



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES CHIRURGIENS- DENTISTES

12 octobre 2026

CPAM du Territoire de Belfort

12/10/2026

SOMMAIRE

01

VALIDATION COMPTE-RENDU DU
12/12/25

02

ANALYSE DES DÉPENSES

03

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES
ET CONVENTIONNELLES

04

ACTUALITÉS LOCALES ET
RÉGIONALES

05

POINTS DIVERS

DÉSIGNATION PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT

(PRÉSIDENCE 2026- SECTION PROFESSIONNELLE)

01

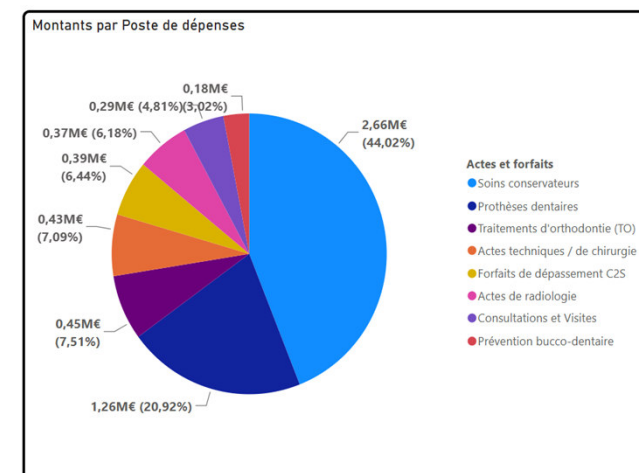
VALIDATION COMPTE-RENDU DU 12 DÉCEMBRE 2025

02

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 30/06/2026

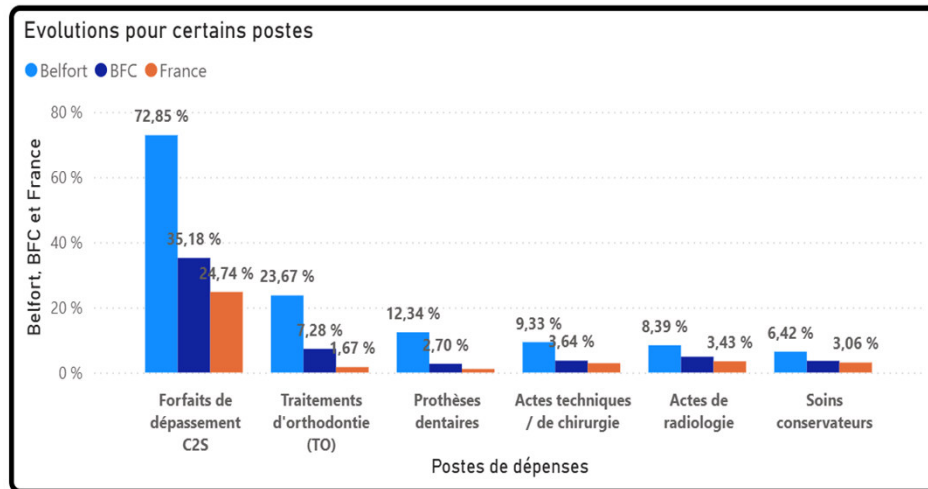
STATISTIQUES DE DÉPENSES : 01/01/2026-30/06/2026

Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
TOTAL	6 118 942,71 €	13,6%	7,0%	5,7%
Actes et forfaits	6 040 240,01 €	14,2%	6,6%	5,5%
Actes de radiologie	373 437,19 €	8,4%	4,9%	3,4%
Actes techniques / de chirurgie	428 437,27 €	9,3%	3,6%	2,9%
Consultations et Visites	290 599,00 €	11,7%	0,5%	-0,2%
Forfaits de dépassement C2S	388 916,54 €	72,9%	35,2%	24,7%
Prévention bucco-dentaire	182 597,00 €	141,8%	129,0%	149,1%
Prothèses dentaires	1 263 733,90 €	12,3%	2,7%	1,1%
Soins conservateurs	2 658 655,18 €	6,4%	3,6%	3,1%
Traitements d'orthodontie (TO)	453 863,93 €	23,7%	7,3%	1,7%
Autres rémunérations	78 702,70 €	-19,6%	37,6%	31,7%
Forfaits structures	31 610,00 €	1,9%	2,4%	4,1%
Option démographique	46 117,70 €	-29,0%	56,9%	59,5%
Permanence des soins	975,00 €	-48,0%	-0,2%	6,3%

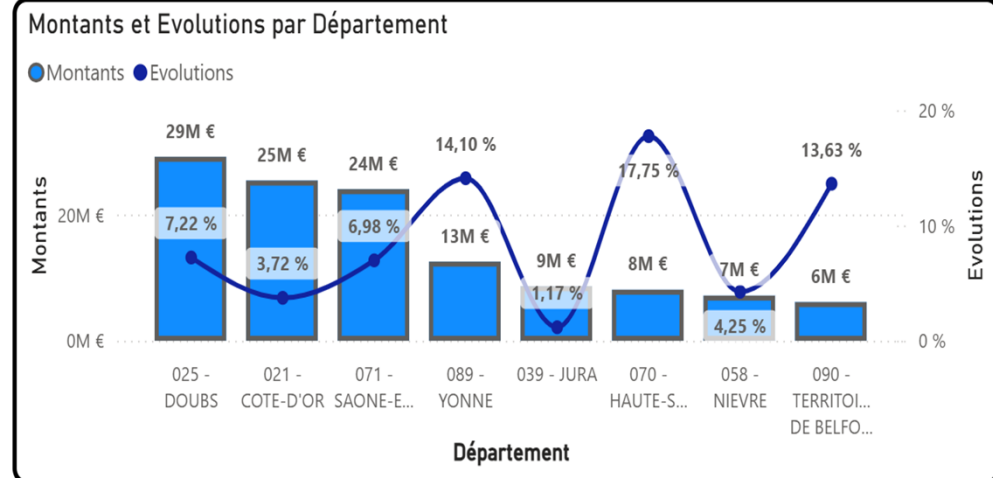
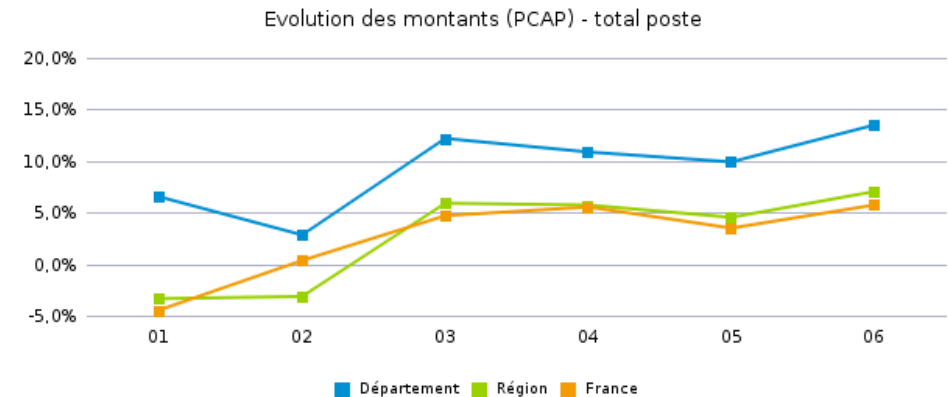


- En fin juin 2026, les dépenses totales s'élèvent à **6 118 942,71 €** avec une évolution de **+13,6 %** sur la période, une hausse nettement supérieure aux moyennes régionales (+7%) et nationale (+5,7%).
- Les soins conservateurs restent le principal poste (43,46% des dépenses totales), avec une croissance soutenue de +6,4%, supérieure à l'évolutions régionale (+3,6%).
- Les dépenses liées aux prothèses dentaires augmentent de +12,3%, soit une dynamique plus marquée que la moyenne régionale et nationale, et représentent 20,65% du total.
- Le poste des forfaits de dépassement C2S enregistre une forte progression de +72,9%, devant les évolutions régionale(+35,2%) et nationale (+24,7%)
- La prévention bucco-dentaire connaît une hausse très importante de +141,8%, légèrement inférieure à la moyenne nationale(+149%) et supérieure régionale (+129%).

STATISTIQUES DE DÉPENSES:



- Dynamique d'évolution des dépenses nettement supérieure aux tendances régionale et nationale, avec une progression de **+13,6%** pour notre département, contre **+7%** en région et **+5,7%** au niveau national.
- Le territoire de Belfort se distingue par l'un des taux d'évolution les plus élevés, derrière la Haute-Saône (**+17,75 %**) et l'Yonne (**+14,1 %**).
- Des évolutions particulières marquées sur plusieurs postes de dépenses, notamment les forfaits de dépassement C2S (+72,9%), les traitements d'orthodontie (+23,7%) et les prothèses dentaires (12,3%), à des niveaux nettement supérieurs aux moyennes régionales et nationales.



STATISTIQUES DE DÉPENSES: POINTS PRINCIPAUX

Soins conservateurs (+6,4 %) :

Les soins conservateurs représentent 2 658 655 €, soit 43,46 % des dépenses totales. Leur progression de +6,4 % reste supérieure aux moyennes régionale (+3,6 %) et nationale (+3,1 %).

Prothèses dentaires (12,3%) :

Les dépenses atteignent 1 263 734 €, avec une hausse de +12,3 %, nettement supérieure aux évolutions régionale (+2,7 %) et nationale (+1,1 %). Ce poste représente 20,65 % des dépenses totales.

Actes techniques et de chirurgie (+9,3%) :

Les dépenses s'élèvent à 428 437 €, en progression de +9,3 %, contre +3,6 % en région et +2,9 % au niveau national. Cette dynamique traduit une croissance nettement plus soutenue dans le département.

Prévention bucco-dentaire EBD (+141,8%) :

Les dépenses atteignent 182 597 €, enregistrant une très forte progression de +141,8 %. Cette évolution dépasse la moyenne régionale (+129,0 %), mais reste légèrement inférieure à la moyenne nationale (+149,1 %).

STATISTIQUES DE DÉPENSES: 100% SANTÉ

Focus sur l'évolution 2025-2026

1- Dentistes Libéraux : Les dépenses liées aux paniers prothétiques progressent de +10,7 %, passant de 945 361 € en 2025 à 1 046 864 € en 2026.

Le panier RAC 0 (reste à charge zéro) constitue le principal moteur de cette croissance, avec une hausse de +45,8 %, passant de 391 451 € à 570 735 €.

À l'inverse, le panier RAC modéré enregistre une baisse de -16,5 %, tandis que les dépenses en tarif libre diminuent de -17,2 %.

2- Centres de Santé (CDS) : Les dépenses progressent également de manière significative, passant de 307 192 € en 2025 à 406 765 € en 2026, soit une hausse de +32,4 %.

Cette évolution est principalement portée par le panier RAC 0, en augmentation de +50,6 %, passant de 177 400 € à 267 146 €.

Le panier RAC modéré recule de -6,4 %, tandis que les dépenses en tarif libre diminuent de -23,9 %.

Le dispositif 100 % Santé poursuit sa montée en puissance, avec une progression marquée du panier RAC 0, aussi bien chez les dentistes libéraux que dans les centres de santé.

Cette dynamique s'accompagne d'un recul des dépenses en RAC modéré et en tarif libre, traduisant une réorientation des dépenses vers les soins sans reste à charge.

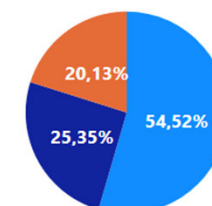
Paniers Chirurgiens-dentistes

Type_Panier	Montant 2026	Montant 2025
(RAC0) Reste à charge zéro	570 734,97 €	391 451,42 €
(RACm) Reste à charge modéré	265 383,90 €	317 621,50 €
Tarif libre	210 745,17 €	236 287,82 €
Total	1 046 864,04 €	945 360,74 €

Paniers CDSs

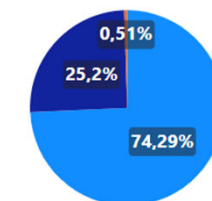
Type_Panier	Montant 2026	Montant 2025
(RAC0) Reste à charge zéro	267 146,00	177 400,13
(RACm) Reste à charge modéré	90 625,20	96 884,50
Tarif libre	1 820,30	2 392,20
Total	406 764,70	307 191,83

Montant par Type Panier (CD)



Type_Panier ● (RAC0) Reste à charge zéro ● (RACm) Reste à charge mo... ● Tarif libre

Montant par Type Panier (CDS)



Type_Panier ● (RAC0) Reste à charge zéro ● (RACm) Reste à charge mo... ● Tarif libre

STATISTIQUES DE DÉPENSES: VOLUME D'ASSURÉS

2025_libéraux

Nombre assurés

23,462K

Montant_Moyen

146,39

2025_CDS

Nombre assurés

5,402K

Montant_Moyen

192,18

2026_libéraux

Nombre_Assurés

24,634K

Montant_Moyen

155,35

2026_CDS

Nombre_Assurés

5,573K

Montant_Moyen

207,83

Le secteur libéral prend en charge environ 4,4 fois plus d'assurés que les centres de santé (CDS) en 2026, soit 24 634 assurés contre 5 573.

Entre 2025 et 2026, le nombre d'assurés progresse de +5,0 % en libéral (contre +3,2 % en CDS), traduisant une augmentation de l'activité dans les deux secteurs.

Montant moyen par assuré : En 2026, le montant moyen par assuré reste nettement supérieur en CDS (207,83 €) à celui du secteur libéral (155,35 €), soit un écart de 52,48 €.

Ce montant progresse dans les deux secteurs entre 2025 et 2026 : +8,1 % en CDS contre +6,1 % en libéral.

STATISTIQUES DE DÉPENSES: VOLUME ET NATURE D'ACTES

Nombre d'actes réalisés par mois (PS libéraux)

Mois	QUANTITE_ACTE
janvier	13941
février	14230
mars	17971
avril	15649
mai	13954
juin	18202
Total	93947

Nombre d'actes réalisés par nature de prestation (PS libéraux)

NATURE_PRESTATION	QUANTITE_ACTE
AXI	26912
SDE	17676
AID	14952
CD	8279
ASC	4412
END	3134
TO	2956
BDA	2223
CT0	1666
Total	93947

Nombre d'actes réalisés par catégorie de prestation (PS libéraux)

CATÉGORIE_PRESTATION	Somme de QUANTITE_ACTE
AP	92659
PS	1288
Total	93947

Nombre d'actes réalisés par mois (CDS)

Mois	QUANTITE_ACTE
janvier	2715
février	3321
mars	3848
avril	3529
mai	2680
juin	3346
Total	19439

Nombre d'actes réalisés par nature de prestation (CDS)

NATURE_PRESTATION	QUANTITE_ACTE
CT0	633
FDC	496
IC0	487
FDO	300
PT0	278
IN1	216
PFO	192
PA1	191
Z	169
Total	19439

Nombre d'actes réalisés par catégorie de prestation (CDS)

CATÉGORIE_PRESTATION	Somme de QUANTITE_ACTE
AP	18473
PS	966
Total	19439

Nature de l'acte	Libéraux (% du total)	CDS (% du total)	Observations
AXI (prophylaxie bucco dentaires)	29,50%	22,00%	Prédominance en Libéral pour le suivi régulier.
SDE (Soins Dentaires)	19,60%	16,30%	Proportions assez proches.
AID (Acte Imagerie/Radio)	16,30%	12,00%	Plus fréquent en Libéral.
TO (Traitements d'orthodontie)	2,90%	6,10%	Spécificité CDS : L'orthodontie pèse 2x plus lourd en CDS qu'en libéral.

STATISTIQUES DE DÉPENSES : COMPARAISON CD/CDS

➤ 1- Prévention

Une progression particulièrement marquée chez les chirurgiens-dentistes libéraux (+141,8 %), traduisant une forte dynamique des actions de prévention. Aucune évolution significative n'est visible pour les CDS sur le graphique.

2. Focus sur la Permanence des Soins

Une évolution contrastée entre les deux secteurs : les CDS enregistrent une forte progression, tandis que les chirurgiens-dentistes libéraux affichent une baisse de -48,0 %.

3-Forfaits C2S (Solidarité)

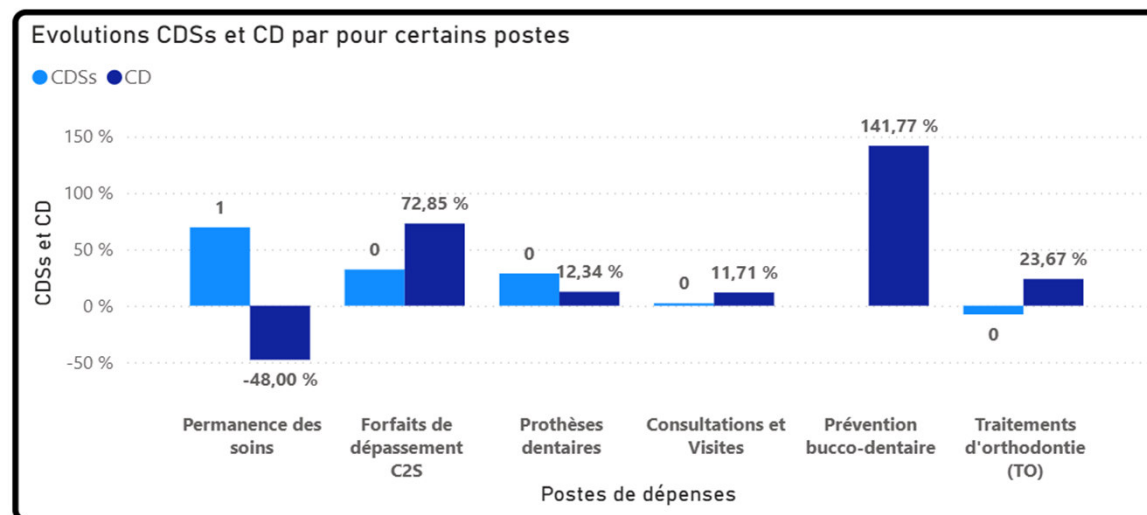
Une hausse particulièrement importante chez les chirurgiens-dentistes libéraux (+72,9 %), supérieure à celle observée dans les CDS. Ce poste constitue l'un des principaux moteurs de croissance des dépenses en secteur libéral.

4-Orthodontie (TO) :

Une dynamique contrastée entre les deux secteurs, avec une progression marquée chez les chirurgiens-dentistes libéraux (+23,7 %), tandis que les CDS enregistrent une légère diminution.

5- Prothèses dentaires:

Les dépenses progressent dans les deux secteurs, avec une hausse de +12,3 % chez les chirurgiens-dentistes libéraux. Cette évolution confirme le dynamisme des dépenses prothétiques.



STATISTIQUES DE DÉPENSES: PRESCRIPTIONS

Janvier à Juin 2026

Les dépenses de prescriptions atteignent 121 080 €, enregistrant une progression de +9,9 %, contre -1,9 % en région et +0,7 % en nationale.

La pharmacie remboursable constitue le principal poste de dépenses avec 112 118 €, soit près de 93 % du total, et affiche une hausse de +8,5 %, tandis que les prescriptions (8 963 €), connaissent une forte progression de +31,3 %.

Depuis mars, la croissance départementale reste nettement supérieure aux tendances régionale et nationale.

Montants

Prescriptions	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Pharmacie remboursable	108 821	8,6%	1 515	1,9%			1 782	8,9%	112 118	8,5%	-2,1%	0,9%
Autres prescriptions	8 758	33,6%	47	-29,5%			157	-12,9%	8 963	31,8%	-0,1%	-0,7%
TOTAL	117 580	10,1%	1 562	0,6%			1 939	6,7%	121 080	9,9%	-1,9%	0,7%

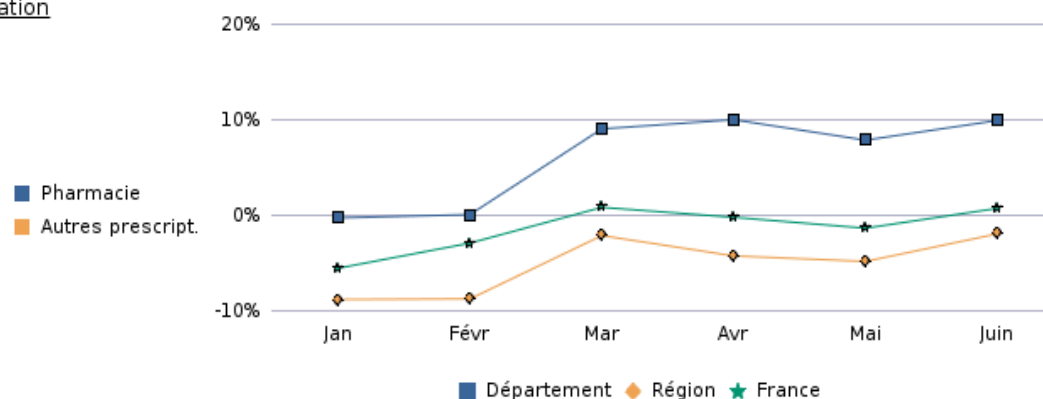
Pharmacie remboursable = Médicaments et articles LPP

Autres prescriptions = Auxiliaires médicaux, frais de transports, prestations en espèces, actes de radiologie, actes de biologie et prélèvements.

Répartition des montants par prestation



Evolution des montants (P.C.A.P) - total poste

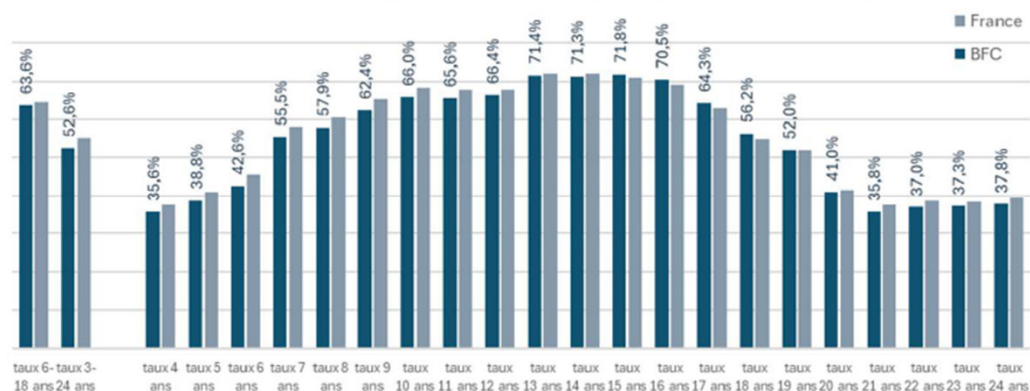


TAUX DE RECOURS AUX CHIRURGIENS DENTISTES

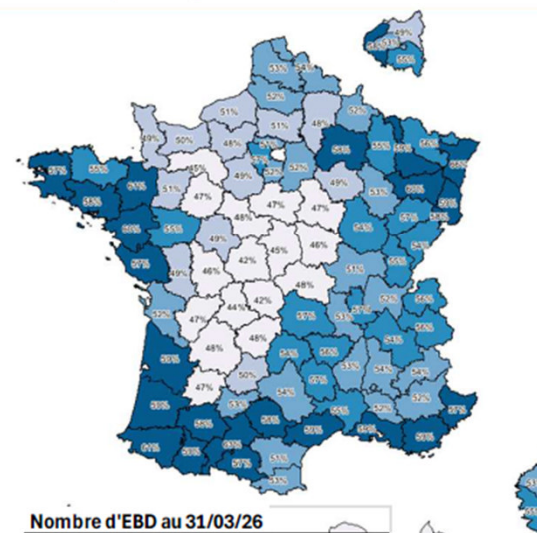
TAUX DE RECOURS AUX CHIRURGIENS-DENTISTES ET À L'EBD

Le taux de recours à un chirurgien-dentiste est plus élevé en région qu'en France pour les 15-19ans. Pour les générations plus jeunes ou plus âgées, les taux sont sensiblement inférieurs en région. Les taux de recours les plus élevés en région sont constatés dans le Territoire de Belfort et dans le Doubs. Les taux les moins élevés sont dans l'Yonne et la Nièvre. Plus de 74 100 EBD ont été réalisés auprès des 3-24 ans en BFC sur les 12 derniers mois.

Taux de recours aux chirurgiens-dentistes - taux par génération au 31/03/2026



Taux par département au 31/12/2025



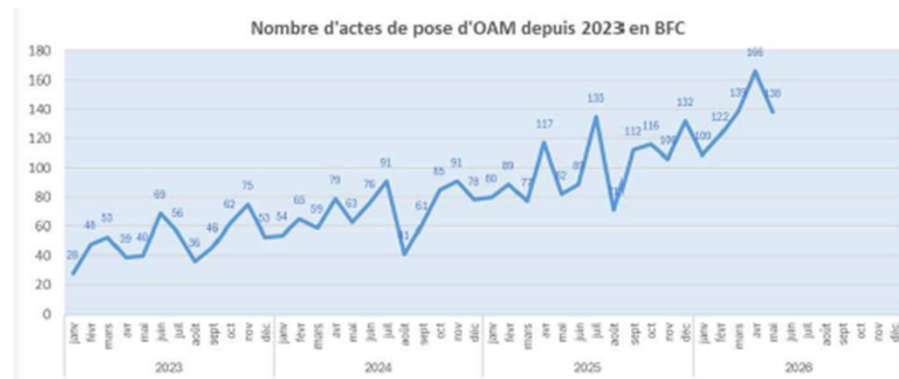
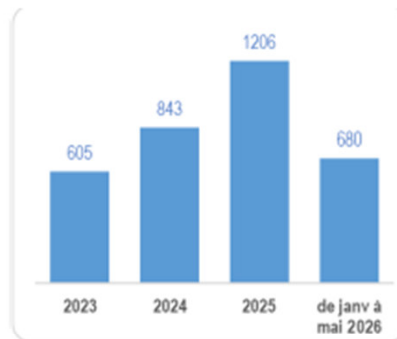
Nombre d'EBD au 31/03/26

Départ	EBD 3-24 ans	taux de recours à l'EBD
Côte-d'Or	13 744	12,3%
Doubs	17 212	13,3%
Jura	8 460	15,6%
Nièvre	3 750	10,7%
Haute-Saône	6 822	14,4%
Saône-et-L.	11 953	10,6%
Yonne	7 116	10,4%
T Belfort	5 084	15,2%
BFC	74 141	12,2%
France	2 196 512	13,5%

FOCUS SUR LA POSE D'ORTHÈSES D'AVANCÉE MANDIBULAIRE (AOM)

+53% début 2026

Depuis 2023, plus de 3 300 OAM ont été posés à des patients de BFC

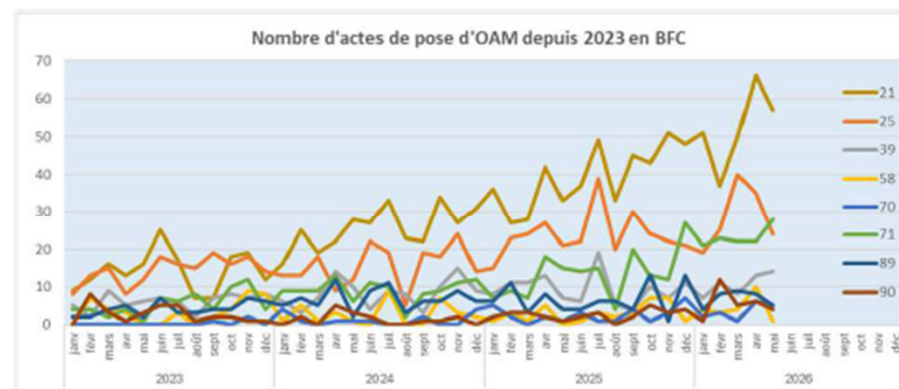


10% des chirurgiens-dentistes libéraux ont posé une OAM

- En 2025, 146 chirurgiens-dentistes ont réalisé 82% des actes de pose
- Ce sont 11,6% des chirurgiens-dentistes qui interviennent dans la prise en charge de l'apnée du sommeil en région.
- Le nombre de chirurgiens-dentistes réalisant la pose d'OAM est en constante augmentation depuis 2023 avec une activité moyenne de l'ordre de 7 poses d'OAM par PS en 2025.

Pose d'OAM par les chirurgiens dentistes de janv à mai 2026

Département d'exercice	Nombre d'actes de pose d'OAM remboursés	Part de la profession avec pose d'OAM	Nombre moyen d'actes par PS
Côte d'Or	206	14,3%	5,3
Doubs	143	11,5%	4,2
Jura	53	15,9%	3,1
Nièvre	14	5,7%	2,8
Haute Saône	17	5,6%	4,3
Saône et Loire	101	8,8%	4,8
Yonne	18	6,5%	2,3
T. de Belfort	28	3,0%	14,0
TOTAL BFC	580	10,3%	4,5



03

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

ACTUALITÉS NATIONALES ET RÉGLEMENTAIRES

Nouveaux actes inscrits à la CCAM et exposés, version CCAM n° 84 au 31/07/2026 avec conditions de facturation :

07.02.02.05

Restauration des tissus durs de la dent

HBBD365 [N, 9]	Comblement [Scellement] thérapeutique d'une prémolaire ou molaire permanente ou molaire temporaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5-7	SDE
HBMD130 [N, 9]	Restauration d'une dent temporaire ou permanente sur 1 face ou plus par un ciment verre ionomère après éviction de la lésion carieuse par traitement restaurateur atraumatique [TRA] (HBQK061)	1	0	Non pris en charge	Non pris en charge			5-7	SDE

07.02.02.06

Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent

HBFD425 [F, N, U, 9]	Exérèse thérapeutique de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent permanente mature <i>Indication : selon l'avis de la HAS en vigueur</i> <i>Facturation : Ne peut pas être facturé dans le cas d'une pulpotomie transitoire</i> (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK061, HBQK303)	1	0	80,00	80,00			5-7	END
-------------------------	---	---	---	-------	-------	--	--	-----	-----

ACTUALITÉS NATIONALES ET RÉGLEMENTAIRES

07.02.03.02

Pose d'une couronne dentaire prothétique

HBLD757	Pose d'une coiffe pédodontique préformée sur une molaire temporaire <i>Facturation : quelle que soit la technique (conventionnelle ou de Hall) et quel que soit le matériau</i> (ZZLP025)	1	0	150,00	150,00			5-7	SDE
---------	--	---	---	--------	--------	--	--	-----	-----

07.02.03.04

Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée

HBLD099	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramiques monolithiques zircon et 1 élément intermédiaire céramique monolithique zircon (HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD087, HBMD689)	1	0	279,50	279,50	RC		5	PFO
---------	--	---	---	--------	--------	----	--	---	-----

Depuis le 31/07/2026, possibilité d'ajouter pilier et élément intermédiaire supplémentaires au bridge de base HBLD099.

HBLD426	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques et/ou céramiques monolithiques et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircon (HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD087, HBMD689)	1	0	279,50	279,50	RC		5	PFC
---------	--	---	---	--------	--------	----	--	---	-----

07.02.02.15

Correction de trouble occlusal

HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale <i>On entend par plan de libération occlusale un dispositif rigide, réalisé sur mesure, recouvrant la totalité de l'arcade concernée, maxillaire ou mandibulaire. Ne relèvent pas de cet acte les orthèses réalisées en résine souple ou semi-rigide Facturation : dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique globale des dysfonctions temporo-mandibulaires (DTM) ou du bruxisme. - Est facturable pour une seule arcade, maxillaire ou mandibulaire. - N'est facturable qu'une seule fois dans le cadre d'un même épisode algique.</i>	1	0	172,80	172,80	RC		1	ADM
---------	--	---	---	--------	--------	----	--	---	-----

ACTUALITÉS NATIONALES ET RÉGLEMENTAIRES

Nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS du 16/07/26 en matière de prescription antibiotique en pratique bucco-dentaire



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Adoptée par le Collège le 16 juillet 2026

En raison de l'augmentation de l'antibiorésistance et du manque de nouveaux antibiotiques disponibles, l'utilisation rationnelle des antibiotiques est indispensable.

CONVENTION 2023-2028 NOUVELLES MESURES APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2026

EXTENSION DE LA COHORTE GÉNÉRATION SANS CARIE



Extension de la cohorte génération sans carie



POSE DE VERNIS FLUORÉ PRIS EN CHARGE

pour les patients à RCI élevé de 1 an à 26 ans

Application pour les 2 arcades : 25€ / séance Prise en charge de 2 séances / an

HBLD045

**EXTENSION
AUX JEUNES
DE 26 ANS**

Soins conservateurs revalorisés de 30%

Pour les patients de 1 à 26 ans - Code modificateur : 9

[Sans titre]

RESTAURATIONS CORONAIRES SANS ANCRA GE RADICULAIRE

HBMD038, HBMD044, HBMD047, HBMD049,
HBMD050, HBMD053, HBMD054, HBMD058

RESTAURATIONS CORONAIRES AVEC ANCRA GE RADICULAIRE HBMD042

PULPECTOMIE EXÉRÈSE DU CONTENU CANALAIRE NON VIVANT / DENT PERMANENTE

HBFD001, HBFD003, HBFD024, HBFD297

PULPECTOMIE EXÉRÈSE DE LA PULPE VIVANTE / DENT PERMANENTE

HBFD008, HBFD021, HBFD033, HBFD035

TRAITEMENT ENDO DENT PERMANENTE IMMATURE ET APRÈS APÉXIFICATION

HBFD326, HBB001, HBB002, HBB003,
HBB0234, HBFD150, HBFD395, HBFD458

PULPECTOMIE EXÉRÈSE DU CONTENU CANALAIRE NON VIVANT ET PULPE VIVANTE / DENT TEMPORAIRE HBFD015, HBFD017, HBFD019, HBFD474

COIFFAGE DIRECT SUR DENT PERMANENTE

HBFD010

REVALORISATION BIOPULPOTOMIE SUR DENTS TEMPORAIRES

> Revalorisation de la biopulpotomie sur dents temporaires



HBFD006

Exérèse de la pulpe camérale
(biopulpotomie) d'une dent
temporaire

23,92€

36€

ÉVOLUTION DES PANIERS PROTHÉTIQUES 100% SANTÉ



Evolution des paniers prothétiques 100% santé

RAC 0

- **HBLD073** : Intégration d'une couronne céramique-monolithique (zircone) sur une molaire avec une base de remboursement de 120 € et plafond de 453,20 €
- **HBLD099** : Intégration d'un bridge céramique-monolithique (zircone) de 3 éléments avec une base de remboursement de 279,50 € et un plafond de 1359,60 €

RAC M

- **HBLD006** : Intégration de l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé au panier RAC M avec base de remboursement de 30 € et plafond de 150 €

Tarif libre

- **HBLD426** : Nouveau code du bridge céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone
- **Suppression du code HBLD425** : Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (zircone ou hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique (zircone ou hors zircone), il est remplacé par les deux nouveaux codes : HBLD099 et HBLD426 décrits ci-dessus.

INLAY CORE



Baisse de la base de remboursement et du plafond des inlay core



HBLD090, HBLD745, HBLD245

Inlay core

Baisse de la base de remboursement et du plafond de l'inlay core

BR	70€
Plafond	150€*

* Pour les paniers RAC 0 et RAC modéré

DIVERSES VALORISATIONS



Revalorisation des plafonds des paniers RAC 0 et RAC modéré

Augmentation de 3% des plafonds des paniers RAC 0 et RAC modéré

Cf. annexe V de la convention des chirurgiens-dentistes



Poursuite de l'augmentation des montants maximum en C2S

Poursuite de l'alignement des tarifs des actes prothétiques pour les bénéficiaires de la C2S sur les tarifs des actes des paniers du 100% santé dentaire RAC 0



Revalorisation du modificateur K

Le modificateur K ouvert aux chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale est revalorisés de 10 points, passant de 20% à 30%.



Revalorisation d'actes techniques

La revalorisation de certains actes techniques de chirurgie orale pratiqués par les chirurgiens-dentistes suivront les évolutions tarifaires prévues par la convention médicales (235 actes).
Ces actes revalorisés figurent dans l'annexe II de la convention.

ACTUALITÉS SUITE DERNIÈRE CPN 11/12/2025

REFUS DE RENDEZ VOUS À DES PATIENTS MINEURS (SUITE)

- La CPN du 10 juillet 2025 a décidé de mener à l'échelle nationale une action d'accompagnement auprès de chirurgiens-dentistes libéraux (CDL) visant à **identifier puis à sensibiliser certains CDL à la prise en charge des patients mineurs**.
- En préalable, **les plateformes en ligne de prise de rendez-vous** ont d'ores et déjà été contactées par la CNAM (septembre 2025) afin qu'elles se mettent en **conformité avec les obligations découlant du principe de non-discrimination dans l'accès aux soins et les règles déontologiques** de leurs clients-professionnels de santé
- **Depuis janvier 2026**, en complément des actions de terrain des caisses pour promouvoir le dispositif Génération sans caries et la prise en charge précoce des enfants et des adolescents, les caisses volontaires mènent une **action d'accompagnement des CDL dont la part de patient mineurs est inférieur au 1^{er} quartile de part de patients mineurs des CDL département**.
- Cet accompagnement des CDL s'inscrit dans la durée (14 mois). Il est **gradué en 2 phases** selon les 1^{er} changements de pratique qui auront été constatés, réalisé dans le cadre d'échanges confraternels. L'impact de cet accompagnement personnalisé sera évalué à partir de données territoriales et partagé en CPN en 2027

PROGRAMME DE TRAVAIL CONVENTIONNEL

	Thématique	Sujet	Date
	Nomenclature	Groupe de travail (bilan parodontal, bite wing, etc)	22.01.2026
	Gestion du risque	Feuille de route GDR dentaire (couronne RAC0, apnée du sommeil, plan de libération occlusal, prescriptions antibiotiques)	29.01.2026
	ODF	Initier des travaux pour une nomenclature plus précise en orthodontie pour améliorer la prise en charge de l'orthodontie et limiter les restes à charge pour les familles.	2026

FEUILLE DE ROUTE GDR DENTAIRE 2026: SYNTHÈSE DES ACTIONS

Plusieurs actions de gestion du risque sont planifiées au cours de l'année 2026 à destination de la profession:

- **Apnée du sommeil:** Promotion de l'OAM et actions d'accompagnement à destination des chirurgiens-dentistes à compter de juin 2026 (mailing et accompagnement praticien conseil) – baisse de prix PPC et programme de contrôle sur la prescription PPC. Sensibiliser au dépistage précoce des troubles respiratoires obstructifs (TROS) du sommeil dès l'enfance- identification des chirurgiens dentistes formés à la pose d'OAM- analyse des actes de polysomnographie (PSG) et de polygraphie ventilatoire (PV)
- **Prescription antibiotique:** la diffusion du profil antibioresistance est annoncée à compter de la fin du T1 2026
- Pertinence des prescriptions d'antalgiques et AINS par les chirurgiens dentistes
- **Actes dentaires:**
 - ⇒ **Facturation HBLD 018 (plan de libération occlusal):** Une évolution de l'acte à la CCAM, encadrant les conditions de facturation, est prévue. Une information des conditions restrictives sera faite par mailing aux chirurgiens-dentistes au T1 2026 pour l'acte HBLD018
 - ⇒ **Couronnes dentaires :** action graduée RAC 0 des couronnes dentoportées . contrôles pertinence et juste facturation à destination des centres de santé dentaires: dès janvier 2026
 - ⇒ **Facturation abcès parodontal:** redéfinition acte et condition de facturation de l'évacuation d'abcès parodontal (HBJB 001): instances nationales (CPN, CHAP...) à compter de mars 2026

DEVIS DENTAIRE CONVENTIONNEL

Dans certaines situations, un devis doit être rédigé (article 18.4 de la convention nationale). C'est notamment le cas lorsque le chirurgien dentiste propose : un traitement comportant un **dispositif médical sur mesure** (prothèse adjointe, prothèse conjointe, traitement d'orthodontie), ou un traitement pouvant faire l'objet **d'une entente directe** ou d'un **acte non pris en charge**. Le devis doit donc être remis au patient en amont de la réalisation des soins et son accord du patient doit être recueilli avant l'initiation des actes.

Le devis remis au patient doit comporter :

- La **date de rédaction** du devis et **une date de validité** raisonnable ;
- La description précise du **traitement envisagé** (le code CCAM ou NGAP, les matériaux utilisés, le panier prothétique) ;
- Le **lieu de fabrication** du dispositif médical sur mesure (y compris en cas de recours à un sous-traitant) ;
- Le **montant des honoraires** correspondant au traitement proposé au patient (que l'acte soit remboursable ou non) ;
- Le montant de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le montant non remboursé par l'assurance maladie obligatoire (à adresser à la complémentaire santé).

A noter : Dans le cadre du 100% santé dentaire, si le traitement prescrit se situe dans le panier de soins à tarif libre, il est nécessaire de proposer au patient une alternative thérapeutique incluse dans le panier sans reste à charge (RAC 0) ou dans le panier à reste charge maîtrisé (RAC M).

La note d'honoraires remise au patient doit indiquer les actes non remboursables et les actes à entente directe, effectivement réalisés, et conformément au devis établi.

Pour les dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité doit être jointe à cette note d'honoraires.

DEVIS DENTAIRE CONVENTIONNEL

MODÈLE DE DEVIS FIGURANT À L'ANNEXE III DE LA CONVENTION, COMMENTÉ*

 Le chirurgien-dentiste indique la date de rédaction du devis et sa date de validité

 Partie à compléter pour interroger la complémentaire santé sur la part qu'elle prend en charge



DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCODENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

De devis remis par le patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers ne saurait engager la responsabilité de l'Assurance Maladie. Ce devis est informatif. Les remboursements honoraires et les parts en charge sont indicatifs et ne constituent pas une offre de soins. Les actes à valoir, agréables ou non, sont proposés dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom et prénom :
 Identifiant du praticien (N°PS) : ou
 N° de reconnaissance (N°RPS) :
 Fonction exercée et adresse :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance :
 N° de Sécurité Sociale du patient :
 A remplir par l'assuré ou son représentant légal : un devis à pourvoir par le complémentaires pour connaître son éventuelle part en charge s'ajoute au forfait.

Date du devis :
 Validité (jusqu'à la date de réalisation du traitement) :
 Ce devis contient : pages indépendantes
 Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical : ou hors Union Européenne
 * Hors Union Européenne :
 A l'issue d'un traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité, si la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son sous-traitant) ne vous a pas été remise.

Légende explicative du devis :

* 100% Hors Remboursement.

Modalité de service	1	2	3	4
1	100% Santé	100% Santé	100% Santé	100% Santé
2	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré
3	Libre	Libre	Libre	Libre
4	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire	Complémentaire

 Le praticien décrit le traitement proposé (code et nature de l'acte), en indiquant les matériaux

 Le panier prothétique est précisé (1, 2, 3 ou 4) pour chaque acte. Le montant non remboursé par l'Assurance Maladie est à soumettre à la complémentaire santé pour connaître le montant restant à charge

Identification du chirurgien-dentiste traitant
 N°PS : N°RPS :
Identification du patient
 Nom et prénom : Date de naissance :
 N° de Sécurité Sociale du patient :

N° de l'acte	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Prothèse	Remboursement par l'Assurance Maladie	Remboursement par la complémentaire santé	Montant restant à charge
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

Information alternative thérapeutique - services de soins à charge partielle : une information sur des alternatives thérapeutiques (100% Santé ou à valoir, à soumettre à la complémentaire santé pour connaître le montant restant à charge) doit être fournie au patient. Sur demande du patient, le praticien doit fournir une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

N° de l'acte	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Prothèse	Remboursement par l'Assurance Maladie	Remboursement par la complémentaire santé	Montant restant à charge
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

Actes en reste à charge partielle

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir lu et compris le contenu de son traitement et s'engage à payer la part en charge (100% Santé ou à valoir, à soumettre à la complémentaire santé pour connaître le montant restant à charge).

Signature du Chirurgien-dentiste :

*Voir aussi : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/devs-obligatoire>

Docteur, Madame, Monsieur,

Dans certaines situations, un devis doit être rédigé selon le modèle prévu à l'annexe III de la convention des chirurgiens-dentistes 2023-2028.

C'est notamment le cas lorsque vous proposez :

- un traitement comportant un dispositif médical sur mesure (prothèse adjointe, prothèse conjointe, traitement d'orthodontie),
- un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe ou d'un acte non pris en charge.

Quelles mentions apposer sur le devis remis au patient ?

- La date de rédaction du devis et sa date de validité ;
- La description précise du traitement envisagé (le code CCAM ou NGAP, les matériaux utilisés, le panier prothétique) ;
- Le lieu de fabrication du dispositif médical sur mesure (y compris en cas de recours à un sous-traitant) ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé au patient (que l'acte soit remboursable ou non) ;
- Le montant de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le montant non remboursé par l'assurance maladie obligatoire (à adresser à la complémentaire santé).

A noter : Dans le cadre du 100% Santé dentaire, si le traitement prescrit se situe dans le panier de soins à tarif libre, il est nécessaire de proposer au patient une alternative thérapeutique incluse dans le panier sans reste à charge (RAC 0) ou dans le panier reste à charge maîtrisé (RAC M), lorsqu'elle existe.

Modalités pratiques

- Ce devis doit présenter un délai raisonnable de validité.
- Il doit être remis au patient en amont de la réalisation des soins.
- L'accord du patient doit être recueilli avant l'initiation des actes.

Note d'honoraires

- La note d'honoraires remise au patient doit indiquer les actes non remboursables et les actes à entente directe, effectivement réalisés, et conformément au devis établi.
- Pour les dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité doit être jointe à cette note d'honoraires.

Cordialement,
votre correspondant de l'Assurance Maladie

Retrouvez une fiche explicative du devis en vigueur sur le site ameli



ACTUALITÉS SUITE DERNIÈRE

CPN 11/06/2026

ENQUÊTE NATIONALE GÉNÉRATIONS SANS CARIE

- Lancement de l'enquête à compter de **septembre 2026**
- Information des partenaires locaux (dont CPD/CPR) en cours
- 1^{ères} données disponibles fin 2027



Enquête nationale Générations sans carie



Madame, Monsieur,

L'Assurance Maladie organise une enquête nationale sur la santé dentaire des jeunes français, en collaboration avec l'Éducation Nationale, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Avec les autres enfants de sa classe, votre enfant pourra bénéficier d'un dépistage dentaire au sein de son établissement par un chirurgien-dentiste. Les résultats de ce dépistage vous seront transmis par l'enseignant sous pli confidentiel. Ils seront également transmis de façon anonymisée à l'Inserm en vue de l'étude nationale (il sera impossible d'identifier votre enfant).

Pour participer à cette étude et permettre à votre enfant de bénéficier du dépistage dentaire, vous n'avez rien à payer, il vous suffit de :

1. prendre connaissance du document d'information sur l'enquête nationale Générations sans carie
2. compléter l'autorisation parentale et le questionnaire joints à ce courrier
3. remettre ces documents à l'enseignant de votre enfant sous enveloppe fermée (fournie à cet effet) avant le / /

Avec notre attention,

L'Assurance Maladie et l'UFSBD



Retour d'informations sur les résultats du dépistage dentaire de votre enfant



RETOUR D'INFORMATIONS SUR LES RÉSULTATS DU DÉPISTAGE DENTAIRE DE VOTRE ENFANT

Madame, Monsieur,

Votre enfant a bénéficié, avec votre autorisation, d'un dépistage dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD à l'école et organisé par l'Assurance Maladie.

☐ Ce dépistage a permis d'identifier que votre enfant présente une affection bucco-dentaire. Nous vous recommandons de contacter un chirurgien-dentiste afin qu'il puisse réaliser les soins nécessaires :

- ☐ Dents à soigner
- ☐ Dents à extraire
- ☐ Détartrage
- ☐ Des malpositions pouvant nécessiter un traitement orthodontique
- ☐ Des soins préventifs :
 - ☐ Application de vernis fluoré pour renforcer l'émail de ses dents
 - ☐ Scellement de sillons des molaires définitives

☐ Autre :

☐ Ce dépistage n'a pas mis en évidence d'affection bucco-dentaire chez votre enfant.

☐ Votre enfant était absent lors du dépistage.

Les dents de votre enfant sont fragiles. Pour les préserver et éviter les caries, il est important de consulter le chirurgien-dentiste au moins une fois par an, même s'il n'y a pas de douleur. C'est pourquoi, votre enfant est invité chaque année à un rendez-vous offert MT dents tous les ans / jusqu'à ses 24 ans.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur amelio.fr

Avec toute mon attention,
Le chirurgien-dentiste,

Fait à le / / 20.....

Signature

ENQUÊTE NATIONALE GÉNÉRATIONS SANS CARIE

Cadre

Collecter des données sur la santé buccodentaire de l'enfant et de l'adolescent pour avoir des données récentes sur la prévalence des affections bucco-dentaires chez les jeunes et évaluer dans la durée le programme génération sans carie.

Méthode

- **Recueil de données de santé orale des enfants** dans les établissements par des chirurgiens-dentistes
- **NB enfants ciblés : 6500 enfants**
- **Territoires ciblés** : 40 départements métropolitains + réunion + guyane
- **Tranche d'âges** : 3, 6, 9, 12, 15 ans
- **Calendrier de l'étude** – **Lancement de l'étude en septembre 2026 – 1er rapport attendu pour fin 2027**

Missions

Partenariat avec :

1/ l'INSERM Grand Est : constitution de l'échantillon, outil de saisie, exploitation des résultats et restitution des résultats

2/ UFSBD : Recruter, former et coordonner un réseau de chirurgiens-dentistes (métropole et DOM) qui dépisteront les jeunes dans les écoles

Données recueillies

Indice CAOD

Mesurer la prévalence des affections bucco-dentaires

Indice ICDAS

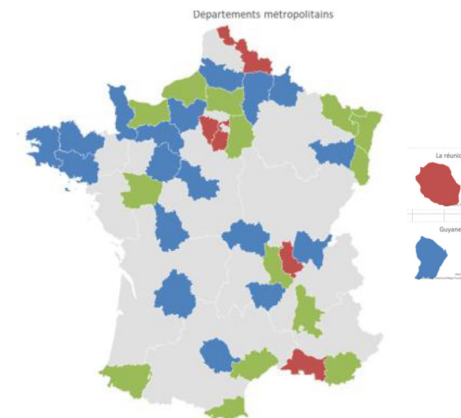
Mesurer la gravité et le niveau d'activité de la maladie carieuse

Indice IOTN

Mesurer les besoins en soins orthodontiques

Questionnaire parents

Mesurer l'impact de la CSP et des habitudes de vie du jeune dépisté (brossage des dents, comportements alimentaires) sur la prévalence des affections bucco-dentaires et les besoins en soins



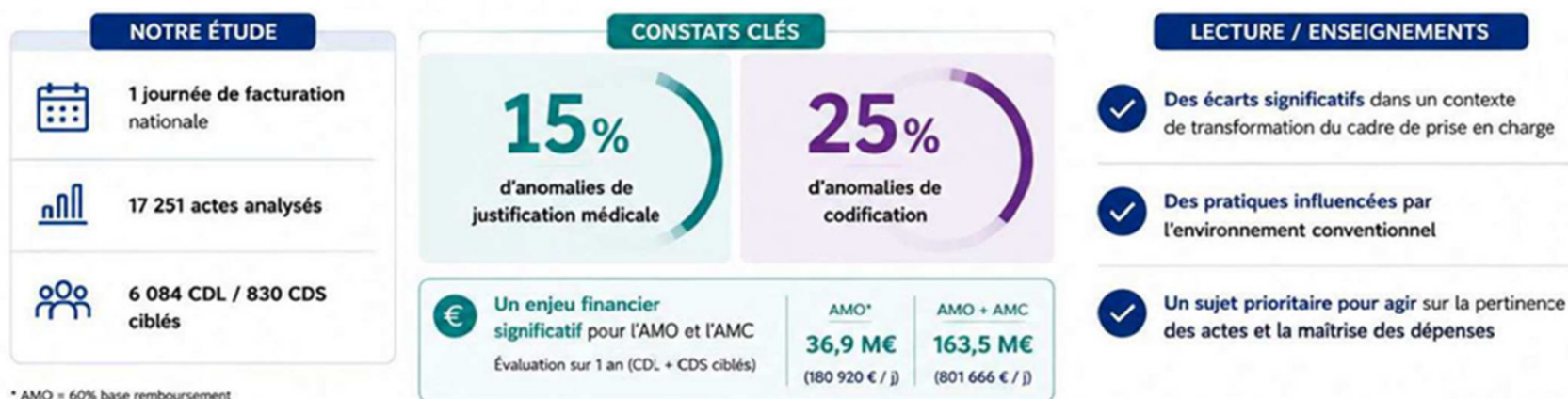
PLAN D'ACCOMPAGNEMENT NATIONAL EN RÉFLEXION



- Réaliser une veille sur la dynamique des actes dentaires.
- Concevoir des actions de GDR à fort impact.

□ Focus action couronnes RAC0

Des écarts de pertinence objectivés par l'étude d'une journée de facturation



Quatre codes CCAM du panier reste à charge zéro (RAC 0) retenus :

HBLD 634 : Pose d'une couronne dentaire dentoportée **céramométallique** sur une incisive, une canine ou une première prémolaire

HBLD 350 : Pose d'une couronne dentaire dentoportée **céramique-monolithique zircon** sur une dent autre qu'une molaire

HBLD 680 : Pose d'une couronne dentaire dentoportée **céramique monolithique autre que zircon** sur une incisive, une canine ou une première prémolaire

HBLD 785 : Pose d'une prothèse plurale (**bridge**) comportant 2 piliers d'ancrage céramo métalliques et un élément intermédiaire céramo métallique pour le remplacement d'une incisive



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT NATIONAL EN RÉFLEXION

□ Couronnes RAC0 : une stratégie d'actions territorialisées et graduées

Une réponse proportionnée pour accompagner les professionnels et sécuriser les pratiques.



RÉSULTATS LUTTE CONTRE LA FRAUDE 2025- CDS DENTAIRE

Le préjudice des centres de santé a été multiplié par 10 entre 2024 et 2025 :

L'explication réside dans la détection de deux réseaux de fraudes avec les mêmes modes opératoires :

- Rachat de centres en difficultés financières
- Facturations massives de soins non réalisés sur des bénéficiaires de C2S
- Encaissement via le TP intégral sans avance de frais

Et avec mobilisation forte de l'AM, en coordination étroite avec l'OCLTI (office central de lutte contre le travail illégal) qui a procédé à des interpellations dans ces deux réseaux, en septembre 2025 et en mars 2026.

Pour un montant total sur les 2 réseaux de 70 M€ de préjudice financier.

Les services de la CNAM continuent à suivre les signalements de chaînes de centres de santé potentiellement déviants.

EVOLUTION DES RÈGLES POUR LA GESTION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES MANQUANTES (MAILING 22/09/26)

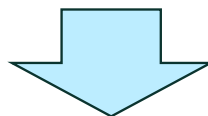
Une obligation réglementaire (article R161-47 et R161-48 CSS) :

Le PS doit transmettre ses pièces justificatives dans un délai différent selon le contexte :

- 8 jours ouvrés en cas de tiers payant et 3 jours ouvrés en cas de paiement assuré en cas de télétransmission des feuilles de soins ;
- 8 jours calendaires en cas de tiers payant et en cas de feuilles de soins papier,

Une tolérance CPAM :

- 1^{ère} relance à 30 jours et une notification d'indu adressée à 60 jours
- Le remboursement de l'indu, même en cas d'envoi tardif de la PJ



A compter du 1^{er} novembre 2026, cette tolérance CPAM sera maintenue mais elle sera désormais limitée à 60 jours après la réception des flux.

Au-delà de 60 jours, la pièce justificative envoyée tardivement ne pourra pas faire l'objet du remboursement de l'indu, conformément aux dispositions prévues par l'article L161-33 du code de la Sécurité Sociale.

Rappel des pièces justificatives attendues :

Pour les flux dématérialisés :

- la feuille de soin papier pour les flux dits « dégradés » (sans carte vitale de l'assuré)
- Demande d'accord préalable le cas échéant.

EQUIPES DE SOINS COORDONNÉES AVEC LE PATIENT (ESCAP)

Equipes de Soins Coordonnées Avec le Patient

ESCAP



Avenant 1 à l'Accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 20 juin 2024

EXPERIMENTATION NATIONALE
mars 2025 à mars 2027

L'ESCAP est une forme de coordination :

- centrée sur le patient et accessible à tous les professionnels de santé
- Intégrant le patient au sein du dispositif via une grille d'inclusion complétée par un professionnel de santé et qui objective les besoins de prises en charge coordonnée du patient

Composée **d'au moins trois professionnels de santé** dont obligatoirement le médecin traitant
(⚠️ respect du libre choix du patient)

Peuvent participer : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste, pharmacien, transporteur sanitaire, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste

- Les PS exerçant en CDS sont exclus
- A minima 2 PS exerçant en dehors d'une MSP

Périmètre circonscrit autour de **4 pathologies cliniques**

Patients poly-pathologiques chroniques de plus de 65 ans ; Patients diabétiques (type 1 et 2) sous insuline ; Patients ayant fait un AVC et ayant été hospitalisés il y a moins d'un an ; Patients en soins palliatifs.

En pratique

Dès lors qu'un professionnel de santé identifie chez un patient complexe un **besoin de coordination**, il peut - avec son accord et s'il est éligible - déclencher la constitution d'une ESCAP.
Il se connecte à un **outil de coordination** qui lui permet de savoir si son patient correspond aux **critères d'inclusion** dans le dispositif (*complétude d'une grille d'inclusion qui attribuera un score*).
Si tel est le cas, le professionnel entrera en relation avec les autres professionnels de santé - préalablement désignés par le patient dont son médecin traitant - afin de créer une équipe de coordination.
Les échanges entre professionnels de santé se feront via cet outil de coordination

Outil de coordination (national ou régional)

Librement choisi par le professionnel de santé – cet outil doit être conforme au cahier des charges élaboré par l'Union Nationale des Professionnels de santé et être conforme à la doctrine du numérique en santé.

Incitation financière et codes « traceurs » AM

- 100 € par an et par PS dès l'acquisition et utilisation de l'outil de coordination
- 100 € par an et par PS dès qu'il est impliqué à minima dans 5 ESCAP

Codes traceurs non valorisés qui doivent être facturés à l'AM :
- **IEP** (entrée) facturé par chaque PS lors de la 1^{ère} prise en charge du patient après constitution de l'ESCAP
- **OEP** (sortie) facturé par chaque PS lors de la dernière prise en charge du patient actant la fin de coordination

Le déploiement du dispositif est piloté au niveau de la région BFC par l'ARS.

Un temps régional ARS BFC en lien avec les URPS s'est tenu le 15/09/2026 afin d'échanger sur les modalités de déploiement.

Équipes de Soins Spécialisés

ESS



- ♦ Loi n°2019-774 du 24/07/19 dite « OTSS »
- ♦ Article L. 1411-11-1 CSP
- ♦ Articles 53 et suivants de la Convention médicale 2024
- ♦ Instruction n° DGPS/AS2/CNAM/DRPOF/2025/36 du 24/03/25

Une ESS n'est pas une structure de soins – c'est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé.

Missions :

- une mission socle (2 activités)
- une mission optionnelle

Mission socle : Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »

- > Contribuer à **structurer l'offre de 2nd recours** sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1er, 2ème et 3ème recours et proposer **une réponse adaptée** au besoin du premier recours notamment des médecins traitants
- > Proposer **une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel** répondant à la demande des médecins traitants et soignants du territoire dans des **délais réduits** sous la forme de consultation ou télé expertise

Mission optionnelle : Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier

- > Contribuer au **déploiement des consultations avancées** pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP

Critères conditionnels à la création d'une ESS

Critère géographique

- > Territoire à **minima départemental** avec une **cible régionale** possible
- > Non déjà couvert par une ESS
- > Sur lequel **sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée** *(assouplissement possible en fonction des caractéristiques du territoire)*

Critère de seuil

- > Au départ : **au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité** concernée du territoire couvert par l'ESS
- > A terme : cible d'intégration de 30% à 50%

Critère médical

L'ESS doit répondre à des problématiques liées à une **spécialité médicale** et non à une pathologie

Critère juridique

L'ESS doit être constituée sous la forme du **régime des associations Loi 1901**

Démarches de création

Dépôt d'une **Lettre d'intention** sur Démarches Simplifiées

Validation ARS après avis CPAM

Signature d'un contrat de crédit d'amorçage ESS/ARS/CPAM

Dépôt d'un projet de santé dans les 6 mois suivants le dépôt de la LI

Réputé validé sauf décision contraire ARS/CPAM

Signature d'un contrat de dotation annuelle ESS/ARS/CPAM

Financement par la CPAM

Un crédit d'amorçage 80 000 €

Versé par la CPAM en 2 fois :

- > 50% dès validation de la LI par l'ARS/CPAM et après signature d'un contrat de crédit d'amorçage
- > 50% après validation du projet de santé par l'ARS/CPAM

Une dotation annuelle entre 50 000€ et 100 000 € en fonction de la taille de l'ESS (nb de médecins sur l'année)

Versé - dans le mois suivant la conclusion le contrat puis chaque année à date anniversaire - pour la réalisation de l'ensemble des missions prévues dans la convention médicale



Parcours Coordonné Renforcé

PCR



- Article 46 de la LFSS 2024 codifié à l'article L4012-1 CSP
- Décret n° 2024-1035 du 15/11/2024 relatif à la prise en charge et au remboursement des parcours coordonnés renforcés
- Décret no 2025-394 du 30 avril 2025 relatif à la liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés

Le parcours coordonné renforcé est une **prise en charge collective** du patient, **par un ensemble de professionnels**, autour **d'un épisode de soins**. Il met en rapport - au sein d'une même structure - plusieurs professionnels de santé, entre eux et avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Il fait **nécessairement suite à des expérimentations « article 51 »** pour lesquelles des parcours de soins ont été testés et évalués et dont la transposition dans le droit commun nécessite certaines évolutions réglementaires

1^{er} PCR : parcours « obésité complexe de 2^{ème} niveau
publié au JO du 04/03/2026

2^{de} PCR : parcours « enfance protégée »
publié au JO du 25/04/2026

Les outils nécessaires à la mise en œuvre d'un PCR

Liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés (= structure coordinatrice)

⚠ Pour chaque PCR, les catégories de structures éligibles au parcours seront précisées dans l'Arrêté « parcours » concerné.

Concrètement

Principe de facturation selon le type de PCR

Nouveau téléservice Assurance Maladie « Mon Parcours Patient »

- > Une **définition réglementaire du parcours** après validation d'une ou plusieurs expérimentations « article 51 » sur la même prise en charge
- > Une **enveloppe** définissant un montant global par épisode avec modulation possible selon l'activité et recouvrant notamment des prestations hors panier de soins
- > Une **structure coordinatrice** qui coordonne le parcours de soins renforcé (transmission des informations à la CPAM concernant les patients suivis et la liste des professionnels impliqués dans la prise en charge,...) – les structures éligibles sont précisées dans chaque Arrêté « parcours »

- > Les établissements sanitaires
- > Les Communautés professionnelles territoriales de soin (CPTS)
- > Les Etablissement sanitaires et médicaux sociaux
- > Les Dispositif d'appui à la coordination (DAC)
- > Les centres de santé
- > Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- > Les maisons de santé (MSP) sous forme de SISA
- > Les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI)
- > Les Equipes de Soins Spécialisés (ESS)

- Chaque nouveau PCR nécessite la **publication au Journal Officiel d'un arrêté « parcours »** détaillant ses conditions de mise en œuvre
- Une fois l'Arrêté publié – et le cas échéant de la publication d'un appel à candidature par l'ARS - alors : chaque structure de coordination respectant les conditions d'éligibilité et de mise en œuvre décrites dans le cahier des charges pourra déployer ce parcours en déposant **un dossier de candidature sur « Démat-social »** (ce dossier comporte, entre autre, la déclaration de l'équipe de soins et le projet parcours)
- L'ARS disposera de 2 mois pour instruire le dossier (soit à compter de la date limite de dépôt de candidature en cas d'appel à candidature soit à compter du dépôt complet du dossier quand il n'y a pas d'appel à candidature).
- La structure et la CPAM seront notifiées de la décision de l'ARS

Parcours à la séquence

L'Assurance Maladie verse à la structure de coordination l'intégralité du forfait de la séquence. La structure se charge ensuite de rémunérer directement chaque PS, qu'il soit salarié ou libéral.

ou

Parcours à l'intervention

L'Assurance Maladie verse la part destinée à la coordination et aux interventions des PS non référencés du parcours à la structure de coordination. Les PS référencés et les structures impliqués dans ce parcours reçoivent un paiement directement de l'AM

04

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

OFFRE DE SOINS – CONTRATS INCITATIFS

Contrats démographiques:

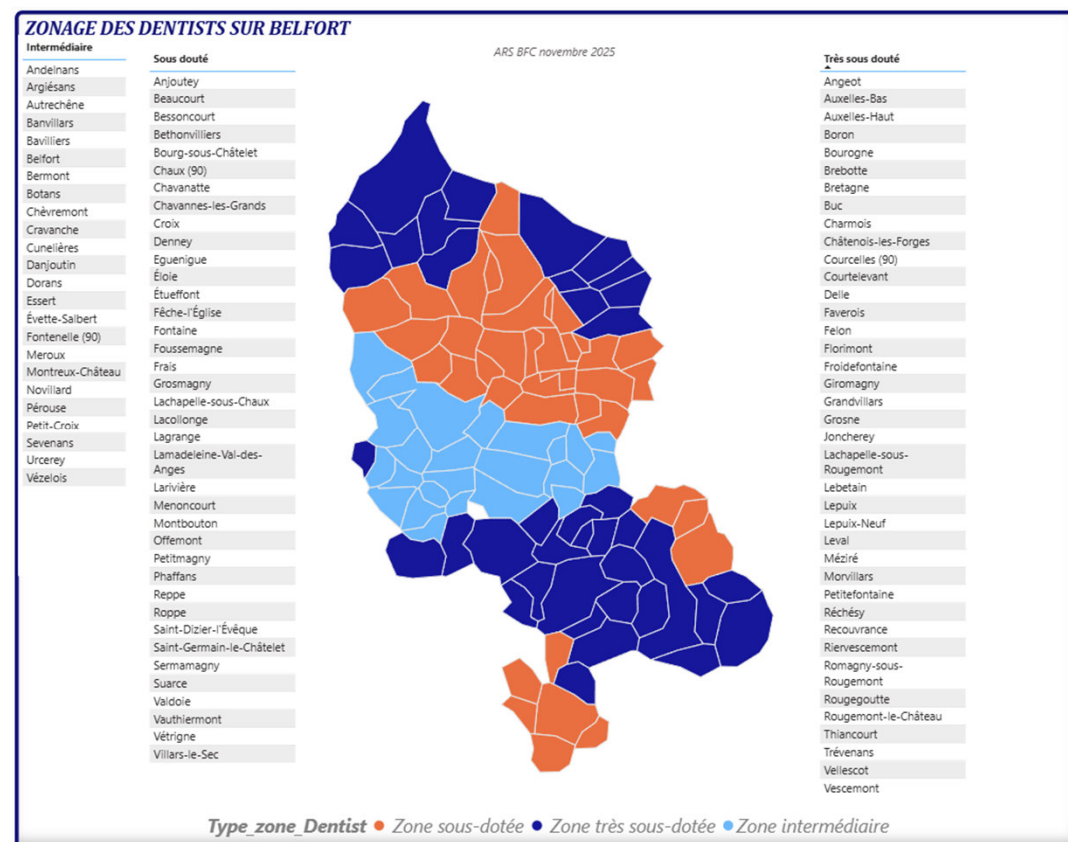
Des paiements ont été effectués en avril 2026 au titre de l'année 2025, pour un montant total de 71 117,7€ (2 contrats installations et 6 contrats maintien)

Les montants varient entre 2 553,4€ et 25 000€.

8 chirurgiens-dentistes en ont bénéficié.

Concernant l'année 2026, les aides dues au titre des contrats démographiques seront versées en avril 2027, conformément au calendrier de paiement prévu.

Il y a 10 nouvelles installations, 2 cessations d'activité et 1 renumérotation à ce jour pour 2026.



OFFRE DE SOINS : DENSITÉ

+3,5%

1 301 chirurgiens-dentistes libéraux exercent en région fin 2025, nombre en hausse de 3,5% par rapport à 2023.

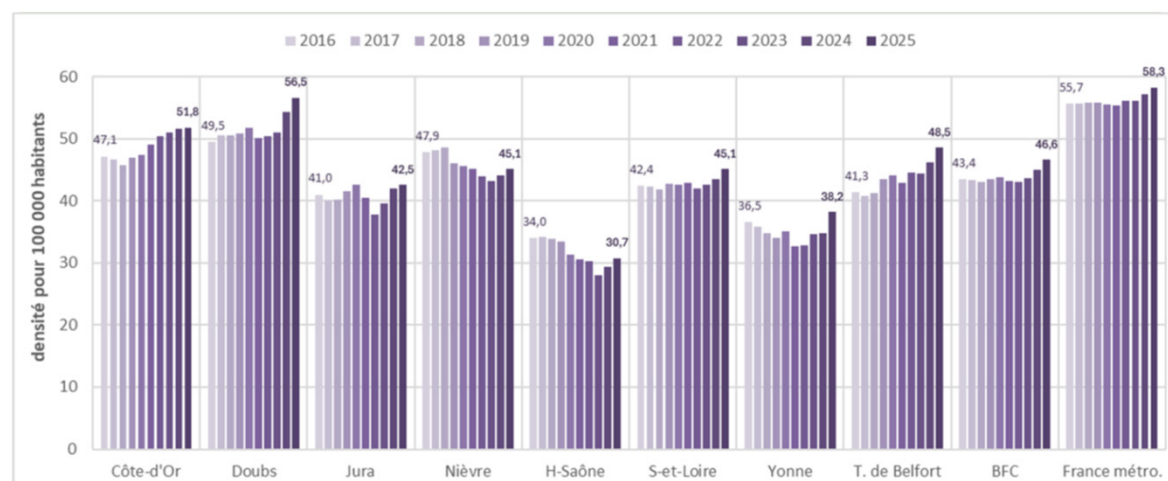
46,6

La densité pour 1000 habitants reste malgré la hausse du nombre de professionnels installés en région, inférieure de 12 points à la densité nationale

Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux

Département	fin 2023	fin 2024	fin 2025	Evolution 2024	Evolution 2025
Côte-d'Or	274	278	281	+1,5%	+1,1%
Doubs	282	299	309	+6,0%	+3,3%
Jura	102	108	109	+5,9%	+0,9%
Nièvre	86	88	90	+2,3%	+2,3%
H-Saône	65	68	71	+4,6%	+4,4%
S-et-Loire	233	237	247	+1,7%	+4,2%
Yonne	114	115	126	+0,9%	+9,6%
T. de Belfort	61	64	68	+4,9%	+6,3%
BFC	1 217	1 257	1 301	+3,3%	+3,5%
France métro.	37 120	37 945	38 914	+2,2%	+2,6%

source : AMOS/CNAM



FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION (FAMI)

Le dernier paiement FAMI a été effectué le 07 avril 2026 au bénéfice de 60 chirurgiens-dentistes sur les 71 recensées, pour un montant total de **32 100€**.

Les montants versés par chirurgien-dentiste sont compris entre 490€ et 890€. Les détails des paiements par indicateurs clés sont les suivants:

- Indicateurs obligatoires : 60 chirurgiens-dentistes (29400 €)
- Indicateur complémentaire : 4 chirurgiens-dentistes (400 €)
- Indicateurs aller vers : 3 chirurgiens-dentistes (900 €)
- Indicateurs maître stage : 4 chirurgiens-dentistes (1400 €)

Afin de percevoir le FAMI 2026 (paiement en 2027), il est demandé d'utiliser une solution de facturation SESAM-Vitale agréée selon un palier minimum et intégrant certains avenants avant le 31/12/2026.

- Cahier des Charges Sesam Vitale: **addendum 8**
- Avenants: **Traçabilité des soins liés à un EBD**

ACTION EBD CHIRURGIENS DENTISTES

Une action de vérification de la facturation des EBD depuis janvier 2026 va être réalisé d'ici la fin de l'année 2026.
Il s'agit de vérifier au niveau CPAM l'absence de couverture organisme complémentaire de l'assuré lors des facturations EBD 100% versant régime général sur la période du 01/01/2026 au 31/07/2026
Cette action de vérification va conduire à la réalisation de notification d'indu.

7 chirurgiens dentistes sont concernés pour des régularisations comprises entre 48€ et 811€

CAMPAGNE D'ACCOMPAGNEMENT: CONTEXTE

- Apnée du sommeil (SAHOS) touche + 2 millions d'adultes en France
- + 44 % entre 2020 et 2024
- Chaque année environ 200 000 nouveaux patients diagnostiqués
- Traitement centré sur le dispositif de pression positive continue (90%)

Rôle central des chirurgiens-dentistes dans le dépistage d'un SAHOS et la prise en charge par OAM



Rencontre de tous les CD de la région qui réalisent des OAM d'octobre 2026 à mars 2027

Durée campagne: la campagne se déroulera jusqu'au 31/03/2027

86 chirurgiens dentistes de la région seront rencontrés dont 3 dans le Territoire de Belfort

MESSAGES ET OUTILS

Demande d'accord préalable (DAP) : vous avez accès depuis février 2026 à l'avis donné sur la DAP et également à l'identité du prescripteur. Pour effectuer la recherche accédez à amelipro avec votre carte CPS (cf. annexe 7).

Parcours de soins et facturation de l'OAM (cf. annexe 1)

- Possibilité de facturation en tiers payant pour le laboratoire (avec accès également à l'avis de la DAP),
- Hausse de l'entente directe depuis le 1^{er} janvier 2026, passe de 130€ à 138,50€.

Proposition d'un modèle de consentement éclairé et de courriers types pour échanger avec le médecin prescripteur et avec le chirurgien-dentiste traitant (cf. annexe 6).

Tutoriel Accès à l'avis donné sur la DAP OAM

- 1 Recherche par le N° de patient
- 2 Consultation de l'avis DAP OAM
- 3 Avis de la DAP

PARCOURS DE SOINS DU SAHOS/OAM

L'APNÉE DU SOMMEIL CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

QU'EST-CE QUE LE SAHOS ?

Le Syndrome d'Apnée Hypogée du sommeil (SAHOS) est une affection grave d'obstruction de la respiration pendant le sommeil. Ce syndrome est caractérisé par une obstruction des voies aériennes due à un relâchement des muscles et de la langue, survenant au cours du sommeil. Cette altération respiratoire se traduit par des sursauts plus ou moins brefs de la respiration. Elle s'accompagne souvent de ronflements plus ou moins bruyants et éveille le patient à son réveil. Le patient se réveille avec une sensation de manque d'oxygène.

Les autres signes peuvent être associés :

- Toux nocturne ou au réveil
- Nycturie (plus d'une miction par nuit)

Malheureusement, ces symptômes favorisent un sommeil qui n'est pas réparateur. Le patient se réveille fatigué, irritable et peut également présenter des risques de chute au réveil. Ces symptômes augmentent le risque d'AVC, d'infarctus, de surdoreille d'oreille, de manque de concentration. Ils peuvent même indiquer la conduite automobile.

LES ORTHÈSES D'AVANCÉE MANDIBULAIRES

L'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), constitue un traitement alternatif au traitement des apnées hypogées du sommeil par l'usage d'un appareil respiratoire (CPAP). Ce traitement a été prouvé par votre médecin spécialiste du sommeil.

Il s'agit d'un dispositif médical sur mesure, réalisé à partir d'empreintes. L'orthèse d'avancée mandibulaire se porte durant le sommeil, toute la nuit. En déplaçant la mandibule en avant, les voies aériennes s'ouvrent, les muscles et la langue sont plus tendus et ne peuvent plus obstruer l'empêchement.

afin de confirmer la faisabilité du traitement proposé par l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), dans un premier temps un examen clinique et radiologique sera réalisé.

Si des soins dentaires s'avèrent nécessaires, préalablement à la réalisation de votre orthèse, vous devrez consulter votre chirurgien-dentiste traitant.

L'OAM est réalisée sur mesure à partir d'empreintes de votre bouche. Le réglage de la position de la mandibule (après l'insertion) peut nécessiter plusieurs séances pour trouver la position la plus adaptée.

Il est indispensable d'avoir un suivi régulier par le chirurgien-dentiste qui réalise l'OAM tous les 6 mois.

EN PRATIQUE

Une fois la première consultation réalisée, votre chirurgien-dentiste spécialiste du sommeil va convenir avec vous d'un rendez-vous de prise d'empreintes et de rendez-vous pour le réglage de l'avancée de votre mandibule.

ACCOMPAGNER VOS PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION



L'annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux

Le Ministère de la santé et de la prévention et APF France handicap ont élaboré, en partenariat avec l'Assurance Maladie et les instances représentatives des professionnels de santé et de patients, **un annuaire de l'accessibilité des lieux d'exercice et de soins hébergé sur Santé.fr.**

Votre cabinet est équipé d'une rampe d'accès ?

Vous parlez une langue étrangère ? Vous avez l'habitude d'accueillir des personnes aveugles ou malvoyantes ? ...



Répondez aux questions des personnes en situation de handicap et à besoins spécifiques en décrivant votre offre de soins sur [Santé.fr](https://www.sante.fr).
Contribuez à **améliorer la santé de plus de 12 millions de personnes.**

> Lien pour renseigner la fiche de votre cabinet : <https://www.sante.fr/professionnels-de-sante-decrivez-laccessibilite-de-votre-cabinet-sur-santefr>

> Lien vers l'annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux : [annuaire de l'accessibilité des cabinets](#)

ACCOMPAGNER VOS PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION



HandiConnect : Des fiches-conseils pour adapter votre pratique quotidienne

[HandiConnect.fr](https://handiconnect.fr)

HandiConnect est un **site ressources** pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne avec des **fiches-conseils** organisées par situation de handicap et par thématique, **ainsi que des formations** sur l'accueil et le suivi spécifique des personnes en situation de handicap

Plus de 65 fiches-conseils sont disponibles en accès libre

Exemples :



SantéBD

Les **fiches SantéBD** – en libre accès - sont des **supports pédagogiques adaptés** pour faciliter la communication avec les patients et les personnes en situation de handicap ainsi que leurs accompagnants.

Une **banque d'images** est également disponible pour **créer ses propres outils** de communication sur la santé.

<https://santebd.org/>



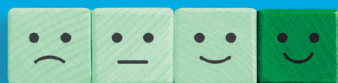
ACCOMPAGNER VOS PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

DES RESSOURCES ET OUTILS À DESTINATION DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ DISPONIBLES SUR [AMELI.FR](https://ameli.fr)

Le baromètre « handifaction »

handifaction

Un baromètre dédié à l'accès aux soins
des patients en situation de handicap



Des témoignages vidéos inspirants

L'Assurance Maladie a réalisé plusieurs vidéos avec des professionnels et des patients « influenceurs » atteints d'un handicap. Nous vous invitons à les visionner !

- ⇒ Vidéo « Regards croisés de professionnels de santé » : https://youtu.be/B3dt-jQEiTI?si=Nx1EswXu4C_KbQgt
- ⇒ Vidéo témoignage de Valentin Raffali, chef cuisinier marseillais révélé dans l'émission Top Chef atteint d'un handicap et influenceur sur les réseaux sociaux : <https://youtu.be/pkOaVa0fDks?si=bEpfarma3gwvrkMD>
- ⇒ Vidéo témoigne de Sophie Vouzelaud, mannequin, actrice et chansigneuse, connue également du grand public pour avoir été la première dauphine de Miss France 2007 : <https://youtu.be/uz9zrMxS310?si=lsX2O95iTCER3NVh>

Handifaction est le baromètre de l'Assurance Maladie qui mesure les retours d'expérience des personnes en situation de handicap ou de leurs accompagnants tout au long de leur parcours de soins.

Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en évaluant :

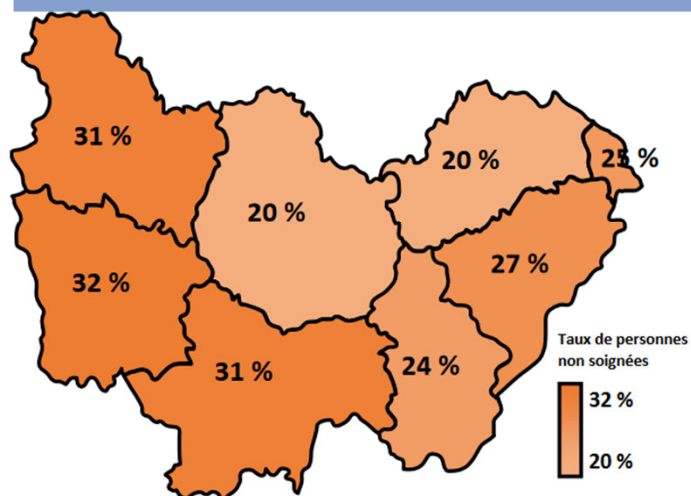
- La qualité des soins reçus après chaque rendez-vous de santé
- Les difficultés rencontrées pour accéder aux soins, comme un refus ou un abandon.

Le baromètre handifaction est un questionnaire en ligne accessible depuis handifaction.fr et l'application. Les réponses, anonymes, permettent d'améliorer le système de santé et de mieux répondre aux besoins spécifiques pour guider les actions visant à améliorer la qualité des soins.

[lien pour le baromètre avec les données locales](#)

ACCOMPAGNER VOS PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

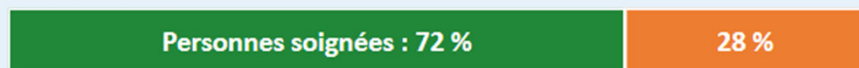
Le baromètre « handifaction »



Bourgogne-Franche-Comté



France entière



Résultats :

En région Bourgogne Franche Comté, sur la période du 01/04/2025 au 31/03/2026

Pour 10 459 réponses

Parcours de soin

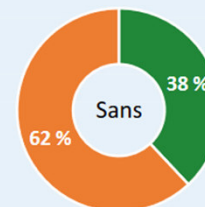
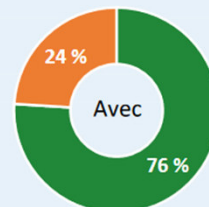


Soins sans refus : 67 %

11 %

16 %

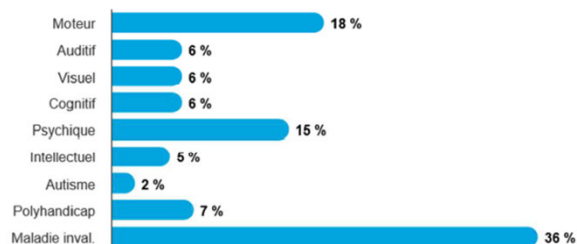
Taux de soin selon la possession d'un médecin traitant



ACCOMPAGNER VOS PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

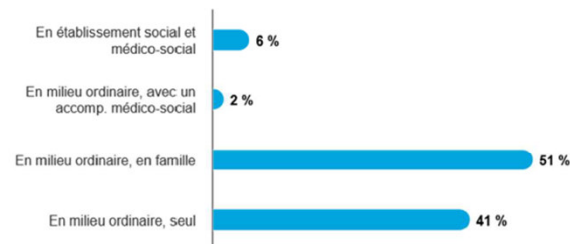
Âge moyen : 53 ans

Type(s) de handicap



Handicaps multiples : 38 %

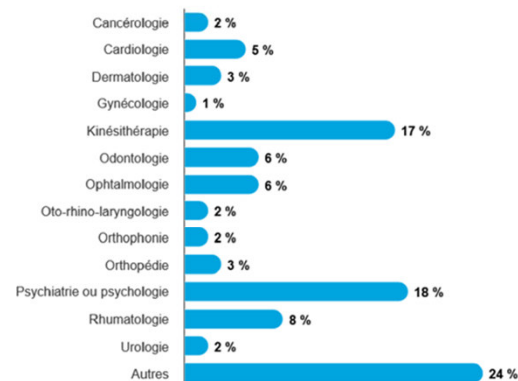
Lieu(x) de vie



Taux de refus / soin effectué, par type de spécialiste

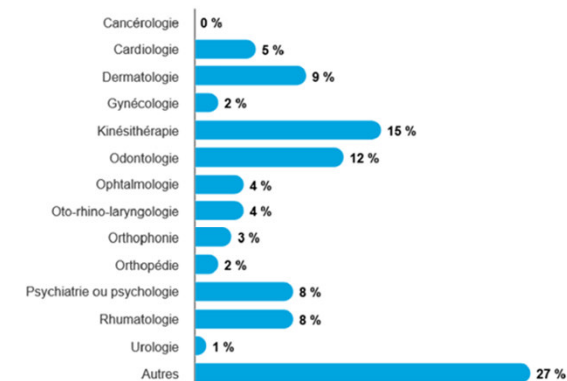
Spécialistes consultés

73 % de la demande, soit 2 194 réponses

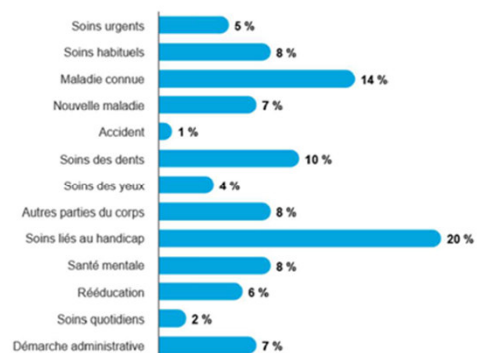


Spécialistes qui ont refusé un soin

27 % de la demande, soit 824 réponses

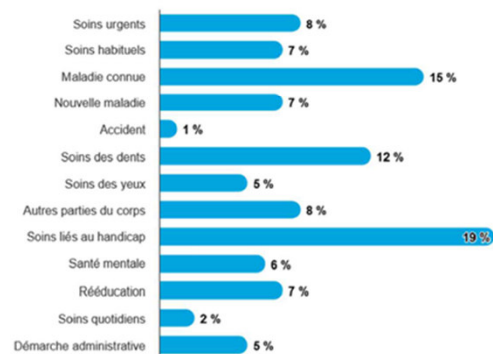


Types de soins recherchés, après avoir subi un refus de soin



Répondants ayant abandonné leur soin

Types de soins abandonnés



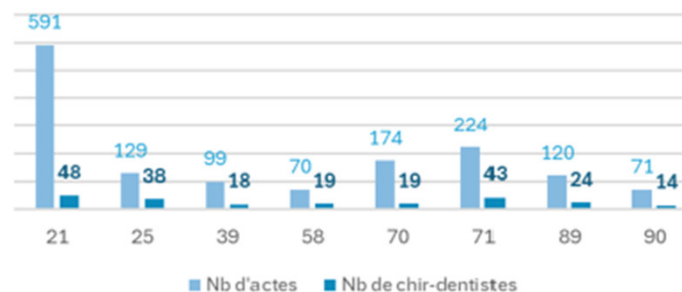
ACTES TRAÇANTS PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Consultations complexes pour patient atteint d'un handicap sévère – CBX codée CCX et CXD depuis octobre 2023 – 46€

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX. Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

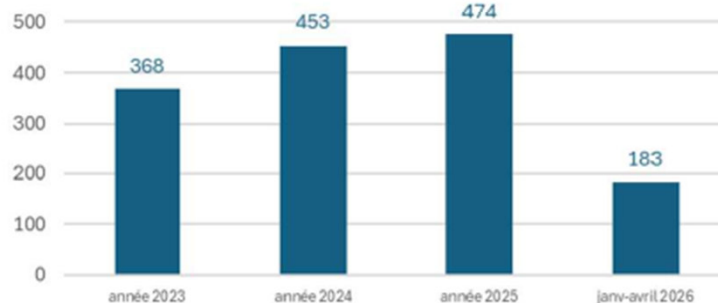
CCX/CXD - Consultations complexes en BFC depuis 2023



depuis 2023

CX/CXD	BFC
Nb d'actes	1 478
Nb de PS	223

CCX/CXD en région - en année de soins



CCX/CXD en région - en mois de soins



ACTES TRAÇANTS PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Supplément YYYY185 - 200€ depuis le 01/01/2025

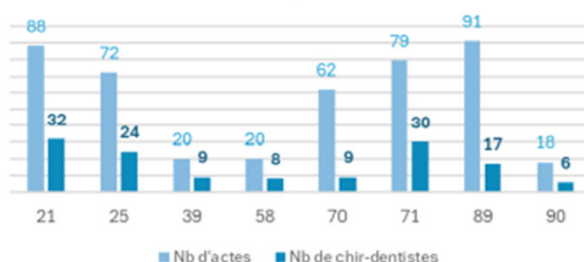
Supplément (YYYY185) pour certains actes techniques bucco-dentaires réalisés en deux séances ou plus à hauteur de 200 €



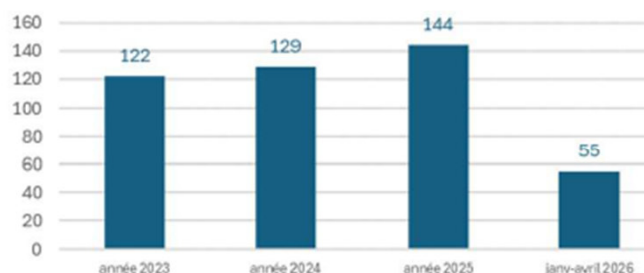
depuis 2023

YYYY185	BFC
Nb d'actes	450
Nb de PS	135

YYYY185 - Supplément actes techniques en BFC depuis 2023



YYYY185 en région - en année de soins



YYYY185 en région - en mois de soins



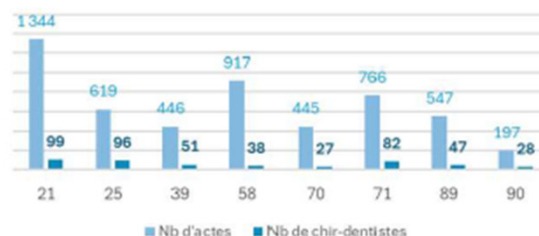
Supplément YYYY183 - 100€

Supplément pour la prise en charge des personnes atteintes de handicap sévère pour lesquels une adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire est nécessaire et pour lesquels au moins un des sept domaines de l'échelle APECS est scoré « modéré » ou « majeur »

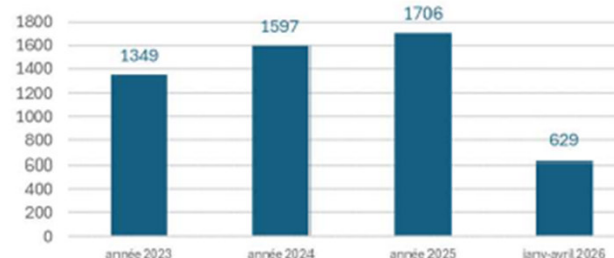
depuis 2023

YYYY183	BFC
Nb d'actes	5 281
Nb de PS	468

YYYY183 - Supplément actes techniques en BFC depuis 2023



YYYY183 en région - en année de soins



YYYY183 en région - en mois de soins

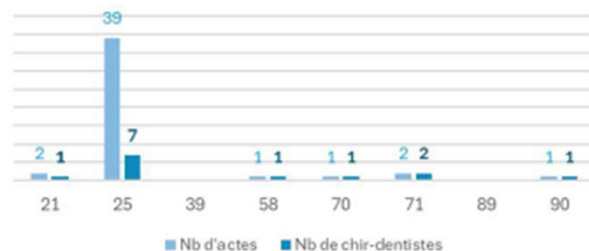


ACTES TRAÇANTS PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

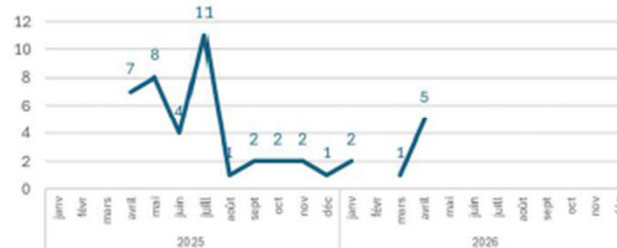
Bilan dentaire spécifique à l'entrée en institution – BDE 40€

Un bilan dentaire spécifique est créé au 01/01/2025 pour les patients entrant dans un ESMS. Il doit être réalisé en présence du patient dans les 12 mois suivant son entrée dans l'établissement. Il est facturé avec le code BDE.

BDE - BILAN DENTAIRE ENTREE ESMS
en BFC depuis le 01/01/2025



BDE en région - en mois de soins



depuis janv 2025

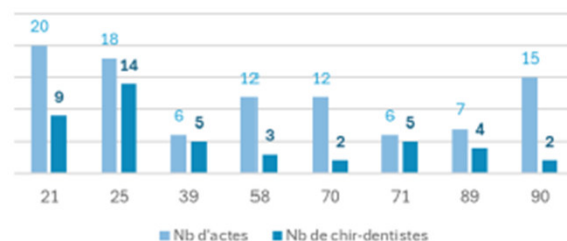
BDE	BFC
o d'actes	46
o de PS	13



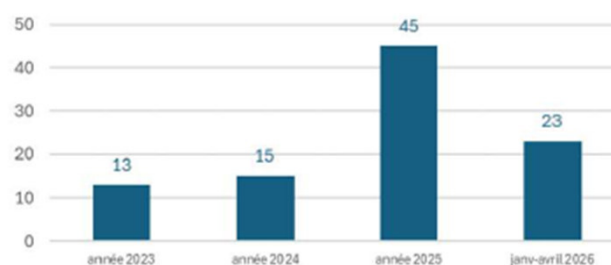
Supplément à l'EBD - BDX puis à partir du 01/04/2025, BDH – supplément de 23€

Un supplément de 23 € (acte BDX / BDH à partir du 01/04/2025) à l'examen de prévention bucco-dentaire EBD. Il est cumulable avec l'examen de prévention bucco-dentaire

BDX/BDH - Supplément à l'EBD
en BFC depuis 2023



BDX/BDH en région - en année de soins



depuis 2023

BDX/BDH	BFC
Nb d'actes	96
Nb de PS	44

ACTES TRAÇANTS PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

En bilan sur l'année 2025,

Sur l'année, 359 chirurgiens-dentistes ont réalisé au moins un acte traçant de la prise en charge de patients en situation de handicap, soit 28% des chirurgiens-dentistes libéraux en activité. Le nombre d'actes, tous types confondus a progressé de près de 10% entre 2024 et 2025.

En 2025
nombre de chirurgiens-dentistes

Départ	Avec au moins 1 acte traçant handicap	Nb de CD libéraux	Part des CD avec au moins 1 acte traçant handicap	Evolution
Côte-d'Or	71	281	25%	+1,2%
Doubs	67	309	22%	-2,1%
Jura	37	109	34%	+0,6%
Nièvre	28	90	31%	+0,4%
Haute-Saône	26	71	37%	+10,1%
Saône-et-Loire	64	247	26%	-2,8%
Yonne	41	126	33%	+5,6%
T Belfort	25	68	37%	+2,4%
BFC	359	1 301	28%	+0,5%

En 2025
nombre d'actes

Départ	CBX	YYYY185	YYYY183	BDE	BDH	Total actes traçant handicap	Evolution
Côte-d'Or	185	29	417	2	8	641	+9,0%
Doubs	42	15	195	34	10	296	+19,4%
Jura	18	6	155	1	3	183	+18,8%
Nièvre	59	8	303		7	377	+5,6%
Haute-Saône	37	22	144		2	205	+10,2%
Saône-et-Loire	70	27	236	1	4	338	-13,8%
Yonne	42	25	175		2	244	+27,1%
T Belfort	21	12	81		9	123	+59,7%
BFC	474	144	1 706	38	45	2 407	+9,7%
évolution	+4,6%	+11,6%	+6,8%	-	+200,0%	+9,7%	

Le suivi des actes pour la prise en charge des personnes en situation de handicap n'est pas exhaustif. Les actes non traçants, comme les consultations blanches, ne peuvent pas être suivis.

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Données arrêtées au 31/07/2026

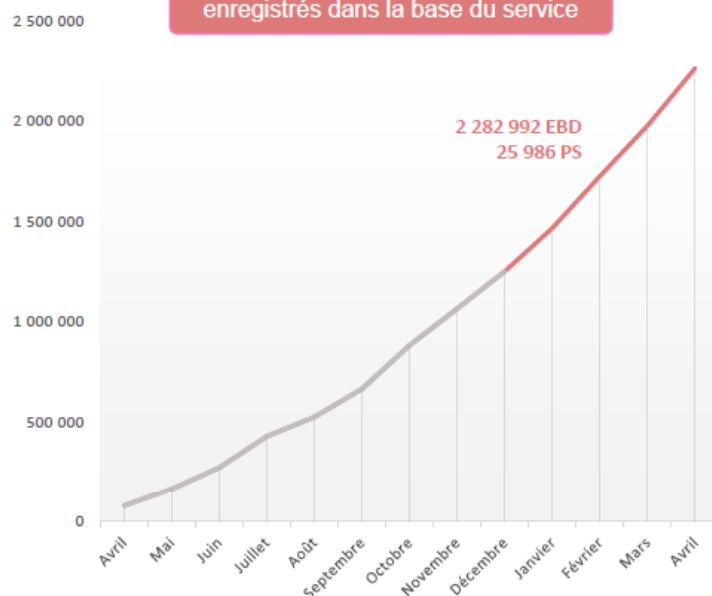
- Taux de télétransmission: 97,90% (>< 98,12%) dont 95,75% en flux sécurisé
- ADRI : 100% de taux d'équipement (+0,06%) - 91,89% PS utilisateurs parmi les PS équipés (>< 92,86%)
- AAT : taux utilisateurs 2,70% (>< 2,86%) - 5,26% en cumul
- PSE : taux utilisateurs 35,14% (>< 32,86%) - 53,95% en cumul
- DMP: taux utilisateurs 48,65% (65,79% en cumulé)
 - chirurgiens-dentistes ayant alimenté un DMP 47,30 % (35 CDL) - (64,47%en cumulé)
 - chirurgiens-dentistes ayant consulté un DMP 6,67% (5 CDL) - (19,74% en cumulé)
- ApCV : taux utilisateurs : 18,92% soit 14 dentistes ayant facturé avec l'ApCV
- Ordonnance numérique : taux utilisateurs 39,19% (>< 42,86%) – 55,26% en cumulé

Examen bucco-dentaire (EBD):

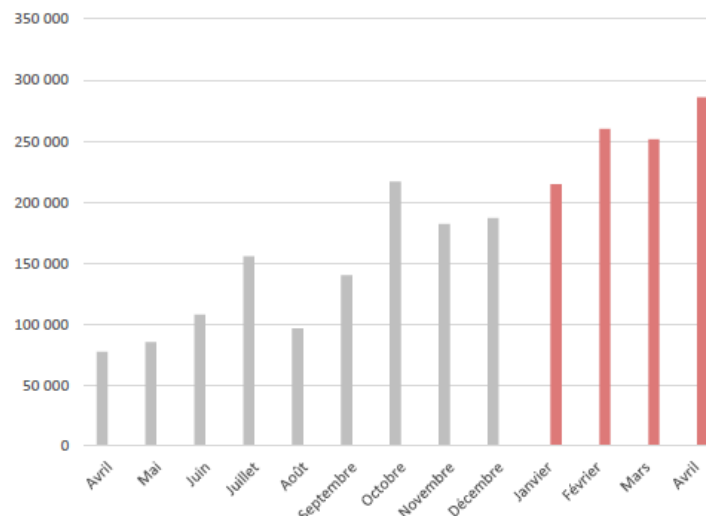
Plusieurs remontées terrain concernant la gestion des ayant droits reconnu sur un NIR de l'un des parents et venue en cabinet du second parents => problématique pour appliquer le 1/3 payant intégral sur les parts AMO et AMC

MONTÉE EN CHARGE DU TÉLÉSERVICE- EXAMEN BUCCO DENTAIRE

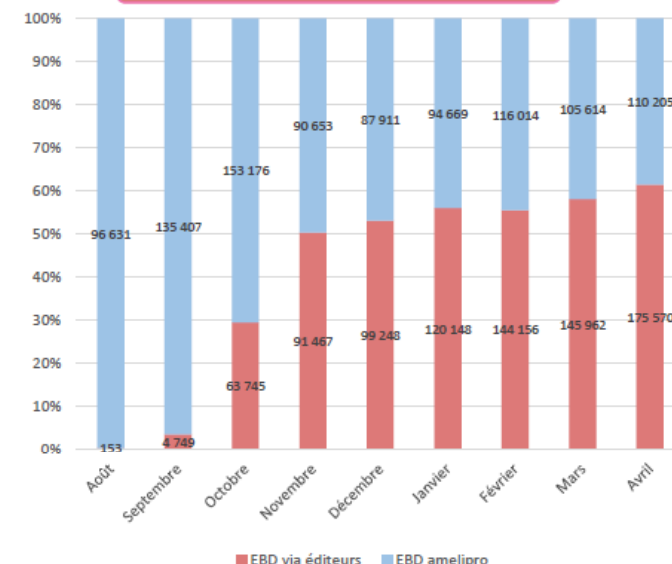
Nombre total d'EBD cumulés enregistrés dans la base du service



Nombre d'EBD par mois



Répartition des saisies EBD entre amelipro et les éditeurs



Editeurs autorisés

- Agatha CD Soft (Agatha Seven)
- Imagex (Logos_W)
- Julie Solutions (Julie)
- Trophy (CS Trophy gestion)
- Visiodent (Visiodent ligne 100 ; 500 ; Veasy)
- Zumatec (Oremia)

Editeurs à venir

- Dentalvia - Médilor (Weclaver Dental)
- Visiodent (Maiia dentiste)
- Subsantcs Actives (Matisse dentaire)
- Couleur et Connection (CC-Vitale)

25

Résultats d'EBD saisis sur amelipro ou via les logiciels:

2,28 millions d'avril 2025 à avril 2026

Près de 290 000 EBD saisis en avril 2026

Saisie des résultats d'EBD via les logiciels:

6 logiciels sont autorisés dont les 3 les plus diffusés au sein des cabinets dentaires

61 % des saisies ont été réalisées via les logiciels en avril 2026, + 5 points en 2 mois



ORDONNANCE NUMÉRIQUE



Suivi du déploiement mensuel – synthèse

Cumul du 01/12/2022 au 30/04/2026



Vue médecins

 **32** Logiciels
67 657 Médecins ayant créé au moins une ordonnance
 (+ 1 382)

❖ Depuis le début des déploiements (appels avec succès)

194 956 783 Ordonnances numériques créées

54 546 Ordonnances numériques consultées

13 951 Ordonnances numériques recherchées

Vue chirurgiens-dentistes

 **3** Logiciel
18 500 Chirurgiens-dentistes ayant créé au moins une ordonnance
 (+ 437)

❖ Depuis le début des déploiements (appels avec succès)

1 904 195 Ordonnances numériques créées

1 Ordonnances numériques consultées

1 Ordonnances numériques recherchées

Vue pharmaciens

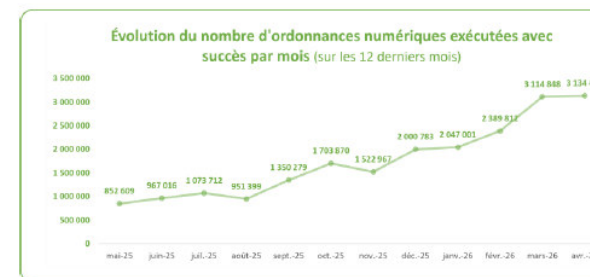
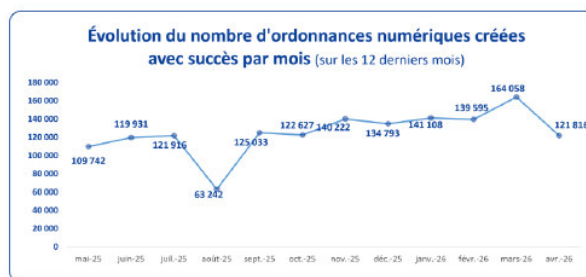
 **10** Logiciels
20 707 Pharmacies ayant exécuté au moins une ordonnance
 (+ 1 211)

❖ Depuis le début des déploiements (appels avec succès)

27 979 827 Ordonnances numériques consultées

23 325 456 Ordonnances numériques exécutées

883 549 Ordonnances numériques facturées



Sources - ONAF: Les données sont comptabilisées pour l'ensemble du mois indépendamment de la date réelle du début de déploiement d'un logiciel (pour un éditeur qui déploie son logiciel le 20 du mois, les données de présérie depuis le début du mois sont prises en compte)

ORDONNANCE NUMÉRIQUE: VISIBILITÉ DES TRAVAUX VERSANT ÉDITEURS

Editeur	Logiciel	Autorisation au CNDA	Date de bilan (fin de présérie)
IMAGEX	LOGOS_W	12/10/2023	17/06/2024
JULIE	JULIE	23/12/2025	23/04/2026
SUBSTANCES ACTIVES	MATISSE DENTAIRE	18/09/2025	03/02/2026
VISIODENT (Cegedimsanté)	VEASY	27/08/2025	En cours de la présérie
AGICIA SARL	ORTHOADVANCE	21/11/2025	En cours de la présérie
XTREM SANTE	TAMM	08/04/2026	
ORDOCLIK'	ORDOCLIC	01/07/2025	

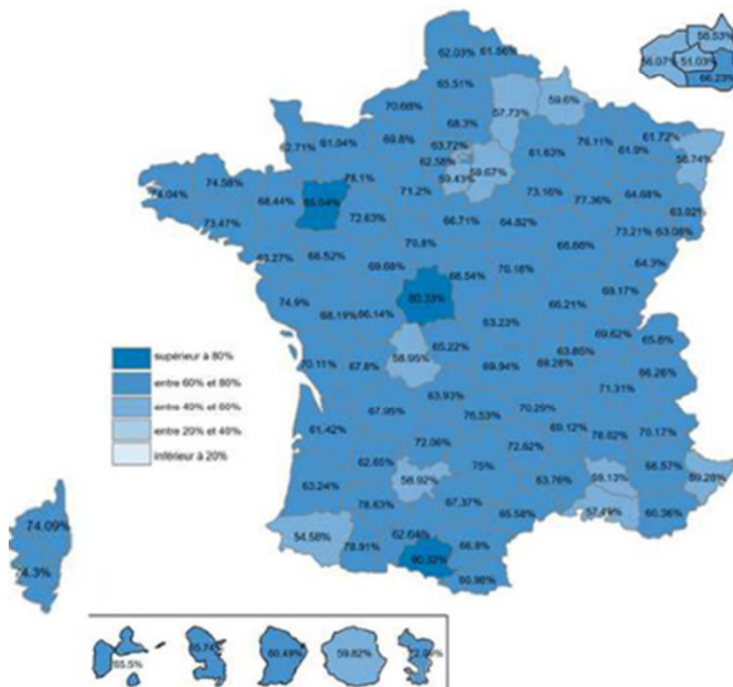
Rappel - Pour l'ordonnance numérique de médicaments :

- **Un Logiciel d'Aide à la Prescription** conforme au cahier des charges publié par la HAS est obligatoire pour tous les prescripteurs ;
- Un abonnement à une **Base de Données des Médicaments** agréée par la HAS et à jour est obligatoire.

ORDONNANCE NUMÉRIQUE:

L'usage de l'ordonnance numérique **progresses globalement**, avec de nouveaux logiciels autorisés

Taux de chirurgiens-dentistes installés « ordonnance numérique »
(à fin avril 2026)



3 logiciels autorisés

LOGOS_W

**MATISSE
DENTAIRE**

JULIE

Matisse dentaire et Julie encore en déploiement

Taux de chirurgiens-dentistes utilisateurs « ordonnance numérique »
(mai 2026 vs. avril 2025)

Dép.	Taux de chirurgiens-dentistes utilisateurs	
Dép.	Avril 2025	Avril 2026
21	34%	37% (↗)
25	29%	27% (↘)
39	24%	35% (↗)
58	22%	32% (↗)
70	28%	20% (↘)
71	28%	30% (↗)
89	26%	29% (↗)
90	38%	39% (↗)

OUVERTURE DE SCOR

SCOR : Système de gestion de pièces de facturation dématérialisées.

Par exemple : transmission du scan de la feuille de soins pour une facturation en flux dégradé non sécurisé

Différentes phases à organiser :

- Groupe de travail avec les syndicats pour définir les besoins (nature des pièces)
- Évolution du cahier des charge du GIE Sesam-vitale
- Mise à jour des logiciels métiers et validation par le CNDA (comité national de agréments)

⇒ **Objectif: diffusion fin 2027**

MON ESPACE SANTÉ- DMP



Qui dispose de Mon Espace Santé ?

98%

des assurés de BFC disposent
d'un compte Mon Espace Santé



Création automatique par
l'Assurance Maladie pour la
quasi-totalité des assurés
(sauf opposition du patient)



Les médecins peuvent
alimenter et consulter les
DMP de tous ces patients
(sauf opposition patient)

Combien d'utilisateurs de Mon Espace Santé ?



Assurés



38%

des assurés ont activé Mon
Espace Santé en région BFC
(mars. 2026)

Professionnels de santé

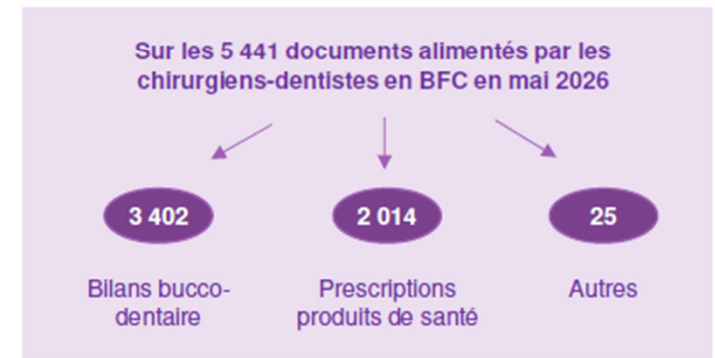
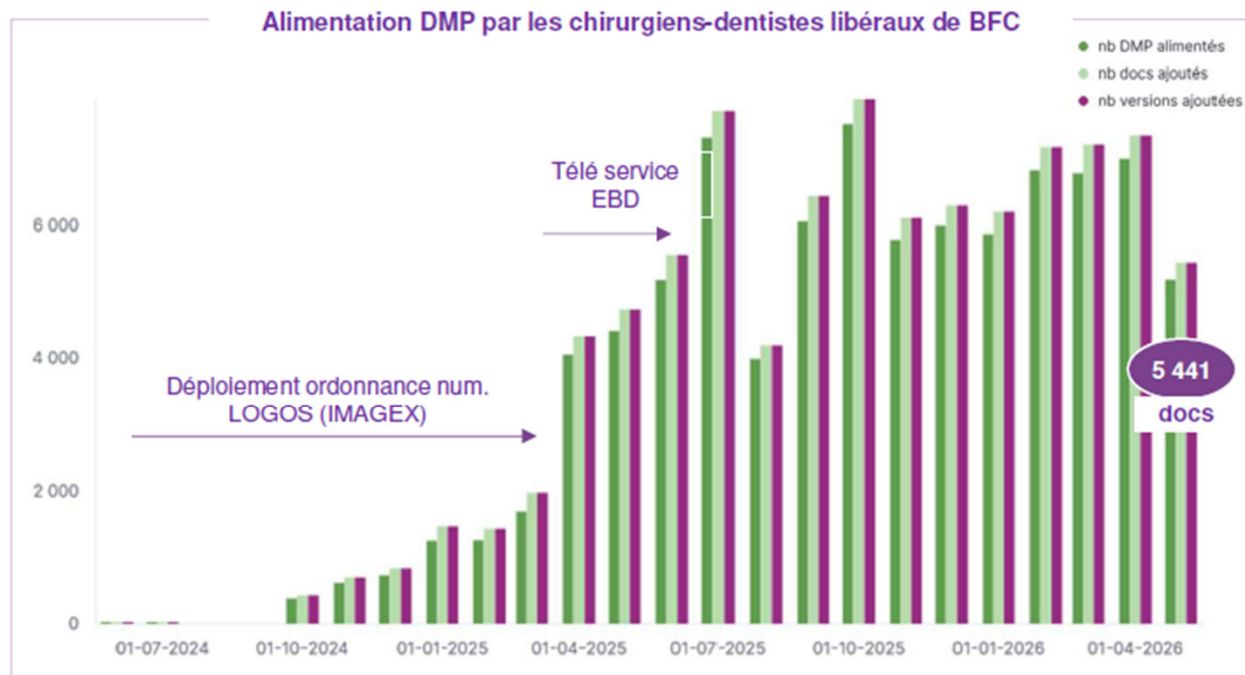


93%

des comptes ont déjà été
alimentés par des
professionnels en région BFC
(déc. 2025)

MON ESPACE SANTÉ- DMP

Après une forte accélération des alimentations DMP sous l'effet combiné de l'**ordonnance numérique** et de l'**EBD**, les alimentations DMP des chirurgiens-dentistes **se consolident** en 2025-26



Les chirurgiens-dentistes seront prochainement éligible à l'**équipement en logiciel avec usage facilité des services DMP, MSS, INS...** travaux en cours, pas de date annoncée

Taux d'activation Mon Espace Santé au 31 août 2026: 42,5%

APPLICATION CARTE VITALE

Nette progression de l'utilisation de l'application carte vitale chez les chirurgiens-dentistes de la région

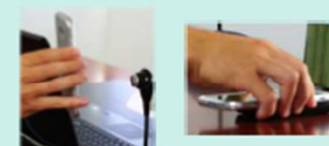
Taux de chirurgiens-dentistes utilisateurs en BFC

	Avril 2025	Avril 2026
21	0%	14,4%
25	0%	14,2%
39	0%	9,4%
58	0%	11,1%
70	0%	15,5%
71	1,8%	7,5%
89	0,9%	5,1%
90	1,6%	14,5%

100%

des chirurgiens-dentistes de la région équipés d'un logiciel compatible application carte vitale

Matériel de lecture nécessaire
(QR code ou NFC)



Quels sont vos retour sur l'application carte vitale ?

AMELIPRO: CONSULTATION DES ACCORDS DE PRISE EN CHARGE PPC/ OAM

Madame, Monsieur,

Avant toute délivrance d'appareil par pression positive continue (PPC) ou par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) pour un patient de 16 ans et plus, vous devez vous assurer qu'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie a bien été donné par le service médical, conformément à [l'article L315-3 du Code de la sécurité sociale](#).

Cet accord de prise en charge peut être formalisé de deux manières :

- soit sous la forme de la prescription signée par le prescripteur comportant mention de l'accord de prise en charge et un numéro unique de DAP,
- soit sous la forme d'un accord de prise en charge notifié à l'assuré par l'Assurance Maladie.

A compter du 2 février 2026, vous pourrez accéder de manière dématérialisée aux accords de prise en charge notifiés par l'Assurance Maladie à l'assuré, via un nouveau téléservice dédié sur amelipro.

[Consultez les accords de prise en charge de vos patients](#)

1. Connectez-vous à amelipro, avec votre carte CPS (pharmaciens, chirurgiens-dentistes) ou une CPE nominative (fournisseurs de biens médicaux)
 2. Accédez au téléservice « Demande d'accord Préalable PPC/OAM » directement depuis la page d'accueil amelipro
 3. Saisissez le NIR du bénéficiaire puis cliquez sur le lien "Demande d'accord Préalable PPC/OAM"
 4. Sur l'écran du service, vous pourrez consulter le statut des DAP PPC/OAM et notamment les informations suivantes :
identification du bénéficiaire et de sa CPAM de rattachement, identification du prescripteur, type de traitement prescrit et date de transmission de la DAP, et statut de la DAP (en attente d'avis médical, accord ou refus).
- Comment facturer le dispositif PPC/OAM ?**

Les pièces justificatives suivantes sont à transmettre à l'Assurance Maladie à l'appui de la facturation de dispositifs PPC ou OAM :

- Lors de l'instauration du traitement (demande initiale) ou du renouvellement du traitement soumis à accord préalable :
 - Prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui mentionne l'accord de prise en charge et un numéro unique de DAP ;
 - OU Prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui mentionne que son exécution est soumise à accord du Service médical et comporte un numéro unique de DAP ;
 - OU Scan de la DAP papier signée par le prescripteur.
- Lors d'un renouvellement de traitement annuel par PPC pour un patient observant :
 - Prescription signée par le prescripteur, issue ou non du téléservice DAP PPC-OAM.

A noter : Un délai de tolérance s'applique lorsque la délivrance a été réalisée durant la période entre la fin de la précédente année de traitement et la date de prescription du renouvellement (dans la limite de 13 semaines) : aucun indu ne sera notifié et le forfait hebdomadaire de la prestation indu PPC sera remboursé.

Un mailing a été transmis le 27/01/2026 aux chirurgiens dentistes et centres de soins dentaires afin d'informer sur la possibilité de consulter les avis des DAP PPC/ AOM sur amelipro.

⇒ Avant toute délivrance d'appareil par pression positive continue (PPC) ou par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) pour un patient de 16 ans et plus, vous devez vous assurer qu'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie a bien été donné par le service médical, conformément à [l'article L315-3 du Code de la sécurité sociale](#).

⇒ L'accord de prise en charge peut être formalisé de deux manières :

- Soit sous la forme de la prescription signée par le prescripteur comportant mention de l'accord de prise en charge et un numéro unique de DAP
- Soit sous la forme d'un accord de prise en charge notifié à l'assuré par l'Assurance Maladie.



Depuis le 2 février 2026, avec la carte CPS, possibilité d'accéder de manière dématérialisée aux accords prise en charge notifiés par l'Assurance Maladie à l'assuré, via un nouveau service dédié sur amelipro.

- Accéder au téléservice « Demande d'accord Préalable PPC/OAM »
- Saisir le NIR du bénéficiaire puis cliquer sur le lien « Demande d'accord Préalable PPC/OAM »
- Consultation du statut (en attente avis médical, accord ou refus).

QUALITÉ FACTURATION (MARS À AOÛT 2026)

Taux moyen de rejet de **0,59%** (variation entre 0,47% en avril et 0,78% en août)

Sur un total de
45 787 factures

Top des anomalies

Rejet / Signalement	N° Rejet / Signalement	Libellé Rejet signalement	Nombre	Taux / Total facture	Commentaires
Rej	0450057	Modulation ticket modérateur non trouvée base de données	61	0,13	Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage
Rej	0480054	Facturation tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat	47	0,09	Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de facture sécurisée sans indicateur de forçage.
Rej	2900230	Multiples facturations dentistes (CONDOR)	37	0,08	Si les deux factures ont des numéros de factures qui se suivent alors la facture est recyclée. Sinon, la facture est rejetée.
Rej	0270051	Bénéficiaire de prestations inconnu dans notre base de données	12	0,03	Les factures font l'objet d'un recyclage direct si la pièce justificative est disponible au moment du traitement de la facture, permet d'identifier le bénéficiaire des soins et qu'il est assuré dans notre organisme.
Rej	0470049	Prescription interdite à cette date	11	0,02	Les factures sont rejetées. Demande d'une nouvelle télétransmission avec le numéro de prescripteur indiqué sur la prescription médicale ou la prescription est interdite à la date transmise car le prescripteur mentionné n'exerce plus.

05

POINTS DIVERS

EXAMEN BUCCO DENTAIRE: REJET DE FACTURATION

Objet : EBD : évitez les rejets de factures dès le 1er août

Mailing adressé le 10/07/2026

Cette action vise à informer les professionnels de santé du domaine dentaire qu'à compter du 1er août 2026, un rejet de la facture s'appliquera pour les EBD ainsi que les soins complémentaires et consécutifs à l'EBD facturés en 100 % AMO à tort, une complémentaire santé valide figurant dans les bases de l'Assurance Maladie.



AMELIPRO

EBD : évitez les rejets de factures dès le 1er août

Docteur, Madame, Monsieur,

Depuis avril 2025, les examens bucco-dentaires (EBD), les soins complémentaires (réalisés le jour même) et les soins consécutifs (dans les 6 mois suivant l'EBD) sont pris en charge conjointement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et la complémentaire santé du patient.

À compter du 1er août 2026, les factures transmises à 100 % à l'Assurance Maladie au titre de l'exonération prévention pour des patients bénéficiant d'une complémentaire santé valide à la date de l'acte seront rejetées. En cas de rejet, une nouvelle facture devra être émise en tenant compte des règles rappelées dans ce message.

Pour rappel, concernant les EBD ainsi que les soins complémentaires et consécutifs, vous devez appliquer le [tiers payant intégral](#) sur la part AMO et sur la part complémentaire, sur présentation de la carte Vitale et de l'attestation complémentaire santé du patient. Seuls les patients sans couverture complémentaire santé et ceux dont la complémentaire santé ne couvre pas le domaine dentaire relèvent d'une prise en charge à 100 % par l'AMO au titre de l'exonération prévention.

Cordialement,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie



SOS IJ- GÉNÉRALISATION EN BFC

Mailing adressé le 17/09/2026

Cette action vise à informer les professionnels de santé du déploiement de l'offre de service SOS IJ de l'Assurance Maladie dans leur département et de les inviter à y recourir.

Si vous ne visualisez pas correctement cet e-mail, [cliquez ici](#)

**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

AMELIPRO

Vous êtes confronté à une situation complexe d'arrêt de travail pour votre patient ?

Docteur,

Une nouvelle offre de service attentionné « SOS IJ » est mise à votre disposition par l'Assurance Maladie. Elle repose sur 3 principes : simplicité, efficacité et rapidité.

SOS IJ vous offre un point d'entrée unique et sécurisé vers l'Assurance Maladie pour vous aider face aux situations complexes d'arrêt de travail. Cette offre de service concerne vos patients du Régime général (CPAM) ou du Régime agricole (MSA).

Comment ça marche ?

1. Pour solliciter l'aide de l'Assurance Maladie :

- Connectez-vous à amelipro avec votre carte GPS.
- Identifiez votre patient par lecture de sa carte Vitale ou par son NIR.
- Cliquez sur « SOS IJ » depuis la page d'accueil, ou via « Contacter le médecin conseil ».

Accédez à SOS IJ depuis amelipro

2. Décrivez la situation rencontrée de manière précise.

Vous pouvez nous soumettre toute situation complexe liée à un arrêt de travail, à votre appréciation :

- **Problématique liée au poste de travail ou à l'employeur**
Exemple : « Dans un contexte professionnel dégradé ou de conflit avec l'employeur, comment accompagner mon patient dans la reprise d'une activité, en lien avec la médecine du travail ? »

- **Questionnement sur la poursuite de l'arrêt de travail**
Exemple : « Quelles sont les alternatives à la prolongation d'un arrêt de travail ? »
- **Interrogation liée au versement ou au montant des indemnités journalières**
Exemple : « Comment résoudre une situation d'indemnités journalières qui ne sont plus versées ou bloquées ? »
- **Fragilité financière, sociale ou difficulté d'accès aux soins freinant la reprise d'activité**
Exemple : « Mon patient rencontre des difficultés financières, sociales ou d'accès aux soins : comment sécuriser son parcours ? »

3. Si votre patient est susceptible d'être accompagné par l'Assurance Maladie, informez-le de votre démarche.

Nos services experts seront mobilisés sur les trois volets : médical, social et administratif pour vous apporter une résolution rapide. Un premier retour vous sera fait sous 48h.

Cordialement,
votre correspondant de l'Assurance Maladie

Besoin d'aide ? Votre délégué numérique en santé est disponible pour vous accompagner dans l'usage de SOS IJ



LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA LE 5 AVRIL 2027

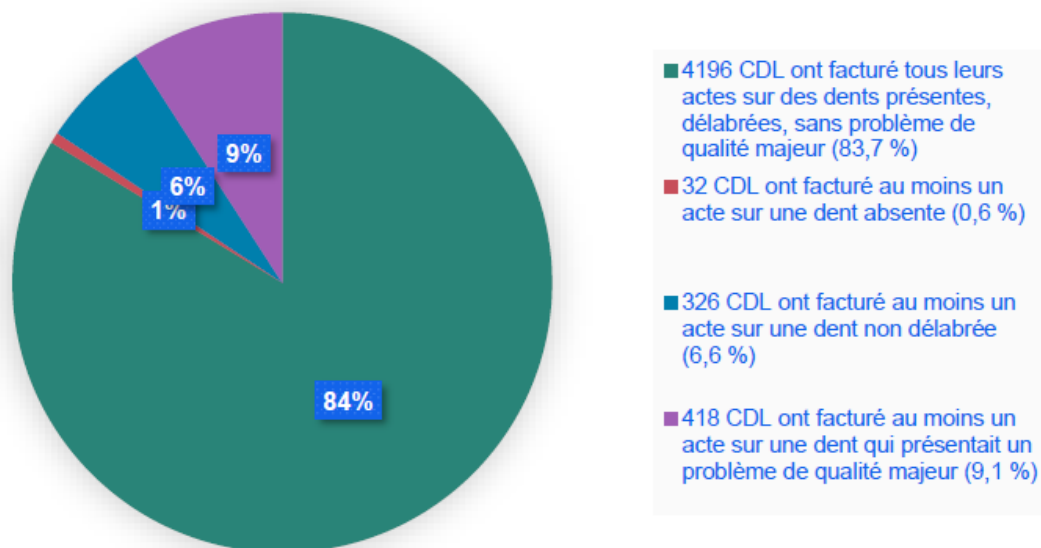
**À 9H00 POUR LA SECTION SOCIALE ET 09H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**

ANNEXES

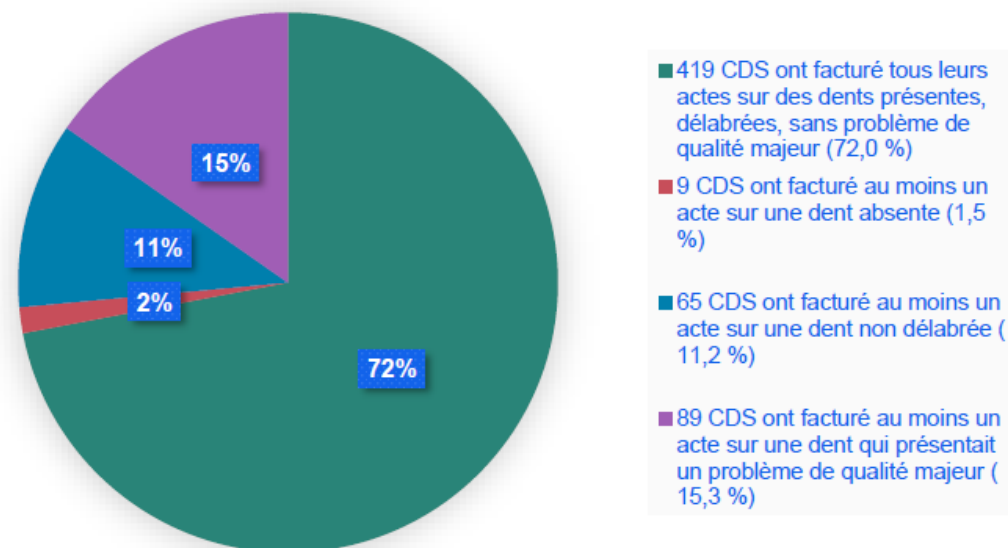
FEUILLE DE ROUTE GESTION DU RISQUE (GDR) DENTAIRE- FACTURATIONS DE COURONNES

TAUX D'ANOMALIES « MÉDICALES » (HORS ANOMALIES DE COTATION)

16 % des CDL ont facturé au moins un acte sur une dent absente, ou non délabrée ou présentant un problème de qualité majeur
(811 PS sur 4971 ayant communiqué tous les clichés, tous exploitables)



28 % des CDS ont facturé au moins un acte sur une dent absente, ou non délabrée ou présentant un problème de qualité majeur
(163 CDS sur les 582 ayant communiqué tous les clichés, tous exploitables).



FEUILLE DE ROUTE GESTION DU RISQUE (GDR) DENTAIRE- FACTURATIONS DE COURONNES

FOCUS JUSTIFICATION MÉDICALE DES ACTES

- ❑ **15%** d'anomalies sur la justification médicale de l'acte:
 - **8%** des actes non justifiés car dent absente ou non délabrée
 - **7 %** d'actes avec un défaut de qualité majeur

Facturation sur		HBLD 350	HBLD 634	HBLD 680	HBLD 785	Tous actes
Dent absente	CDL	0,3%*	0,4%*	0,4%*	2,6%*	0,4%*
	CDS	0,8%*	0,6%*	0,3%*	4,2%*	0,8%*
Dent non délabrée	CDL	5,4%*	7%*	11%*	12,3%*	7,7%*
	CDS	5%*	5,7%*	12,1%*	16,9%*	6,8%*
Dent présente, délabrée avec défaut qualité majeur	CDL	6,3%*	4%*	6,5%*	9,9%*	6,7%*
	CDS	6,6%*	9,8%*	5,6%*	4,2%*	7,3%*

* Tous les chiffres sont calculés sur les réponses exploitables. Ne sont pas comptabilisés les actes pour lesquels la pièce justificative n'a pas été transmise ou était inexploitable

FEUILLE DE ROUTE GESTION DU RISQUE (GDR) DENTAIRE- FACTURATIONS DE COURONNES

FOCUS « CODIFICATION » DE L'ACTE

* Tous les chiffres sont calculés sur les réponses exploitables. Ne sont pas comptabilisés les actes pour lesquels la pièce justificative n'a pas été transmise ou était inexploitable

Nature de l'anomalie		% par anomalie	TOTAL anomalie codification
Actes mal codifiés et qualité ok	CDL	10,35%*	24,5 %
Actes mal codifiés en plus d'une anomalie sur la justification médicale		14,17%*	
Actes mal codifiés et qualité ok	CDS	13,71*	31,2%
Actes mal codifiés en plus d'une anomalie sur la justification médicale		17,47%*	

ENSEIGNEMENTS ET POINTS D'ATTENTION

- ☐ Dispositif « 100% santé » globalement approprié par les chirurgiens-dentistes
- ☐ Nécessité d'accompagnement et d'une vigilance collective pour garantir la pertinence et la soutenabilité du dispositif notamment avec l'évolution des prises en charge au 1er janvier 2026

FEUILLE DE ROUTE GESTION DU RISQUE (GDR) DENTAIRE- FACTURATIONS DE COURONNES

PLAN D'ACTIONS

- Information des partenaires conventionnels (CPN CD 11/06, CPR, CPL), Ordre de CD
- Retours individualisés par courrier aux CD concernés (T3 2026) :
 - Pas d'anomalie : courrier remerciement
 - Absence de réponse : rappel des obligations
 - Information des anomalies constatées (sans récupération d'indus)
- Nouvelles évaluations programmées à des dates inopinées (2026- 2027) et mise en place d'actions graduées (courrier de mise en garde, récupérations d'indus ...)

KIT DE SENSIBILISATION SUR LA SANTÉ ORALE POUR LES ENFANTS DE MATERNELLE- 8 ACTIVITÉS

PRENDRE SOIN DE SES DENTS A LA MAISON

La santé bucco-dentaire ne s'arrête pas à l'école ! Il est essentiel de mettre en pratique et de continuer les bons gestes à la maison. Pour cela, nous vous invitons à remettre aux familles le diplôme parents élève que son diplôme à l'enfant : deux supports ludiques pour prolonger l'apprentissage à la maison !

« M'Y DENTS TOUS LES ANS ! », C'EST QUOI ?

C'est un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste 100% pris en charge tous les ans par l'Assurance Maladie et le complémentaire santé pour les enfants et les jeunes de 3 à 24 ans. Le rendez-vous et les soins sont sans avance de frais sur présentation de la carte Vitale et de la carte de complémentaire santé.

APPRENDRE À PROTÉGER SES DENTS EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE

Il est important pour les enfants d'apprendre à prendre soin de leurs dents dès le plus jeune âge.

La santé bucco-dentaire joue un rôle essentiel dans le développement global de l'enfant. Pour vous permettre de sensibiliser les enfants à l'importance de prendre soin de leurs dents, l'Assurance Maladie met à votre disposition un kit pédagogique qui s'inscrit dans le programme scolaire de grande section de maternelle, dans le cadre de la découverte du corps humain et de l'hygiène.

Il contient :

- 8 fiches activités et leurs outils associés ;
- une affiche pour la classe ;
- un diplôme à remettre aux parents ;
- un diplôme à remettre aux élèves ;
- un guide pédagogique qui vous apporte l'essentiel des notions à connaître sur la santé bucco-dentaire.

AU SECOURS

Vous avez un doute ? Des fiches pédagogiques pour vous aider.

1 AN POUR TOUT APPRENDRE SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AVEC CROCKY ET HECTOR

NOUS VOUS PROPOSONS D'ABORDER CES 5 THÉMATIQUES AUTOUR DE 8 ACTIVITÉS.

THÉMATIQUE 1 : LES GÊTES DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

- Activité « Dans la bouche »
- Activité « Les différents dents »
- Activité « Brosse à dents »

THÉMATIQUE 2 : ADOPTEZ LA BONNE ROUTINE DENTISTE

- Activité « La routine des dents »
- Activité « Brosse à dents »

THÉMATIQUE 3 : CHANGEMENTS D'ORDRE DES THÉMATIQUES

- Activité « Cache-cache dents »
- Activité « Les éléments de la bouche »

NOUVEAU ! TOUS LES ANS !

ameli.fr

Avec deux mascottes « fil rouge » adaptés à la maternelle : Hector le crocodile qui apprend à son ami crocky les gestes pour prendre soin de ses dents

4 activités disponibles sur ameli.fr depuis septembre 2025 :

- Un conte pour sensibiliser les enfants aux bons gestes permettant de prendre soin de leurs dents (et de capter leur attention avant le début des activités)
- Une activité « cherche et trouve » pour repérer les bons ou les moins bons aliments pour les dents
- Une activité sur le geste du brossage de dents
- Une activité pour découvrir les types de dents et leurs fonctions / le développement de la carie

+ fiches pédagogiques, e-learning Générations sans carie

4 nouvelles activités disponibles dans le kit en décembre 2025 :

- Cache – cache sucres** : pour sensibiliser les enfants à la teneur en sucres des boissons/aliments dont sucres cachés et à l'impact pour la santé de leurs dents
- La routine des dents** : remettre dans l'ordre les images de la BD pour adopter la bonne routine de soins des dents
- Le coloriage des dents** : comprendre les différents types de dents qui composent la bouche et leurs fonctions
- Dans la bouche** : Fabriquer une bouche géante pour comprendre les éléments qui composent la bouche

Supports mis à disposition du réseau de l'assurance maladie, du grand public sur ameli.fr; des partenaires associatifs, de la PMI et de l'éducation nationale

20 <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite/etre-partenaire/outils-et-services-pour-les-partenaires/outils-partenaires-generations-sans-carie>

ou

8

[illegible]



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Cache-cache sucres

Combien de morceaux de sucre contiennent tes aliments ?

Il y en a combien ?

10 morceaux de sucre

Aliment	Nombre de morceaux de sucre
Bonbons	13 morceaux
Céréales	2 morceaux
Boissons industrielles	2 morceaux
Glace	5 morceaux
Pâte à tartiner	4 morceaux
Soda	6 morceaux
Jus de fruits	4 morceaux
Ketchup	3 morceaux
Mélanges sucrés (porridge)	10 morceaux

Les aliments de sucre ont été calculés selon la portion moyenne consommée par un enfant.

👉 Quel est le sucre principal de ta nourriture de tous les jours ?

ameli.fr

MISE EN PLACE D' ACTIONS ALLER-VERS À DESTINATION DES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS DES SOINS DENTAIRES

Permettre aux jeunes les plus éloignés des soins dentaires de renouer avec le cabinet dentaire et de bénéficier d'un suivi régulier



Partenariat avec les associations travaillant auprès des plus démunis

- ① Sensibilisation de leurs salariés/bénévoles à la santé orale (e-learning Générations sans carie)
- ② Mise en place d'ateliers de prévention sur la santé orale pour les familles (kit de sensibilisation à la santé orale)
- ③ Mise à disposition offerte de brosse à dents/dentifrices

Lancement de l'action en janvier 2026
500 partenaires associatifs et antennes de l'ASE ciblés
221 000 kits bucco-dentaires délivrés

Déploiement d'actions de sensibilisation/dépistage pour les patients en situation de handicap

- ① Expérimentation prévue en 2026 pour 10 établissements UGECAM via handident
- ② Sensibilisation des référents des établissements, dépistage des résidents, suivi du recours aux soins

Lancement de l'action au S1 2026
Documentation adressée aux partenaires
300 résidents ciblés

Sensibilisation des familles des enfants de 5/6 ans n'ayant jamais vu de chirurgien-dentiste

- ① Mobilisation des plateformes d'appels sortants pour sensibiliser les familles à l'importance du suivi dentaire régulier de leur enfant
- ② Accompagnement si besoin à la prise d'un rdv

Lancement de l'action en janvier 2026
60 000 familles ciblées sur 8 départements (60,30,15,11,59,38,20,24)
 **l'Assurance Maladie**
 Agir ensemble, protéger chacun

Suivi des formations e-learning par les structures suivantes pour animer ensuite des sessions sur Générations sans caries :
 Écoles (733 élèves) / / périscolaire Essert/ unité enseignement St Exupéry ADAPEI/ OIKOS/ gens du voyage