

COTATION DE L'IMPLANTOLOGIE DANS LA CCAM

*Docteur Joseph EL RAYES, chirurgien-dentiste, exercice libéral à RIOM (63), membre de la SFPIO AUVERGNE.
Docteur Philippe DUCHATELARD, chirurgien-dentiste, exercice libéral à CHAMALIERES (63),
docteur d'Université en Odontologie, président de la SFPIO AUVERGNE.*

Après une première partie consacrée aux généralités de la CCAM et aux particularités liées à la parodontologie, les Drs El Rayes et Duchatelard nous livrent un résumé exhaustif de la cotation en implantologie. Nous savons que ces deux articles soulèvent bien des questions; nous vous invitons à les transmettre à notre rédaction qui transmettra aux auteurs (SFPARO@WANADOO.FR), les réponses seront publiées.

L'implantologie est une des thérapeutiques de notre discipline qui a apporté le plus de nouveaux actes. Ces actes ont d'abord intégré la NGAP par la décision de l'UNCAM (Union Nationale de Caisses d'Assurance Maladie) du 28 septembre 2011, elle a listé les actes nécessaires à la prise en charge des patients, enfant ou adultes, atteints d'agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares et des patients présentant des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires. La CCAM a repris cette liste. Sans qu'elle soit exhaustive, elle comporte un nombre conséquent d'actes en rapport direct ou indirect avec l'implantologie dans les phases préparatoires, chirurgicales ou prothétiques ainsi qu'au cours de la maintenance ou de la gestion des suites chirurgicales.

Nous listerons les actes présents dans la version V40 de la CCAM. Après le rappel de quelques généralités sur la méthode de classification des actes et les possibilités ou non de les télétransmettre, nous développerons les cotations liées à la prothèse sur implants qui intéressent le plus grand nombre de praticiens et nous énumérerons les actes en fonction d'un plan de traitement implantaire, étude de cas et temporisation, chirurgie pré et péri-implantaire, chirurgie implantaire, maintenance et suites. Nous terminerons par le cas spécifique des agénésies multiples qui concerne plus particulièrement, en l'état actuel du niveau de remboursement, les centres de soins hospitalo-universitaires.

Dans un souci de clarté, nous nous efforcerons de privilégier l'utilisation des codes CCAM et/ou des numéros de paragraphes et sous-paragraphes, il vous sera donc très utile d'avoir la CCAM à portée de main pour la compréhension des lignes qui suivent.

I. Généralités :

Les règles de fonctionnement de la CCAM ont déjà été présentées succinctement dans l'Objectif Paro de décembre 2014. Pour autant, il est utile de rappeler que les actes de la CCAM peuvent être de différentes natures :

- Les actes remboursables sans condition avec un caractère opposable (OP) ;
- Les actes remboursables sans condition, en honoraire libre avec entente directe (ED) ;
- Les actes non pris en charge (NPC) ;
- Les actes remboursables avec une restriction de leur facturation au régime obligatoire du fait des notes présentes soit en tête de paragraphe ou de sous-paragraphe soit en deçà du libellé de l'acte, actes qualifiés RC (Remboursement sous conditions).

Ces derniers peuvent être remboursables avec un caractère opposable ou non si leur réalisation respecte les conditions de facturation voulues par la CNAMTS. Dans le cas contraire, ils seront non remboursables (situation la plus fréquente en pratique libérale).

Certains actes listés dans la CCAM et relevant de notre capacité professionnelle ne sont pour l'instant pas paramétrables dans certains logiciels de gestion. Il s'agit d'actes ayant les codes d'activité 1 (geste principal) et 4 (geste d'anesthésie générale ou locorégionale [hors locorégionale réalisées par les chirurgiens-dentistes]). Par conséquent, ces actes ne sont pas dans la base SESAM VITALE bien qu'ils soient parfaitement réalisables dans une activité libérale mais cela rend leur télétransmission impossible par absence de paramétrage avec leur code CCAM dans certains logiciels de gestion. Cette situation tend à se régulariser dans les dernières mises à jour. Quand de tels actes seront évoqués

ci-dessous, en plus des mentions OP, ED, NPC ou RC, nous adjoindrons le chiffre 4.

On peut établir une feuille de soins papier remplie manuellement ou par le logiciel de gestion si ce dernier intègre cette catégorie d'actes.

II. LA PROTHESE SUPRA IMPLANTAIRE

A. La prothèse fixe

La prothèse fixe supra implantaire a connu une évolution concernant son remboursement avec le passage à la CCAM. La couronne supra implantaire, quelle que soit sa nature autre que provisoire, a désormais un code remboursable et en honoraire libre (ED). Les bridges implanto-portés auront les mêmes codes CCAM que les bridges dento-portés mais la note en début du sous-paragraphe correspondant rend les bridges implanto-portés non remboursables.

Seul le bridge complet transvissé sur implants, considéré comme une prothèse amovo-inamovible, a un code dédié avec une base de remboursement non conditionnée. Il s'agit d'un bridge complet, il doit donc impérativement être composé de 14 dents reconstituées. L'équivalent pour un nombre de dents inférieur n'existe pas pour le moment.

Les « assimilations » étant définitivement exclues dans la CCAM, il est impossible de facturer pour un bridge implanto-porté deux couronnes dentaires implanto-portées et un inter en acte gratuit, la même logique s'applique aux bridges implanto-dento-portés.

La couronne implanto-portée n'est plus assimilée, comme dans la NGAP à un appareil amovible d'une à trois dents, le fait de jumeler ou non deux voire plus couronnes implanto-portées contigües n'impacte en rien leur facturation, chaque



couronne sera facturée indépendamment et donnera droit au remboursement prévu du moment que chaque couronne a un implant qui lui correspond.

Les actes en question se trouvent dans les sous-paragraphes suivants :

- 07.02.03.01 : Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]

- HBLD012 : Pose d'une infrastructure coronaire sur 1 implant (NPC) ;

- HBLD017 : Pose d'une infrastructure coronaire sur 2 implants (NPC) ;

- HBLD021 : Pose d'une infrastructure coronaire sur 3 implants (NPC) ;

- HBLD013 : Pose d'une infrastructure coronaire sur 4 implants (NPC) ;

- HBLD005 : Pose d'une infrastructure coronaire sur 5 implants ou plus (NPC) ;

- 07.02.03.02 : Pose d'une couronne dentaire prothétique

- HBLD037 : Pose d'une couronne dentaire transitoire (NPC) ;

- HBLD418 : Pose d'une couronne dentaire implanto-portée (ED) ;

- 07.02.03.03 : Pose de prothèse dentaire amovible :

- HBLD030 : Pose d'une prothèse complète transvissée implanto-portée (ED). La localisation de cet acte a été changée par la V38 car la prothèse est considérée comme amovo-inamovible ;

- 07.02.03.04 : Pose de prothèse dentaire fixée dento-portée ou implanto-portée :

Les actes HBLD040/043/033/023 représentent les quatre bridges de base qui nous sont désormais connus. Les codes CCAM pour les bridges implanto-portés seront les mêmes que pour ceux dento-portés mais, lors du paramétrage de ces actes dans les logiciels de gestion, il faudra utiliser le code NR ;

- 18.02.07.06 : Soins prothétiques – Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée : Il s'agit ici des actes complémentaires aux bridges de base que sont les piliers et inters supplémentaires. Les actes principaux n'étant pas remboursables, il en sera de même pour ces actes complémentaires (même paramétrage).

Dans le but de limiter le nombre d'actes en prothèse sur implants dans la CCAM, l'acte HBLD005, pose d'une infrastructure coronaire sur 5 implants ou plus,

s'appliquera à plusieurs actes dans nos paramétrages, mise en place de cinq piliers prothétiques, mise en place de six piliers prothétiques et plus si c'est le cas.

Les actes prothétiques cités ci-dessus pourront donner lieu à la réalisation, si cela s'avère médicalement nécessaire, d'une radiographie post opératoire (HBQK061 [OP ou NR]) et sera remboursable comme acte complémentaire.

B. Prothèse amovible retenue sur implants :

Les moyens de liaisons de ces prothèses sont listés dans le sous-paragraphes 11.02.05.03. Tous les actes ici seront des actes RC. Il est fait une distinction entre les barres et les autres moyens de liaison (pilier boules, piliers coniques...). De même que pour l'acte HBLD005, l'acte LBLD420 pourra être le code CCAM pour plusieurs de nos paramétrages dans cette rubrique.

Le sous-paragraphes 07.02.03.03 comporte tous les actes en rapport avec les prothèses amovibles retenues sur implants qu'elles soient transitoires ou définitives, base résine ou base métallique, partielles ou complètes. Les actes spécifiques de prothèses amovibles supra-implantaires, ceux apparaissant en premier dans le sous-paragraphes, sont RC. Les actes qui suivent sont les actes que nous utilisons pour de la prothèse amovible classique et ils sont utilisables, dans les mêmes conditions de facturation et de remboursement, pour les prothèses amovibles retenues sur implants (lettre d'information de la CPAM du 25/03/2015).

III. ETUDE DE CAS et TEMPORISATION :

A. Etude de cas

Les actes de cette étape de notre plan de traitement apparaissent dans les paragraphes et sous paragraphes suivants :

- 07.01.04.01 : Radiographie de la bouche (RC) ;

- 07.01.08.01 : Epreuves fonctionnelles au niveau de la cavité orale (moulage d'étude [NPC], montage en articulateur [RC], wax up en cire ou par CFAO [RC], montage directeur [NPC]...);

- 11.01.02 : Photographies de la tête (NPC) ;

- 11.01.03 : Radiographie de la tête (RC) ;

- 11.05.02 : Autres appareillages sur le crâne

et la face (guides radiologiques [RC] et leur transformation en guides chirurgicaux [RC]).

Il est à noter que tous les actes de radiographie (2D ou 3D) sont des actes RC et ne sont pas remboursables dans le cadre d'une étude pré implantaire sauf agénésies multiples ou suites de traitement de tumeurs.

B. Temporisation :

La temporisation peut se faire soit avec de la prothèse dentaire amovible transitoire (07.02.03.03, ED), soit avec de la prothèse fixée transitoire (07.02.03.04). L'acte HBLD034 (NPC), pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire, n'a pas de description particulière et, à ce titre, peut englober à la fois les prothèses résines, les prothèses base métallique avec un recouvrement résine ou encore les bridges collés du moment qu'elles gardent un caractère transitoire et sont NPC.

IV. LA CHIRURGIE PRE ET PERI IMPLANTAIRE

Les actes de chirurgie pré et péri implantaire sont répartis sur plusieurs paragraphes et/ou sous-paragraphes. Nous ne ferons que rappeler ces derniers car ces sujets (modifications gingivales, muqueuses et osseuses) ont déjà été évoqués dans notre précédent travail (Objectif Paro décembre 2014).

L'introduction d'actes nouveaux dans la CCAM ne change en rien la différence qui existe entre capacité professionnelle et compétence. Le chirurgien-dentiste doit pouvoir justifier des compétences nécessaires à la réalisation des actes qu'il pratique et qu'il cote.

Sauf omission de notre part, les actes de cette phase thérapeutique se trouvent dans les paragraphes et sous-paragraphes suivants :

- 01.05.01.02 actes thérapeutiques sur le nerf trijumeau [V] et ses branches :

- ADCA004 : Déroulement du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal. (RC4) ;

- 06.02.03.01 Actes thérapeutiques sur le sinus maxillaire (GBBA002, RC4) ;

- 07.02.05.03 Actes thérapeutiques sur le parodonte par addition ;

- 07.02.05.04 Autres actes thérapeutiques sur le parodonte ;
- 07.02.06.03 Plastie de la cavité orale ;
- 11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face ;
- 18.02.15 Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique.

Le premier acte de ce paragraphe LAFA008, prélèvement pariétal (RC4) n'entre pas dans notre capacité professionnelle. Les quatre autres, PAFA010/004/003/009, seront considérés « RC4 » ou « NPC4 » selon l'acte dont ils sont complémentaires. Idem pour les prélèvements sur la crête iliaque, ils peuvent rentrer dans la définition de certains des actes susmentionnés et sortent de notre capacité professionnelle.

Après renseignement pris auprès de la CNAMTS, les actes d'« Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction... » (LAGA003/005/002) du sous-paragraphe 11.02.05.05 ne peuvent se rapporter à l'ablation des vis d'ostéosynthèse utilisées dans les auto/allogreffes de notre discipline, ces actes comme la pose et dépose de pins dans les ROG sont des actes manquants pour le moment.

V. LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE

Dans le paragraphe 11.05.02, outre les actes précités (guide radiologique et leur transformation en guides chirurgicaux), existent les actes HBLD056 et HBLD084 (RC) pour les guides chirurgicaux unis ou bi maxillaires.

Les mises en place d'implants chez l'enfant et chez l'adulte sont évoquées au sous-paragraphe 11.02.05.02 « Pose d'implant osseux sur le crâne et la face ». Il s'agit ici de deux listes de procédures, l'une dédiée au traitement de l'enfant et l'autre de l'adulte. Le nombre d'implants s'entend par séance et pour le même praticien que cela concerne une ou deux arcades. Le code LBDL261, comme les codes HBLD005 et LBDL420, pourra servir à plusieurs paramétrages.

Toutes les procédures chez l'enfant ainsi que les procédures chez l'adulte allant d'un à six implants sont des actes RC. Les procédures chez l'adulte avec une mise en place de 7 implants ou plus seront RC4.

Le deuxième temps chirurgical est

évoqué au sous-paragraphe 11.02.05.04 « Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face » (RC). Ce dernier est organisé de la même façon que le 11.02.05.02.

Dans le cadre d'une prise en charge acceptée par le régime général de patients ayant des agénésies multiples ou des séquelles de tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires, modalités ci-après, les tarifs sont opposables et comprennent la fourniture des dispositifs nécessaires. A titre d'exemple, l'acte LBLD010 (Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte) a un tarif opposable de 422.18 euros comprenant la mise en place du champ opératoire, la fourniture de l'implant lui-même et toute la chirurgie nécessaire à sa pose.

VI. Maintenance et GESTION des SUITES :

A. Maintenance :

Il n'est pas fait mention dans la CCAM de prophylaxie implantaire. Il n'y a pas, pour le moment, d'actes techniques de nettoyage/polissage de quelle que nature qu'il soit (manuel avec curettes titane, aéropolissage, laser...) dans la CCAM qui soit l'équivalent du HBJD001 (Détartrage et polissage des dents).

Les actes de radiographies de contrôle des traitements prothétiques supra-implantaires seront remboursables du moment que ladite prothèse l'était elle-même et que les radiographies soient médicalement nécessaires.

Il existe par contre des actes de réparation ou même de révision. Ces actes sont aux sous-paragraphe 07.02.03.05, 07.02.03.06 et 07.02.03.07. Les actes qui peuvent s'appliquer à la prothèse dentaire amovible « classique » sont en majorité des actes ED. Il existe cependant des actes RC tels que :

- HBKD005 Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse amovible supra-implantaire ;
- HBMD019 Révision des piliers implanto-portés d'une prothèse dentaire.

Des actes NPC sont aussi listés, tels que :

- HBMD076 ET 079 Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe [076] ou indirecte [079] ;
- HBMD016 et 009 Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'ancrages de

prothèse dentaire fixée).

Du point de vue prothétique, le sous-paragraphe 07.02.03.08 comprend les actes HBGD005 et 009, NPC, d'ablation d'un ancrage corono-radulaire et d'une prothèse dentaire implanto-portée. Il n'y a pas d'autres actes spécifiques concernant le suivi des traitements prothétiques supra-implantaires.

B. Gestion éventuelle des suites:

Le sous-paragraphe 11.02.05.05 (Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face) comprend les actes/procédures d'ablation des implants endo-osseux sur l'enfant et sur l'adulte. Ce sont des actes RC pour les procédures d'un et deux implants et deviennent RC4 à partir de trois implants que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte. Ce même sous paragraphe comprend aussi l'acte LZGA001 (OP4) d'ablation de biomatériau de la face et/ou du cou par abord direct, cet acte ne peut être facturé lors de l'ablation de biomatériau présent au niveau de l'alvéole, d'une crête ou en intrasinusien car ces dernières localisations ne correspondent pas aux localisations évoquées dans le libellé de l'acte (face et cou).

Il existe, dans la CCAM, trois actes de fermeture d'une communication bucco-sinusienne (HASA018/025/013) listés au sous paragraphe 07.02.06.07. Ces derniers sont aussi OP4.

Au niveau sinusien, chaque acte du sous-paragraphe 06.02.03.01, du fait de la note s'appliquant à toute cette partie, comprend l'évacuation de collection du sinus maxillaire et l'extraction de corps étranger. Ceux dont l'accès est une méatotomie ne peuvent nous concerner. GBPA004, « Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire] » (OP4), est facturable (avec remboursement) par les praticiens qui en ont la compétence dès lors que les biomatériaux à évacuer sont bien intrasinusiens. C'est un acte opposable et non télétransmissible pour le moment (OP4) si l'acte est fait en ambulatoire, son remboursement peut être demandé au régime général mais uniquement par une feuille de soins papier.

Restait à savoir si, dans ces cas d'échec d'un

COTATION DE L'IMPLANTOLOGIE DANS LA CCAM (suite)

sinus lift, les radiographies 2D ou 3D qui s'avèreront médicalement nécessaires à l'établissement du diagnostic et à la recherche de la localisation exactes des biomatériaux sont remboursables uniquement si le biomatériau est intrasinusien ou si elles sont remboursables quelle que soit la localisation de ces derniers. La réponse de la CNAMTS est la suivante : « Le praticien ne peut pas savoir a priori si des biomatériaux sont présents ou non dans le sinus. C'est l'imagerie qui confirmera ou infirmera cette présence dans la cavité sinusienne. L'examen radiographique est justifié puisqu'il permet d'établir un diagnostic différentiel. »

VII. AGENESIES MULTIPLES et IMPLANTS :

La note au début du sous paragraphe 11.02.05.02 énumère les conditions de prise en charge des implants dentaires ainsi que de tous les actes connexes qui seront libellés RC ci-dessous. Les prises en charges relatives aux agénésies multiples nécessitent l'établissement d'un dossier par un médecin auquel il sera joint un document appelé

« Aide au remplissage du protocole de soins pour le traitement des agénésies dentaires multiples, chez l'adulte (chez l'enfant), liées à une maladie rare » qui devra être rempli par le chirurgien-dentiste choisi par le patient. Dossier qui fera l'objet d'une étude par les services médicaux du régime général de l'assuré en prévision de son acceptation ou non. Les documents précités (aide au remplissage) sont accessibles sur le site ameli.fr.

Pour être éligible pour un dossier de prise en charge des traitements des agénésies dentaires multiples, le patient doit présenter une agénésie d'au moins six dents permanentes, non compris les dents de sagesse, dont l'une au moins des dents absentes fait partie des dents suivantes :

17 16 14 13 11	21 23 24 26 27
47 46 44 43 42 41	31 32 33 34 36 37

Au travers de ces six paragraphes, nous avons établi la liste la plus complète possible des actes existants dans la version V40 de la

CCAM qui se rapportent à l'implantologie en chirurgie dentaire. Nous avons donné, par les indices OP, ED, NPC, RC et 4, des informations sur la prise en charge des actes. L'évolutivité de la CCAM peut rendre ce travail incomplet voir erroné mais il pourra vous aider lors de la recherche d'une information ou d'un acte. Le problème de paramétrage des actes non télétransmissibles dans un exercice ambulatoire a déjà commencé à être réglé par certains logiciels mais leur facturation doit encore se faire sur des feuilles de soins papiers.

Malgré l'abondance d'actes, la CCAM reste incomplète. Les actes non cités, qui n'ont pas fait l'objet d'un avis défavorable de la part de la HAS et qui ont fait l'objet de publications à comité de lecture ou de consensus d'experts sont réalisables et facturables. Ils n'ont plus la dénomination de « hors nomenclature », ils sont désignés comme des « actes manquants... », à la CCAM d'évoluer dans le bon sens pour ne pas être un acte manqué.

Bibliographie

- <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/version-actuelle/index.php>
- <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/regles-de-facturation/facturer-en-ccam/dispositions-generales-et-dispositions-diverses.php>
- <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/agenesies-dentaires-multiples-chez-l-enfant.php>
- <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/agenesies-dentaires-multiples-chez-l-adulte.php>
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070314/fr/historique-des-rapports-annuels-d-activite
- Fichier PDF decision_28092011_JO_10122011 fourni par la CNAMTS
- Echanges par mail avec Dr Gérard MOREL vice-président CNSD
- Echanges par mail avec le chirurgien-dentiste contrôle du Puy de Dôme, CNAMTS.

