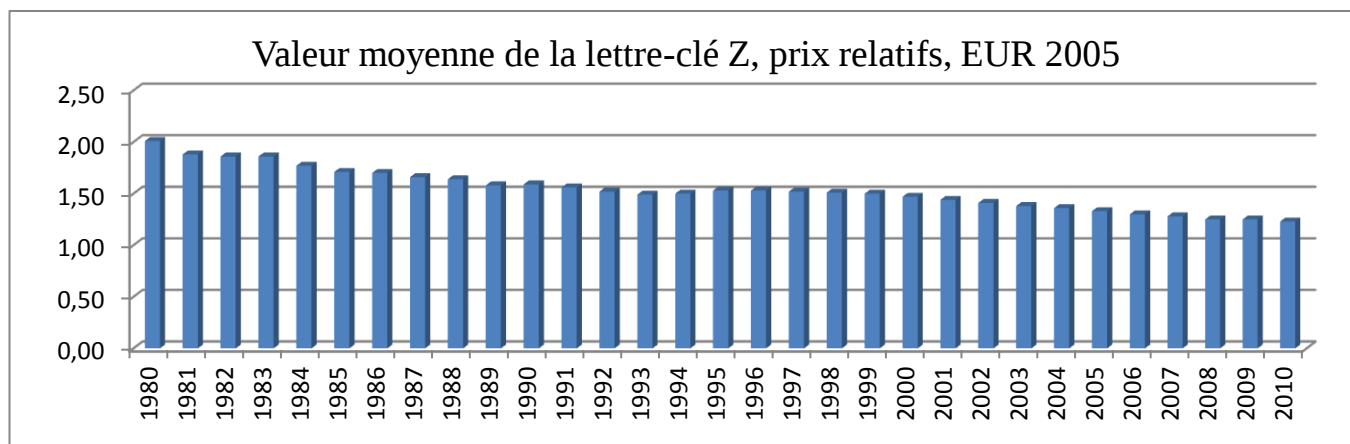
La lettre clé Z est apparue en 1972 avec la nomenclature dentaire. En 2013 sa valeur est à 1.33 euros.

Graphique N°9



Nous pouvons voir sur le graphique que jusqu'en 1996, l'augmentation du prix du Z est quasiment constante et régulière. A partir de 1996, donc depuis 17 ans, la valeur du Z n'a pas augmenté, elle reste à 1.33 euros.

Graphique N°10



Nous remarquons une courbe descendante, en adéquation avec le graphique N°9. La lettre clé Z subit une dévalorisation constante de sa valeur depuis sa création.

Conclusion du chapitre 3

Après analyse de chaque graphique nous constatons que toutes les lettres clés font l'objet d'une dévalorisation, due à une stagnation de leurs tarifs. Nous remarquons que pour la majeure partie des lettres clés, aucune augmentation n'a été constatée depuis 17 ans, voire depuis leur création. Dans la suite de ce travail, nous allons analyser si ce constat de stagnation voire de régression peut avoir un impact sur la pratique et sur l'évolution de celle-ci ; c'est-à-dire si le coût réel d'un acte est encore en adéquation avec celui donné par l'assurance maladie.

Chapitre 4 : Coût réel d'un acte

Dans ce chapitre nous allons voir si les tarifs de la sécurité sociale sont en adéquation avec la réalité des charges et des prix d'un cabinet dentaire en 2012-2013.

- Comment calculer ce coût pour un acte donné ?
- Faut-il simplement utiliser le matériel nécessaire pour le soin donné, ou bien tout inclure, et calculer en coût horaire ?

Le plus réaliste est le fonctionnement au coût horaire, incluant le coût matériel et le fonctionnement du cabinet. Les coûts horaires seront calculés de façon à être équilibrés ; c'est-à-dire, n'incluant aucun bénéfice, en soustrayant le prothésiste et les fournitures pour les calculer au cas par cas des actes.

Les tarifs prothésistes utilisés seront ceux d'un laboratoire de prothèse français ; ces prix sont soumis à variation.

Les tarifs des fournitures seront ceux d'un fournisseur de produit dentaire tiré du catalogue Henry Schein 2013.

De plus, tous les actes de la nomenclature ne seront pas analysés ici, seuls les actes les plus courants et les plus représentatifs le seront. Pour chaque calcul, on considèrera que l'acte est réalisé dans des conditions optimales. (*Voir annexe 4 prix des fournitures*)

Calcul du coût horaire

Pour cela nous allons prendre les chiffres moyens que l'AGA de la Loire Atlantique nous a fournis. Ce sont des données de 2012 sur 383 adhérents. Ces adhérents ont un chiffre d'affaire moyen de 208 418 euros. Il est intéressant de noter que sur 383 adhérents, 52% (soit 201 adhérents), ont un chiffre d'affaire supérieur à 183 000 euros.

Nous allons calculer deux coûts horaires : un, avec tous les adhérents puis un autre sur les 201 adhérents ayant les plus importants chiffres d'affaires, celui-ci paraît être plus en adéquation avec une pratique à temps plein.

Du total des dépenses nous allons soustraire le prix du prothésiste et des fournitures (qui seront calculés au cas par cas de l'acte). Nous obtiendrons donc un coût horaire où nous aurons soustrait le coût prothésiste et le coût des fournitures.

Coût Horaire n°1 (CH N°1)

Il est calculé sur le total des adhérents et sur un nombre d'heures annuel de 1470h par an, soit 35h par semaine.

- Chiffre d'affaire moyen sur 383 adhérents : 208 418€
- Total des dépenses : 129 578€
- Coût horaire avec prothésiste et fournitures : 88.15€
- Prothésiste : 31 052€ soit 23.9% des dépenses
- Fournitures : 9393€ soit 7.25% des dépenses
- Coût Horaire N°1 sans prothèse et fournitures, CH N°1 : 60.63€

Coût Horaire n°2 (CH N°2)

Il est calculé sur 52% des adhérents (201) ayant un chiffre d'affaires annuel supérieur à 180 000€ et sur un nombre d'heures annuel de 1680h par an soit 40h par semaine.

- Chiffre d'affaires moyen sur 201 adhérents : 280 966€
- Total des dépenses : 177 564€
- Coût horaire avec prothèse et fournitures : 105.7€
- Prothésiste : 42 967€ soit 24.2% des dépenses
- Fournitures : 13 344€ soit 7.51% des dépenses
- Coût Horaire N°2 sans prothèse et sans fournitures, CH N°2 : 80.12€

Calcul des prix des fournitures suivant l'acte

Pour chaque acte, le prix des fournitures sera calculé en fonction des données acquises de la science et des recommandations actuelles pour la réalisation de l'acte donné.

Il apparaîtra dans les fournitures la ligne : plateau de base composé de gants, masque, serviette patient, coton salivaire, gobelet, pompe à salive, plateau jetable, essuie tout, embout air/eau et la ligne : anesthésie composé de l'aiguille et de la cartouche.

Voir annexe 4 prix des fournitures

Prix réel d'un soin restaurateur une face (SC 7)

Nous allons calculer le prix réel d'un soin restaurateur une face (SC 7), en prenant comme base de temps 20 minutes pour sa réalisation. Il y aura deux prix : l'un, avec comme matériau de reconstitution l'amalgame et l'autre, avec comme matériau de reconstitution le composite. La valeur d'un soin une face est de 16,87€.

	<u>Amalgame</u>	<u>Composite</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base : 1,02€ -Anesthésie : 0,939€ -Fraise cylindrique à bout plat : 0,31€ -Fraise tungstène boule : 0,22€ -Amalgame : 2,30€ -Papier occlusion : 0,079€	-Plateau de base : 1,02€ -Anesthésie : 0,939€ -Fraise boule: 0,31€ -Fraise tungstène boule : 0,22€ -Digue : 0,569€ -Mordançage : 0,82€ -Microbrush : 0,109€ -Adhésif : 1,43€ -Composite : 1,95€ -Fraise polissage : 0,566€ -Papier occlusion : 0,079€ -Brossette à polir : 1,576€
Total prix fournitures	4,868€	9,479€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 29%	Environ 56%

	<u>Amalgame</u>		<u>Composite</u>	
	CH N°1	CH N°2	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 20 min	20,21€	26,70€	20,21€	26,70€
Prix fournitures	4,868€		9,479€	
Total prix Acte	25,08€	31,57€	26,69€	36,18€
Différence tarif conventionné	+8,2€	+14,70€	+12,82€	+19,31€

Conclusion

Après analyse, on s'aperçoit que l'amalgame est le matériau le moins onéreux dans sa réalisation face au composite. Malgré cela, le tarif conventionnel pour une restauration 1 face n'est plus en adéquation avec celui d'un cabinet actuel. Avec le coût horaire N°1, l'acte est 1.48 fois plus cher pour l'amalgame et 1.87 fois plus pour le composite. Quant au coût horaire N°2, le prix de revient de l'amalgame est 1.58 fois plus important, tandis que celui du composite est 2.14 fois plus cher.

Prix réel d'un soin restaurateur trois faces (SC 17)

Nous allons calculer le prix réel d'un soin restaurateur trois faces (SC 17), avec une base de temps de 30 minutes pour la réalisation de l'acte. Nous utiliserons les deux matériaux de reconstitution ; l'amalgame et le composite. La valeur d'un soin trois faces est de 40.97€.

	<u>Amalgame</u>	<u>Composite</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base : 1,02€ -Anesthésie : 0,939€ -Fraise cylindrique à bout plat : 0,31€ -Fraise tungstène boule : 0,22€ -Matrice : 0,31€ -Coin de bois : 0,16€ -Amalgame : 2,30€ -Papier occlusion : 0,079€	-Plateau de base : 1,02€ -Anesthésie : 0,939€ -Fraise boule : 0,31€ -Fraise tungstène boule : 0,22€ -Digue : 0,569€ -Matrice : 0,31€ -Coin de bois : 0,16€ -Mordançage : 0,82€ -Microbrush : 0,109€ -Adhésif : 1,43€ -Composite : 1,95€ -Fraise polissage : 0,566€ -Papier occlusion : 0,079€ -Strip abrasif : 0,115€ -Brossette à polir : 1,576€
Total prix fournitures	5,338€	10,173€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 13%	Environ 25%

	<u>Amalgame</u>		<u>Composite</u>	
	CH N°1	CH N°2	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 30 min	30,32€	40,06€	30,32€	40,06€
Prix fournitures	5,338€		10,173€	
Total prix Acte	35,65€	45,40€	40,49€	50,23€
Différence tarif conventionné	-5,31€	+4,43€	-0,48€	+9,26€

Conclusion

Comme l'acte précédant, l'amalgame reste moins onéreux que le composite. La différence pour l'amalgame est inférieure de 5,31€ pour le cout horaire N°1 et supérieur de 4,43€ pour le cout horaire N°2. Quant au composite son prix est inférieur de 0,48€ pour le coût horaire N°1 et de 9,26€ pour le coût horaire N°2. Nous remarquons que pour le cout horaire N°1, le soin commence à devenir rentable aussi bien pour l'amalgame que pour le composite.

Prix réel d'un RMIPP (SC 33)

Nous allons calculer le prix réel d'une RMIPP (reconstitution par matériaux inséré en phase plastique), il est apparu en 2003 dans la nomenclature, pour encourager son utilisation. Nous calculerons le prix d'un RMIPP composite, celui en amalgame n'est plus conforme aux données acquises de la science. La valeur d'un RMIPP est de 79.53€. La base de temps pour sa réalisation sera de 30 minutes.

	<u>RMIPP</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base : 1,02€ -Digue : 0,569€ -Foret tenon fibré : 0,83€ -Tenon fibré : 5,93€ -Scellement tenon : 5,5€ -Matrice : 0,31€ -Coin de bois : 0,16€ -Mordançage : 0,82€ -Microbrush : 0,109€ -Adhésif : 1,43€ -Composite : 5,37€ -Fraise polissage : 0,566€
Total prix fournitures	22,61€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 28%

	<u>RMIPP</u>	
	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 30 min	30,32€	40,06€
Prix fournitures	22,61€	
Total prix Acte	52,93€	62,67€
Différence tarif conventionné	-26,60€	-16,86€

Conclusion

Une RMIPP est l'un des rares soins conservateurs à être rentable. Ce résultat vient du fait de son apparition récente dans la nomenclature (2003) et de la volonté probable de la sécurité sociale de rendre ce soin compétitif face à l'inlay-core. De ce fait la différence entre coût réel et tarif convention est de -26,60€ pour le coût horaire N°1 et de -16,86€ pour le coût horaire N°2.

Prix réel d'un détartrage (SC12)

Nous allons calculer le prix réel d'un détartrage (SC 12), en prenant comme base de temps 30 minutes pour la réalisation de l'acte. La valeur d'un détartrage est de 28.92€.

	<u>Détartrage</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base : 1,02€ -Brossette : 0,718€ -Pâte à polir : 0,29€
Total prix fournitures	2,028€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 7%

	<u>Détartrage</u>	
	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 30 min	30,32€	40,06€
Prix fournitures	2,028€	
Total prix Acte	32,35€	42,09€
Différence tarif conventionné	+3,43€	+13,17€

Conclusion

Pour le détartrage, le tarif conventionnel reste toujours plus bas que le tarif réel. Cependant il faut noter qu'ici la majeure partie du prix est due au coût horaire de 30 minutes,

temps nécessaire à réaliser un détartrage de qualité de toute la cavité buccale. Pour le coût horaire N°1 le tarif calculé est de 3,43€ plus élevé que celui conventionnel et de 13,17€ en plus pour le cout horaire N°2.

Prix réel d'un traitement endodontique sur prémolaire (SC 20)

Nous allons calculer le prix réel d'un traitement endodontique sur prémolaire (SC 20). La pulpectomie sur prémolaire est l'acte de référence de la CCAM (voir chapitre 6), il est donc normal de calculer son prix réel pour voir si l'acte de référence est toujours en concordance avec un cabinet d'aujourd'hui. La base de temps pour la réalisation de l'acte est de 45 minutes. La valeur d'un traitement endodontique sur prémolaire est de 48,20€.

	<u>Dépulpation Prémolaire</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base : 1,02€ -Anesthésie : 0,939€ -Fraise boule diamanté : 0,31€ -Endo Z : 1,308€ -Digue : 0,569€ -Limes x 2 : 1,62€ -Protaper : 8€ -Seringue : 0,29€ -Endoneedle : 0,305€ -Hypochlorite 10 x 1mL/canal : 0,84€ -Glyde : 1,606€ -Pointe papier 3/canal : 0,468€ -Pointe de gutta x 2 : 0,54€ -Finger spreader : 0,39€ -Sealite : 1,48€ -Bloc à spatuler : 0,097€ -Cavit : 0,875€
Total prix fournitures	20,657€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 43%

	<u>Dépulpation Prémolaire</u>	
	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 45 min	45,47€	60,09€
Prix fournitures	20,657€	
Total prix Acte	66,13€	80,75€
Différence tarif conventionné	+17,93€	+32,55€

Conclusion

Comme pour les actes précédents, le tarif conventionnel est en deçà de celui calculé. La part des fournitures qui sont nombreuses dans la dépulpe d'une dent, font tout de suite augmenter le tarif de celle-ci. La dévitalisation prémolaire étant l'acte de référence ayant servi pour le calcul des autres, on s'aperçoit qu'il n'est plus du tout en rapport avec les tarifs actuels d'un cabinet dentaire. Pour le coût horaire N°1, la différence avec le prix sécurité sociale est de 17,93€, et de 32,55€ pour le coût horaire N°2.

Prix réel d'un traitement endodontique molaire (SC 34)

Nous allons maintenant calculer le prix réel d'un traitement endodontique sur molaire (SC 34). La base de temps pour la réalisation de l'acte sera de 1h. Le tarif conventionnel de l'acte est de 81,94€

	<u>Dépulpation Molaire</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base : 1,02€ -Anesthésie : 0,939€ -Fraise boule diamanté : 0,31€ -Endo Z : 1,308€ -Digue : 0,569€ -Limes x 3 : 2,43€ -Protaper : 8€ -Seringue : 0,29€ -Endoneedle : 0,305€ -Hypochlorite 10 x 1mL/canal : 1,26€ -Glyde : 1,606€ -Pointe papier 3/canal : 0,702€ -Pointe de gutta x 3 : 0,81€ -Finger spreader : 0,39€ -Sealite : 1,48€ -Bloc à spatuler : 0,097€ -Cavit : 0,875€
Total prix fournitures	22,391€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 27%

	<u>Dépulpation Molaire</u>	
	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 60 min	60,63€	80,12€
Prix fournitures	22,391€	
Total prix Acte	83,02€	102,51€
Différence tarif conventionné	+1,08€	+20,57€

Conclusion

Sans surprise le traitement endodontique sur molaire reste plus onéreux que le tarif conventionnel. Pour le cout horaire N°1, la différence est minime (+1,08€) mais reste tout de même une perte. Pour le coût horaire N°2, la différence est de +20.57€, une différence non négligeable, sachant que c'est un déficit.

Prix réel d'une extraction (DC 16)

Nous allons calculer le prix réel d'une extraction dentaire (DC 16). Pour le calcul, l'extraction sera faite dans des conditions d'asepsie, suivant les recommandations. Nous ferons deux types d'extractions : une simple, sans fil de suture et une compliquée avec séparation de racine et suture. La valeur d'une extraction est de 33,44€. Nous utiliserons comme base de temps 20 minutes pour une extraction simple et 40 minutes pour l'extraction avec séparation de racine.

	<u>Simple</u>	<u>Séparation racine</u>
Fournitures nécessaires	-Kit stérile : 19,80€ -Anesthésie : 0,939€ -Gant stérile : 1,004€ -Canule chirurgie : 2,055€ -Compresse x 5 : 0,28€ -Bétadine : 0,35€	-Kit stérile : 19,80€ -Anesthésie : 0,939€ -Gant stérile : 1,004€ -Canule chirurgie : 2,055€ -Compresse x 5 : 0,28€ -Fraise séparation de racine : 0,756€ -Fil de suture : 9,875€ -Bétadine : 0,35€
Total prix fournitures	24,43€	35,06€
Pourcentage prix fournitures / prix de l'acte	Environ 72%	Environ 103%

	<u>Simple</u>		<u>Séparation racine</u>	
	CH N°1	CH N°2	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 20 min et 40 min	20,21€	26,70€	40,42€	53,40€
Prix fournitures	24,43€		35,06€	
Total prix Acte	44,64€	51,13€	75,48€	88,46€
Différence tarif conventionné	+11,20€	+17,69€	+42,04€	+55,02€

Conclusion

Le prix réel d'une extraction dentaire est largement supérieur au tarif conventionné, surtout si celle-ci est complexe. On peut s'apercevoir que les fournitures stériles ont également un cout très élevé. On remarque que pour l'extraction simple le coût horaire N°1 est supérieur de 11,20€ et de 17,69€ pour le coût horaire N°2. Pour la séparation de racine, le tarif explose, le temps de l'acte est plus important et le coût des fournitures aussi (un fil de

suture coutant environ 10€). En conclusion le coût horaire N°1 est 42,04€ plus élevé et le coût horaire N°2 est supérieur de 55,02€ au tarif de la convention.

Prix réel d'une couronne dentaire (SPR 50)

Nous allons maintenant voir le prix réel d'une couronne dentaire. Le calcul se basera sur la tarification sécurité sociale bien que les soins prothétiques soient autorisés avec dépassement d'honoraire. Nous ne traiterons pas des dépassements d'honoraires qui sont très variables suivant les régions et les praticiens. La base de temps sera de 45 minutes pour la réalisation d'une couronne (30 minutes pour la préparation-empreinte, et 15 minutes pour la mise en place). Il y aura deux exemples de couronnes, une en acier et l'autre en céramo-métallique, qui sont les plus fabriquées. Le tarif conventionnel pour une couronne est de 107,50€.

	<u>Métallique</u>	<u>Céramo-métallique</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base x 2 : 2,04€ -Fraise congé : 0,542€ -Fraise finition : 0,541€ -Putty : 1,91€ -Light : 1,09€ -Embout mélangeur : 0,644€ -Embout intra oral : 0,437€ -Alginate : 0,31€ -Rétraction gingivale : 3,032€ -Silicone occlusion : 1,47€ -Scellement Fuji : 3,006€ -Papier occlusion x 2 : 0,158€ -Fraise retouche : 0,31€	-Plateau de base x 2 : 2,04€ -Fraise congé : 0,542€ -Fraise finition : 0,541€ -Putty : 1,91€ -Light : 1,09€ -Embout mélangeur : 0,644€ -Embout intra oral : 0,437€ -Alginate : 0,31€ -Rétraction gingivale : 3,032€ -Silicone occlusion : 1,47€ -Scellement Fuji : 3,006€ -Papier occlusion x 2 : 0,158€ -Fraise retouche : 0,31€
Total prix fournitures	15,49€	15,49€
Pourcentage prix fournitures / tarif convention	Environ 14%	Environ 14%

	<u>Métallique</u>		<u>Céramo-métallique</u>	
	CH N°1	CH N°2	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 30+15min	45,47€	60,09€	45,47€	60,09€
Prix fournitures	15,49€		15,49€	
Prix Prothésiste	52€		140€	
Total prix Acte	112,96€	127,58€	200,96€	215,58€
Différence tarif conventionné	+5,46€	+20,08€	+93,46€	+108,08€

Conclusion

Là encore le tarif conventionnel n'est plus adapté aux réalités d'aujourd'hui. C'était prévisible, dans le chapitre précédant nous avons vu que la lettre clé SPR n'a pas été réévaluée depuis sa création. Pour la couronne métallique, le prix de l'acte avec le coût horaire N°1 est de 112,96€, il y a une différence de -5,46€ avec le tarif conventionnel. Pour le coût horaire N°2, le prix de revient est supérieur de 20,08€ au tarif de la convention. Pour la couronne céramo-métallique, le prix prothésiste étant plus élevé, le coût de revient de l'acte explose et passe à 200,96€, soit 93,46€ de plus que la convention pour le coût horaire N°1. Quant au coût horaire N°2 il dépasse le tarif sécurité sociale de 108,08€.

Prix réel d'un inlay core (SPR 57)

Nous allons maintenant calculer le prix réel d'un Inlay Core. Encore une fois c'est un soin avec dépassement d'honoraire possible. Le tarif de la convention est de 122,55€. Nous utiliserons comme base de temps 20 min pour la totalité de l'acte, à savoir logement de tenon et pose.

	<u>Inlay-Core</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base x 2 : 2,04€ -Foret tenon : 1,59€ -Tenon titane : 2,65€ -Putty : 1,91€ -Light : 1,09€ -Embout mélangeur : 0,644€ -Embout intra oral : 0,437€ -Alginate : 0,31€ -Silicone occlusion : 1,47€ -Scellement Fuji : 3,006€ -Fraise retouche : 0,31€
Total prix fournitures	15,46€
Pourcentage prix fournitures / tarif convention	Environ 13%

	<u>Inlay-Core</u>	
	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 20 min	20,21€	26,70€
Prix fournitures	15,46€	
Prix Prothésiste	43€	
Total prix Acte	78,67€	85,16€
Différence tarif conventionné	-43,88€	-37,39€

Conclusion

L'inlay-core est le premier soin à être bénéficiaire au tarif conventionnel. Le prix réel est 43,88€ moins onéreux pour le coût horaire N°1 et 37,39€ de moins pour le coût horaire N°2. Etant généralement bien remboursé par les complémentaires santé, il fait souvent de plus l'objet d'un dépassement d'honoraire.

Prix réel d'une prothèse résine 5 dents (SPR 40) et d'une prothèse métallique 5 dents (SPR 40 + 60)

Nous allons maintenant calculer le prix réel d'une prothèse amovible 5 dents en résine et stellite. Le prix d'une prothèse 5 dents au tarif de la convention est à 86€ pour la résine et 215€ pour le stellite. Pour la réalisation des deux prothèses (résine et stellite) la base de temps sera de 110 min pour 5 séances de travail plus une de retouches.

	<u>Résine</u>	<u>Stellite</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base x 6 : 6,12€ -Alginate x 2 : 0,62€ -Pâte de Kerr : 0,82€ -Permlastic : 6,425€ -Plaque à spatuler : 0,097€ -Silicone occlusion : 1,47€ -Papier occlusion x 2 : 0,158€ -Fraise prothèse x 2 : 0,718€	-Plateau de base x 5 : 5,10€ -Alginate x 2 : 0,62€ -Fraise diamanté : 0,31€ -Silicone occlusion : 1,47€ -Papier occlusion x 2 : 0,158€ -Fraise prothèse x 2 : 0,718€
Total prix fournitures	16,43€	8,38€
Pourcentage prix fournitures / tarif convention	Environ 18%	Environ 4%

	<u>Résine</u>		<u>Stellite</u>	
	CH N°1	CH N°2	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 110 min	111,15€	146,88€	111,15€	146,88€
Prix fournitures	16,43€		8,38€	
Prix Prothésiste	167€		280€	
Total prix Acte	294,58€	330,31€	399,53€	435,26€
Différence tarif conventionné	+208,58€	+244,31€	+184,53€	+220,26€

Conclusion

Comme tous les autres soins la prothèse amovible, qu'elle soit en résine ou en métal, voit son prix de revient supérieur au tarif conventionnel. L'excédent du prix vient des tarifs

prothésiste, ainsi que du coût horaire. Nous voyons donc des tarifs supérieurs de 208,58 € et 244,31 € pour la prothèse résine suivant le cout horaire N°1 ou 2. Le manque à gagner est quant à lui de 184,53€ et 220,26€ pour le stellite suivant le cout horaire N°1 et 2.

Prix réel d'un complet bi-maxillaire (SPR 85*2)

Nous allons calculer le prix de revient d'un complet Bi-maxillaire. Le tarif conventionnel est de 365€ (SPR 85 x 2). Pour la durée du travail, il sera de 150 min pour 5 séances de travail au cabinet plus une de retouches.

	<u>Bi-Maxillaire</u>
Fournitures nécessaires	-Plateau de base x 6 : 6,12€ -Alginate x 2 : 0,62€ -Pâte de Kerr x 2 : 1,64€ -Impression paste x 2 : 7,28€ -Silicone occlusion : 1,47€ -Fraise prothèse x 3 : 1,077€ -Papier occlusion x 4 : 0,26€
Total prix fournitures	18,47€
Pourcentage prix fournitures / tarif convention	Environ 5%

	<u>Bi-Maxillaire</u>	
	CH N°1	CH N°2
Prix au coût horaire pour 150 min	151,57€	200,30€
Prix fournitures	18,47€	
Prix Prothésiste	525,70€	
Total prix Acte	695,74€	744,47€
Différence tarif conventionné	+330,74€	+379,47€

Conclusion

Le prix de revient d'une prothèse bi-maxillaire est largement supérieur au tarif conventionnel. La majeure partie du prix de la prothèse provient du tarif prothésiste ainsi que des 6 séances nécessaires à sa conception, le prix des fournitures quant à lui ne dépasse pas 3% du prix de revient.

Conclusion du chapitre 4

En premier lieu, il faut souligner que les calculs effectués dans le chapitre 4 sont établis à partir de chiffres moyens et d'un temps estimé pour les soins. Ce sont des calculs complexes à réaliser et comportant un grand nombre de variables et donc de biais :

1. Un coût horaire est très variable suivant les charges du cabinet, suivant les investissements du chirurgien-dentiste, s'il est nouvellement installé ou en fin de carrière. Chacun peut donc reprendre les calculs en connaissant son coût horaire pour l'adapter au plus proche de sa pratique.
2. Les fournitures : il existe de nombreux fournisseurs de matériel dentaire, avec des prix différents que ceux utilisés dans le chapitre 4. Il est difficile de déterminer pour un grand nombre de produit le coût de celui-ci pour une seule utilisation. De plus, bien que les actes soient réalisés suivant les recommandations actuelles, chaque praticien n'utilisera pas toujours les fournitures répertoriées ici.
3. Le prix du prothésiste est bien évidemment soumis à des variations, selon le lieu de fabrication, mais aussi selon la qualité des travaux.

Il apparaît que le chiffre le plus proche de la réalité est celui du cout horaire N°2, il correspond à la pratique la plus courante des dentistes, à savoir 4 jours de travail par semaine. Un autre point d'importance, est que tous les soins calculés le sont sans bénéfice pour le praticien !

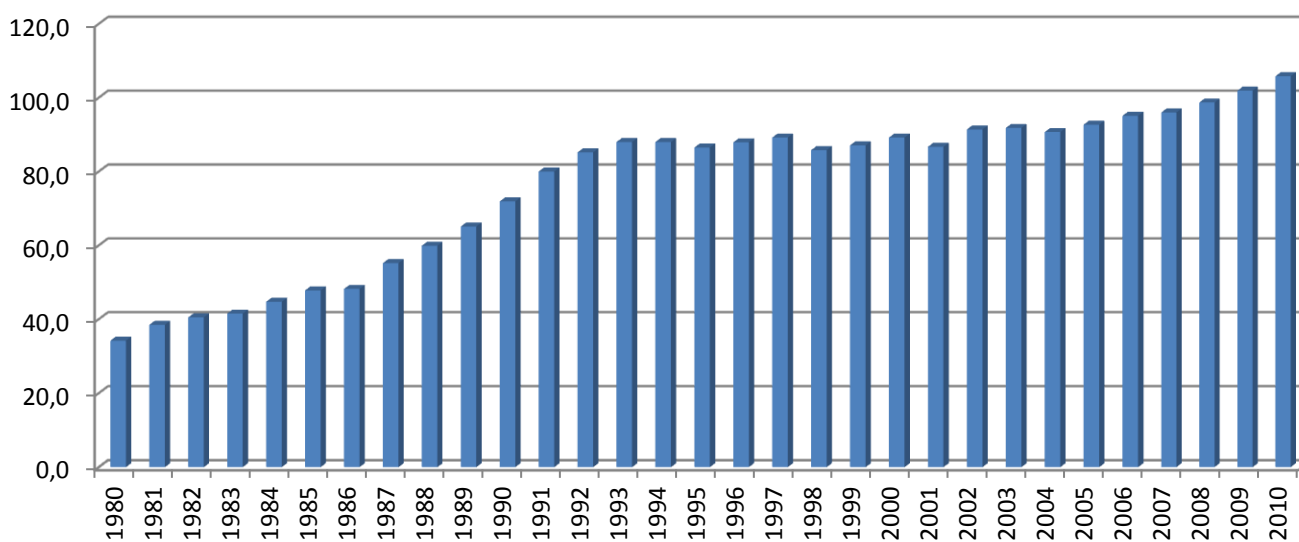
Malgré tout cela, les prix calculés reflètent une réalité économique pour la valeur des soins dentaires. Ainsi nous aurons constaté que la quasi-totalité des soins conservateurs pourtant opposables et qui représentent 50% de la pratique (pour un omnipraticien) sont à des prix de revient bien supérieurs au tarif conventionné. Il en est de même pour la prothèse (16% de la pratique) pour laquelle les tarifs sécurité sociale apparaissent totalement obsolètes.

Alors, comment permettre une pérennité de l'activité d'un cabinet dentaire et revenir à des tarifs de soins en adéquation avec une pratique d'aujourd'hui ? Doit-on passer par la diminution des coûts d'exercice, au risque d'avoir une influence sur la qualité de la pratique ; ou plutôt une refonte des tarifs de la convention et une modernisation de notre nomenclature ? La solution la plus rationnelle reste la revalorisation des actes par la modernisation de notre nomenclature, car une diminution du coût d'exercice se ferait obligatoirement au détriment de la qualité et qui plus est sans certitude d'atteindre le seuil de rentabilité sur les actes déficitaires.

Il paraît important de ne pas négliger l'image que représentent ces prix et ses conséquences. Nous pouvons être amenés à penser qu'implicitement cela provoque une dévalorisation des actes et une discréditation de notre pratique. En effet, des tarifs non réévalués depuis de nombreuses années, bien au-dessous de leurs coûts de revient, manifestent un manque d'intérêt évident pour notre profession de la part des responsables socioéconomiques.

Nous terminerons sur un graphique qui représente en pourcentage, l'évolution des dépassements d'honoraires par rapport au tarif conventionné sur les soins prothétiques.

Figure 3: Dépassement en % des honoraires par rapport aux tarifs conventionnés. Ref: Ecosante.fr [11]



Nous remarquons que les dépassements d'honoraires n'ont cessé d'augmenter au fur et à mesure des années. Nous pouvons y voir une corrélation avec l'apparition du SC et SPR : en 1994, la courbe se stabilise, signe d'une revalorisation des actes, par conséquent la récupération du déficit lié au soin sur le supplément d'honoraires des prothèses se stabilise, pour ensuite très rapidement ré-augmenter. Il y a donc un rapport direct entre l'augmentation des charges des cabinets, le coût des soins et les honoraires hors nomenclature sur la prothèse.

Chapitre 5 : Evolution de la pratique dentaire et évolution de la nomenclature

Dans ce chapitre nous allons étudier si les constatations relevées dans les chapitres précédents entraînent une stagnation et un manque d'évolution dans la pratique dentaire. En d'autres termes, si le blocage des tarifs de la nomenclature provoque un blocage dans l'évolution de la pratique.

Mais auparavant il faut comprendre le système de protection sociale français, qui de par son organisation, provoque déjà une certaine forme d'immobilisme. En effet, pour donner lieu à prise en charge chaque acte doit être inscrit dans la convention avec un tarif fixé, cela entraîne obligatoirement un temps de latence entre une avancée de la pratique et son apparition dans la nomenclature. Du fait de la complexité des circuits médico-administratifs entre la reconnaissance de nouvelles techniques et leurs éventuelles inscriptions, il existe un délais qui peut être long. Les autres soins qui ne sont pas pris en charge, sont dits « hors nomenclature » et leurs tarifs sont fixés librement par le chirurgien-dentiste qui les réalise.

Mais comment savoir si notre nomenclature, nos actes référencés dans la convention suivent l'évolution de la pratique dentaire ? Nous pouvons répondre à cela avec le concept de dentisterie moderne, qui nous permettra d'analyser si les actes référencés suivent ce principe et si les actes répondant à ce concept sont inscrits dans la convention.

Concepts de la dentisterie moderne

La préservation tissulaire : avec l'apparition des restaurations collées, les principes de Black ne sont plus de mise, maintenant la préservation du tissu dentaire est devenue une priorité. Une dent vit aussi dans un environnement, et la préservation des tissus environnants fait partie de ce principe.

La biomécanique : qui permet d'utiliser des biomatériaux avec des caractères physiques et biologiques les plus proches des tissus dentaires et parodontaux.

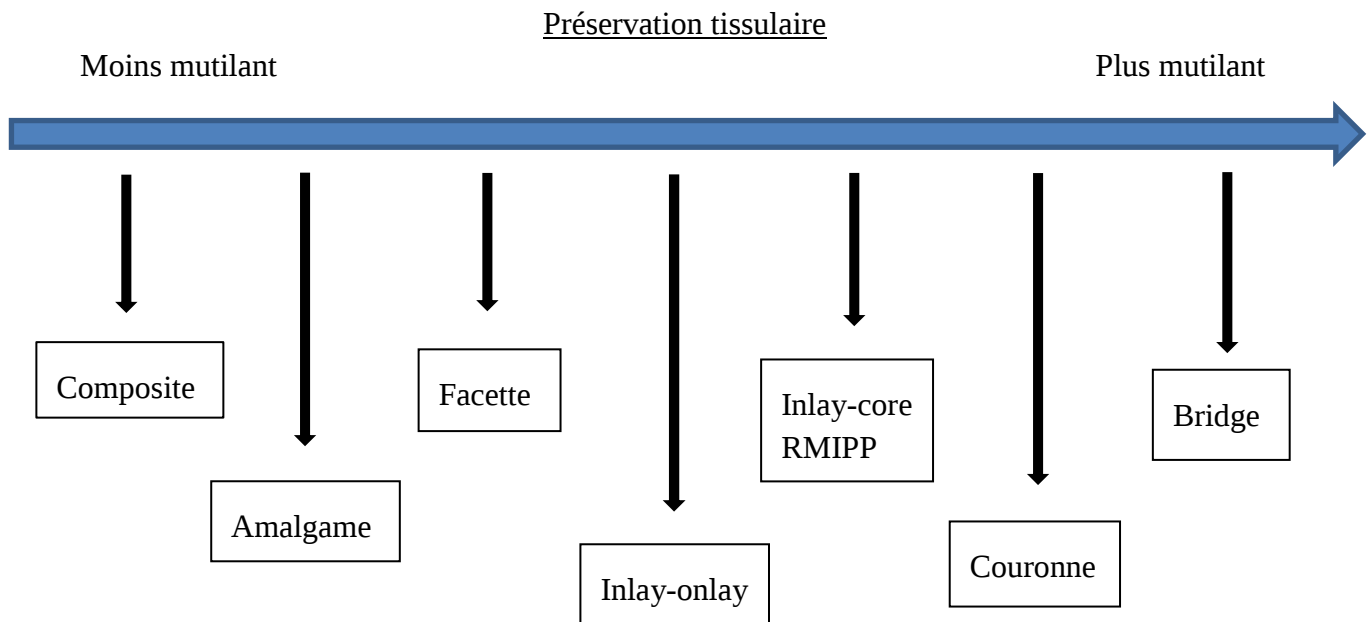
L'étanchéité : qui consiste à faire des restaurations qui ne laisse pas passer les bactéries, empêchant une ré-infiltration des soins effectués, qui passe en général par une technique de collage.

La biocompatibilité : qui est la capacité des matériaux utilisés à ne pas interférer, ne pas dégrader le milieu biologique dans lequel ils sont placés, étant ainsi parfaitement tolérés par le milieu où ils se trouvent.

Le gradient thérapeutique : le principe consiste à dire que si deux thérapeutiques permettent de répondre à un besoin, il faut toujours commencer par la moins mutilante pour l'organe dentaire.

Schéma 1 : Exemple du gradient thérapeutique

(Réf : TIRLET G, ATTAL JP [35])



Tour d'horizon de la pratique

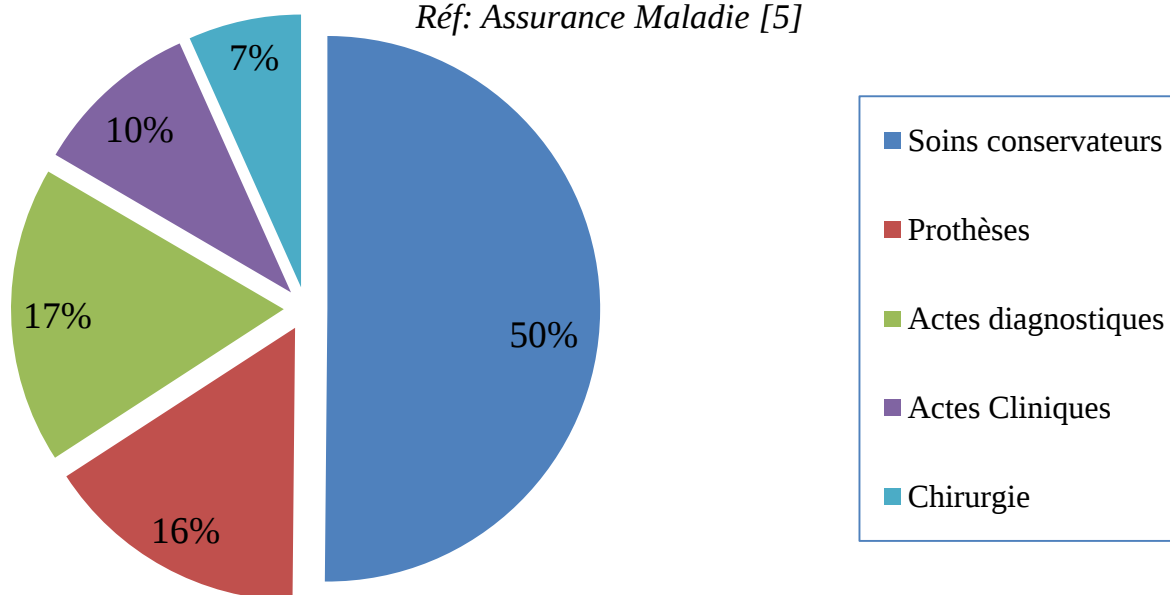
(Réf : Assurance Maladie, Fréquence des actes bucco-dentaires selon les libellés de la classification commune des actes médicaux. [5])

Nous allons faire un tour d'horizon de la pratique, en nous basant sur les chiffres de l'enquête CCAM dentaire de juillet 2003. Ainsi nous aurons une idée de la cartographie des soins pour mieux les analyser.

Répartition des actes par catégories

Figure 4: Pourcentage actes par catégories (diagnostique, clinique et technique).

Réf: Assurance Maladie [5]



Nous observons dans la **figure 4** que les soins conservateurs occupent une place prépondérante dans la pratique avec 50.2% de l'activité, viennent ensuite les actes diagnostiques (17.6%), la prothèse (15.7%), les actes cliniques qui représentent la pratique hors nomenclature (9.9%) et la chirurgie (6.7%).

Tableau 2 : Répartition des actes techniques et diagnostiques par catégorie (chiffre 2003) (Réf: Assurance Maladie [5])

Catégories	Nombre	Fréquence
Actes diagnostiques		
Radiographie intra buccale	15 738 683	94,6%
Radiographie panoramique dentomaxillaire	492 277	3,0%
Autres	413 984	2,5%
Total Actes diagnostiques	16 644 944	100% 19,5%
Soins conservateurs		
Réparations des tissus durs de la dent	26 945 794	56,7%
Actes de prophylaxie	12 863 162	27,1%
Traitements endodontiques	7 580 393	15,9%
Autres actes de soins conservateurs	163 416	0,3%
Total Soins Conservateurs	47 552 765	100% 55,6%
Chirurgie		
Avulsion dentaire	4 813 755	75,8%
Parodontologie	1 072 966	16,9%
Actes divers de chirurgie intra buccale	310 527	4,9%
Implantologie	149 419	2,4%
Total Chirurgie	6 346 667	100% 7,4%
Prothèses		
Occlusodontie	248 785	0,3%
Prothèse fixée		
Prothèse unitaire	8 741 440	73,1%
Prothèse plurale fixée	1 041 917	8,7%
Autres actes de prothèses fixées	2 173 748	18,2%
Total Prothèse fixée	11 957 105	100% 13,9%
Prothèse amovible		
Réparation de prothèse amovible	1 540 101	56,8%
Prothèse amovible en résine	536 936	18,8%
Prothèse amovible à châssis métallique	493 440	18,2%
Prothèse amovible transitoire	137 009	5,0%
Prothèse maxillo faciale	5 589	0,2%
Total Prothèse amovible	2 713 075	100% 3,2%
Total Prothèse	14 918 966	17,5%
TOTAL	85 463 343	100%

Nomenclature et parodontologie

La parodontologie s'est développée de façon importante dans les années 80, où la maladie parodontale est de plus en plus traitée et étudiée, avec ses conséquences. C'est ainsi que l'ANAES en 2002 [1] observe une gingivite chez environ 80% des adultes et estime que 50% de la population est touchée par la maladie parodontale. On considère que la maladie parodontale est la première cause d'extraction dentaire après 40 ans. Nous savons aussi que de nombreuses maladies systémiques ont une corrélation avec la maladie parodontale, notamment le diabète.

Différentes solutions thérapeutiques existent et sont efficaces, elles passent par une hygiène buccale de qualité et des soins type surfaçage.

Le traitement de la maladie parodontale est donc essentiel en terme de santé publique. Qu'elles sont les possibilités thérapeutiques dans la nomenclature ? Actuellement, seul le détartrage sus et sous gingival (SC 12) est pris en charge par notre système de protection sociale. Tous les autres soins comme les chirurgies d'assainissements, les greffes, l'éducation thérapeutique du patient ne sont pas pris en charge. Ils font partie du hors nomenclature.

Que conclure ? Notre système de prise en charge ne suit pas l'évolution des techniques en rapport avec la parodontologie, qui pourtant est du domaine de la santé publique. Cela fait de nombreuses années que le détartrage est pris en charge, pourquoi les autres soins des gencives ne le sont-ils pas ?

Nomenclature et implantologie

L'implantologie s'est développée après la seconde guerre mondiale, mais l'implantologie moderne a commencé avec Branemark et le concept d'ostéointégration qu'il a défini en 1985. D'après le Millenium Research Group [30] en 2002 en France 110 000 implants ont été placés, alors qu'en Allemagne et en Italie, 419 000 et 409 000 implants étaient mis en place. En 2008, 243 000 implants ont été posés en France. Une meilleure prise en charge des implants chez nos voisins européens pourrait expliquer le retard de la France dans ce domaine.

L'implant est l'alternative la plus intéressante pour pallier le manque d'une dent en regard des autres possibilités prothétiques. Il permet de conserver l'os de la zone ayant perdu une dent, permet de rétablir une sensation et une qualité masticatoire la plus proche des dents naturelles. Autre atout, un taux important de survie dans le temps. C'est donc une technique fiable et pérenne qui répond au concept de dentisterie moderne, en préservant les tissus (os) et en étant biocompatible.

Pourtant, comme pour les soins parodontaux, l'implantologie n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Il fait partie du panier hors nomenclature, dont les tarifs sont fixés par le praticien. Seule la prothèse fixée sur l'implant est remboursée sur la base d'un SPR 30 (par assimilation à une prothèse amovible unitaire). Si nous réfléchissons sur du long terme,

l'implant n'est peut-être pas une solution si onéreuse. Prenons l'exemple d'une dent absente, quelles sont les solutions alternatives :

- Le bridge, solution quasi similaire niveau prix, mais mutilante pour les dents piliers. Il ne permet pas de préserver l'os au niveau de la dent manquante. Mais que devient cette solution si on perd un pilier...
- La prothèse amovible : difficile à envisager pour une seule dent. Si la prothèse remplace plusieurs dents, alors la solution devient plus intéressante. Il reste tout de même la mutilation pour faire les taquets et la perte d'os à laquelle participe la prothèse, sans parler du confort nettement moindre et de la capacité masticatoire moins importante

Finalement, pour une dent manquante l'implant reste la solution la plus viable, avec un prix de départ plus important, mais avec une durée dans le temps bien meilleure. C'est donc une erreur de ne pas prendre en charge l'implant, cela constitue un frein vers une dentisterie moderne.

Nomenclature et soins conservateurs

Environ 80% des actes sont présents dès 1972 dans la nomenclature, mais en 40 ans, la technique a évolué de façon importante. Aujourd'hui les soins conservateurs ne représentent pas moins de 50% de l'activité d'un dentiste. Malheureusement c'est une activité à perte.

Les soins conservateurs ont été énormément modifiés, par exemple l'amalgame dentaire n'est plus le matériau de première intention qu'il était. Les critères de sa mise en place (principes de Black), ne sont plus compatibles avec les concepts de la dentisterie moderne (préservation tissulaire). Malgré cela, l'amalgame reste un produit de qualité et son utilisation reste indiquée chez certains patients.

Aujourd'hui le composite est très utilisé, il remplace de façon importante l'amalgame dentaire. Malheureusement aucune différenciation dans la nomenclature n'est faite entre ces deux matériaux, de même quant à son remboursement. Pourtant, nous avons vu dans le chapitre précédent qu'en terme de prix de revient, l'amalgame est moitié moins onéreux que le composite.

L'inlay-onlay

L'inlay-onlay, connu et utilisé depuis longtemps, est une pièce que l'on vient mettre dans la cavité d'une carie trop importante pour être reconstituée par une méthode directe. Dans beaucoup d'autres pays il est fréquemment utilisé à la place d'une couronne après une dépulpe. Il s'inscrit pleinement dans les notions de dentisterie moderne (gradient thérapeutique, préservation tissulaire). Il demande deux séances au fauteuil et entraîne un coût prothésiste.

Une autorisation de dépassement d'honoraire est apparue pour cette technique dans la convention en 2006, avec un remboursement à la hauteur d'un soin conservateur (SC 7, 12, 17). Une prise en charge si faible le désavantage face aux autres possibilités de reconstitutions directes ou indirectes (amalgame, composite, inlay-core, etc).

En 2007, sur les 40 millions de SC cotés, les restaurations indirectes partielles ne représenteraient que 0,71 %, alors que leur taux de survie est de 75% à 10 ans contre

seulement 50% à 9ans pour les restaurations directes. Un chiffre si faible (0.71%) est dû au mauvais remboursement de l'onlay, qui entraîne le plus souvent un refus du patient et l'amène vers l'alternative du soin direct ou de la couronne plus inlay-core. Seulement, ne pas octroyer une cotation décente à l'inlay-onlay, est une chance thérapeutique en moins pour le patient.

Nomenclature et endodontie

Depuis 1972, l'endodontie a évolué énormément avec la rotation continue, les instruments en nickel titane, la digue dentaire, l'utilisation de loupe ou de microscope, entraînant un plateau technique de plus en plus important et onéreux. En France, un traitement endodontique est coté suivant la dent. Dans d'autre pays (Suisse, USA, Canada) le soin endodontique est facturé au canal dentaire, car dans certains cas une dent comporte plus de canaux que la moyenne et demande plus de temps.

L'endodontie de qualité est le pilier d'une restauration prothétique réussie, et la condition pour éviter les infections du péri-apex. Son rôle pour des soins durables dans le temps est donc très important. Seulement dans le chapitre 4, les prix constatés pour les soins d'endodontie ne sont plus en rapport avec les coûts actuels d'un cabinet. La dernière évolution dans la nomenclature date de 2006, elle consiste en une augmentation du coefficient de la lettre clé. Dans ces conditions la question peut se poser sur la facilité à suivre l'évolution des recommandations, des connaissances et d'un plateau technique de plus en plus conséquent.

Pourtant, l'HAS en 2008, recommande et établit des mesures de bonne pratique de l'acte d'endodontie pour promouvoir la qualité du soin, réduire les échecs thérapeutiques et leurs conséquences.

Nomenclature et prothèse

La prothèse dentaire, permet de retrouver une qualité masticatoire, phonatoire et esthétique satisfaisante. Elle occupe environ 16% de l'activité d'un chirurgien-dentiste. Selon les constats précédents la prothèse est le seul acte permettant de générer un bénéfice d'exploitation pour le chirurgien-dentiste.

L'inlay-core

L'inlay-core est une pièce que l'on vient ancrer dans une racine dentaire pour reconstituer une dent trop délabrée afin de lui permettre d'accueillir ensuite une couronne. Il a vu en 2001 sa nomenclature évoluer, passer d'un SC 15, à SPR 57 ou 67 selon qu'il existe une clavette ou non, avec toujours possibilité de dépassement. Ce changement dans la nomenclature, a entraîné une explosion du nombre d'inlay-cores au détriment des autres techniques. C'est pour cela, qu'en 2003, les reconstitutions foulées avec ancrage radiculaire (RMIPP) sont apparues dans la nomenclature avec la cotation SC 33, pour encourager leur utilisation.

L'inlay-core est un élément indispensable lorsqu'une dent est fortement délabrée, malheureusement pour tenir, il demande une rétention mécanique par ancrage dans la racine, ce qui a pour conséquence de la fragiliser. L'inlay-core n'est pas en accord avec les principes

de dentisterie moderne (préservation tissulaire). Il intervient dans le gradient thérapeutique comme étant des plus délabrant et son utilisation ne devrait être que dans certaines conditions (dent extrêmement délabrée, dont il reste moins de 3 parois de 1 mm d'épaisseur). La conséquence d'une prise en charge avec dépassements d'honoraires possible, incite les praticiens à l'utiliser dans des thérapeutiques ou d'autres techniques moins mutilantes seraient justifiées. Les reconstitutions par matériaux insérés en phase plastique (RMIPP), l'inlay-onlay et l'endocouronne (ancrage uniquement dans la chambre pulpaire), font partie de ces techniques réduisant l'indication de l'inlay core. Pourtant comme nous l'avons vu l'inlay-onlay est très mal pris en charge et donc très peu proposé au patient. Les RMIPP le sont à hauteur de SC 33, mais ne sont pas encore utilisées au maximum de leurs indications. L'endocouronne est quant à elle remboursée soit SC 17, soit SPR 50 suivant le cas.

La couronne dentaire

La couronne dentaire, élément prothétique, fabriqué en collaboration avec le prothésiste, est un élément clé pour reconstituer une dent très délabrée, lui permettant ainsi de résister à de nouvelles agressions. Comme vu précédemment dans le gradient thérapeutique, la couronne est des plus mutilantes, environ 80 à 90% de la substance dentaire coronaire est retirée. Nous avons cité d'autres éléments possibles comme l'inlay-onlay et la RMIPP si la dent n'est pas trop délabrée. La couronne n'est donc à privilégier que pour les dents très délabrées. Pourtant, notre système encourage les dentistes et les patients à s'orienter vers la solution prothétique suivante : inlay-core plus couronne, en remboursant faiblement les soins qui s'intercalent entre cette solution. Autre élément important, la couronne provisoire, dont l'utilité n'est plus à prouver n'apparaît pas dans la nomenclature. Aujourd'hui le duo dévitalisation - couronne, ne devrait pas être la norme, mais notre nomenclature vieillissante pousse de nombreux praticiens à rester dans ce schéma.

Le bridge

Le bridge, est une pièce prothétique qui sert à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en se servant des dents bordant l'édentement comme les piliers d'un pont. Le bridge a un gros avantage, il permet le remplacement d'une dent manquante de façon fixe, mais présente un inconvénient de devoir mutiler les dents adjacentes (les piliers) pour tenir. Sa conception reste complexe et demande une rigueur importante. Pourtant cette technique n'est pas inscrite dans la nomenclature.

Avec les techniques actuelles le bridge ne devrait plus être la première solution thérapeutique proposée pour le remplacement d'une dent. L'implant dentaire, répondant de façon optimale à la dentisterie moderne, est le plus souvent la solution la plus adéquat.

Nomenclature et pédodontie

La pédodontie est la partie de l'art dentaire consacrée aux soins des enfants. Il s'agit certainement de la « spécialité » du chirurgien-dentiste la plus éloignée de la réalité par notre nomenclature, surtout lorsque l'on sait toute la dimension psychologique et chronophage qu'implique le soin chez l'enfant. Elle est l'élément qui conditionnera la relation de soin

future entre le praticien et le jeune patient pour le restant de sa vie. Cela demande donc énormément de temps et de psychologie de la part du praticien pour mettre en place cette relation.

Pourtant lorsque l'on observe notre nomenclature, la différence entre soin chez l'enfant et soin chez l'adulte n'est pas significative, pour, la plupart du temps, un temps passé avec le patient augmenté.

- Le soin une face : SC7 passe à SC8, soit une augmentation de 2.41€ ; alors même que nous avons calculé une différence minimale de plus de 8 euros pour le SC7 dans le chapitre 4.
- Le soin trois faces : SC17 passe à SC20, soit une augmentation de 7.23€. Avec ce tarif nous arrivons à l'équilibre pour le soin selon les modalités calculées dans le chapitre 4.
- La pulpectomie prémolaire passe de SC20 à SC24, soit une augmentation de 9.64€. Là encore la différence est en dessous du tarif calculé dans le chapitre 4. Une différence non significative lorsque l'on sait la difficulté que peut représenter une pulpectomie, surtout lorsqu'elle est réalisée chez un enfant.
- L'extraction d'une dent lactéale que l'on peut assimiler à une extraction simple dans le chapitre 4, apparait dans la nomenclature sous DC 8, soit une différence de 27.92€ en moins par rapport au tarif calculé dans le chapitre 4. L'extraction dentaire chez l'enfant demande bien souvent plus de ressources psychologiques qu'une réelle difficulté technique, cependant le tarif de l'extraction lactéale ne prend pas en compte cet effort psychologique.

Comme nous venons de le voir, les tarifs de soins chez l'enfant ne tiennent compte certainement que de la partie technique de l'acte, en occultant la partie psychologique ; une composante pourtant plus présente dans le soin chez l'enfant. Au niveau des tarifs de notre convention, il reste comme vu dans le chapitre 4 en dessous des coûts réels des actes d'un cabinet en 2013.

Conclusion chapitre 5

Le but de ce chapitre est d'analyser si la nomenclature dentaire est en concordance avec la pratique dentaire, que ce soit d'un point de vue financier, ou technique.

D'un point de vue financier nous avons vu que la nomenclature n'est plus adaptée, ni en concordance avec la pratique d'aujourd'hui. Les seuls soins rentables au tarif de la convention sont l'inlay-core et la RMIPP, apparus respectivement en 2001 et 2003. De plus le tarif du second a été établi pour encourager sa réalisation afin de contrer le nombre important d'inlay-cores réalisés. Financièrement parlant, les différentes mises à jour des tarifs n'ont pas suivi l'évolution du coût du matériel, de la pratique, et des charges d'un cabinet.

D'un point de vue technique, la quasi-totalité des soins inscrits dans la nomenclature étaient présents en 1972, ils ont simplement vu une mise à niveau de leurs tarifs, mise à niveau faible au vu des augmentations des coûts de fonctionnement d'un cabinet. Toutes les autres évolutions (parodontologie, implantologie) n'ont pas été intégrées et sont donc hors nomenclature. Nous pouvons conclure, que les soins ont évolué plus vite que la nomenclature.

Celle-ci entraîne un immobilisme dans la pratique par non intégration des nouveaux acquis de la science, encourageant une pratique non adéquate d'un point de vue des concepts de la dentisterie moderne et incitant les praticiens aux dépassements d'honoraires.

Le soin conservateur est le plus « pénalisé » dans nos constats. Pourtant, il est la première ligne de défense pour une bonne hygiène, il s'inscrit dans la dynamique de prévention de la médecine actuelle. Il est intéressant de constater que nous voyons des pratiques exclusives pour l'endodontie, la parodontologie, ou l'implantologie, mais aucun « spécialiste » du soin conservateur (50% de l'activité de l'omnipraticien).

Nous avons également constaté, qu'implicitement notre système de soins encourage à un schéma : dévitalisation - inlay core - couronne. Pourtant, d'après les concepts de dentisterie moderne ce schéma n'est plus la norme, d'autres solutions s'interposent. Reste la question de leur intégration dans la nomenclature.

Peut-on dire que ces remarques sont le reflet d'une baisse de la qualité des soins ? D'un point de vue purement théorique, oui. Le caractère suranné de notre nomenclature y contribue bien évidemment. Pourtant d'un point de vue pratique, nos confrères continuent à se former et à intégrer les dernières recommandations. L'effort pour des soins plus performants paraît donc unilatéral et peu valorisé.

Chapitre 6 : La CCAM

(Réf chapitre 6 : Assurance Maladie, La CCAM. [6])

La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) est l'avenir de la nomenclature dentaire. Elle est apparue en 2005 chez les médecins et en juillet 2013 dans le monde du dentaire. Mais comme toute réforme, des complications ont retardé sa mise en place. Elle devrait donc voir le jour en Juin 2014. Elle devrait apporter une revalorisation de certains soins et l'apparition des actes non présents dans la NGAP. Par contre, il est prévu que sa mise en place se fasse à coût constant pour les organismes sociaux.

Différences entre NGAP et CCAM

La CCAM inclut tous les actes existants, ils sont tous codés, mais seuls certains sont pris en charge. Dans la NGAP, seuls les actes pris en charge étaient codés, les autres sont hors nomenclature.

Explication de la CCAM

Propriétés

La CCAM est exhaustive : elle comporte l'ensemble des actes techniques, qu'ils soient ou non pris en charge ; elle est bijective (à un acte correspond un seul libellé et un seul code), non ambiguë, maniable et évolutive.

Structure

La CCAM est classée par grands appareils et non par spécialités. Elle comprend 17 chapitres (pour le dentaire seuls les chapitres 7 et 11 nous concernent) :

N°	Code	Chapitres
1	A	Système nerveux central périphérique autonome
2	B	Œil et annexes
3	C	Oreilles
4	D, E	Système circulatoire : D (cœur, gros vaisseaux), E (vaisseaux périphériques)
5	F	Système immunitaire et hématopoïétique
6	G	Système respiratoire
7	H	Système digestif
8	J	Système urinaire et génital
9	J	Actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né
10	K	Système endocrinien et métabolisme
11	L	Système ostéoarticulaire et musculaire de la tête
12	L	Système ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc
13	M	Système ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur
14	N	Système ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur
15	P	Système ostéoarticulaire et musculaire corps entier
16	Q	Système tégumentaire – glande mammaire
17	Z	Acte sans précision topographique
18		Gestes complémentaires et modificateurs
19		Adaptations pour la ccam transitoire

Chaque libellé comporte la mention de deux axes obligatoires : l'action, la topographie et de deux axes facultatifs : la voie d'abord et la technique utilisée (ces deux axes ne sont pas renseignés quand ils sont évidents).

En outre, une harmonisation systématique des termes est effectuée ; par exemple, les termes anatomiques de la CCAM sont ceux de la nomenclature anatomique internationale francisée. Ces règles strictes d'écriture garantissent ainsi la précision, la cohérence globale du référentiel et en facilitent la mise à jour.

Principes

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art. La CCAM est conçue de telle sorte que le praticien puisse, dans la grande majorité des cas, décrire son acte avec un seul code. Toutefois, il sera possible d'associer des actes sous certaines conditions.

L'élaboration de la CCAM a comporté plusieurs étapes. Une liste de libellés a d'abord été rédigée, le plus souvent à partir du catalogue des actes médicaux. Puis, ces libellés ont fait l'objet de tests sur sites et d'une relecture par les sociétés savantes. Leur conformité à la norme européenne a ensuite été vérifiée, ainsi que le respect de la terminologie française par la commission ministérielle de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé. Ces libellés ont ensuite été hiérarchisés en vue d'une refonte des honoraires en secteur libéral.

Refonte des honoraires

L'objectif de la refonte des honoraires est d'élaborer une nomenclature neutre, qui ne présente pas de distorsions tarifaires et donc ne génère pas d'incitation financière à choisir tel acte plutôt que tel autre.

La méthode se fonde sur le principe suivant : la valeur de chaque acte est établie en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien pour réaliser l'acte : **le travail médical** (qui traduit la difficulté de l'acte) et **les charges financières** qui lui incombent en propre (coût de la pratique).

Le travail médical est mesuré par une méthode de hiérarchisation conduisant à un score exprimé en « points travail » (W) évalué indépendamment de toute considération financière. Il est une combinaison de 4 composantes : le stress, la durée de l'acte, la technicité et l'effort mental. **Le prix du travail médical** est estimé à l'issue de la hiérarchisation, par l'étape de conversion monétaire au cours de laquelle est défini le facteur de conversion monétaire (FC : valeur monétaire d'un « point travail »). **Le coût de la pratique** (CP) est exprimé directement en euros par acte, par affectation des charges professionnelles à chaque acte.

La valeur de l'acte est alors égale à la somme du prix du travail et du coût de la pratique par acte

$$V = (W \times FC) + CP$$

Apport de la CCAM

C'est un catalogue de 628 actes dentaires presque complet, précis et évolutif dans les actes médicaux. Il y a une mise en évidence de 82 actes non remboursables par l'assurance maladie qui choisit ceux qu'elle veut rembourser. Les actes non pris en charge n'ont pas de tarifs de référence.

C'est un outil de dialogue pour faire évoluer les tarifs et les 546 actes pris en charge.

Il n'y aura pas de changement du mode de tarification : actes remboursables opposables, actes remboursables à honoraires libres, actes non remboursables NR. (*Le catalogue des actes est disponible sur ameli.fr*)

Conclusion du chapitre 6

La CCAM étant commune à toutes les professions médicales, le fait de l'utiliser, renforce la médicalisation de la profession. Elle permet une reconnaissance de nos capacités et de nos actes. L'existence de tous nos actes, permet d'enlever le flou auprès des patients sur le hors nomenclature. Le moyen de calcul du prix des actes est juste, se basant sur 4 composantes distinctes (le stress, la durée de l'acte, la technicité et l'effort mental) permettant en théorie une revalorisation au fur et à mesure de l'évolution de la CCAM et de la pratique.

Seulement des points restent à vérifier, notamment sur la revalorisation des soins, pour le moment aucun tarif calculé suivant les modalités de la CCAM au niveau dentaire n'est connu, mais seront-ils à des valeurs exactes ? Les tarifs en vigueur restent ceux de la NGAP. Les actes non pris en charges sont inscrits, mais continuent à être non remboursés. Le risque est de voir la CCAM se mettre en place sans aucun changement sur les tarifs ou les soins pris en charge.

L'autre conséquence sera un contrôle plus précis sur la pratique car chaque acte réalisé pourra être connu par les autorités même s'il n'entraîne aucune tarification.

Chapitre 7 : Regard sur d'autres pays

Dans ce chapitre nous allons faire un tour d'horizon des tarifs des soins dans d'autres pays du monde. Cela nous permettra de nous comparer, nous donner une idée sur notre pratique et le prix de nos actes.

Tableau N°2 : Tarifs des soins dans le monde (chiffre 2011)

	France	Australie	Jackson Mississippi	Manhattan	Nouvelle- Zélande
Examen complet d'un nouveau patient adulte	21	36,48	58,76	143,75	53,76
Détartrage complet, séance d'une demi-heure	28,92	61,42	117,15	287,12	96,32
Radio rétro-alvéolaire	7,98	25,79	12,05	29,05	NA
Radio Panoramique	27,93	NA	82,12	201,1	44,24
Amalgame une face sur molaire	16,87	76,96	86,79	212,57	70
Amalgame deux faces sur molaire	28,92	94,72	94,96	232,64	91,28
Amalgame trois faces sur molaire	40,97	111,74	108,97	267,05	128,24
Amalgame quatre faces sur molaire	40,97	124,32	114,81	281,39	128,24
Composite une face, dent antérieure	16,87	82,88	82,12	201,1	82,88
Composite deux faces, dent antérieure	28,92	99,9	114,81	281,39	110,88
Composite trois faces, dent antérieure	40,97	118,4	140,5	344,48	145,6
Composite quatre faces, dent antérieure	40,97	133,94	167,37	410,43	145,6
Composite une face sur molaire	16,87	89,54	83,29	204	82,88
Composite deux faces sur molaire	28,92	108,78	131,17	321,54	110,88
Composite trois faces sur molaire	40,97	130,24	193,06	473,51	145,6
Composite quatre faces sur molaire	40,97	144,3	193,06	473,51	145,6
Traitement canalaire : incisive, un canal	33,74	291,56	421,95	1035,55	314,72
Traitement canalaire : prémolaire, deux canaux	48,2	421,8	510,7	1253,49	NA
Traitement canalaire : molaire, trois canaux	81,94	552,04	646,17	1586,12	515,76
Traitement canalaire : molaire, quatre canaux	81,94	682,28	646,17	1586,12	NA
Extraction dent définitive (séparation de racine)	33,44	95,46	87,96	215,44	100,24
Extraction dent de sagesse incluse complexe	83,6	179,08	169,7	416,16	NA
Scellement de sillons	21,69	31,82	29,57	72,06	33,04
Total (en euros, taux de change du 13/02/2011)	853,57€	3693,45€	4293,21€	10 529,57€	2545,76€

Ce tableau nous présente les tarifs dentaires d'autres pays du monde, un autre tableau traitera de nos voisins européens. Les chiffres datent de 2011, mais il y a peu de changement dans les tarifs français depuis cette date.

Nous remarquons tout de suite les valeurs extrêmement basses de notre système de soins. Il y'a quasiment 1700€ entre le tarif de la Nouvelle-Zélande (le deuxième du tableau au tarif le plus bas) et la France. Nous remarquons qu'une distinction est faite entre l'amalgame et le composite, ou les tarifs diffèrent suivant le matériau utilisé. Autre point intéressant, la dévitalisation pour certains pays comprend une tarification jusqu'à quatre canaux. Nous voyons aussi que Manhattan, l'arrondissement le plus aisé de la ville de New York, pratique

des tarifs en conséquence, le total des soins conservateurs (qui représente 50% de notre pratique) est douze fois plus élevé qu'en France. Son voisin l'état du Mississippi avec sa capitale Jackson, un des états les plus pauvres des USA est le deuxième à avoir les tarifs les plus élevés de ce tableau. Pour l'Australie il s'agit des tarifs pratiqués par les dentistes ayant signé une convention avec l'institution Noble Dentist. Nous sommes très loin derrière le reste du monde, alors qu'il s'agit d'états avec le même niveau de vie que le nôtre.

Nous allons maintenant voir les tarifs des soins chez nos voisins européens :

Tableau N°3 : Tarifs des soins dentaires chez nos voisins Européens (chiffre 2013)

	France	Allemagne	Belgique	Angleterre	Suisse	Hongrie
Consultation	23	33	21,31	40	105	55
Radiographie panoramique	21,28	58	38		198	
Radiographie rétroalvéolaire	7,98	20	11		23	
Détartrage	28,92	90	27,46	45	237	97
Scellement de sillons	21,69	60	13,73			
Amalgame 1 face	16,87	71	29,41		123	
Amalgame 2 faces	28,92	106	44,12		198	
Amalgame 3 faces	40,97	121	58,53	53	268	
Composite 1 face	16,87	80	40,9		176	65
Composite 2 faces	28,92	106	55,61	107	264	85
Composite 3 faces	40,97	155	70,32	200	338	100
Reconstitution foulée à ancrage	79,53					
Pose du champ opératoire		8,41	8			
Obturation canalaire (par canal)		39				
Traitement canalaire (1 canal)	33,74	110	83,8		294	90
Traitement canalaire (2 canaux)	48,2	140	100,94		370	150
Traitement canalaire (3 canaux)	81,94	160	152,37	200	524	250
Extraction simple	33,44	81	35,81		198	45
Extraction avec alveolectomie	33,44	70				
Extraction dent incluse	83,6	150	88		585	
Implant	500 à 1500	900	690		>810	440 à 900
Pilier implantaire	250 à 700					130
Couronne provisoire		35				15
Couronne coulée	330 à 500	500				195
Couronne céramo-métallique	500 à 1200	620	590		>566	
Couronne céramo-céramique (base Zircon)	600 à 1500	720	790			320
Rescèlement d'une couronne		23				
Inlay core	121 à 300					130
Appareil partiel provisoire						
Appareil complet	1230 à 2461	700	699		>1010	460

Là encore, nos tarifs sont les plus bas pour la quasi-totalité des soins, la prothèse reste quant à elle plus onéreuse. La Hongrie étant la plus avantageuse pour les soins prothétiques. Il

faut rajouter à cela que dans la plupart de ces pays, plusieurs actes peuvent être facturés en même temps qu'une consultation. En Allemagne, l'anesthésic, l'ouverture de la dent, la pulpectomie, le test de vitalité et bien d'autres actes de ce genre sont facturés. En Belgique les tarifs cités sont ceux de la convention. Effectivement dans ce pays le dentiste peut choisir sur quels exercices il souhaite être conventionné ou non (par exemple il peut choisir d'être uniquement conventionné pour son exercice hospitalier). Pour l'Angleterre, ce sont les prix de la NHL (National Health Service), c'est en quelque sorte une sécurité sociale pour les personnes les plus démunies.

Conclusion chapitre 7

En nous comparant aux autres pays du monde et surtout nos voisins européens, nous avons remarqué que nos tarifs conventionnés, étaient globalement bas. Nous avons aussi remarqué que la plupart du temps une distinction était faite entre amalgame et composite pour les soins restaurateurs. Dans certains pays les dévitalisations se font au canal dentaire et non au groupe (incisive, prémolaire et molaire). Il faut également souligner que pour la plupart des pays, facturer un soin en même temps qu'une consultation est une chose possible, nous sommes les seuls à ne pas le faire.

Pour la prothèse dentaire, il est difficile d'avoir les chiffres exacts de chaque pays, car comme en France, ils sont sujets aux libres honoraires du praticien. Malgré cela, nous avons constaté que dans un pays à niveau de vie égale, ces tarifs étaient le plus souvent équivalents à la France.

Il y a l'exception de la Hongrie, avec un niveau de vie moyen de 10 400€ par an, soit 866€ par mois alors qu'en France il est de 21 230€ par an, pour 1770€ mensuel [31]. Il serait logique que leurs tarifs proposés soient moins élevées. Pourtant si les soins de prothèses sont bas, les soins conservateurs sont multipliés par deux ; ce qui veut dire qu'en France, nous sommes encore loin de leurs tarifs.

Enfin de nombreux pays (Allemagne, Belgique, USA) oblige les citoyens à une voire deux visites par an chez leur chirurgien-dentiste. Si le patient ne tient pas cet engagement il voit ses soins non pris en charge par les organismes de santé.

Conclusion

Nous avons pu remarquer lors du chapitre 3 une nomenclature vieillissante. Une valeur pour les lettres clés qui augmente de façon dérisoire, la plupart stagnent au même niveau depuis environ 17 ans, sans parler du SPR qui n'a pas connu de revalorisation depuis son apparition en 1994. Dans ces conditions comment espérer un tarif des actes suivant l'inflation afin de les maintenir à un niveau acceptable.

Après cela, nous avons calculé le prix réel pour les actes principaux de notre nomenclature. La surprise fut de taille lorsque nous avons démonté qu'aucun des tarifs de la convention (à l'exception de l'inlay et la RMIPP) n'arrivait à compenser le prix de revient de l'acte. Ainsi, le soin conservateur (50% de notre pratique) est le grand perdant, son tarif conventionnel ne couvrant pas son coût de revient, sans même parler d'un quelconque bénéfice pour le praticien.

Ensuite, nous avons remarqué un système de prise en charge vétuste intégrant difficilement les nouvelles techniques de soin conservateur tout en étant déséquilibré vers la prothèse par son système de rémunération. Pourtant le soin conservateur est le pilier d'une dentisterie moderne, il arrive en première ligne pour la prévention de la carie et l'apprentissage de l'hygiène. Nous avons également constaté que notre nomenclature encourage le recours au schéma : endodontie - inlay-core - couronne. Correctement remboursé, s'offrant en choix idéal aux yeux du patient, alors qu'il existe des solutions alternatives moins mutilantes.

Dans le chapitre 6 nous avons évoqué le futur de notre nomenclature avec l'apparition de la CCAM. Plus précise, elle renforce la médicalisation de notre profession, théoriquement avec un moyen de calcul juste de nos actes, en rapport avec une pratique d'aujourd'hui. Seulement à l'heure actuelle des doutes subsistent encore. Les soins seront-ils revalorisés à leur juste valeur ? L'apparition de tous les actes dans la CCAM (incluant ceux non pris en charge) ne sera-t-elle pas une façon d'avoir la mainmise de manière plus importante sur la profession ?

Enfin dans le dernier chapitre, nous avons examiné les prix des soins dentaires des autres pays. De tous ces prix, les tarifs bloqués par la convention sont les moins onéreux, parfois même plus bas que ceux des pays d'un niveau de vie inférieur au notre.

Que retenir de tout cela ? Les français doivent se rendre compte que la santé a un prix, malheureusement ce prix est élevé pour des soins de qualité. C'est à notre institution de trouver les solutions pour que le plus grand nombre d'entre nous puisse ensuite accéder à cette qualité.

Alors comment permettre à cette qualité de perdurer dans le temps ?

- Revaloriser les tarifs, mettre les soins de prophylaxie et restaurateurs au premier plan de notre arsenal thérapeutique,
- Revaloriser notre travail avec un juste coût des soins.
- Intégrer les thérapeutiques nouvelles, les implants, les soins de parodontologie et les rembourser comme d'autres pays le font.
- Inciter les praticiens à se former aux nouvelles pratiques.
- Inciter les patients à être l'acteur principal des soins

Tout ceci n'est qu'un exemple de solutions, amenant à l'intégration dans notre nomenclature des techniques nouvelles et de sa modernisation.

En conclusion, dans la pratique, le système assurantiel influe fortement sur le choix des thérapeutiques mises en œuvre. En effet, quand d'une part, ce système limite la prise en charge à certains types de traitements ou d'actes sans tenir compte de l'évolution « des connaissances médicales avérées » et que d'autre part ces actes voient leur valorisation contrainte, le praticien et son patient se trouvent face à un véritable dilemme (concilier technique conforme aux connaissances médicales-coût-reste à charge) qui dans la plupart du temps trouve sa résolution dans un compromis.

Bibliographie

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE.

Parodontopathies : Diagnostic et traitements, 1^e éd.

Paris : ANAES, 2002.

2. AMELI.FR.

Histoire de l'Assurance Maladie.

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>.

3. AMELI.FR.

Les différentes branches du régime général.

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php>.

(Page consultée Janvier 2013)

4. AMELI.FR.

Les tarifs conventionnels. In : Assurance Maladie.

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php>.

(Page consultée Janvier 2013)

5. ASSURANCE MALADIE.

Fréquence des actes bucco-dentaires selon les libellés de la classification commune des actes médicaux.

Paris : CNAMTS – Pôle Nomenclature – Département Dentaire, 2003.

6. ASSURANCE MALADIE.

La CCAM (Classification commune des actes médicaux).

Paris : CNAMTS, 2000.

7. ASSURANCE MALADIE.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la Classification Commune des Actes Médicaux.

Paris : CNAMTS, 2010 : 3.

8. CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE.

Tarifs des dentistes conventionnés depuis le 1.1.2013.

Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité.

<http://www.caami-hziv.fgov.be/tarieven-tandartsen-F.htm>.

(Page consultée Aout 2013)

9. CONFEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRE.

Tarifs dentaires en Europe.

Paris : CNSD, 2013.

10. DAHAN L et RAUX F.

Pourquoi et quand faire un inlay-onlay ?

Inf Dent 2010 ; **92** (34) : 20.

11. ECOSANTE.FR

Activité des professions de santé libérales

<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid>

(Page consultée Aout 2013)

12. EUGENOL.FR

Comparaison des tarifs de soins dits opposables français aux tarifs en vigueur à l'étranger.

ABCDENT 2000-2013

[http://www.eugenol.com/attachments/0007/7284/Comparaison tarifs soins dentaires opposables fran ais et tranger version beta.pdf](http://www.eugenol.com/attachments/0007/7284/Comparaison_tarifs_soins_dentaires_opposables_fran_ais_et_tranger_version_beta.pdf).

(Page consultée Aout 2013)

13. FRON H.

Performances comparées des inlays-onlays composites ou céramiques.

Mémoire : Master 2 de Santé Publique, CHU Ivry sur Seine et CHU Toulouse, 2012.

14. HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique.

Saint-Denis La Plaine : HAS, 2008.

15. HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Traitement endodontique, rapport d'évaluation technologique.

Saint-Denis La Plaine : HAS, 2008.

16. HENRY SCHEIN (laboratoire).

Le catalogue cabinet dentaire 2012/2013.

Alfortville : Henry Schein, 2012.

17. INSEE.FR

Inflation: définition.

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/inflation.htm>

(page consultée Aout 2013)

18. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Arrêté du 21 octobre 1994 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Paris : JO, 1994 : 15143.

19. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Arrêté du 30 mars 1998 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Paris : JO, 1998 : 5232.

20. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Arrêté du 19 janvier 2001 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Paris : JO, 2001 : 1168.

21. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Arrêté du 30 Janvier 2003 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, Art 1.

Paris : JO, 2003 : 2014.

22. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

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

Paris : JO, 2006, Texte 7.

23. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Arrêté du 9 Février 2007 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, Art 1.

Paris : JO, 2007, Texte 20.

24. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie.

Paris : JO, 14 Juin 2006.

25. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Décision du 23 novembre 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Paris : JO, 2010, Texte 20.

26. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Paris : JO, 1972.

27. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Paris : JO, 1984.

28. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005.

Paris : JO, 2013.

29. LE CABINET DENTAIRE.

Prix dentaire.

http://www.lecabinetdentaire.eu/prix-dentaires_.html.

(Page consultée Aout 2013)

30. MILLENIUM RESEARCH GROUP.

European Markets for Dental Implants 2008

<http://mrg.net/Products-and-Services/Syndicated-Report.aspx?r=RPEU22DE08>

(page consultée Aout 2013)

31. OECD BETTER LIFE INDEX

Better Life Index

<http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/>

(Page consultée en Aout 2013)

32. SENAT.FR

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 : Assurance maladie.
Avant-propos

<http://www.senat.fr/rap/l12-107-2/l12-107-20.html>

(page consulté Aout 2013)

33. SENAT.FR

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 : Assurance maladie.

<http://www.senat.fr/rap/l12-107-2/l12-107-22.html>

(page consulté Aout 2013)

34. SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS-DENTISTES.

CCAM : quels changements pour nos cabinets dentaires.

Paris : SFCD, 2012.

35. TIRLET G et ATTAL JP.

Le gradient thérapeutique un concept médical pour les traitements esthétiques.

Inf dent 2009 ; **91** (41/42) : 2561.

36. UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE NORD PAS DE CALAIS.

Les infrastructures corono-radiculaires métalliques coulées.

Nord Pas de Calais : URCAM, 2004.

Annexe 1 : Journal officiel 1972

3282

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

31 Mars 1972

Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Le ministre de l'agriculture et le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,

Vu le décret n° 60-451 du 12 mai 1960 modifié relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux et notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 4 juillet 1960 fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ainsi que les arrêtés qui l'ont complétée et modifiée ;

Vu l'avis émis par la commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels,

Arrêtent.

Art. 1^{er}. — La nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux est fixée par l'annexe au présent arrêté.

Art. 2. — L'arrêté du 4 juillet 1960 fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ainsi que les arrêtés qui l'ont complétée et modifiée sont abrogés.

Art. 3. — Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé et le directeur des affaires sociales au ministère de l'agriculture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 mars 1972.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,
ROBERT BOULIN.

Le ministre de l'agriculture,
MICHEL COMTAT.

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS DES MEDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES, SAGES-FEMMES ET AUXILIAIRES MEDICAUX

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er}.

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12 mai 1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2.

Lettres-clés et coefficients.

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

1° Lettre-clé.

La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

- C : consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme ;
- Cs : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ;
- CNPSY : consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié ;
- V : visite au domicile du malade par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme ;
- Vs : visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié ;
- VNPSY : visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié ;
- K : actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin.
- Z : actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
- D : actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.
- SF : actes pratiqués par la sage-femme.
- SFI : soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.
- AMM : actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute.
- AMI : actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière.
- AMP : actes pratiqués par le pédicure.
- AMO : actes pratiqués par l'orthophoniste.
- AMY : actes pratiqués par l'aide-orthoptiste.

2° Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 3.

Notation d'un acte.

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa notation comportant la lettre-clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute, et immédiatement après, le coefficient fixé par la nomenclature (1).

Article 4.

Remboursement par assimilation.

Si un acte ne figure pas à la Nomenclature, il peut être assimilé à un acte de même importance porté sur cette nomenclature, et, en conséquence, affecté du même coefficient que cet acte. Dans ce cas, le praticien doit mentionner sur la feuille de soins « Acte assimilable à... » (K 20, par exemple). Le remboursement d'un acte coté par assimilation est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7, ci-après. Toutefois, l'expiration du délai de dix jours prévu au paragraphe C dudit article doit être considéré comme un refus tacite de la demande d'assimilation.

Article 5.

Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement.

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) Les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) Les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) Les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 6.

Acte effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin.

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir

(1) Exemple :

- 1° Traitement par volet d'un hématome extra-dural ou d'un hématome sous-dural chronique K 120.
- 2° Injection intra-veineuse par un médecin K 2.
- 3° Injection intra-veineuse par un infirmier AMI 2.

Annexe 2 : Journal officiel 1984

14 Juin 1984

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

N. C. 5147

Vu l'avenant n° 54 du 22 décembre 1980 à la convention annexe I (Ouvriers) à la convention susvisée ;
Vu la demande d'extension présentée par les organisations signataires ;
Vu l'avis publié au *Journal officiel* du 30 août 1983 ;
Vu les avis recueillis au cours de l'enquête ;
Vu l'avis motivé de la Commission nationale de la négociation collective (sous-commission des conventions et accords),

Arrêtent :

Art. 1^{er}. — Sont rendues obligatoires pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans le champ d'application de la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport du 21 décembre 1950 les dispositions de :

L'accord national du 24 septembre 1980 instituant un régime de prévoyance inaptitude à la conduite dans certaines branches des transports (formant annexe à la convention susvisée) ;
L'avenant n° 54 du 22 décembre 1980 à la convention annexe I (Ouvriers) à la convention susvisée.

Art. 2. — L'extension des effets et sanctions des accords susvisés est faite à dater de la publication du présent arrêté pour la durée restant à courir et aux conditions prévues par la convention collective précitée.

Art. 3. — Le directeur des relations du travail et le directeur des transports terrestres sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 mai 1984.

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des relations du travail,
M. AUBRY.*

*Le ministre des transports,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des transports terrestres,
P. FERROD.*

NOTA. — Les textes des accords susvisés ont été publiés au *Bulletin officiel* du ministère, fascicules Conventions collectives n° 80-45 et 81-7.

Extension d'accords conclus dans le cadre de la convention collective nationale de travail du personnel des tramways, autobus et trolleybus.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale et le ministre des transports,

Vu les articles L. 133-1 et suivants du code du travail ;
Vu l'arrêté du 29 décembre 1948 et les arrêtés successifs, notamment l'arrêté du 27 octobre 1983, portant agrément et extension de la convention collective nationale du personnel des tramways, autobus et trolleybus du 23 juin 1948 et des textes qui l'ont modifiée ou complétée ;
Vu l'accord national du 24 septembre 1980 instituant un régime de prévoyance inaptitude à la conduite dans certaines branches des transports (formant l'annexe IV à la convention susvisée) ;
Vu l'avenant n° 20 du 7 novembre 1980 à la convention collective susvisée (art. 56 bis et annexe I à l'annexe IV) ;
Vu la demande d'extension présentée par les organisations signataires ;
Vu l'avis publié au *Journal officiel* du 30 août 1983 ;
Vu les avis recueillis au cours de l'enquête ;
Vu l'avis motivé de la Commission nationale de la négociation collective (sous-commission des conventions et accords),

Arrêtent :

Art. 1^{er}. — Sont rendues obligatoires pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans le champ d'application de la convention collective nationale du personnel des tramways, autobus et trolleybus du 23 juin 1948 les dispositions de :

L'accord national du 24 septembre 1980 instituant un régime de prévoyance inaptitude à la conduite dans certaines branches des transports (formant l'annexe IV à la convention susvisée) ;
L'avenant n° 20 du 7 novembre 1980 à la convention susvisée (art. 56 bis et annexe I à l'annexe IV).

Art. 2. — L'extension des effets et sanctions des accords susvisés est faite à dater de la publication du présent arrêté pour la durée restant à courir et aux conditions prévues par la convention collective précitée.

Art. 3. — Le directeur des relations du travail et le directeur des transports terrestres sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 mai 1984.

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des relations du travail,
M. AUBRY.*

*Le ministre des transports,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des transports terrestres,
P. FERROD.*

NOTA. — Les textes des accords susvisés ont été publiés au *Bulletin officiel* du ministère, fascicules Conventions collectives n° 80-46 et 81-7.

Modification de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale et le ministre de l'agriculture,

Vu le décret n° 75-936 du 13 octobre 1975 portant application des articles L. 259, L. 260, L. 264 et L. 265 du code de la sécurité sociale relatifs aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les auxiliaires médicaux ;

Vu l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1984 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. — Les dispositions de la première partie (Dispositions générales) de la nomenclature générale des actes professionnels sont modifiées ainsi qu'il suit :

« I. — A l'article 2, la mention « D : Actes autres que d'orthopédie dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste » est remplacée par la mention « D ou DC : Actes autres que d'orthopédie dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste. La lettre clé DC est utilisée par le chirurgien-dentiste pour les actes affectés de la lettre KC à la deuxième partie de la nomenclature. »

II. — Aux articles 11, 13 et 14, la mention « D, DC » est substituée à la mention « D ».

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

Fait à Paris, le 12 juin 1984.

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. MERCEAU.*

*Le ministre de l'agriculture,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des affaires sociales,
L. VAILLANT.*

**Commission permanente interprofessionnelle
du Conseil supérieur des professions paramédicales.**

Par arrêté du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale en date du 3 mai 1984, sont nommés membres de la commission permanente interprofessionnelle du Conseil supérieur des professions paramédicales, sur proposition de la fédération nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et services sociaux C.F.T.C. :

Titulaire : M. Etienne (Claude).
Suppléant : M. Cloître (Georges).

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

Arrêté du 14 octobre 1994 portant modification de l'arrêté du 8 août 1994 complétant la liste des produits et appareils à usage préventif, diagnostique ou thérapeutique soumis à homologation

NOR : SPSH9403271A

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 665-1 et R. 5274 ;

Vu les arrêtés du 4 février 1991, du 23 janvier 1992, du 10 août 1992, du 23 mars 1993 et du 8 août 1994 fixant la liste des produits et appareils soumis à homologation,

Arrête :

Art. 1^{er}. - L'article 1^{er} de l'arrêté du 8 août 1994 complétant la liste des produits et appareils à usage préventif, diagnostique ou thérapeutique soumis à homologation est ainsi modifié : la liste des catégories de produits et appareils prévus à l'article R. 5274 du code de la santé publique est complétée comme suit :

« Prothèses mammaires internes. »

Art. 2. - Le directeur des hôpitaux est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 14 octobre 1994.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des hôpitaux,
G. VINCENT

Arrêté du 14 octobre 1994 portant approbation du compte financier de l'Office des migrations internationales pour l'exercice 1993

NOR : SPSN9403273A

Par arrêté du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, en date du 14 octobre 1994, est approuvé le compte financier de l'Office des migrations internationales pour l'exercice 1993 :

- pour la 1^{re} section Fonctionnement, aux sommes de 254 879 848,50 F en recettes et 195 354 343,55 F en dépenses ;
- pour la 2^e section Opérations en capital, aux sommes de 8 866 274,48 F en recettes et 10 116 982,60 F en dépenses.

Arrêté du 21 octobre 1994 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

NOR : SPSS9403311A

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

Le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - A la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels (Dispositions générales) à l'article 2 (Lettres clés et coefficients), substituer les libellés ci-dessous au libellé relatif aux lettres clés SPM et SCP :

« Actes d'orthopédie dento-faciale, actes pour obturations dentaires définitives et traitement des parodontoses et actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin : SPM ;

« Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste : TO ;

« Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste : SC ;

« Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste : SPR. »

Art. 2. - Le présent arrêté ne prendra effet qu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Art. 3. - Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 21 octobre 1994.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,
R. RUELLAN

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des exploitations,
de la politique sociale et de l'emploi,
H.-P. CULAUD

Le ministre délégué à la santé,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
J.-F. GIRARD

Annexe 4 : Prix des fournitures

Base

Gant par 100 : 12.50€	1 paire = 0.25€
Masques par 100 : 14€	1 = 0.14€
Serviette patient par 100 : 18.20€	1 = 0.182€
Coton salivaire par 1000 : 9.90€	2 par patient = 0.02€
Compresse par 1000 : 28€	2 par extraction = 0.056€
Gobelets par 3000 : 65€	1 = 0.022€
Pompe à salive par 100 : 4€	1 = 0.04€
Plateau jetable par 400 : 54.80€	1 = 0.137€
Essuie tout par 3750 : 46.90€	2 par patient = 0.025€
Embout air/eau par 250 : 51€	1 = 0.204€
Godet plastique par 1000 : 55.70€	1 = 0.0557€

Plateau de base = 1.02€ (composé de : gants, masque, serviette patient, coton salivaire, gobelet, pompe à salive, plateau jetable, essuie tout et embout air/eau)

Radio

Protection ERLM par 500 : 157.50€	1 = 0.30€
-----------------------------------	-----------

Anesthésie

Cartouches par 50 : 39€	1 = 0.78€
Oraquix par 20 : 147.70€	1 = 7.385€
Aiguilles par 100 : 15.90€	1 = 0.159€
Eponge hémostatique collagène par 25 : 76€	1 = 3.04€
Surgicel par 12 : 238.70€	1 = 19.90€
Test au froid : 11.60€ (environ 500 utilisations)	1 = 0.02€

Anesthésie = 0.939€ (composée de : cartouche et aiguille)

Endodontie

Rotation Protaper : 64€	1 utilisation = 8€
Limes par 6 : 14.70€	1 utilisation = 0.81€
Pointe papier par 120 : 9.40€	1 = 0.078€
Pointe Gutta Protaper par 60 : 16.20€	1 = 0.27€
Finger spreader par 4 : 15.70€	1 utilisation = 0.39€
Endoneedle par 100 : 30.50€	1 = 0.305€

Seringue par 100 : 29€	1 = 0.29€
Sealite : 118.60€ environ 80 utilisations	1 utilisation = 1.48€
Glyde monodose par 35 : 56.20€	1 = 1.606€
Digue par 36 : 20.50€	1 = 0.569€
Hypochlorite 90 ml : 3.80€	1 mL = 0.042€

Composite et Amalgame

Mordançage : 24.50€ environ 30 utilisations	1 utilisation = 0.82€
Adhésif : 157.90€ environ 110 doses	1 utilisation = 1.43€
Composite par 20 unidoses de 0.25g : 78€	1 unidose = 3.9€
Microbrush par 400 : 43.60€	1 = 0.109€
CVI par 50 capsules : 205€	1 capsules = 4.10€
Composite pour faux moignon : 161.20€	1 utilisation = 5.37€
Amalgame par 50 capsules : 115€	1 capsule = 2.30€
Matrice métal 3 mètre : 10.90€	8cm = 0.30€
Matrice type Apis par 6 : 9.30€	1 utilisation = 0.31€
Coin de bois par 100 : 16€	1 = 0.16€
Papier Articulé épais par 300 : 19.40€	1 = 0.065€

Prophylaxie

Fil dentaire 25m : 3.95€	40cm = 0.063€
Brossette par 100 : 71.80€	1 utilisation = 0.718€
Pâte à polir par 200 doses : 58€	1 = 0.29€
Fluoration par 40 : 173.30€	1 = 4.34€

Empreintes

Alginate 453g : 13.95€	1 utilisation = 0.31€
Putty 800g/500mL : 76.40€	1 utilisation = 1.91€
Light 4*50 mL : 87.80€	1 utilisation = 1.09€
Embout mélangeur 50 pièces : 32.20€	1 pièce = 0.644€
Embout intra oraux 100 pièces : 43.70€	1 pièce = 0.437€
Pâte de Kerr 15 bâtons : 24.40€	1 utilisation = 0.82€
Impression Paste : 18.20€	1 utilisation = 3.64€
Permlastic : 51.40€	1 utilisation = 10.28€
Silicone occlusion : 44.20€	1 utilisation = 1.47€
Capsule de rétraction gingivale 100 capsules : 303.20€	1 capsule = 3.022€
Bloc à spatuler PVC 100 feuilles : 9.70€	1 feuille = 0.097€

Prothèse

Tenon Titane 20 pièces : 53€	1 pièce = 2.65€
Tenon Fibre 10 pièces : 59.30€	1 pièce = 5.93€
Foret tenon : 47.70€	1 utilisation = 1.59€
Foret tenon fibré par 3 : 25€	1 utilisation = 0.83€

Couronne provisoire 5 pièces : 12.60€
Résine provisoire : 95.60€
FITT : 63.40€

1 pièce = 2.52€
1 utilisation = 4.78€
1 utilisation = 1.268€

Ciment

Cavit 10*7g : 35€
Temp Bond : 28.60€
Fuji scellement 50 capsules : 150.30€
Variolink : 100€

1 utilisation = 0.875€
1 utilisation = 1.43€
1 capsule = 3.006€
1 utilisation = 5.5€

Chirurgie

Sur blouse 10 pièces : 10.90€
Gant stérile par 50 paires : 50.20€
Champ stérile 20 pièces : 64.70€
Kit stérile chirurgie : 19.80€
Charlotte par 200 : 31€
Canule chirurgie 20 pièces : 41.10€
Bistouri usage unique 10 pièces : 7.20€
Fil de suture 36 pièces : 355.50€
Monocryl 36 pièces : 391.20€
Matériaux de comblement 5 pièce : 405.20€
Bétadine unidose par 10 : 3.50€

1 pièce = 1.09€
1 paire = 1.004€
1 pièce = 3.235€
1 = 19.80€
1 = 0.155€
1 pièce = 2.055€
1 pièce = 0.72€
1 pièce = 9.875€
1 pièce = 10.86€
1 pièce = 81.04€
1 dose = 0.35€

Fraises

Fraise boule diamanté par 5 : 31€
Fraise cylindrique bout plat par 5 : 31€
Fraise séparation de racine par 5 : 37.80€
Fraise tungstène boule par 5 : 22€
Fraise congé diamanté par 5 : 54.20€
Fraise polissage composite par 5 : 56.60€
Fraise polissage finition par 5 : 54.10€
Fraise prothèse tungstène : 35.90€
Disque à polir par 100 : 45.70€
Brossette polissage par 10 : 78.80€
Strip abrasif par 150 : 17.20€
Endo Z par 5 : 65.40€

1 utilisation = 0.31€
1 utilisation = 0.31€
1 utilisation = 0.756€
1 utilisation = 0.22€
1 utilisation = 0.542€
1 utilisation = 0.566€
1 utilisation = 0.541€
1 utilisation = 0.359€
3 = 1.371€
1 utilisation = 1.576€
1 = 0.115€
1 utilisation = 1.308€

UNIVERSITE DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,



Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,



Y. AMOURIQ

SAVARD (Jean). - Evolution du système de prise en charge des soins et prothèses dentaires par rapport à l'évolution des connaissances et de la pratique odontologique. – (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2013-2014)

RESUME

La nomenclature générale des actes professionnels dentaire est apparue en 1972. Depuis, la pratique n'a cessé d'évoluer, les techniques de s'améliorer.

- Dans ce travail nous étudions la nomenclature, les lettres clés et leur valeurs, leurs évolutions de 1972 à 2013.
- Nous nous intéressons au cout réel des actes afin de déterminer s'ils sont en adéquation avec les tarifs conventionnels ?
- Nous mettons ensuite en parallèle l'évolution de la pratique et celle de la nomenclature.
- Nous explorons également le devenir de notre nomenclature, avec la mise en place de la CCAM dans le domaine dentaire.
- Nous comparons enfin les tarifs de soins dentaires français avec nos voisins européens et internationaux.

A travers cette étude de la nomenclature, des actes qui la compose, ce travail propose une vision de l'exercice de la profession et offre un aperçu du devenir de notre pratique.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Cabinet dentaire

MOTS CLES MESH

Sécurité Sociale ; Social Security

Terminologie ; Terminology

Prothèses dentaires ; Dental Prothesis

Liste de prix ; Price Lists

JURY

Président : Professeur Yves A.

Directeur : Docteur Dominique M.

Co-directeur : Docteur Denis G.

Assesseur : Docteur Elisabeth R.

ADRESSE DE L'AUTEUR

17 Vieille Rue – 86580 Vouneuil sous Biard

Jean.savard@voila.fr