

Le devis : simple formalité ou véritable obligation ?

Que nous exerçons en nom propre, en société, en pratique libérale ou salariée, nous remettons tous les jours à nos patients des documents les informant du montant des traitements décidés conjointement avec eux.

Le lien juridique qui sous-tend à toute relation thérapeutique entre un patient et un professionnel de santé se nomme contrat de soin. Il répond à cinq caractéristiques principales.

Un contrat civil

Un contrat personnel

Le contrat médical est conclu "*intuitu personae*", c'est-à-dire en considération de chacune des deux parties. Elles peuvent à tout moment rompre ce contrat, sous réserve pour le praticien de ne pas nuire aux malades et de respecter la continuité des soins.

Un contrat synallagmatique ou bilatéral¹

Il naît entre les parties des obligations réciproques et interdépendantes. En cas d'inexécution par l'une des parties, l'autre peut refuser d'exécuter la sienne.

Un contrat consensuel

Il est parfait du fait de l'échange des consentements et n'est soumis à aucune forme à titre de validité.

Un contrat à titre onéreux

« Le contrat à titre onéreux est celui qui assujettit chacune des parties à donner ou à faire quelque chose »².

Chacune des parties escompte tirer un avantage du contrat ; il en découle notamment que la prestation du praticien appelle une rémunération. La gratuité des soins ne fait pas pour autant obstacle à l'existence de relations contractuelles entre le patient et son praticien.

Dès lors que nous étudions la relation thérapeutique sous l'angle du droit, il devient flagrant que le devis n'est pas une simple formalité.

Ce document répond à une triple obligation mise à notre charge. Une obligation législative³, réglementaire⁴ et conventionnelle⁵.

Le devis n'est pas en soi un contrat, mais un engagement unilatéral qui ne devient un contrat que lorsque le devis a été accepté par la personne à laquelle il est remis.

C'est à la lecture de la convention des chirurgiens-dentistes de juin 2006 destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie, convention reconduite tacitement en juin 2011, que nous tirons les détails des éléments obligatoires devant figurer sur nos devis.

Devis pour traitement prothétique et autres actes pouvant faire l'objet d'une entente directe

ÉLÉMENTS OBLIGATOIRES

- Date d'établissement du devis.
- Identification du praticien traitant.
- Identification du patient.
- Durée de validité du devis.
- Description du traitement proposé.
- Description précise et détaillée des actes : nature de l'acte, localisation, matériaux utilisés (nature et normes) et montant des honoraires.
- Cotation des actes selon la nomenclature en vigueur.
- Montant total des honoraires.
- Base de remboursement pour l'Assurance Maladie obligatoire.
- Mention : "Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement."
- Signature du praticien.
- Signature du patient, ou du (des) responsable(s) légal (légaux).
- Toute mention légale obligatoire.

1. Art 1102 C. Civ

2. Art 1106 C. Civ

3. Art. L. 1111-3 du code de la santé publique. Toute personne a droit, à sa demande, à une information... Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

4. Art. R. 4127-240 du code de la santé publique (ancien article 33 du code de déontologie). Le chirurgien dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. (...) Lorsque le chirurgien dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit, au préalable, un devis écrit qu'il remet à son patient.

5. Art. 4-2.1 de la Convention Nationale des C.D. 2006. Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément aux dispositions de l'annexe III et comportant notamment :

1° la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés

2° le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré

3° le montant de la base de remboursement correspondant, calculé selon les cotations de la nomenclature générale des actes professionnels



Dr Elie ATTALI

■ Expert près la Cour d'appel de Paris



M^e Laurent DELPRAT

■ Avocat à la Cour

Le 16 avril 2012, un avenant à la convention de 2006 est signé entre l'Union des Caisses d'Assurances Maladie (UNCAM), la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) et l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM).

Cet avenant prévoit entre autres la revalorisation de la consultation, de la visite, de l'examen de prévention des jeunes, crée un examen de prévention au 4^e mois de grossesse, la permanence des soins.

Le passage de notre profession à la CCAM est de nouveau annoncé et une aide à l'installation sous contrat est instaurée.

Un nouveau devis directement issu de la loi HPST fait son apparition.

Le 21 juin 2009, la loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est promulguée. Son article 57 est vivement décrié au sein de notre profession.

Cet article est censé apporter plus de transparence à l'information des patients sur le coût et la traçabilité des dispositifs médicaux, notamment des prothèses dentaires.

Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte ou d'une prestation qui inclut la fourniture d'un dispositif médical, délivrer gratuitement au patient une information écrite comprenant de manière dissociée le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, d'une part et, d'autre part, le prix de toutes les prestations associées.

Près de trois ans plus tard et après quelques allers-retours entre l'Assemblée Nationale et le Sénat, le 31 juillet 2012 paraît au Journal Officiel un avis relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012, qui entérine le **NOUVEAU DEVIS CONVENTIONNEL**. Un pourvoi en référé devant le Conseil d'État est déposé par l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes – Union Dentaire (UJCD-UD), rejeté le 26 septembre 2012.

Néanmoins, devant un texte difficilement applicable, le comité national dentaire a convenu lors de sa séance de septembre 2012 de suspendre l'application de ce devis. Nous vous en livrons toutefois les clés. Outre les éléments devant déjà figurer sur ce document depuis 2006, nous devons indiquer où les dispositifs médicaux sur mesure (les prothèses dentaires et appareillages orthodontiques notamment) ont été fabriqués et si le laboratoire de prothèse a sous-traité tout ou partie de ce dispositif.

Mais c'est la partie chiffrée du devis qui est profondément bouleversée.



© - Fotolia

Les honoraires facturés pour l'acte faisant l'objet du devis sont distingués en trois composantes :

- le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé comprend l'achat du dispositif médical au fournisseur, majoré d'une partie des charges de structure du cabinet dentaire
- le montant des prestations de soins est la valeur ajoutée médicale du travail effectué par le praticien et toutes ses charges personnelles
- les charges de structure du cabinet, autres que celles déjà affectées au prix de vente du dispositif

Le calcul de ces différentes composantes est effectué à partir des données individuelles de la déclaration 2035 du chirurgien-dentiste de l'année N-2, de l'honoraire facturé au patient pour l'acte faisant l'objet du devis et du prix d'achat au fournisseur du dispositif nécessaire à cet acte. Si les données de référence sont issues de la déclaration 2035, praticiens exerçant en société, cette obligation est également à votre charge !

Méthodologie de calcul des différents éléments de ce devis

Les charges globales du cabinet sont distinguées en trois catégories :

- les charges personnelles, incluant les charges de cotisations sociales personnelles du chirurgien-dentiste, la contribution économique territoriale, la contribution sociale généralisée et les autres impôts, sont des charges directement imputées à l'activité médicale du praticien, c'est-à-dire au montant des soins
- les charges d'achat du cabinet comprennent en majorité les charges d'achat des dispositifs médicaux sur mesure

- les autres charges (amortissement, frais de personnel, loyers...) sont qualifiées de charges de structure du cabinet

1. Il convient dans un premier temps de déterminer le **taux de charges de structure** calculé de la façon suivante :

$$\text{Taux de charges de structure} = \frac{\text{BR} - \text{BA} - \text{BK} - \text{JY} - \text{BV} - \text{BS} + \text{CH}}{\text{AG}}$$

Où :

- [BR] = Total dépenses professionnelles
- [BA] = Achats
- [BK] = Charges sociales personnelles
- [JY] = Contribution économique territoriale
- [BV] = Contribution sociale généralisée déductible
- [BS] = Autres impôts
- [CH] = Dotations aux amortissements
- [AG] = Honoraires totaux

Vous obtiendrez un coefficient compris entre 0,25 et 0,45 selon la rentabilité de votre cabinet.

2. À partir de ce chiffre vous allez être en mesure de déterminer le **prix de vente de l'élément prothétique ou orthodontique** (dispositif médical sur mesure) selon le calcul suivant :

$$\text{Prix de vente du dispositif} = \frac{\text{Prix d'achat au fournisseur}}{(1 - \text{taux de charges de structure})}$$

Pour un même prix d'achat d'une couronne à votre prothésiste, plus votre taux de charges de structure est élevé, plus le prix de vente du dispositif paraîtra important.

3. Le **montant de la prestation** de soin se définit comme suit :

$$\text{Honoraire de l'acte} \times (1 - \text{taux de charges de structure}) - \text{prix d'achat du dispositif}$$

Pour un même prix d'achat d'une couronne à votre prothésiste, plus votre taux de charge de structure est élevé, plus le montant de la prestation de soin paraîtra faible.

4. Les **charges de structures** se définissent comme suit :

$$\text{Honoraire de l'acte} - \text{montant des prestations de soins} - \text{prix de vente du dispositif}$$

À partir de ces quatre éléments, **taux de charges de structure, prix de vente du dispositif sur mesure, montant de la prestation de soin et charges de**

structures, vous allez être en mesure de compléter le devis tel qu'il apparaît ci-après (*Tableau*).

Une nouvelle colonne apparaît, il s'agit du **montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire**, qui n'est autre que la différence entre le montant de vos honoraires et le remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Vous l'aurez compris, il nous faudra attendre que les concepteurs de nos logiciels de gestion nous livrent une version de leurs produits qui nous permettent de nous mettre en conformité avec ces nouvelles obligations.

Mise en pratique

Je vous propose de voir l'incidence de ces nouvelles obligations pour le devis d'une couronne réalisée par deux cabinets ayant des charges de structures et des rentabilités très différentes.

Le montant des honoraires de réalisation d'une couronne est de 600 €, le prix d'achat de cette couronne au laboratoire de prothèse est de 90 € aussi bien pour le cabinet A que pour le cabinet B.

CABINET A

CA 350 K€,
résultat 135 K€
(soit 61 % de frais)
CCM 600 €,
prix labo 90 €
■ Taux structure : 0,275
■ Prestation soins : 345 €
■ Prix vente : 124 €
■ Charges structure : 131 €
600 = 345+124+131

CABINET B

CA 245 K€,
résultat 65 K€
(soit 73 % de frais)
CCM 600 €,
prix labo 90 €
■ Taux structure : 0,439
■ Prestation soins : 160 €
■ Prix de vente : 247 €
■ Charges structure : 193 €
600 = 160+247+193

Il résulte de ces calculs que pour un même prix d'achat du dispositif sur mesure, 90 €, son « prix de vente » au patient ressort pour le cabinet A à 124 € et pour le cabinet B à 247 €.

Légitimement, le patient sera amené à penser que le cabinet B lui propose une couronne de meilleure qualité, car « achetée » près de deux fois plus cher que celle proposée par le cabinet A.

À l'inverse, la « prestation de soins » qui peut être comprise par le « prix de notre travail » apparaît deux fois plus élevée pour un même acte prothétique réalisé dans le cabinet A par rapport au cabinet B.

Commenter nos devis à nos patients risque d'être très chronophage !

La motivation du législateur, avec l'introduction du prix d'achat de la prothèse dans nos devis, était un souci de transparence pour le patient. On peut se demander si ce but est atteint.

En ce sens, la réponse du Ministère de la Santé et des Sports publiée dans le Journal Officiel du Sénat le 11 novembre 2010 se révèle aujourd'hui prophétique,

Tableau

Description précise et détaillée des actes :

N°dent ou Localisation	Nature de l'acte	Matériaux utilisés	Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'assurance maladie obligatoire	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure *	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réserve à l'organisme complémentaire
TOTAL €										

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Total des honoraires

Signature du Chirurgien-dentiste

*Coût d'élaboration du dispositif médical

Tableau : exemple de devis

je cite : « Toutefois, il est apparu que les spécificités de fabrication des prothèses dentaires, différentes d'un chirurgien-dentiste à l'autre, ne permettent pas d'envisager facilement un tel devis, notamment en regard de l'obligation d'indiquer le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage. **L'application de**

cette mesure législative pourrait donc avoir un effet inverse de celui recherché en apportant aux patients une information complexe et peu standardisée. »

Dont acte.

Alors ce devis, simple formalité ou véritable obligation, je vous laisse le soin de la conclusion. ◆