



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

caisses

Question écrite n° 584

Texte de la question

Reprenant les termes de la question qu'elle avait posée en mai 2005 sous la XIIe législature, demeurée sans réponse, Mme Marie-Jo Zimmermann attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur le fait que la profession de chirurgien-dentiste, spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale est confrontée en permanence à un problème récurrent concernant la récupération de prétendus « indus » par les caisses d'assurance maladie. Les textes prévoient, certes, la possibilité de se retourner contre un praticien dans le cadre d'une action en répétition de l'indu, cette possibilité étant toutefois limitée à l'hypothèse où il y aurait eu inobservation de la nomenclature générale des actes professionnels ou facturation d'un acte non réalisé et ceci conformément à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. Il se trouve que les traitements effectués par les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale ne sont pris en charge par les caisses que si ces derniers sont entrepris avant le seizième anniversaire. Les traitements peuvent cependant être entrepris à tout âge avec la réserve qu'ils ne donnent plus lieu à remboursement. Or, il se produit certaines fois que les caisses, bien qu'elles aient la possibilité de contrôler l'âge des patients par le fait que leur date de naissance apparaît sur la feuille de soins, procèdent à un remboursement auquel les assurés n'ont pas droit. Au lieu de se retourner alors vers ledit assuré, les caisses d'assurance maladie exigent du praticien le remboursement des frais indûment versés par elles à l'assuré. Dès lors que les CPAM ont accepté de rembourser le patient en toute connaissance de cause par l'indication de l'âge de ce dernier sur la feuille de soins, il leur appartient de supporter les conséquences de leur éventuelle négligence. La Cour de cassation, dans un important arrêt de principe du 6 avril 2004, s'est clairement prononcée en ce sens en précisant qu'il n'appartient pas au praticien de prendre à sa charge les conséquences dommageables d'un tel remboursement. Elle souhaiterait donc qu'elle lui indique quelles sont les mesures envisageables afin que les caisses d'assurance maladie ne créent pas des contentieux qui encombrant inutilement les tribunaux alors même que la Cour de cassation a clairement précisé la jurisprudence en la matière.

Texte de la réponse

La profession de chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale est confrontée à la récupération par les caisses d'assurance maladie, « d'indus » pour les traitements effectués. En effet, ces traitements ne sont pris en charge par les caisses que lorsqu'ils sont commencés avant le seizième anniversaire, comme le prévoit la nomenclature générale des actes professionnels (art. 5 du chapitre VI du titre III). Après cet âge, aucun remboursement ne peut être effectué. Il doit donc être rappelé que les professionnels de santé ont une obligation d'information claire et précise de leurs patients, qui relève de leur responsabilité professionnelle. Ainsi, si des actes ne sont pas susceptibles de remboursement par l'assurance maladie, il appartient aux professionnels de le préciser très clairement aux patients, avant même l'exécution des actes. S'il a pu arriver ponctuellement que des caisses remboursent à tort les traitements commencés après cet âge, elles n'ont pu le faire qu'au vu de feuilles de soins établies par les chirurgiens-dentistes et qui leur ont été transmises en toute bonne foi par les patients. Or depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, les actes non remboursables ne peuvent donner lieu à l'établissement par les chirurgiens-dentistes d'une

feuille de soins (art. L. 162-8 du code de la sécurité sociale). Cette disposition législative a d'ailleurs été reprise dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs de la profession (approuvée par arrêté du 14 juin 2006 publié au Journal officiel du 18 juin 2006) : c'est l'objet du point 4.2.1 in fine de la convention. La convention prévoit en effet que lorsque le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu. Les spécialistes en orthopédie dento-faciale ne peuvent donc ignorer les dispositions désormais applicables aux actes hors nomenclature. Les dispositions de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 contribueront en outre à lever toute ambiguïté dès lors qu'une information écrite et préalable précisant le tarif des actes effectués, ainsi que la nature et le montant des dépassements facturés devra être remise au patient. La convention précitée prévoit en outre que les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter les dispositions et les cotations de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). La jurisprudence de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 6 avril 2004 à laquelle il est fait référence concerne donc une période antérieure à la législation désormais applicable en matière d'actes non remboursables (actes effectués par un praticien en 1998). En toute logique, les caisses d'assurance maladie ne devraient plus avoir à connaître de feuilles de soins portant sur des traitements d'orthopédie dento-faciale commencés après l'âge de seize ans.

Données clés

Auteur : [Mme Marie-Jo Zimmermann](#)

Circonscription : Moselle (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 584

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse et sports

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 10 juillet 2007, page 4839

Réponse publiée le : 12 février 2008, page 1264