

Chapitre XIII

Les soins dentaires

PRESENTATION

D'après les comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses de soins dentaires atteignait, en 2008, 9,65 Md€. Elles représentent 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale.

Cet écart qui va croissant traduit un désengagement financier de l'assurance maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé. Il s'explique principalement par l'importance des dépassements de tarifs qui concernent aujourd'hui près de la moitié des honoraires remboursables. Il faudrait y ajouter un certain nombre d'actes non-remboursables, de plus en plus répandus. Aujourd'hui, la sécurité sociale ne prend plus à sa charge que le tiers (34 %) de ces dépenses (contre plus de la moitié en 1980), et en particulier, seulement 18 % des soins prothétiques qui sont les plus coûteux.

L'ampleur de ces dépassements explique par ailleurs que les problèmes dentaires représentent à eux seuls, selon les études disponibles, plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières.

L'évolution de ce secteur, atypique au sein des dépenses de santé, constitue donc un enjeu majeur de l'accès aux soins en France. Or l'examen effectué par la Cour met en évidence non seulement diverses limites dans la politique sanitaire menée dans ce secteur (I), mais aussi le caractère inadapté de la politique conventionnelle et tarifaire (II).

I - Une politique sanitaire insuffisamment affirmée

Les affections bucco-dentaires, outre leurs incidences locales, retentissent parfois gravement sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés (diabétiques, cardiaques, immunodéprimés). Elles peuvent aussi altérer l'alimentation et avoir des conséquences psychologiques et sociales importantes. De ce fait, la question de l'accès aux soins dentaires est importante. Or, aujourd'hui, celui-ci n'apparaît pas garanti pour toute la population.

Plus généralement, les enjeux sanitaires paraissent insuffisamment affirmés, pour ce qui concerne la prévention ou les contrôles sur la qualité des soins.

A – L'accès aux soins

1 – Une politique inadaptée aux défis démographiques

a) Effectifs, densité et perspectives

En juin 2010, l'ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) recensait 41 137 chirurgiens-dentistes actifs²⁸⁰. La densité constatée en France (65 pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne de l'Union européenne (61 pour 100 000)²⁸¹. Entre 1990 et 2006, l'augmentation de leur nombre a été la plus faible de toutes les professions de santé : +0,5 % par an contre +1,2 % pour les médecins ou +1,6 % pour les pharmaciens, par exemple. Ces effectifs tendent même à diminuer légèrement depuis 2004.

Toutefois, l'augmentation modérée constatée dans les années 1990 puis la baisse observée dans les années 2000 font suite à des périodes d'accroissement particulièrement rapide au cours des décennies 1970 (+50 %) et 1980 (+20 %). Au début des années 1970, le nombre de praticiens dépassait en effet à peine 20 000. L'évolution récente résulte de la diminution du *numerus clausus*. Instauré en 1971 et maintenu un peu en-dessous de 2 000 par an jusqu'à la fin des années 1970, il a été réduit de plus de 50 % au cours de la décennie suivante avant de se stabiliser aux alentours de 800 jusqu'en 2002-2003 puis d'augmenter à nouveau (977 de 2005 à 2007, 1 154 pour l'année universitaire 2009-2010). Les pouvoirs publics en 2008 comptent porter ce total à 1 300 en 2012.

En 2003, la DREES a étudié plusieurs scénarii de projection démographique²⁸², fondés sur différentes hypothèses de *numerus clausus*, en supposant que les comportements d'activité des chirurgiens-dentistes resteront semblables à ceux de 2006 à caractéristiques données (âge, sexe, mode d'exercice). Dans le scénario tendanciel (*numerus clausus* constant à 977), le repli des effectifs s'amplifierait à la suite du départ en retraite des cohortes de praticiens entrés dans la profession dans les années 1970 et 1980, puis ralentirait. Le recul d'ici 2030 serait de l'ordre du tiers par rapport à 2006 (27 000 contre 40 000), soit une proportion supérieure à celle qu'indiquent des travaux comparables pour les médecins. Du fait de l'augmentation de la population française, la diminution de la densité (de

280. En 2008, 91,5 % des chirurgiens-dentistes actifs exerçaient à titre libéral et 8,5 % à titre salarié. Seuls 4 % des praticiens libéraux ont une activité salariée en parallèle. Malgré une progression du salariat, cette profession de santé reste une de celles où il est le plus limité.

281. Source : Manual of dental practice, 2004 (comité de liaison dentaire de l'UE).

282. Etudes et résultats n° 595, septembre 2007 : La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon de 2030, un exercice de projection au niveau national.

65 pour 100 000 habitants à 40 pour 100 000 en 2030) la ramènerait à un niveau proche de celui du début des années 1970.

Par ailleurs, les statistiques de l'ONCD font apparaître des inégalités importantes de densité de chirurgiens-dentistes selon les régions, qui vont du simple au double (de 39 praticiens pour 100 000 habitants en Picardie à 89,7 en PACA) et du simple au quadruple à l'échelon départemental (de 35,7 dans la Somme à 138,8 à Paris). Comme dans le cas des médecins omnipraticiens ou des spécialistes, l'offre apparaît proportionnellement plus développée au sud qu'au nord, à l'exception de l'Ile-de-France, de l'Alsace et de la Bretagne.

Les différences s'accusent également à un niveau géographique plus fin, selon la taille des unités urbaines²⁸³. Les chirurgiens-dentistes préfèrent s'installer dans les pôles urbains où l'offre se densifie, au détriment des communes rurales où elle diminue (à peine plus de 20 praticiens pour 100 000 habitants, contre plus de 80 dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants).

b) La difficile prévision des besoins

L'analyse des besoins en soins est difficile et les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future sont contradictoires. D'une part, le vieillissement de la population pourrait entraîner un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques. Les besoins des personnes âgées sont d'ores et déjà importants²⁸⁴. Les personnes âgées dépendantes, en particulier, n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus²⁸⁵. La proportion de personnes édentées de plus de 65 ans atteint, dans notre pays, un niveau élevé (plus de 35 %), seuls la Pologne, l'Irlande, la Belgique, la Finlande et le Portugal faisant moins bien²⁸⁶. De plus, il faut prendre en compte une plus grande exigence sanitaire et esthétique, c'est-à-dire une moindre tolérance à l'égard de problèmes dentaires, concomitamment à de nouvelles possibilités techniques permettant la préservation ainsi que le remplacement des dents tout en concourant à réduire la « crainte du dentiste ».

283. Etudes et résultats n° 594 de septembre 2007 : Les chirurgiens-dentistes en France, situation démographique et analyse des comportements.

284. Selon une étude sur l'état de santé bucco-dentaire d'une population âgée du Grand Ouest relevant de la MSA, 80% de celle-ci avait des besoins de traitement.

285. Une étude de l'assurance maladie en Bretagne a notamment révélé que 21 % des résidents d'EHPAD n'y mangeaient qu'une nourriture mixée.

286. Manual of dental practice 2007.

En sens inverse, l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population²⁸⁷, en particulier des plus jeunes, devrait limiter le recours aux soins dans les années à venir. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAO) a fortement reculé chez les enfants de 12 ans, passant de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 puis à 1,2 en 2006²⁸⁸. En outre, une denture plus saine et mieux entretenue pourrait avoir peu à subir les effets du vieillissement et ce, jusqu'à un âge avancé. Enfin, les soins auxquels on doit avoir recours en vieillissant sont plus chers et moins bien remboursés, ce qui en limite la demande.

c) Des adaptations nécessaires de l'offre de soins

La diminution de la densité globale de chirurgiens-dentistes, si elle n'est pas alarmante en soi, aggrave les risques de pénuries locales. La répartition entre régions des effectifs prévus par le *numerus clausus* tend à prendre en compte les besoins démographiques des différents territoires, puisque le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en première année d'odontologie augmente davantage dans les régions les moins bien pourvues. Toutefois, cette politique ne corrige des déséquilibres anciens qu'à la marge²⁸⁹ et demeure contrainte par les capacités de formation locales. En effet, toutes les régions ne disposent pas d'une faculté de chirurgie-dentaire²⁹⁰ et toutes ces facultés ne disposent pas aujourd'hui d'un nombre de « fauteuils » suffisants pour accueillir un nombre croissant d'étudiants dans de bonnes conditions. Par ailleurs, une modulation entre régions ne permet pas, par définition, de prévenir les disparités souvent les plus criantes au sein d'une même région. Accroître le nombre d'étudiants à Lille risque de n'avoir pour tout résultat que d'augmenter la densité déjà élevée en praticiens dans la métropole lilloise sans remédier aux pénuries dont souffre Béthune, par exemple.

Le « remplacement un pour un » ou la préservation du tissu des cabinets existants, alors qu'il est acquis que ce tissu va se desserrer, du

287. Cette tendance quasi-générale au sein de l'OCDE est à mettre essentiellement sur le compte de l'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène bucco-dentaire, de la fluoruration des dentifrices et du sel alimentaire. Pour sa part, la corrélation entre l'indice CAO et la densité de chirurgiens-dentistes paraît faible.

288. « L'état de santé de la population en France », rapport 2007 de l'OCDE..

289. En 2010, malgré plusieurs augmentations successives, le nombre d'étudiants en 1^{ère} année d'odontologie atteint 108 à Lille-II, pour l'ensemble des régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie (5,9 millions d'habitants), soit à peu près autant qu'aux facultés de Nice et Aix-Marseille-II réunies (109), alors que la région PACA compte 4,9 millions d'habitants et se caractérise par une densité en chirurgiens-dentistes plus de deux fois supérieure.

290. C'est notamment le cas de la région Centre, sous-dotée. Sur 31 centres hospitaliers universitaires et régionaux, 21 possèdent un service d'odontologie dont 15 reliés à des UFR d'odontologie.

fait de la réduction des effectifs et d'une tendance accrue à l'exercice collectif, ne paraît pas la bonne priorité. La politique menée en matière d'offre devrait se focaliser sur le cas des zones les moins bien pourvues, en se donnant pour objectif que l'ensemble des soins continue d'y être dispensés, soit par certains cabinets qui auraient trouvé reprenneur, notamment grâce à des incitations appropriées, soit par des structures de type maisons de santé.

Le rapport de la mission odontologie de 2003²⁹¹ évoquait des propositions comme la possibilité de verser une rémunération aux étudiants en chirurgie dentaire à partir de la deuxième année, en contrepartie d'un engagement d'exercer pendant dix ans dans les zones rurales ou urbaines difficiles. De même, des plateaux techniques mobiles pourraient desservir des maisons de santé communales et des maisons de retraite dans les cantons les moins bien pourvus.

Des mesures de nature plus coercitive pourraient consister principalement à instaurer une forme de *numerus clausus* à l'installation, justifié par la gratuité de la formation. En Allemagne, un système de conventionnement sélectif, contrôlé par les caisses d'assurance maladie, limite l'installation des praticiens dans les régions à forte densité.

Au final, l'assurance maladie et les représentants des professionnels ont tardé à envisager des solutions à ces problèmes démographiques, comme cela a été fait pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. La CNAMTS souhaite toutefois faire de la répartition des professionnels sur le territoire un enjeu important des futures négociations, la présente convention dentaire arrivant à échéance en juin 2011.

La réflexion sur ce sujet devrait intégrer trois autres pans, d'importance inégale, de l'offre dentaire :

- l'offre hospitalière : le rapport de la mission de 2003 appelle à la création d'une filière de soins adaptée à l'hôpital, pour faire face à l'importance des besoins (populations et pathologie particulières, traitements particulièrement lourds et/ou compliqués), dont attestent les délais d'attente²⁹² ;
- les cabinets dentaires des caisses d'assurance maladie : dans le cadre de la dernière convention nationale des chirurgiens-dentistes, l'assurance maladie a pris l'engagement de « ne pas mettre en place de distribution de soins dentaires par les cabinets des caisses », présenté

291. Mission odontologie confiée en avril 2003 par le ministre de la santé à trois chirurgiens-dentistes : D. Bois, J. Massonnaud, J. Melet.

292. L'audit de l'appareil de formation odontologique établi conjointement par l'IGAS et l'IGAENR en décembre 2006 fait état de délais pouvant aller jusqu'à six mois.

comme la traduction d'un souci de « garantir la forme libérale de l'exercice de la chirurgie dentaire ». Cette dernière est pourtant très largement majoritaire, en dépit de l'existence, par ailleurs, de centres de soins mutualistes et territoriaux. L'engagement pris par l'assurance-maladie, qui n'a d'ailleurs pas eu pour contrepartie des contraintes réelles pour les professionnels, peut apparaître contestable au regard des difficultés d'accès aux soins de certaines catégories de la population en difficulté et/ou dans certaines zones. A tout le moins, l'assurance maladie ne devait pas s'interdire d'optimiser la répartition territoriale de ses centres de soins dentaires sous réserve d'avoir mis en place les conditions d'une gestion financière équilibrée de ces structures ;

- les assistant(e)s dentaires : en l'absence en France de la profession d'« hygiéniste » qui existe dans de nombreux Etats étrangers, les assistant(e)s dentaires pourraient voir leur champ d'activités élargi, d'une part, à certains soins parmi les plus simples comme les détartrages, afin que les praticiens puissent se consacrer aux traitements les plus lourds, d'autre part, à des tâches de suivi bucco-dentaire, en particulier dans des institutions : écoles (cf infra), institutions accueillant des personnes handicapées, maisons de retraite, établissements pénitentiaires... Les chirurgiens-dentistes interviendraient dans un second temps, si les cas détectés le nécessitaient.

2 – Un accès aux soins insatisfaisant.

L'activité des chirurgiens-dentistes se décompose, d'une part en soins conservateurs et chirurgicaux remboursés à 70 % d'un tarif opposable, d'autre part en soins prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale à honoraires libres, les praticiens ayant alors la possibilité de pratiquer des dépassements, non-remboursables, par rapport aux tarifs de responsabilité, sous réserve de remettre un devis au patient et de faire preuve de tact et mesure dans la fixation des honoraires. Enfin, ils peuvent accomplir des actes non-remboursables, essentiellement des actes hors nomenclature, dont certains deviennent de plus en plus courants²⁹³.

Les inégalités demeurent importantes dans le domaine de la santé bucco-dentaire. L'indice CAO à 12 ans, de 0,9 chez les enfants de cadres supérieurs, atteint 1,5 chez les enfants d'ouvriers en 2006. 45 % des ouvriers non-qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée, contre 29 % des cadres. D'après l'enquête « santé et protection sociale » de 2006²⁹⁴, une personne sur sept habitant la France

293 . Les implants dentaires, en particulier, s'imposent de plus en plus car, contrairement aux bridges, ils permettent d'épargner les dents adjacentes.

294. Questions d'économie de la santé n° 132, IRDES, mai 2008.

métropolitaine déclarait avoir renoncé à des soins (temporairement ou définitivement) pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les soins dentaires représentaient 63 % de ces cas de renoncements (contre 25 % pour les lunettes et lentilles et 16 % pour les soins de spécialistes). Cette proportion n'atteignait que 46 % dans l'enquête SPS de 2000.

Si les individus sans couverture complémentaire renoncent deux fois plus que les autres à des soins, il ne semble pas y avoir de différence significative en revanche entre les bénéficiaires de la CMUC et ceux qui possèdent un autre type de couverture complémentaire. Cela signifie que la CMUC, qui permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs et d'un panier de soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale sur la base de forfaits²⁹⁵, atteint effectivement l'un de ses principaux objectifs.

Selon les analyses statistiques du fonds CMU (juin 2007), les soins dentaires représentaient près de 15 % (soit 49 € en moyenne) de la dépense annuelle en part complémentaire et par bénéficiaire de la CMUC affilié au régime général (au total 334 €).

Néanmoins, de moindres renoncements aux soins pour des raisons financières ne signifient pas que les bénéficiaires de la CMUC demandent et obtiennent tous les soins qu'appelle leur état de santé. Ceci met en jeu leur propension plus ou moins grande à recourir aux soins, mais aussi l'attitude des chirurgiens-dentistes à leur égard. L'importance des dépassements d'honoraires dans le domaine des soins dentaires augmente pour les professionnels le manque à gagner que représentent les traitements orthodontiques et prothétiques des bénéficiaires de la CMUC, à l'égard desquels ils ne peuvent pratiquer de tels dépassements.

Le fonds CMU a commandé au DIES une étude par testing sur ce sujet, basée sur une analyse des refus de soins à l'encontre de cette partie de la patientèle lors de la prise de rendez-vous téléphonique dans six villes du Val-de-Marne²⁹⁶. Elle met en évidence, dans le cas des chirurgiens-dentistes, un taux de refus de soins imputable à la CMUC parmi les plus élevés des professions de santé (39,1 %, contre 1,6 % pour les médecins généralistes du secteur 1, 16,7 % chez ceux du secteur 2 et 41 % chez les spécialistes). Cette situation pourrait expliquer, selon l'audit de l'appareil de formation odontologique, que les bénéficiaires de la CMU représentent parfois jusqu'à 50 % de la patientèle des services

295. Le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC est de 634,55€ par mois pour une personne seule en métropole.

296. Desprès et Naiditch, « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne », mai 2006. Les soins demandés avaient un caractère standard et urgent puisqu'il était fait état de symptômes créant une suspicion d'abcès dentaire.

hospitaliers compétents. Un nouveau testing, commandé à l'IRDES par le fonds CMU et réalisé à Paris à la fin de l'année 2008, confirme ces différents constats et met de plus en évidence une corrélation positive entre ce taux de refus et le revenu moyen par habitant selon les arrondissements.

Une disposition de la loi HPST a pour objectif de lutter contre ces pratiques ; il conviendra d'en mesurer l'efficacité. Il est déjà acquis, en revanche, que la revalorisation d'environ 30 % en 2006 des tarifs des soins prothétiques inclus dans le panier offert aux bénéficiaires de la CMUC n'a pas eu d'effet sur leur accès aux soins puisqu'elle s'est traduite par un surcoût pour les finances sociales sans augmentation significative du volume des actes²⁹⁷.

En outre, la CMUC ne suffit pas à assurer l'accès aux soins de toutes les personnes de condition modeste, les revenus de certains patients se situant juste au-dessus du seuil qui y donnent droit. Il existe, certes, une aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (l'ACS ou aide complémentaire santé), proposée elle aussi sous condition de ressources (le même plafond de ressources que pour la CMUC, majoré de 20%, soit 752 €). Cependant, l'ACS n'a pas connu la diffusion escomptée²⁹⁸. De plus, elle n'entraîne pas application de forfaits opposables évitant les restes à charge, contrairement à la CMUC.

Bien qu'il n'existe pas de statistiques précises, il peut être supposé qu'une grande partie des renoncements à des soins pour des raisons financières se concentrent dans cette catégorie de la population. A cet égard, il conviendrait de s'interroger sur l'opportunité d'étendre le bénéfice du panier de soins à tarifs opposables aux assurés bénéficiaires de l'ACS, avec ou sans prise en charge à 100 %, ce qui pourrait en outre donner une impulsion décisive à sa montée en charge. La spécificité des soins dentaires justifierait un tel élargissement.

B – La politique de prévention

La prévention a longtemps relevé pour l'essentiel de la profession dentaire libérale et de l'UFSBD (union française pour la santé bucco-

297. Voir le rapport sur l'évaluation de la loi CMU de juillet 2009.

298. Cf. RALFSS de 2006.

dentaire) qu'elle a créée en 1966, faute d'investissement des pouvoirs publics²⁹⁹.

Si les chirurgiens-dentistes jouent un rôle important dans ce domaine, il n'en reste pas moins, d'après une étude de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, que la fréquence des conseils délivrés par les praticiens au cours des consultations n'atteindrait que 18,9 % en matière de brossage et d'hygiène, 4,7 % sur les liens entre problèmes dentaires et maladies chroniques, 3 % en matière d'habitudes alimentaires, 2,4 % sur les effets du tabac et 1,3 % en matière de gestion du stress.

Pour renforcer leur rôle en matière de prévention, la convention de 2006 a prévu la mise en œuvre d'un plan de prévention et d'éducation sanitaire, « M'T Dents », prenant la suite d'un dispositif lancé en 1997. La mesure principale en est un examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants aux âges les plus vulnérables aux risques carieux, à savoir 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Cet examen (une consultation tarifée à 25 € et d'éventuelles radiographies), de même que les soins consécutifs, sont pris en charge à 100 % (sous certaines conditions) et financés par le FNPEIS (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires). Si les familles reçoivent systématiquement une invitation à l'examen et un imprimé de prise en charge de la part de la CNAMTS, le plan retenu nécessite une démarche volontaire de leur part auprès d'un chirurgien-dentiste. En 2009, le taux de participation a atteint 32 % toutes tranches d'âge confondues et 41,3 % pour les enfants de six ans.

Malgré la progression de ce taux de participation global, la méthode mise en œuvre ne permet pas d'espérer qu'il dépasse sensiblement 50 %. Or un objectif plus volontariste revêt une pertinence certaine. Une enquête de l'UFSBD de 2006, réalisée à la demande de la DGS, atteste du fait que l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire laisse subsister des besoins encore importants (la carie touche plus d'un tiers des enfants de 6 ans et 45 % des enfants de 12 ans) et s'accompagne d'un recours aux soins encore insuffisant quand ils sont nécessaires (à 6 ans, un enfant atteint sur cinq bénéficie d'un traitement, à 12 ans, la moitié). La situation des plus atteints s'améliore peu. En 1998, un enfant de 12 ans à traiter avait en moyenne besoin de soins pour 2,3 dents, en 2006, encore pour 2,1.

Ceci plaide en faveur d'un examen aussi systématique que possible visant à identifier les cas non-traités les plus lourds. Pourrait par exemple

299. De ce fait, des responsables de l'UFSBD se trouvent conduits à faire des préconisations dans le domaine de la prévention, alors que l'UFSBD elle-même peut être amenée à jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre de ces préconisations. On peut ainsi citer la mission confiée en mars 2010 par la secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité au président de l'UFSBD et au secrétaire général de l'ordre national sur la situation bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

être envisagé, au sein des établissements scolaires, en particulier dans ceux qui sont situés dans les zones les plus défavorisées, un *examen* par des professionnels mobilisés pour la circonstance et dotés de moyens adaptés, plutôt que de simples actions d'information et de sensibilisation.

C – La qualité et la sécurité des soins

Troisième volet essentiel de la politique sanitaire, les contrôles exercés sur la qualité des soins sont insuffisants, qu'ils portent sur les pratiques professionnelles en général ou plus spécifiquement sur la qualité des prothèses. L'attention insuffisante portée au statut des assistant(e)s dentaires témoigne également de l'absence de prise en considération des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

1 – Le contrôle des pratiques

L'ordre des chirurgiens-dentistes est chargé de veiller au respect du code de déontologie, qui inclut l'obligation de qualité et de sécurité des soins. Le contrôle à ce titre paraît cependant limité.

Au titre des responsabilités de l'Etat dans le domaine sanitaire, les agences régionales de santé, prenant la suite des DDASS et des DRASS, devront effectuer, pour leur part, des contrôles dans les cabinets dentaires des établissements de santé ainsi que dans les centres de santé. Dans les cabinets dentaires « de ville », les contrôles sont exceptionnels et n'interviennent que lorsqu'une plainte ou un élément particulier fait suspecter l'existence d'un problème. Les DDASS et DRASS ne disposant pas de ressources propres dans le domaine dentaire, elles font fréquemment appel aux chirurgiens-dentistes conseils de l'assurance maladie pour les assister dans ces contrôles.

Au 31 décembre 2008, l'assurance maladie employait 293 chirurgiens-dentistes conseils. Elle a cessé d'en recruter depuis 2005 et il n'existe plus de coordination technique des chirurgiens-dentistes conseils au niveau national. De fait, la CNAMTS les juge en sureffectif à la suite de la disparition de l'entente préalable pour la plupart des actes dentaires (qui ne représentent plus désormais que 12,6 % des demandes d'entente préalable, pour un taux d'avis défavorable limité à 0,67 %). L'activité de contrôle a priori ne concerne plus que l'examen des demandes d'entente préalable à des traitements d'orthopédie dento-faciale. La CNAMTS justifie le maintien de cette procédure par le fait qu'il faut en contrôler la limitation dans le temps. Toutefois, ce contrôle apparaît lourd au regard d'une obligation aussi délimitée.

La diminution des cibles et des moyens de contrôle de l'assurance maladie paraît cohérente avec son désengagement financier de ce secteur (cf. infra). Dans une vision essentiellement assurantielle, la légitimité du

contrôle peut dépendre de l'importance des remboursements. Cependant, la situation actuelle apparaît au final assez paradoxale. Des chirurgiens-dentistes conseils désormais sous-employés effectuent des contrôles d'une pertinence contestable, alors que les règles applicables aux soins dentaires se caractérisent par leur complexité voire leur ambiguïté, qu'on manque d'études sur les besoins et les pratiques dans ce domaine et que les contrôles sanitaires paraissent peu développés.

2 – Les prothèses dentaires.

La qualité des soins est une préoccupation de premier ordre pour les dispositifs médicaux mis en bouche. La directive 93/42/CEE fixe les modalités de mise sur le marché des dispositifs médicaux sur mesure, dont les prothèses dentaires. La directive européenne 2007/47/CE a ajouté un certain nombre de dispositions visant à accroître la transparence dans ce domaine. Le décret d'avril 2009 la transposant (entré en vigueur en mars 2010) prévoit que soit tenue à la disposition du patient la déclaration de conformité signée du fabricant, qui accompagne la prothèse. Il prescrit également que le fabricant établisse une documentation comportant non seulement son nom et son adresse, mais aussi le ou les lieux de fabrication. Ceci doit permettre normalement de connaître l'origine réelle du dispositif concerné, quand bien même le fabricant sous-traiterait ou délocaliserait sa production à l'étranger. L'enjeu réside dans l'application effective de cette nouvelle prescription et son contrôle.

Par ailleurs, l'article 177 de la loi de finances pour 2009, modifiant le code de la santé publique, impose à tous les opérateurs (fabricants, mandataires, distributeurs, importateurs et exportateurs de dispositifs médicaux) de se déclarer auprès de l'AFSSAPS, ce qui lui permettra d'exercer plus efficacement sa mission de surveillance de ces marchés.

Les contrôles matériels soulèvent des difficultés. Ils supposent d'examiner une prothèse dentaire fabriquée pour un patient donné, voire de la détruire pour en vérifier la composition. L'AFSSAPS déclare envisager de réaliser des inspections et des contrôles en laboratoire, ce qui signifie qu'elle ne le fait pas actuellement. En outre, si de telles inspections permettront de contrôler les processus de fabrication, ce ne sera le cas que pour la production nationale. Malgré les difficultés de cette tâche, il importe de développer le contrôle matériel des dispositifs médicaux. L'absence de plainte ne suffit pas à établir leur innocuité, certains problèmes pouvant ne pas être détectés.

3 – Les assistant(e)s dentaires

La qualité et la sécurité des soins reposent aussi sur les conditions d'emploi et de formation des assistants(es) dentaires. Deux chirurgiens-dentistes sur trois emploient un(e) assistant(e) qualifié(e) et seulement un

sur trois à temps plein -ce qui place la France parmi les Etats où cette profession est la moins développée. Cette situation apparaît peu satisfaisante au regard des obligations matérielles et sanitaires qui pèsent sur les cabinets dentaires, en particulier quant au respect de la chaîne de stérilisation. En effet, la plupart des actes de chirurgie dentaire sont invasifs et les instruments, réutilisables, sont souvent difficiles à nettoyer en raison de leur architecture complexe. Il en découle un certain risque de transmission infectieuse³⁰⁰.

Plusieurs études ont été diligentées sur ce sujet, notamment une enquête nationale réalisée par IPSOS en 2007. Concordant avec des études régionales, elle montre que les pratiques des chirurgiens-dentistes en matière d'hygiène et de stérilisation, si elles se sont améliorées ces dernières années, présentent encore des points faibles³⁰¹.

Le recours relativement limité aux assistant(e)s dentaires peut tenir aux conditions économiques de fonctionnement des cabinets, mais aussi au manque d'attractivité de cette profession. La réforme de leur formation (fondée actuellement sur un certificat de formation professionnelle) pourrait consacrer un relèvement de son niveau et contribuer à remédier en partie aux difficultés actuelles de recrutement³⁰².

II - Une politique tarifaire inefficace et obsolète

Comme pour les soins médicaux, la négociation tarifaire est de la compétence de l'UNCAM (même si la responsabilité des tutelles est également évidente). Dans le domaine des soins dentaires, elle repose sur une connaissance imparfaite des données économiques fondamentales et sur une nomenclature devenue obsolète. Elle n'utilise pas de manière adéquate le levier d'action que constitue la prise en charge des cotisations d'assurance maladie des professionnels. En outre, la convention ne prévoit pas de contrepartie significative aux avantages consentis à la profession. En particulier, les prix des prothèses sont trop peu encadrés.

300. Une étude demandée par la DGS à l'institut de veille sanitaire a permis de quantifier certains risques d'infection virale liés aux soins dentaires. L'absence de stérilisation des porte-instruments rotatifs après chaque patient pourrait être notamment à l'origine de 200 cas d'hépatite B par an. Ce total ne s'explique pas par un risque important lors de chaque acte mais par la fréquence de ces soins.

301. 12 % des chirurgiens-dentistes interrogés ne se lavent pas systématiquement les mains entre deux patients ; 11 % ne mettent pas de gants ; 13 % ne portent pas de masque ; 17 % des praticiens n'ont pas d'autoclave ; 59 % ne stérilisent pas les turbines et contre-angles ; 70 % ne connaissent pas le guide de la DGS sur ce sujet.

302. Une mission de l'IGAS demandée par le ministre de la santé va s'attacher aux questions du champ et du niveau de leurs compétences et mesurer l'impact juridique et financier d'un changement de statut.

Au final, ce secteur souffre d'un déficit de réflexion et de pilotage. En particulier, le désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire se fait sans redéfinition de la répartition des tâches entre celle-ci et les organismes complémentaires.

A – Les données économiques générales

Les données financières du secteur paraissent mal connues, ce qui porte préjudice à la qualité de son pilotage et des discussions conventionnelles.

1 – Des dépenses de soins dentaires sous-estimées

La DREES estime les dépenses totales de soins dentaires sur la base des données du SNIR (système national inter-régimes) en procédant à certains ajustements, dans les conditions détaillées dans le tableau ci-dessous.

Estimation des dépenses totales de soins dentaires en 2008

En M€

SNIR (métropole)	8 212
- honoraires remboursés :	4 015
- dépassements :	4 197
DOM	180
Non présentés au remboursement	17
Ajustement statistique pour le compte provisoire*	90
Sous-total	8 499
Coefficient d'ajustement de 9,3% (prise en compte d'une partie des actes hors nomenclature)	790
Centres de santé	366
Dépenses totales	9 651

*passage de dates de remboursement en dates de soins et autres ajustements

Source : DREES

Cette estimation soulève toutefois un certain nombre d'interrogations. L'application d'un coefficient de +9,3 %, calculé par comparaison entre les données fiscales et les résultats du SNIR sur la période 1995-1997, rendait compte jusqu'en 2004 d'une partie des honoraires non-remboursables que le SNIR ne retraçait pas.

Avant 2004 en effet, selon la CNAMTS, les caisses saisissaient les informations relatives à ces actes, sans pouvoir « certifier que l'ensemble des feuilles de soins des chirurgiens-dentistes comportait l'ensemble des actes hors nomenclature », pour la raison qu'« aucun texte législatif ou conventionnel ne précisait la mention ou non des actes hors nomenclature sur les feuilles de soins ». Il semble, en particulier, qu'ils n'étaient parfois

pas déclarés quand le praticien n'accomplissait aucun autre acte, remboursable cette fois, au cours de la même séance. Pourtant, l'obligation d'indiquer tous les actes sur les feuilles de soins figurait dans la convention de 1997³⁰³. La LFSS pour 2004 a ensuite exclu explicitement la mention des actes médicaux non-remboursables sur les feuilles de soins, disposition reprise par la convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2006.

En conclusion, on peut donc considérer que le SNIR comprenait une grande partie de ces honoraires jusqu'en 2004, mais normalement plus aucun depuis. Comme les précautions n'ont pas été prises pour éviter une rupture de série, les évaluations actuelles les sous-estiment donc, ainsi que le total des dépenses de soins dentaires. Ce coefficient d'ajustement n'est plus adapté par construction, puisqu'il avait pour fonction de prendre en compte une partie, mais non la totalité des actes non-remboursables. En outre, il convient de souligner que la progression, a priori rapide, du nombre d'actes hors nomenclature, notamment du fait de la diffusion des techniques d'implantologie, par ailleurs plus onéreuses³⁰⁴, joue également dans le sens d'une sous-évaluation.

La DREES a le projet d'actualiser ce coefficient. Il conviendrait surtout de faire en sorte que le système d'information de l'assurance maladie retrace cette partie de l'activité des praticiens, c'est-à-dire de restaurer une obligation de les déclarer.

2 – Des revenus sous-évalués

Pour 2007, les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, nets de charges professionnelles³⁰⁵, ont été estimés par la DREES à 81 400 € en moyenne, soit un niveau équivalent à celui des médecins (86 300 €), inférieur de 26 % à celui des spécialistes (109 400 €), mais supérieur de 22 % à celui des omnipraticiens (66 800 €). Sur la période allant de 2000

303. A l'article 7, précisant que le chirurgien-dentiste inscrit la totalité du montant perçu sur la feuille de soins; à l'article 21, spécifiant notamment qu'en cas d'acte hors nomenclature, le chirurgien-dentiste inscrit le montant des honoraires perçus en indiquant "HN"; à l'article 24 dressant la liste des faits pouvant donner lieu à sanction.

304. La revue de la MGEN, « Valeurs mutualistes », dans son n° 263 de novembre/décembre 2009 donne une fourchette de prix de 1 200 à 1 500 € pour la pose de l'implant (non remboursée par la sécurité sociale) et de 800 à 1 500 € pour la couronne fixée sur celui-ci (remboursable).

305. En 2006, les charges représentaient 62,6 % de leurs honoraires nets de débours et de rétrocessions, contre 46,7 % pour l'ensemble des médecins. Ce taux de charges augmente puisqu'il n'était que 57,6 % en 1993. Cette augmentation recouvre le renforcement des exigences sanitaires en matière d'hygiène et d'asepsie et la sophistication des techniques. DREES, Etudes et résultats n° 686 d'avril 2009.

à 2007, les revenus ainsi estimés ont augmenté en euros constants de 2,2 % par an, soit plus rapidement que ceux des médecins (+1,8 %), en particulier que ceux des omnipraticiens (+1,4 %).

La DREES évalue ces revenus en appliquant un taux de charges, calculé sur la base de données fiscales (déclaration par les praticiens de bénéfiques non-commerciaux), aux recettes d'honoraires fournies par le SNIR. Comme elle ne procède à aucun ajustement dans le cas de ces dernières, contrairement à ce qu'elle fait pour estimer les dépenses totales de soins dentaires, les revenus ainsi calculés omettraient donc totalement ceux, pourtant conséquents, qui sont tirés d'actes hors nomenclature.

Selon la DGFIP, le résultat fiscal moyen des chirurgiens-dentistes atteignait, quant à lui, 90 255 € en 2007. Les déclarations fiscales ne lui permettent pas de faire de distinction selon la nature des revenus, en particulier de connaître les revenus tirés d'actes hors nomenclature. On peut seulement supposer que ces derniers expliquent une grande part de l'écart significatif entre ces deux estimations.

Les revenus par praticien apparaissent en corrélation inverse avec la densité de l'offre et s'avèrent donc en moyenne plus élevés dans la moitié nord. Ainsi, le montant moyen d'honoraires d'un chirurgien-dentiste exerçant en Picardie excède de près de 50 % celui de ses confrères de Midi-Pyrénées. Ceci tient à une patientèle et à une activité par chirurgien-dentiste plus importante, et non à des prix plus élevés, car on observe, par ailleurs, que d'un département à l'autre, plus on compte de patients par praticien, plus les dépassements restent modérés. A contrario, les praticiens semblent s'installer en plus grand nombre dans des régions où ils peuvent « compenser » en partie une patientèle moins nombreuse par des dépassements plus élevés (prix plus hauts à actes donnés et/ou activité de soins prothétiques, d'implantologie et de parodontologie plus développée), compte tenu du revenu moyen des patients dans la zone concernée.

B – Une nomenclature obsolète

1 – La nomenclature générale des actes professionnels

Cette nomenclature (NGAP) date de 1972 mais est aujourd'hui toujours en vigueur pour les soins dentaires, alors qu'on la considère souvent comme obsolète, insuffisamment précise, voire inappropriée. Des ajustements, par le biais d'assimilations de certains actes à d'autres et de l'inscription de nouveaux actes, sur la proposition de la commission de hiérarchisation des actes et prestations, restent possibles. Toutefois, la NGAP n'a pas pu s'adapter correctement aux changements des techniques et des matériaux qui ont contribué à modifier profondément les conditions techniques d'exercice de cette profession. Elle peine à

prendre en compte le coût réel des techniques, ainsi que la difficulté des différents actes et le temps qu'ils requièrent.

Certains d'entre eux, pourtant devenus d'usage courant, comme on l'a vu, ne sont toujours pas entrés dans la nomenclature et demeurent non-remboursables pour l'essentiel. D'autres, bien que fréquents, n'ont été inscrits à la nomenclature que tardivement, comme les inlays-core ou plus récemment les couronnes entièrement en céramique, dites « céramo-céramiques » (à la suite d'une décision de l'UNCAM de novembre 2009).

De ce fait, de plus en plus d'organismes complémentaires formulent leurs garanties en fonction non plus de la NGAP mais du besoin de santé, ce qui confère de l'importance à des données comme le type exact de prothèse dentaire, la place de la dent en bouche, etc. Cette politique s'inscrit dans le prolongement d'une volonté de gestion plus active du risque, au regard de laquelle la nomenclature n'apparaît plus adaptée. Les organismes complémentaires sont donc conduits à recueillir des informations sur un autre support que la feuille de soins.

Les libellés de la NGAP comprennent aussi des ambiguïtés, qui compliquent la tâche des praticiens comme de l'assurance maladie. Dans ces conditions, prévaut, en pratique, une large tolérance. La nomenclature actuelle offre de multiples possibilités d'optimisation. Les sociétés de conseil en gestion des cabinets dentaires, auxquels les praticiens ont recours de manière croissante, indiquent notamment aux praticiens non seulement quels actes mais aussi quelles codifications privilégier.

Par exemple, les chirurgiens-dentistes peuvent requalifier des actes remboursables en actes hors nomenclature, dans le but de s'affranchir des plafonds d'honoraires conventionnels, ce dont l'assurance maladie profite également, d'où une certaine négligence dans les contrôles de celle-ci. Elle n'a d'ailleurs plus connaissance de ces actes (cf. supra), ce qui rend les contrôles en pratique hors de portée. En outre, il suffit d'un acte hors nomenclature lors d'une consultation pour que le praticien puisse lui imputer le surplus de rémunération qu'il souhaite, pour n'importe quel autre acte accompli lors de la même séance. La multiplication des actes hors nomenclature facilite donc le contournement du caractère opposable de certains tarifs. Ainsi, le détartrage, acte fréquent aux honoraires en principe règlementés, peut voir son prix multiplié par trois ou quatre, notamment à Paris, parce que requalifié en « curetage » ou complété artificiellement par un autre acte non-remboursable car hors nomenclature, par exemple un « polissage ».

2 – Une nouvelle nomenclature encore inappliquée

Selon la convention dentaire de 2006, la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) constituait un objectif à atteindre dans les deux ou trois prochaines années. Elle

instituait un groupe de travail chargé d'étudier son impact sur l'exercice professionnel et ses effets financiers pour l'assurance maladie. Or en 2010, la CCAM n'est toujours pas appliquée aux actes dentaires.

La lenteur des travaux s'explique par des difficultés et des incertitudes financières importantes. Par exemple, la prise en charge des actes hors nomenclature entraînerait un surcoût pour l'assurance maladie, (quoique limité dans la mesure où la plus grande partie de leurs prix serait constituée de dépassements). De même, un certain nombre de tarifs opposables se verraient réévalués. A contrario, les tarifs de base de certains actes, comme les radiographies rétro-alvéolaires, fréquentes, seraient inférieurs à ceux pratiqués aujourd'hui par les chirurgiens-dentistes.

En 2010, la CNAMTS devrait évaluer l'impact financier de son éventuelle mise en œuvre, sur la base de l'étude d'un échantillon jugé représentatif de feuilles de soins, ce qui exclut par construction les actes hors nomenclature. Dans cette optique, la mise en œuvre de la CCAM se limiterait à une désignation plus précise des actes et une modification de la cotation de certains d'entre eux, mais à périmètre constant, ce qui serait insuffisant.

Les professionnels souhaitent la mise en œuvre de la CCAM, au motif que les tarifs pratiqués en France seraient moins élevés que dans des pays comparables et que, sur longue période, les tarifs de la sécurité sociale auraient moins augmenté que leurs charges professionnelles. La CNAMTS a mené une étude comparative des tarifs de référence ou conventionnels (et non des prix réellement facturés en cas de dépassements possibles) en France et dans d'autres pays européens. Le bilan n'est pas facile à faire : si les tarifs, opposables, des soins conservateurs et des radiographies sont en effet un peu inférieurs dans notre pays à ceux que pratique l'Allemagne, par exemple, la situation inverse prévaut pour les consultations et certains actes courants comme les extractions dentaires simples et les détartrages.

En tout état de cause, une nouvelle nomenclature s'impose, plus adaptée, à coût maîtrisé pour l'assurance maladie et financée par redéploiement. Ceci suppose au préalable une évaluation précise de l'impact financier d'une application pleine et entière de la CCAM, éventuellement pour réfléchir à une hiérarchisation des taux de remboursement en fonction du service médical rendu (sur le modèle du remboursement des médicaments). Cette réforme permettrait d'afficher des taux de remboursement certes plus faibles qu'aujourd'hui, mais plus fidèles à la réalité, basés sur des tarifs conventionnels plus proches des prix effectivement facturés. Ceci vaudrait mieux que les actuels taux de remboursement globaux (y compris assurance maladie complémentaire) apparemment élevés, s'exprimant parfois en multiple du tarif

conventionnel (300 % ou plus), mais qui sont en réalité limités et peu compréhensibles pour les assurés.

Naturellement, comme indiqué plus haut, il importe que cette rénovation s'étende au champ des actes non-remboursables. Sur les 333 libellés d'actes techniques contenus dans le référentiel d'odontologie de la CCAM, 123 correspondent à des actes non inscrits à la NGAP. Or ces actes ne sont maintenant plus des exceptions, seulement justifiées par des considérations de confort et d'esthétique, mais souvent des solutions à envisager en première intention.

Par ailleurs, le non-référencement de ces actes dans la nomenclature suscite des contradictions entre préoccupations financières et sanitaires. Des prix plus élevés et/ou une plus grande liberté tarifaire, de moindres cotisations sociales (cf. infra), d'où au total un taux de marge supérieur pour le praticien, pourraient parfois les lui faire préférer pour des raisons purement économiques, s'il est apte à les réaliser lui-même et si le patient (qui ne bénéficie plus d'aucun remboursement de la sécurité sociale) a la capacité ou est disposé à les payer.

Au final, cette situation entraîne donc des effets paradoxaux. Des patients peuvent être dissuadés de recourir, en raison de leur prix, à certains actes d'usage devenu courant mais non inscrits à la nomenclature, dans des cas où ils constitueraient pourtant une solution très supérieure aux autres d'un point de vue sanitaire. A l'inverse, cette situation peut aussi inciter des praticiens à les proposer dans des cas où ils ne constitueraient pas, cette fois-ci, une solution notablement meilleure, et ce, seulement parce qu'ils sont plus rémunérateurs pour eux (au risque de « sur-traitements implantaires »).

3 – Le risque de non versement des cotisations sociales d'assurance maladie dues au titre des activités non conventionnées

a) La situation actuelle

Aux termes de l'article L. 722-1 du code de la sécurité sociale les professionnels de santé exerçant leur activité dans le cadre d'une convention relèvent du régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), géré par la CNAMTS. Par ailleurs, la convention dentaire de 2006 a prévu, comme pour les autres professions de santé, de restreindre l'assiette de prise en charge des cotisations par l'assurance maladie aux seuls revenus nets, hors dépassements d'honoraires.

Se pose, dès lors, la question des actes non-remboursables, c'est-à-dire essentiellement hors nomenclature. En droit, la question est de savoir

si les revenus que les praticiens conventionnés perçoivent au titre de ces actes relèvent ou non du régime des PAMC³⁰⁶.

Avant 2006, tous les revenus nets entraient dans l'assiette de prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, d'où une réponse positive, implicite, à cette question. Dans le contexte de la réforme de l'assiette de prise en charge des cotisations en 2006, cette interprétation, si elle avait continué à prévaloir, aurait toutefois emporté une conséquence paradoxale. En effet, les revenus tirés d'actes non-remboursables auraient continué à donner lieu à cette prise en charge par le régime des PAMC, faute d'en avoir été formellement exclus, contrairement aux dépassements.

De ce fait, une circulaire conjointe de l'ACOSS et de la CNAMTS du 14 juin 2007³⁰⁷ a précisé que ces revenus devaient faire l'objet d'une déclaration au régime social des indépendants (RSI) et donc ne relevaient pas du régime des PAMC, contrairement aux autres revenus (honoraires sans dépassement, dépassements). Ces revenus à déclarer au RSI, plafonnés, se voyaient appliquer deux taux différents selon qu'ils se situaient en-deçà du plafond de la sécurité sociale ou entre celui-ci et cinq plafonds, conformément à la réglementation en vigueur en matière de revenus professionnels des indépendants. En définitive, ce ne sont pas moins de quatre taux de cotisation d'assurance maladie qui, théoriquement, s'appliquent aujourd'hui aux revenus professionnels des chirurgiens-dentistes (voire cinq si on prend en compte un taux zéro au-delà de cinq plafonds de SS).

306. Cette question se pose dans le cas d'autres professions de santé pratiquant simultanément des actes remboursables et non-remboursables, comme les masseurs-kinésithérapeutes pour leur activité d'ostéopathe, ainsi que des pédicures/podologues.

307. Qui porte principalement sur la mise en œuvre des conventions nationales modifiant l'assiette de participation de l'assurance maladie aux cotisations des professionnels de santé libéraux.

**Taux de cotisation d'assurance maladie
applicables aux revenus des chirurgiens-dentistes**

Assiette	Taux
Régime des PAMC – revenus tirés d'actes remboursables hors dépassements	9,81% - 9,7%* = 0,11%
Régime des PAMC – revenus perçus au titre des dépassements sur les actes remboursables	9,81%
RSI - revenus tirés d'actes non-remboursables. En-deçà d'1 plafond SS (34 620 euros en 2010)	6,5%
RSI - en-deçà de 5 plafonds SS (173 100 euros)	5,9%
RSI - au-delà de 5 plafonds SS	0%

*taux de prise en charge de ces cotisations par l'assurance maladie dans le cadre du régime des PAMC.

Source : Cour des comptes

b) Les conséquences et les solutions envisageables

Interrogé à ce sujet trois ans après la publication de la circulaire (à laquelle il a été associé), le RSI déclare qu'aucun chirurgien-dentiste n'est affilié auprès de lui à ce titre. Bien qu'il en résulte pour lui des moins-values de cotisations, il ne semble pas avoir fait toutes les diligences pour en assurer l'application. De son côté, l'ACOSS n'a pas fourni le montant des autres revenus professionnels non-salariés que les praticiens doivent lui déclarer (notamment pour s'acquitter de la CSG). Par ailleurs, l'ACOSS a pu constater, à l'occasion de réunions avec plusieurs syndicats de professionnels de santé, que ces interlocuteurs ne semblaient pas connaître (ou reconnaître) cette règle. Mais elle n'a pas non plus mis en place d'action d'information ou de plan de contrôle systématique ou ciblé sur les professionnels de santé concernés. Au total, le constat de l'inapplication du droit ne semble avoir entraîné aucune initiative particulière de la part des institutions publiques concernées³⁰⁸.

A supposer que, dans certains cas, les praticiens n'omettent pas purement et simplement de déclarer les revenus tirés des actes hors nomenclature aux URSSAF :

- soit ils les déclarent convenablement, mais, manifestement sans transmettre cette information au RSI, ce qui les fait échapper au versement de toute cotisation sociale d'assurance maladie,

308. Cette situation apparaît d'autant plus anormale que certains praticiens choisissent de se spécialiser en implantologie et parodontologie et perçoivent l'essentiel de leurs honoraires au titre d'actes hors nomenclature. Soit ils ne s'acquittent pas de cotisations d'assurance maladie sur ces derniers, soit ils bénéficient d'une prise en charge induite dans des proportions potentiellement importantes.

- soit ils les déclarent à tort comme des revenus tirés d'actes remboursables. Dans ce dernier cas, il s'ensuit, d'une part, que l'assurance maladie prend indûment à sa charge une part des cotisations d'assurance maladie concernées, d'autre part, et en sens inverse, qu'une partie de ces revenus se voit appliquer un taux plus élevé qu'en cas de déclaration au RSI (9,8 % au lieu de 6,5 %, 5,9% ou 0% selon la tranche de revenus).

Pour un total d'honoraires liés à des actes hors nomenclature de l'ordre de 790 M€ selon la DREES³⁰⁹, cette perte pour les finances sociales s'élèverait selon la Cour à environ 51 M€ dans la première hypothèse et à 12 M€ dans la seconde.

L'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires perçus serait un minimum. Toutefois, même réformé dans ses modalités d'application, le droit actuel est source de complexité administrative. Aussi pourrait-on juger opportun que l'ensemble de revenus libéraux des chirurgiens-dentistes relèvent d'un seul et même régime, celui des PAMC, tout en continuant à être soumis à des taux de cotisation différents, selon leur nature. A une échéance plus éloignée, une autre solution pourrait consister à actualiser la nomenclature et donc à réintégrer ces actes dans le droit commun.

C – Une convention dentaire peu contraignante

1 – La volonté de rééquilibrer la tarification entre soins conservateurs et prothétiques

Sur la base du constat consensuel et ancien d'une insuffisante rémunération des soins conservateurs et chirurgicaux au regard de la charge de travail qu'ils représentent, la convention de 2006 les a revalorisés en moyenne de 30 %, pour un coût en année pleine estimé à 298 M€ (revu depuis à 275 M€). En contrepartie, elle a restreint l'assiette de la participation de l'assurance maladie aux cotisations maladie et ASV (avantage social vieillesse) des chirurgiens-dentistes aux seuls honoraires correspondant à des montants remboursables, ce qui exclut donc les dépassements, comme on l'a vu. Cette modification devait produire un gain de 146,7 M€ pour les comptes de l'assurance maladie, soit près de la moitié du coût lié aux revalorisations évoquées plus haut.

En premier lieu, cette revalorisation n'a pas privilégié les soins conservateurs les plus *précoces*, destinés à limiter à terme les extractions et la pose de prothèses, mais des soins nécessités par des pathologies dentaires avancées et qui constituent souvent des actes « pré-prothétiques » (dévitalisations, reconstitutions coronaires) ainsi que les

309. Estimation dont il a été établi plus haut qu'elle était sous-évaluée.

extractions elles-mêmes (+60 %). L'UNOCAM a d'ailleurs vivement critiqué ce choix.

Par ailleurs, la convention comprenait également un engagement de maîtrise des honoraires de soins prothétiques, non dénué d'ambiguïté. Portait-il sur leurs prix ou sur la masse des honoraires, qui dépend également de l'évolution de l'activité ? De fait, si la revalorisation des soins conservateurs constitue une préconisation ancienne, on l'associe en général à un effort de maîtrise des tarifs des prothèses passant par des mécanismes de plafonnement, ce qui donne tout son sens à l'idée d'un « rééquilibrage ». L'union des jeunes chirurgiens-dentistes avait d'ailleurs fait des propositions précises allant dans cette direction.

Or, la convention a, au contraire, mis fin aux derniers dispositifs de plafonnement applicables dans le domaine des soins prothétiques (hors CMUC)³¹⁰. Si l'on estime que l'ampleur des dépassements constatés dans le cas des prothèses s'explique par une forme de « compensation » de la rémunération insuffisante des soins conservateurs, il paraît étonnant que la revalorisation de ces derniers s'accompagne de possibilités accrues d'augmenter de tels dépassements.

2 – Des résultats peu convaincants

La revalorisation de certains soins n'a eu qu'un effet mécanique sur l'évolution et la structure des honoraires, tandis que l'activité de soins conservateurs a eu tendance à stagner (taux de croissance annuel de -0,7 % en 2006 puis de -0,8 % en 2007 et -0,9 % en 2008, après +0,2 % en 2005). Parallèlement, on note une poursuite de la progression des dépassements sur les soins prothétiques avec un taux de croissance annuel de 3,4 % en 2007 (+2,7 % hors impact de la revalorisation CMUC), puis de 3,6 % en 2008, principalement imputable à la hausse des prix moyens puisque l'activité stagnait en volume (+0,4 %). Pour les soins prothétiques, le poids des dépassements dans les honoraires totaux augmente, passant de 70,7 % en 2006 à 72,2 % en 2008.

Imaginer que la revalorisation des soins conservateurs allait s'accompagner spontanément d'un ralentissement de l'augmentation des prix des prothèses était optimiste. D'ailleurs, les traitements d'orthopédie dento-faciale, pour lesquels des dépassements sont aussi autorisés, se caractérisent par les mêmes tendances tarifaires, alors que les praticiens spécialisés dans cette discipline n'ont pas à « compenser » une rémunération insuffisante des soins conservateurs.

310. C'est le cas des inlay-core (ou « faux moignons » qui précèdent fréquemment la pose des couronnes puisqu'ils servent à la reconstitution de la dent nécessaire au scellement de ces couronnes) et des couronnes métalliques (qui représentent 37 % des couronnes).

Ce manque de volontarisme n'a pas toujours été la règle. A titre d'illustration, la convention dentaire de 1997 prévoyait une revalorisation de la lettre clef SC et une série de mesures de nomenclature réévaluant les soins conservateurs, mais également la fixation concertée d'honoraires de référence pour certains soins prothétiques et orthodontiques, dont les professionnels ne pouvaient s'écarter de plus de 50 %³¹¹. Comparativement, les ambitions de la convention de 2006 se situent en retrait. L'objectif de limitation des dépassements reste relativement imprécis et ne s'accompagne d'aucun dispositif contraignant. Au final, les patients ne voient pas leurs restes à charge diminuer, en l'absence de tout plafonnement et de toute modification de la cotation ou du taux de remboursement des actes prothétiques.

A l'avenir, l'alignement du tarif de la consultation dentaire sur celui des médecins généralistes (la C dentaire vaut actuellement 21 €) et la poursuite de la revalorisation des soins conservateurs, que la CNAMTS considère comme un axe de la politique conventionnelle, devraient avoir pour contrepartie (si ces orientations se concrétisaient) des engagements plus contraignants de maîtrise et de limitation des dépassements en matière de soins prothétiques.

D – Des prix de prothèses non encadrés

1 – Les tarifs de remboursement

D'après l'enquête sur la santé et la protection sociale, 10 % des adultes se sont fait poser une prothèse dentaire en 2002, 33 % déclarent porter une prothèse fixe et 20 % une prothèse amovible. Le marché représentait 5,6 Md€ soit 39 % de celui de tous les dispositifs médicaux ambulatoires, la dépense moyenne par consommant étant de 970 € (dont 195 € de remboursement par la sécurité sociale).

Pour une couronne cotée SPR50, la lettre-clef valant 2,15 € le tarif conventionnel se trouve fixé à 107,50 € soit un remboursement par le régime obligatoire de 75,25 € alors que le prix d'une prothèse céramo-métallique dépasse souvent 800 €. La cotation des actes prothétiques n'a pas changé depuis 1988 et les ententes préalables ont été supprimées en 2001.

311. Faute d'accord entre syndicats et pouvoirs publics, cette convention n'a toutefois pu être mise en œuvre que partiellement.

Tarifs et remboursement des prothèses dentaires: quelques exemples

Prothèse dentaire	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé	Prix moyen du prothésiste	Prix moyen du praticien
Couronne	107,50€	70%	75,25€	68€(métallique) 115€ (céramique)	275 à 365€ (métallique) 535 à 760€ (céramique)
Inlay-core	122,55€	70%	85,78€	45€	120€
Inlay-core à clavette	144,05€	70%	100,83€	64€	335€
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	64,50€	70%	45,15€	x	x
Appareil dentaire complet (14 dents)	182,50€	70%	127,75€	130 à 230€	760 à 1 520€
Bridge de trois éléments (deux dents piliers+un élément intermédiaire pour remplacer une dent absente)	279,50€	70%	195,65€	345€ (céramique)	1 600 à 2 290€ (céramique)

Source : note du HCAAM sur les dispositifs médicaux de mai 2008.

Par-delà ces moyennes, les honoraires afférents aux soins prothétiques sont très variables. Ils dépendent de la qualité des matériaux (céramique ou seulement nickel-chrome et titane) et de la difficulté relative de la tâche, mais aussi de la notoriété du chirurgien-dentiste, du quartier où il exerce, du niveau de revenu du patient (d'où des tarifs élevés à Paris, Nice et quelques autres grandes villes) et, fréquemment, du niveau de couverture que lui assure son assurance maladie complémentaire. Il est presque de règle que le praticien s'informe de celle-ci, de sorte que cette couverture complémentaire contribue de facto à tirer les prix à la hausse et bénéficie en bonne part au prestataire de soins. C'est la raison pour laquelle les organismes complémentaires plaident en faveur d'une plus grande transparence dans la tarification de ces services, mettent en place des plates-formes d'information et s'efforcent parfois par le biais d'accords avec les professionnels de promouvoir des formes de parcours de soins et de tarifs opposables.

2 – Les prothèses importées

Il est fait état depuis un certain nombre d'années d'une augmentation des importations de prothèses. Leur développement s'explique par un différentiel de coût. Ainsi, le prix d'une couronne céramo-métallique facturé par un laboratoire français revient entre 120 € et 140 € contre 40 € à l'importation. Il ne semble pas exister aujourd'hui

de statistiques à la fois objectives et exhaustives sur ces importations³¹². Le conseil de l'ordre et l'association dentaire française estiment que 15 % des prothèses posées en France seraient importées. L'UNPPD (union nationale patronale des prothésistes dentaires) situe à 30 % la part de marché des importations « en volume », c'est-à-dire à tarifs analogues pour celles-ci et la production nationale. Aux prix courants, cette évaluation correspond à une part de marché d'environ 12,5 %.

Les prothèses importées proviendraient majoritairement de Chine, puis de Madagascar, des pays d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est (Roumanie, Hongrie) et d'Asie du Sud-Est. Ces importations sont le fait de quelques grands laboratoires qui ont délocalisé leur production ; leur savoir-faire permettrait a priori, selon l'AFSSAPS, de garantir une qualité comparable à celle des prothèses fabriquées en France.

Ces importations ne semblent pas avoir d'effet sur l'évolution des prix, ce qui accrédite l'hypothèse de hausses de marges chez les chirurgiens-dentistes, qui ont recours directement ou non aux importations³¹³. A l'aval, en revanche, l'insuffisance de la concurrence semble attestée par la variabilité des prix, dont les éléments de différenciation objective ne peuvent rendre compte à eux seuls, et par le fait que le praticien puisse prendre en compte les revenus ou le niveau de couverture du patient.

3 – Améliorer la transparence sur les prix

Le niveau des prix français est souvent présenté comme élevé. En la matière, les données font défaut et il a seulement été possible de se reporter à une étude, ancienne, de l'institut allemand des chirurgiens-dentistes, citée par un rapport publié en 2005 par le centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique) dont les résultats sont présentés dans le tableau qui suit :

312. La DGDDI n'enregistre dans ses statistiques que les opérations de plus de 1 000 € ou 1 000 kilos dans le cas des échanges extracommunautaire, alors que les envois de prothèses donnent lieu à des colis postaux de faible valeur et de faible poids.

313. Les praticiens peuvent faire jouer la concurrence en amont, en diversifiant leurs sources d'approvisionnement, de sorte que les prothésistes qui importent des prothèses n'apparaissent pas en position, pour leur part, de profiter de cette baisse de prix pour accroître leurs marges.

Prix relatifs de certains soins prothétiques en 1998

	Allemagne	France	Danemark	Pays-Bas
Prothèse amovible complète	100	251	139	77
Couronne céramique	100	199	178	100
Bridge 3 éléments, métal/résine	100	278	264	144
Bridge 3 éléments, céramique/métal	100	177	158	81

Source : *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, KCE reports vol. 10 B, 2005*

Dans ce contexte, poser la question du niveau du prix des prothèses dans notre pays en procédant à une comparaison internationale qui ne se limiterait pas aux tarifs conventionnels³¹⁴ apparaît primordial. Les tarifs de remboursement prévus dans le cas des bénéficiaires de la CMUC pourraient aussi être pris pour référence. Ceux-ci sont en effet censés avoir été calculés sur la base de coûts et de rémunérations jugés normaux et ont connu une augmentation importante en 2006. Aujourd'hui, ces forfaits applicables, deux à trois fois supérieurs aux tarifs conventionnels, n'en restent pas moins sensiblement inférieurs aux prix de marché.

Améliorer la transparence aiderait à remédier à une concurrence aujourd'hui insuffisante. A cet égard, la remise d'un devis en vue de la pose d'une prothèse dentaire constitue déjà une obligation légale et conventionnelle. L'enjeu porte sur la mention d'informations complémentaires permettant l'individualisation du prix de la fourniture du matériel prothétique. Il constitue un sujet de différend ancien entre, d'une part les chirurgiens-dentistes, d'autre part les prothésistes, les associations de consommateurs et les organismes complémentaires.

Selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », « lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 522-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif ».

Publiée postérieurement au texte de 2009, l'ordonnance du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux est en retrait sur ce point. Elle supprime l'obligation de présenter au patient une copie de la déclaration de fabrication et se contente de prévoir une mise à disposition de la déclaration de conformité signée par le fabricant.

Pourtant, une meilleure information ne peut qu'avoir des effets positifs. Un certain changement dans les relations entre patients et

314. C'est-à-dire à la base de remboursement, comme c'est le cas pour l'étude précédemment citée de la CNAMTS.

praticiens, aujourd'hui très asymétriques, n'apparaît en effet pas à redouter mais au contraire à souhaiter. La prothèse elle-même ne représente certes qu'une part minoritaire du coût global des actes qui lui sont liés, lesquels correspondent à la rémunération du diagnostic, de la conception, de la prise d'empreinte et de la pose. Il reste qu'un renforcement de la transparence et de la concurrence permettrait en tout état de cause de réduire la rente spécifiquement liée à ces importations à bas coûts. Ainsi, l'importation d'une couronne céramo-métallique apporte une économie de 80 € (120-40). Si les importateurs ou les praticiens ne la répercutent pas à leur patient, elle se traduit pour eux par un gain qu'on peut rapprocher du total des honoraires afférents, soit 850 €. En supposant ce « taux de profit supplémentaire » identique pour tous les types de prothèses, on en déduit, à l'échelle du pays, une rente de l'ordre de 160 M€³¹⁵, qui viendrait s'ajouter à la marge pré-existant à toute importation, liée à une concurrence peu intense entre praticiens.

4 – La recherche de solutions

Si on juge qu'une plus grande transparence ne suffirait pas à remédier à la situation actuelle³¹⁶, l'autre voie à explorer serait celle de la fixation de plafonds voire de tarifs opposables. Il importe de souligner que, malgré l'opposition de la profession, elle est déjà pratiquée, dans le cadre des réseaux de soins promus par certains organismes complémentaires. D'un côté, de tels accords bénéficient aux patients (et à leurs assureurs). L'autorité de la concurrence a ainsi considéré, dans un avis rendu en septembre 2009, que le développement de réseaux de professionnels de santé agréés par les organismes complémentaires avait un effet pro-concurrentiel, donc favorable à l'amélioration de la qualité et à la baisse des prix. De l'autre, certains praticiens y trouvent aussi leur intérêt, puisque les plafonds permettent une solvabilisation de la demande, qui peut ainsi s'accroître, alors qu'il apparaît assez aléatoire pour un chirurgien-dentiste donné de vouloir élargir sa clientèle en baissant unilatéralement ses tarifs.

La question posée à cet égard consiste donc à savoir s'il convient :

- d'encadrer la liberté tarifaire en matière de prothèses en contrepartie de la revalorisation de certains soins conservateurs (ou d'autres avantages consentis aux praticiens), dans le cadre des discussions conventionnelles ou dans celui de négociations spécifiques (ce qui serait sans doute plus adapté). Cette solution permettrait de contenir la

315. On peut estimer la rente globale afférente, compte tenu d'une part des importations estimée à 30 % et d'un total d'honoraires de 5,6 Md€, à : $(80/850) \times 30 \% \times 5,6 \text{ Md€} =$ soit 155 M€.

316. Les soins, étant spécifiques à chaque patient, impliquent des coûts de recherche de l'information importants et rendent les comparaisons difficiles.

hausse du prix de ces soins au bénéfice de tous les patients, mais risque de se heurter au refus de la profession ;

- ou plutôt de compter sur le développement des réseaux promus par les organismes complémentaires, éventuellement en le favorisant par la réduction de certains obstacles juridiques³¹⁷. Le risque est cependant alors d'accroître les effets des inégalités entre assurés devant la couverture complémentaire maladie. Les personnes dépourvues d'une telle couverture et celles qui doivent s'assurer à titre individuel (donc hors contrats collectifs d'entreprise, dont la couverture et le rapport qualité-prix sont plus avantageux) ne bénéficieraient pas ou peu de ce développement, ou seulement au prix d'un effort financier supplémentaire de leur part³¹⁸.

E – Quelle nouvelle répartition des responsabilités entre financeurs ?

Les insuffisances relevées dans les domaines sanitaires puis tarifaires sont révélatrices d'un défaut de stratégie. En outre, l'évolution de la répartition des financements aurait dû entraîner une coopération plus étroite entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

1 – Un financement qui pèse lourdement sur les ménages et les organismes complémentaires

Les dépenses de soins dentaires se distinguent par l'importance de leur financement privé. Les ménages en prennent directement à leur charge 25,7 %, soit 2,5 Md€, les organismes complémentaires 37,1 %, soit 3,6 Md€, l'assurance maladie, conjointement à l'Etat (au titre de l'AME) et à la CMUC, 37,1 %.

En particulier, les soins prothétiques ne sont pris en charge qu'à hauteur de 18 % seulement par l'assurance maladie (1 Md€), contre 41 % par les organismes complémentaires (2,3 Md€), 40 % restant à la charge

317. Dans un arrêt de mars 2010, la Cour de Cassation a ainsi rappelé qu'en vertu de l'article L. 112-1 du Code de la mutualité, les mutuelles et leurs unions ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'elles servent qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés. Ceci interdit notamment d'offrir un meilleur remboursement en cas de consultation d'un professionnel ayant adhéré à un protocole. En revanche, il semblerait qu'une telle différenciation ne contrevienne pas au principe d'égalité.

318. Par ailleurs, la Cour a constaté que les exonérations fiscales et sociales consenties aux contrats collectifs d'entreprise (dont le coût est estimé à quelque 5 Md€) induisent, elles aussi, des inégalités de traitement, entre grandes et petites entreprises et donc entre salariés (cf. RALFSS 2008).

des patients (2,25 Md€). Les dépassements représentent aujourd'hui un peu moins de 4,2 Md€ total à rapprocher, par exemple, des dépassements d'honoraires médicaux, qui atteignaient 2,1 Md€ en 2006. Sur la période récente, on assiste à une baisse du taux de remboursement des dépenses des soins dentaires par les régimes obligatoires d'assurance maladie, qui passe de 39 % en 1995 à 34,2 % en 2008. L'effet sur la part totale prise en charge par des financements publics se trouve compensé, mais en partie seulement, par la montée en puissance de la CMUC. Les restes à charge pour les ménages ont reculé sur la même période de 29,3 % à 25,7 %. Au total, c'est donc la part financée par les organismes complémentaires qui a augmenté sensiblement, de 31,2 % à 37,1 % entre 1995 et 2008. De fait, les AMC proposent souvent une prise en charge partielle des dépassements d'honoraires et des actes hors nomenclature, en plus des tickets modérateurs.

Il n'en a pas toujours été ainsi. La part du financement des soins dentaires par la sécurité sociale a progressé jusqu'aux années 1970, culminant à 55 %, et dépassait encore 50 % en 1980, avant de reculer dans les années 1980 puis d'enregistrer une érosion plus lente à partir des années 1990. Cette tendance a pu nourrir le reproche fait de manière récurrente à l'assurance maladie de donner la priorité à la limitation de ses remboursements, au moyen notamment d'une sous-indexation des tarifs et d'une actualisation tardive ou insuffisante de la liste des actes, dont peu d'autres secteurs de la santé offrent l'exemple. Elle aurait pour contrepartie une large liberté tarifaire au profit des chirurgiens-dentistes (dépassements, actes hors nomenclature) et donc d'importants reports de charges sur les organismes complémentaires et les ménages.

La part remboursée par l'assurance maladie obligatoire s'avère inversement proportionnelle au prix des actes, contrairement à ce qui est le cas de la plupart des autres soins médicaux. Signalons, par contraste, qu'en Suède le taux de remboursement atteint 50 % quand le coût est compris entre 320 et 1 590 € et 85 % au-delà (les premiers 320 € restant à la charge des patients en tout état de cause).

Cette situation explique que les organismes complémentaires s'investissent de plus en plus dans la gestion du risque. Le développement de réseaux, passant par différents types d'accords avec les professionnels, doit permettre notamment d'agir sur le prix des prestations délivrées. Par ailleurs, pour la conclusion des conventions nationales, les dispositions de l'article 36 de la LFSS pour 2009 prévoient que, lorsque la part de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la signature de l'UNOCAM, par un vote à la majorité qualifiée de son conseil, devient obligatoire³¹⁹.

319. En cas de refus, la convention ne peut être transmise au ministre pour approbation qu'après un délai de six mois.

2 – La réflexion sur le partage entre assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Le défaut de pilotage actuel d'un certain nombre de dépenses de santé, notamment dans le domaine dentaire, a suscité des réflexions et des interrogations sur la répartition des rôles et des financements. Une nouvelle répartition des responsabilités entre financeurs est souvent résumée par l'idée d'une prise en charge de certaines dépenses par l'AMC « au premier euro »³²⁰. Toutefois, il n'y a pas de consensus au sein des différentes composantes de l'UNOCAM quant à un nouveau partage des compétences respectives de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires, qui viserait à clarifier les responsabilités, simplifier la gouvernance et améliorer la qualité de cette gestion.

Pour la fédération française des sociétés d'assurance, les ressources de l'assurance maladie obligatoire pourraient utilement se concentrer sur le financement des soins dentaires destinés aux enfants, en particulier des actions de prévention, les plus modestes pouvant bénéficier d'une aide au financement de leur couverture complémentaire. Pour la fédération nationale de la mutualité française et le centre technique des institutions de prévoyance, des remboursements ne sauraient être à l'ordre du jour, le régime obligatoire jouant un rôle essentiel dans l'accès aux soins. En outre, un nouveau partage des risques mettrait à mal, selon eux, la vision unitaire des soins dentaires et la continuité de la gestion du risque.

De fait, les distinctions utilisées actuellement pour justifier des différences de remboursement s'avèrent de moins en moins pertinentes, notamment entre soins prothétiques, d'une part, l'implantologie ou la parodontie, d'autre part. L'implantologie constitue une variante des soins prothétiques, plus chère mais présentant des avantages d'un point de vue sanitaire. Quant à la parodontie, on pourrait presque estimer qu'elle entre dans la catégorie des soins préventifs, en permettant par exemple d'éviter les déchaussements qui vont fragiliser les dents.

Redéfinir le partage des financements et responsabilités sera nécessairement délicat. Quoi qu'il en soit, le désengagement rampant de l'assurance maladie s'effectue aujourd'hui sans réflexion d'ensemble.

320. Parmi les hypothèses les plus usuelles d'application possible de ce principe, on peut citer l'optique, le thermalisme ou encore les médicaments remboursés à 35 %.

SYNTHESE

La situation du secteur des soins dentaires n'est pas satisfaisante. Ce secteur apparaît tout d'abord mal connu, comme l'atteste la sous évaluation manifeste du montant total des consommations de soins dentaires, dont les actes hors nomenclature, soit la composante la plus novatrice, la plus dynamique et la plus coûteuse, ne font l'objet d'aucun suivi. La CCAM, indispensable à une bonne prise en compte de l'évolution des techniques, tarde à être mise en œuvre. La dernière convention dentaire a, certes, revalorisé les soins conservateurs, mais sans résultat tangible sur le recours à ces soins et sans contrepartie réelle en matière de modération des prix des soins prothétiques, les derniers plafonds et tarifs opposables étant même supprimés.

Si le souci de favoriser l'accès des plus démunis aux soins dentaires est manifeste, les bénéficiaires de la CMUC ne sont pas toujours accueillis par les praticiens. De plus, les assurés modestes, mais dont les revenus sont supérieurs au seuil permettant de bénéficier de la CMUC, renoncent toujours dans d'importantes proportions aux soins dentaires en raison de leur coût. Le financement de ces soins repose de plus en plus sur les AMC, sans partage clair des tâches et des responsabilités.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, le développement des importations induit un phénomène de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés. A cet égard, toutefois, l'obligation de transparence en matière de prix prévue par la loi HPST devrait contribuer à un certain rééquilibrage des relations entre les assurés et les praticiens, sous condition d'une mise en œuvre effective.

Une politique globale des soins dentaires fait défaut. Aucune stratégie explicite n'articule l'ensemble des problématiques tant d'accès aux soins dentaires, d'un point de vue financier ou géographique, que de prévention, de recherche, de formation, de stratégie thérapeutique et de hiérarchisation des actes. Cette situation tient en partie à la faiblesse des moyens de la puissance publique dans ce domaine, qu'il s'agisse de la structuration de l'offre de soins, de sa capacité d'expertise ou simplement de sa connaissance du secteur. La commission permanente d'odontologie, placée auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a disparu et la commission paritaire nationale instituée par la convention de 2006 n'a pas joué le rôle attendu.

RECOMMANDATIONS

51. *Prévenir les difficultés aujourd'hui prévisibles de répartition de l'offre en s'inspirant des dispositifs mis en place pour d'autres professions de santé.*

52. *Elargir le rôle des assistant(e)s dentaires et optimiser l'usage des cabinets dentaires des caisses d'assurance maladie.*

53. *Mettre en place un examen de prévention avec les moyens adaptés dans les établissements scolaires.*

54. *Inclure dans le SNIR la totalité des actes hors nomenclature.*

55. *Mettre en place un dispositif apportant des informations fiables sur le nombre de prothèses importées et posées ainsi que sur la répartition des marges et de la valeur ajoutée au sein de cette filière.*

56. *Simplifier la réglementation en matière de cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes en élargissant leur assiette au titre du régime des PAMC à l'ensemble de leurs revenus libéraux.*

57. *A terme, mettre en œuvre la CCAM après une évaluation précise de son impact financier, en veillant à la neutralité financière de cette mesure.*

58. *Modifier le code de la mutualité pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent.*
