

# LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

## LES SOINS DENTAIRES

### ÉDITORIAL : Soins dentaires

**Jérôme WITWER**  
Professeur, ISPED,  
université de Bordeaux

En France l'assurance maladie ne finance qu'un tiers des dépenses de soins dentaires. Cette situation n'est cependant pas spécifique, dans la très grande majorité des pays de l'OCDE la part du financement public dans les soins dentaire est en effet minoritaire. La spécificité du cas français tient au fait que le faible taux de prise en charge par l'AM ne s'explique pas par une étendue réduite du panier de soins couverts mais par le niveau très faible des tarifs pour les soins prothétiques. A ce point faible que les tarifs opposables pour les bénéficiaires de la CMUC sont très sensiblement plus élevés (bien que jugés insuffisants par les professionnels) que les tarifs appliqués pour les non-bénéficiaires. A l'évidence les tarifs ne jouent aujourd'hui aucun rôle de régulation des prix des soins prothétiques (même s'ils commandent toujours les taux de remboursement des organismes de complémentaire santé dont l'unité de mesure demeure généralement le tarif).

On comprend mal quelles peuvent être les justifications d'une politique tarifaire sans réelle prise sur les prix pratiqués et dont le bénéfice en termes d'accès aux soins est douteux en raison du taux faible de remboursement. Si l'on écarte l'éventualité d'un engagement plus important de l'assurance maladie pour le financement des soins prothétiques une revalorisation des tarifs des soins préventifs et conservateurs (à tarifs opposables) financée par l'abandon des tarifs sur les soins prothétiques ferait sens.

La régulation du marché des soins prothétiques (et des actes non remboursés) échappent donc très largement à l'assurance maladie. On constate ainsi sur le territoire une très grande hétérogénéité des prix qui reflète la réalité d'un marché très imparfait. Dans ces conditions, le rôle naturel des organismes de complémentaire santé est de se substituer à l'assurance maladie pour devenir acteur de la régulation des prix. Dans cette perspective, le développement de réseaux de soins pilotés par les organismes de complémentaire santé est inévitable et va probablement forger le paysage de la profession dans les années à venir.

Au regard du faible taux de remboursement des soins prothétiques la question de l'accès financier à ce type de soins pour les populations les plus fragiles demeure ouverte. Nous savons d'ailleurs que le renoncement financier aux soins dentaires en France est élevé. L'accès financier aux soins prothétiques est en fait essentiellement dépendant de la couverture par une assurance complémentaire de bonne qualité ou du bénéfice de la CMU-C. Pour les personnes modestes non ou mal couvertes les solutions sont rares à l'exception des services hospitaliers, au détriment certainement de l'efficacité de l'organisation des soins, et de certains centres de santé pratiquant des prix réduits. Le rôle plus actif des organismes de complémentaire santé dans la régulation des prix, le développement de l'exercice de groupe et de la mutualisation des plateaux techniques vont durablement modifier les conditions d'exercice du métier de chirurgien-dentiste et impacter la répartition de l'offre de soins dentaires sur le territoire.

**Jérôme WITWER**

Les articles qui suivent sont les transcriptions, revues par leurs auteurs, de quatre des six interventions de cette conférence qui s'est tenue le 19 novembre 2015 à la Cité Internationale Universitaire de Paris.

## QUEL DIALOGUE CONSTRUIRE ENTRE CHIRURGIENS DENTISTES ET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ?

**Laurent BORELLA**  
Directeur Santé, Malakoff Médéric

Les systèmes de protection sociale des différents pays en matière de soins dentaires sont très hétérogènes. Certains pays ne remboursent pas du tout le dentaire et pour d'autres, ils sont considérés comme un soin médical et remboursés comme n'importe quel acte médical. Il semble qu'en France

le choix n'a pas été fait, on est entre les deux. Il y a une volonté généralement affirmée de conserver le dentaire dans le giron de la protection sociale obligatoire alors même que la réalité montre que les organismes complémentaires santé en sont devenus les principaux payeurs.

Si l'on prend pour exemple les données de Malakoff Médéric : il s'agit de données réelles basées sur une population de 700 000 à 800 000 personnes protégées. Concernant les actes conservateurs, soumis à un tarif imposé, ces remboursements sont assez peu coûteux par acte du point de vue du payeur et ont peu bougé dans le temps. Quand on regarde les prothèses dentaires ou les traitements orthodontiques, ils apparaissent beaucoup plus coûteux par acte, avec en moyenne un remboursement de 252€ par prothèse dentaire. Ce chiffre continue d'augmenter entre 2010 et 2014. Quand on regarde le poids que cela représente sur le total des dépenses remboursées tout poste médical confondu, le dentaire pèse 20% sur une complémentaire comme Malakoff Médéric, ce qui est considérable.

Si l'on regarde les chiffres plus en détail :

Une complémentaire orientée vers les contrats collectifs comme Malakoff Médéric rembourse 54% des prothèses, ce qui fait un reste à charge pour le patient de 30%. L'assurance-maladie est à 16%. Sur les dépenses réelles, on est en moyenne à 371€ de dépassement sur les prothèses par rapport au tarif de base sécu. Sur le traitement orthodontique, chez les assurés Malakoff Médéric il n'y a pas de reste à charge, le remboursement couvre les frais réels dans la plupart des cas.

On ne constate pas de stabilité de la facturation dentaire mais une augmentation. Il semble qu'il y ait un peu plus de stabilité sur les traitements orthodontiques.

Au niveau des taux de dépassements, on est à 370% sur les prothèses dentaires. A 370%, on ne peut plus réellement parler de notion de dépassement mais plutôt de tarifs libres, la base de tarification ne signifiant plus rien. Il faut cependant savoir que la plupart des complémentaires ont des garanties de remboursement dentaires qui sont encore assises sur les bases de remboursement Sécu. C'est bon à savoir lors des négociations conventionnelles : si les dentistes réussissent à augmenter d'un euro la base de remboursement Sécu sur la prothèse, ils gagnent en moyenne plus de 3€ de remboursement complémentaire. De fait, c'est un transfert Sécu-complémentaires supplémentaire non exprimé.

C'est sur ces bases objectives qu'un assureur comme Malakoff Médéric construit ses propositions pour les chirurgiens dentistes.

Maintenant, abordons la régulation. En France, nous sommes dans un système qui n'a pas choisi son modèle. Il y a le modèle d'une prise en charge très largement majoritaire par l'assurance-maladie qui s'associe avec un mode de régulation par la démarche conventionnelle mais qui s'apparente dans les faits à une démarche

règlementaire. Cela a été dit, quand les dentistes sont en renégociation de la convention cela ne provoque pas beaucoup de modifications sur les tarifs. Aujourd'hui, les tarifs relèvent beaucoup plus d'une notion règlementaire que d'une notion conventionnelle c'est-à-dire que c'est l'Etat qui décide, ce ne sont plus les syndicats, l'assurance-maladie et le dialogue conventionnel. L'Etat n'a pas décidé d'augmenter les tarifs pour la raison simple que l'Etat n'a plus d'argent et que l'assurance-maladie est en déficit chronique. Dans la situation actuelle, tout ce que le dialogue avec les pouvoirs publics permet, c'est de la règlementation de tarifs et on a vu ce que cela a donné pour les tarifs opposables.

Aujourd'hui, certains observateurs se posent la question du désengagement total du dentaire par le régime de base, comme c'est le cas dans certains pays. Un tel modèle de protection sociale conduirait de fait à un mode de régulation par le marché, s'appuyant sur la concurrence entre opérateurs c'est-à-dire entre dentistes. Dans ce modèle, les réseaux de soins qui s'appuient sur des accords préférentiels avec des dentistes qui acceptent des conditions particulières constituent un bon outil de régulation. Dans le contexte actuel Français, où les complémentaires sont devenues premier payeur devant la sécu, il faut comprendre que c'est déjà devenu une réalité.

Malakoff Médéric, en partenariat avec Harmonie Mutuelle, a cherché à ne plus être payeur aveugle et à mettre en place un accord de conventionnement avec les chirurgiens dentistes. Pour ce faire, nous avons beaucoup discuté avec les représentants de la profession. Nous nous sommes appuyés sur des tarifs de la base SNIIRAM pour connaître la réalité des pratiques tarifaires au-delà de nos propres bases de données internes sur l'ensemble du territoire. Nous avons constaté que les tarifs étaient très variables d'un département à un autre, et même très variables à l'intérieur même des départements d'un dentiste à un autre. Juste à titre d'information, si l'on considère les deux modes d'exercice des soins dentaires, les dentistes libéraux et ceux en centre dentaire, on trouve un mode de dispersion des tarifs qui est inversé entre les deux pratiques. Les dentistes libéraux sont plutôt plus chers, là où les régions sont plutôt plus riches, que la moyenne des tarifs constatés dans la région. Les centres dentaires sont à l'inverse c'est-à-dire qu'ils ont souvent des politiques de tarif unique ce qui les rend plutôt moins chers que la moyenne dans les régions où la moyenne est chère mais paradoxalement plutôt plus chers que les dentistes libéraux dans les régions où la moyenne des tarifs dentaires est plus faible. C'est donc assez compliqué de rechercher des tarifs qui conviennent à tout le monde car nous ne souhaitons pas avoir des tarifs différenciés selon le mode d'exercice dentaire.

Nous avons proposé un partenariat avec les dentistes sur des modèles que nous avons déjà expérimentés auprès d'autres professions et que nous avons adaptés à la profession dentaire. Nous parlons de « réseau » ouvert c'est-à-dire que les chirurgiens dentistes rentrent dans

ce réseau s'ils le souhaitent, librement. Aujourd'hui, ce réseau représente environ 8 millions de bénéficiaires, demain entre 10 et 11 millions. En effet, Kalivia compte déjà plus de 10 millions de bénéficiaires mais un certain nombre de mutuelles dans Kalivia n'ont pas encore mis en place l'accès technique au réseau de soins.

Ce réseau s'appuie sur une plateforme de tiers-payant assez sophistiquée dont l'objectif est de rendre son utilisation très simple pour les dentistes avec un système de tiers-payant en temps réel, ergonomique et qui associe le devis, la valorisation, le retour de droits et de prise en charge. Cela coûte beaucoup d'argent en termes d'investissement ce qui explique que toutes les mutuelles ne sont pas encore prêtes. Pour les deux fondateurs de Kalivia que sont Malakoff Médéric et Harmonie Mutuelle l'outil est au point, et cela représente déjà plus de 8 millions de patients couverts. Il s'agit d'une plateforme commune. Les chirurgiens-dentistes qui acceptent ce partenariat doivent pratiquer leur métier dans les règles de l'art et respecter les tarifs plafonds du réseau. Ces tarifs plafonds n'ont pas été fixés de façon unilatérale, puisque globalement ils correspondent aux tarifs moyens constatés dans les départements. Pour une grosse proportion des dentistes, il n'est pas demandé d'effort particulier, Le réseau vise des tarifs raisonnables.

Nous avons travaillé à la fois avec les représentants des chirurgiens dentistes, l'Ordre, et des représentants des centres dentaires. Nous avons essayé de prendre en compte un maximum de remarques, de suggestions et de propositions pour arriver à un réseau qui reprend les principes suivants :

- La couverture des différents types de soins avec quatre spécialités dans le réseau : soins prothétiques, implantologie, orthodontie et parodontologie.
- La promotion de la qualité : une charte qualité rappelle les bonnes pratiques de la profession à la fois en termes de sécurité, d'hygiène, d'information du patient.
- L'accessibilité tarifaire : Des tarifs plafond sont définis sur 120 actes, ce qui est assez large.

Nous voulions couvrir un maximum d'actes afin que nos assurés soient rassurés sur une majorité d'actes. Nous avons essayé de tenir compte autour de ces actes à la fois du matériau ou des circonstances particulières de l'acte. En orthodontie, par exemple, on fait bien entendu la différence selon les techniques de contention. Nous avons essayé de coller aux réalités de coûts de mise en œuvre, au plus près de ce que sont la réalité des prix et des tarifs. Nous avons modulé ces tarifs plafonds, département par département, pour tenir compte de la réalité des tarifs constatés dans les départements. Faire un tarif national aurait été compliqué, et inadapté à la réalité de marché. Il est également demandé aux dentistes qui rentrent dans le réseau de ne pas profiter de l'effet d'aubaine, puisque parce que certains pratiquent déjà des tarifs inférieurs à ceux qui sont demandés dans le réseau.

Quels sont les avantages ?

Pour les patients, c'est tout d'abord éviter le renoncement aux soins c'est-à-dire améliorer la prise en

charge. Dans le réseau les complémentaires-santé s'engagent à améliorer la prise en charge des soins dentaires auprès des dentistes du réseau et limiter les restes à charge, donc limiter le renoncement aux soins. Il existe également un engagement des complémentaires de prendre en charge l'amélioration des soins de type implantologie pour favoriser cette technique au détriment des soins qui sont délabrant notamment les bridges

Ensuite, le réseau doit permettre de répondre à des questions ou inquiétudes des patients comme par exemple : en cas de problème sur une prothèse, que se passe-t-il ? Nous proposons un passeport conformité pour la prothèse et l'implant, ainsi qu'une garantie sur les prothèses. Par ailleurs un outil permet de trouver facilement les dentistes du réseau avec des informations complémentaires comme, par exemple, l'existence d'un panoramique dentaire, les horaires d'ouverture, etc... Il existe également un service très important qui est le devis électronique en temps réel : le dentiste peut faire son devis et obtenir directement la réponse sur le montant du reste à charge qui peut alors être communiqué immédiatement au patient. Tout cela est électronique, et une fois que les soins sont réalisés, il suffit juste de cliquer dans la case facturation, sans rien ressaisir. C'est un vrai progrès par rapport au tiers payant actuel. Nous avons voulu faire en sorte que le tiers-payant soit plus un avantage qu'un inconvénient pour le dentiste. Après avoir entendu les difficultés d'ordre administratif, nous avons essayé de faire au plus simple.

En termes tarifaires, si on prend l'exemple de Malakoff Médéric, au sein du réseau environ 60 à 70% de nos assurés n'auront aucun reste à charge sur les couronnes. Pour les dentistes du réseau, cela veut dire que 60 à 70% des patients auront le bonheur d'apprendre de leur dentiste qu'ils n'ont aucun reste à charge puisqu'ils bénéficient des conditions du réseau.

Le réseau présente également des intérêts très bien compris par les praticiens. Nous avons fait une enquête auprès de chirurgiens dentistes qui montre que 45% des praticiens disent qu'avoir des patients mieux remboursés avec un moindre reste à charge est une bonne chose. Par ailleurs, quand on fait une prise en charge en tiers-payant, on offre une garantie de paiement sur quatre mois même si le patient quitte sa mutuelle. C'est un réel engagement de l'assurance qui permet de certifier qu'un plan de traitement commencé chez un dentiste du réseau pourra être terminé chez ce même dentiste et que ce plan de traitement sera payé quelle que soit la situation finale de l'assuré. Une étude a montré que ce point intéresse 25% des dentistes, tout comme avoir une procédure de gestion simplifiée qui intéresse aussi 25% des dentistes. Sachant que ces facilités n'existent pas sur le marché actuellement, il est probable que beaucoup de dentistes seront sensibles à ces avantages portés par le réseau.

Une question importante se pose dès lors que le devis et la facturation font l'objet d'échanges électroniques entre le chirurgien dentiste et l'assureur : comment sont protégées les données personnelles du patient ?

En pratique, le devis est transmis électroniquement sur une plateforme qui n'est pas la plateforme de l'assureur mais sur celle du prestataire de tiers-payant, qui joue le rôle de tiers de confiance, et qui sera hébergée dans le cadre des conditions d'hébergement des données de santé. Les informations du devis ne sont alors transmises à l'assureur que sous la forme de codes de regroupement, anonymisant de fait le dossier dentaire. Grosso modo, c'est le même principe que pour les flux Noémie, pour lesquels il existe des codes détaillés du point de vue du dentiste et des codes de regroupement vus par l'assureur. Ensuite, le système de valorisation est totalement automatique c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intervention humaine, le rapprochement entre les droits et la facture se faisant par un service d'échange web automatique. Dans 99% des cas, il n'y a pas d'échange humain. Les exceptions sont traitées dans le

cadre du contrôle médical qui est le terme générique pour désigner la cellule de confidentialité médicale confiée à un assureur. Tout cela a fait l'objet des déclarations approuvées à la CNIL.

Le réseau est ouvert depuis le 10 novembre 2015. Nos assurés, qui cherchent un dentiste du réseau, pourront le faire via leur smartphone.. En revanche, nous nous interdisons toute réorientation sauvage, sur demande de devis par exemple, vers les dentistes du réseau. C'est un sujet sensible pour la profession, et chacun pourra vérifier que nous ne le faisons pas. Il existe aujourd'hui des dentistes partenaires Kalivia à peu près partout. Il est à espérer que ce système devienne gagnant-gagnant à la fois pour les dentistes comme pour les patients.

Laurent **BORELLA**

## L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES ET LEURS FINANCEMENTS

**Gérard MOREL**  
Vice Président de la Confédération nationale  
des syndicats dentaires

Allez se faire soigner chez un chirurgien-dentiste, c'est trop cher ! Régulièrement dans la presse, dans les médias, les journalistes reprennent cette affirmation avec en sous-entendu que le praticien pratique des tarifs abusifs et pour étayer ces accusations ils présentent un sondage avec des chiffres impressionnants de renoncement aux soins dentaires pour raison financière. Une fois l'article écrit, ils passent à un autre scoop encore plus scandaleux, n'ayant jamais pris le temps de s'interroger et de regarder le sujet en profondeur. La relation entre l'accès aux soins de santé, dentaire en particulier, et leurs financements ne fait aucun doute. La gestion du risque et la prise en charge du patient par les organismes d'assurances maladie jouent un rôle important dans sa solvabilisation et la limitation du reste à charge.

Quelles sont les raisons du renoncement aux soins dentaires et quel est le modèle économique des cabinets dentaires ?

Les sondages disent que moins de 45% de patients ont été soignés selon les recommandations de leurs chirurgiens-dentistes.

Lorsque l'on observe les courbes de la consommation médicale dans le temps, l'augmentation du nombre d'actes pratiqués par les autres professionnels de santé est 5 fois plus importante que celle des chirurgiens-dentistes. Ils ont une légère augmentation de fréquence leurs actes. L'abus d'actes n'est pas en cause.

Le patient est le financeur direct et indirect des soins dentaires. Il cotise à l'assurance Maladie Obligatoire et à l'Assurance Maladie Complémentaire par son assurance santé. La gestion et mutualisation du risque

pratiqués par ces deux organismes apporte une plus-value en terme de couverture. Lorsqu'il effectue des soins prothétiques, orthodontiques ou non pris en charge il paie son reste à charge. Et n'oublions pas les taxes incluses dans sa cotisation santé et autres impôts divers qui alimente le fond CMUC.

Le patient a raison lorsqu'il affirme que les actes dentaires sont trop chers en tant que financeur de sa santé. Lorsque l'on regarde l'ensemble des dépenses de santé, l'Assurance maladie rembourse les patients à 76,6%, le patient à un reste à charge de 8,5%. L'assurance complémentaire couvrant la différence. Si on réduit l'étude sur les actes ambulatoires, c'est-à-dire les actes effectués par les libéraux excluant les hôpitaux, l'assurance maladie rembourse encore à la hauteur de 64% le patient ayant à sa charge 13,7%. Et pour finir les actes dentaires sont remboursés par l'assurance maladie à la hauteur de 32,5%, l'assurance complémentaire couvrant 38% et le patient payant 25,20%.

Dans tout le système de soins français le patient paie 8,5% de ses soins et pour les actes dentaires 25,2%. Il est logique qu'il remarque cette exception et trouve qu'il paie trop. Par contre le diagnostic de la cause n'est pas que les actes pratiqués par les chirurgiens-dentistes sont trop chers mais que l'Assurance maladie a abandonné le remboursement des actes dentaires en diminuant de moitié sa participation.

L'assurance complémentaire devenant même le premier financeur depuis 2008 a fait un réel effort pour compenser le manque sans parvenir au niveau suffisant pour éviter le sentiment de manque de prestations, ayant une limite, le tarif des cotisations.

Le dernier changement de prise en charge des actes prothétiques et orthodontiques date de 1988. L'assurance maladie n'a fait aucun effort de prise en charge de ces actes depuis 28 ans. Les remboursements ont même baissés car en 1988 le taux de prise en charge était

globalement à 75% et il est passé depuis à 70%. Depuis plus d'un quart de siècle l'inflation a fait son œuvre, même si de nos jours elle est faible.

Pour les soins conservateurs et chirurgicaux, ce n'est guère mieux. La dernière augmentation de 0,13€ de prise en charge de l'ensemble de ces actes date de 1994. Depuis 22 ans quelques actes sont revalorisés très partiellement. En 2006 la revalorisation a été financée par l'assurance complémentaire, l'assurance maladie reprenant par une augmentation de cotisation maladie des chirurgiens-dentistes ce qu'elle a donné en augmentation du remboursement des actes.

En 2014, lors du passage à la CCAM quelques actes ont été revalorisés.

Les causes de la difficulté d'accès aux soins sont multiples.

En premier lieu nous l'avons vu l'Assurance maladie obligatoire n'a pas considéré que l'activité de médecine bucco-dentaire comme une priorité de santé publique, ainsi que les gouvernements successifs. Le contexte financier, l'état des comptes n'est jamais favorable. Les ressources sont mises ailleurs. C'est un désengagement progressif et surtout discret.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire sont trois familles avec des objectifs financiers différents. Elles n'ont pratiquement aucun accord avec la profession de chirurgien-dentiste. Elles sont en concurrence entre elles pour la vente d'assurances santé à des adhérents, et des prestations limitées par les cotisations qui sont désormais le plus souvent choisies par les employeurs.

Le patient a des difficultés de payer ses soins sur son budget à cause du contexte économique du pays, de la crise et un désir de consommation augmenté par des sollicitations nombreuses. A la suite du désengagement successif de l'Assurance maladie obligatoire il commence à se rendre compte que ses cotisations sociales obligatoires sont de moins en moins rentables sur les soins de ville. Et pour finir l'influence des médias, par un discours simpliste, lui font croire que les soins dentaires sont inabornables, alors que 87% des actes effectués sont à des tarifs, imposés, les plus bas d'Europe.

Les soins dentaires sont divisés en trois catégories

Les actes conservateurs et chirurgicaux, la radiologie, la consultation sont des actes opposables et remboursables, l'honoraire du praticien correspond à la base de remboursement. Aucun dépassement d'honoraires n'est possible.

Les valeurs de ces actes sont totalement en dehors de la réalité économique et nous l'avons vu non réévalués globalement depuis 22 ans, avec quelques améliorations quinquennales. Ils représentent seulement 32% des honoraires perçus par les chirurgiens-dentistes pour 87% de leur activité. Un praticien qui ne pratiquerait que des actes opposables serait en cessation d'exercice. Ces actes sont progressivement abandonnés pour des actes à entente directe ou non remboursables car non rentables.

Les actes à entente directe, correspondent aux prothèses dentaires et aux traitements d'orthodontie. Ils représen-

tent 68% des honoraires pour seulement 13% de l'activité d'un chirurgien-dentiste. Ces actes sont à honoraires libres et remboursés sur une base très faible. Pour une couronne dentaire esthétique la participation de la caisse d'assurance maladie est de 14% de la valeur de l'acte en moyenne. Les complémentaires santé jouent le plus grand rôle dans le remboursement de ces actes et dans leurs accès. Elles ne veulent plus être des payeurs aveugles et pour certaines, elles développent des réseaux pour en diminuer le coût. Cette stratégie va jusqu'à la limitation du choix du praticien par l'organisation du détournement de la patientèle sous le prétexte d'information, l'ingérence dans la relation de confiance entre le praticien et son patient, et pour mieux les convaincre par une absence de remboursement en dehors des choix de la complémentaire.

Parmi les actes à entente directe, les actes du panier de soins pour les bénéficiaires de la CMU Complémentaire sont une spécificité. Les tarifs ont été imposés en 2000 à des valeurs bien inférieures à la pratique et sont bloqués depuis 16 ans et 10 ans. Les chirurgiens-dentistes font un effort social pour l'accès aux soins des patients CMUC sur leurs propres deniers et les seuls dans ce cas parmi les professionnels de santé.

Les actes non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont à honoraires libres. Ils sont peu pris en charge par les complémentaires santé. Il existe plus de quatre-vingt actes inscrits dans la CCAM, ces actes sont médicalement justifiés. De plus, plus de cinquante actes répertoriés sont manquants dans la CCAM, sont pratiqués au quotidien et n'ont pratiquement aucun remboursement car non codés. La proportion d'actes non pris en charge est une spécificité dentaire, montrant l'absence d'intérêt pour cette spécialité, en médecine la quasi-totalité des actes inscrits sont pris en charge dans la CCAM.

Les dépassements d'honoraires dentaires représentent 3% des honoraires. Pourcentage bien inférieur à ceux pratiqués par les médecins. Preuve que les chirurgiens-dentistes respectent la convention mais ce pourcentage va être en augmentation car c'est le signe que le modèle actuel est à bout de souffle.

Pour finir dans le quart de siècle de blocage tarifaire, les charges de fonctionnement d'un cabinet dentaire libéral ont augmentées pour représenter en 2012, 65% des honoraires. Lorsqu'un chirurgien-dentiste encaisse 100 €, il lui reste 35€ en prestation de soins.

Le constat étant fait, seule une réforme structurelle de grande envergure peut modifier et améliorer l'accès aux soins. Sans une volonté politique sans précédent, la négociation conventionnelle ne pourra aboutir sur un changement du système de prise en charge des soins dentaires. Rattraper une dérive d'un quart de siècle est un objectif extrêmement ambitieux, qui devra se faire par étapes.

Continuer à le laisser dériver va conduire à la sortie des actes dentaires de la santé publique. Nous désirons une grande réforme pour redonner le sourire au patient lors de sa venue au cabinet dentaire.

**Gérard MOREL**

## L'ÉVOLUTION DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES CHIRURGIENS-DENTISTES EN FRANCE : CARACTÉRISTIQUES DE LA FORMATION.

**Sylvie AZOGUI-LÉVY**

MCU-PH, UFR d'odontologie, Université Paris 7, Denis-Diderot

La formation des chirurgiens- dentistes est jeune dans le paysage universitaire. La création des UFR d'odontologie date de 1968 et le titre de docteur en chirurgie dentaire avec l'obtention d'une thèse d'exercice de 1972. Actuellement il y a 16 UFR d'odontologie réparties sur le territoire, adossées à des Universités et à des CHU. Cette formation évolue très vite ; ainsi, la création d'un internat en odontologie en 1999 et depuis 2011, trois qualifications sont reconnues : médecine bucco-dentaire, chirurgie orale et orthopédie dento-faciale. En 2013, la réforme des études a mis en œuvre une semestrialisation des enseignements et une adaptation aux orientations européennes (ADEE). La Formation dure 6 ans et elle est théorique et pratique. Elle commence avec le concours de la première année commune aux études de santé puis 5 années d'étude en odontologie spécifiquement. Les premières années sont consacrées à des enseignements fondamentaux, à des travaux pratiques ayant pour objectif, par simulation de situations cliniques, d'acquérir des compétences ; puis les trois dernières années sont consacrées à des stages cliniques en hôpital où l'étudiant prend en charge des patients avec l'encadrement d'enseignants hospitalo-universitaires. Un stage pratique chez un chirurgien-dentiste de ville est obligatoire en fin de cursus.

Les Enseignants sont tous hospitalo-universitaires et ont une triple mission: enseignement, soin et recherche. Il y a en France, 550 Titulaires (PU-PH, MCU-PH) et 425 contractuels (AHU-Assistants hospitalo-universitaires nommés pour 4 ans maximum).

Cette formation initiale est coûteuse (en matériels consommables et en petits équipements) et elle est insuffisamment financée sur les budgets universitaires. Une partie du financement est dévolue à l'étudiant lui-même. La profession est réglementée par un numerus clausus ayant permis une régularisation et une insertion professionnelle à 100%. Il s'est stabilisé depuis 2013 mais a augmenté en 10 ans d'environ 42%. Le numerus clausus est stable dans la mesure où le recrutement est désormais européen : 400 praticiens venant de l'espace européen seraient en mesure de s'installer en France chaque année. Un étudiant est attaché à un plateau technique ce qui pose des difficultés pour une qualité de formation avec l'augmentation du numerus clausus.

**Intégration hospitalière**

Les services d'odontologie intégrés dans des CHU ont été conçus avant tout pour répondre aux nécessités de la formation et non faisant partie d'une offre de soins. La patientèle est constituée essentiellement de personnes atteintes de pathologies médicales

complexes nécessitant un environnement adapté, de personnes handicapées, et de personnes en situation de précarité. Le nombre croissant de personnes qui recourent à ces services rend leur prise en charge extrêmement difficile avec des délais d'attente longs (jusqu'à 6 mois) attestant une demande non satisfaite. Cette situation qui fait cohabiter la formation clinique de futurs dentistes et la prise en charge de patients vulnérables entraîne un problème structurel du fait des surcoûts liés à la fonction d'enseignement des services de soins dentaires. De plus, il n'y a quasiment pas de praticiens hospitaliers exclusifs (sans charge d'enseignement) comme en médecine, qui pourraient contribuer à réguler l'offre de soins hospitalière.

En même temps, des missions spécifiques sont assurées par ces services comme la permanence des soins avec un accueil permanent des urgences et la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé pour la population en situation de renoncement aux soins dentaires.

La faible évolution du nombre d'unités cliniques en odontologie malgré l'augmentation du numérus clausus et la demande croissante de soins en secteur public du fait de fortes inégalités sociales de santé orale rendent la formation de plus en plus problématique.

**Questions posées**

Les modalités de prise en charge des soins dentaires en France et l'organisation de l'offre de soins ont un impact sur la formation des futurs dentistes. L'offre de soins ambulatoire est quasi exclusivement libérale rendant l'accès aux soins dentaires difficile pour les populations médicalement et socialement vulnérables. L'offre de soins hospitalière se trouve très rapidement saturée.

Nous n'avons pas d'études prospectives de santé publique sur l'évolution des besoins de soins dentaires et les modes de réponse possibles de l'offre libérale et hospitalière qui doivent être complémentaires, en distinguant les typologies de population (âge, pathologie, vulnérabilité).

De même, du fait de l'absence de réelle politique de prévention primaire à l'échelle nationale, la formation initiale est peu centrée sur les pratiques préventives et il n'y a quasiment pas de dentistes formés en éducation thérapeutique malgré le développement des maladies chroniques et l'impact prouvé de l'effet de la santé orale sur ces pathologies.

Un pilotage institutionnel de l'Odontologie semble ainsi indispensable afin d'aborder ces questions. L'articulation entre politique de santé, organisation du parcours de soins et enjeux démographiques avec une place de l'odontologie dans les ARS nous semble importante à développer.

Ainsi d'autres modes d'exercice et de rémunération pourraient être recherchés avec le développement d'un secteur public.

Sylvie AZOGUI-LÉVY

## L'ÉVOLUTION DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES CHIRURGIENS DENTISTES ET L'ACCÈS AUX SOINS DANS UN DÉPARTEMENT EN VOIE DE DESERTIFICATION PROFESSIONNELLE : EXEMPLE DE L'INDRE ET LOIRE.

**Jean-Pierre GALLET**

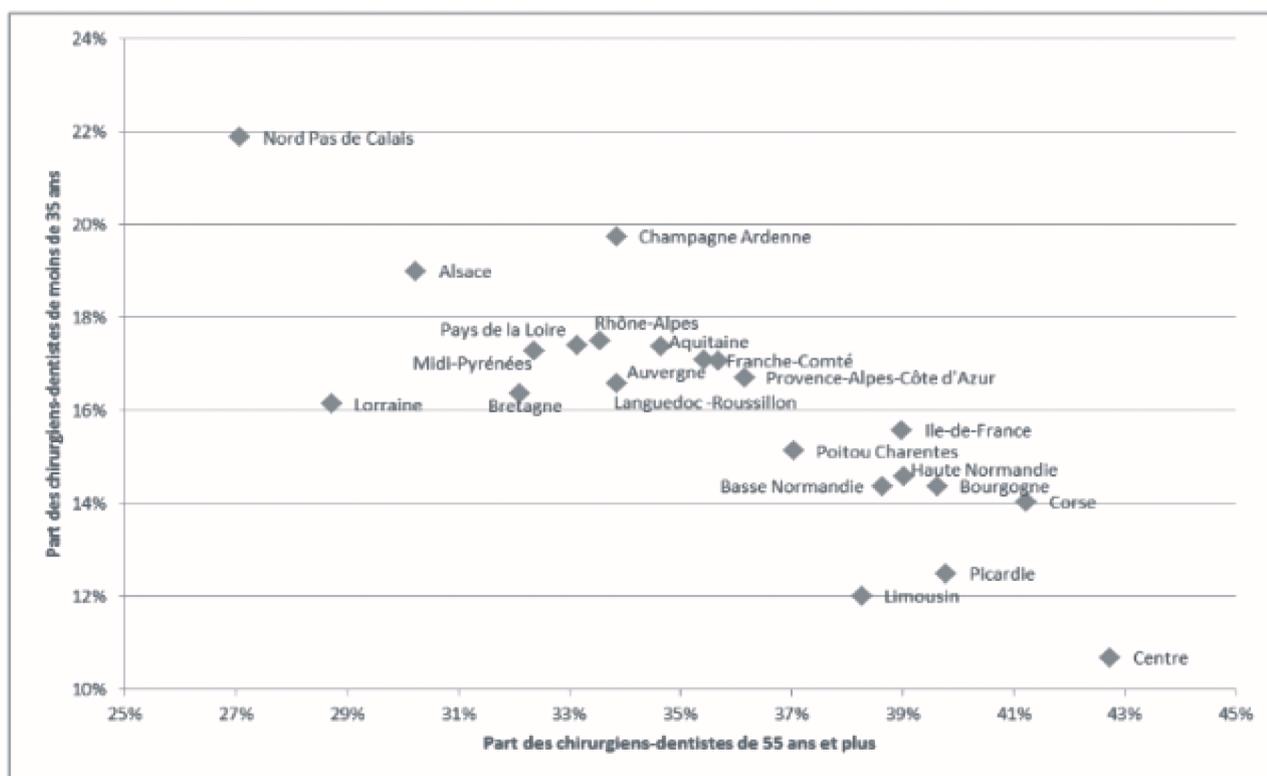
Chirurgien dentiste à Chinon, membre du CES

L'objet de cette présentation est d'exposer le cas concret de l'Indre et Loire quand à l'évolution de l'accès aux soins dentaires pour sa population, ainsi que celui de l'exercice des praticiens. L'auteur, à la fois chirurgien dentiste libéral à Chinon (8 000 habitants) depuis 30 ans, mais également membre du Collège des Économistes de la Santé, a eu une formation marquée par les travaux conduits il y a de nombreuses années avec Arié MIZRAHI, Thérèse LEBRUN et Jean-Claude SAILLY d'une part, le Groupe de Médicométrie d'Antoine BAILLY à Genève d'autre part.

### L'OFFRE DE SOINS

La région Centre-Val de Loire compte 1 067 chirurgiens dentistes (CD), soit une densité de 41,73 CD / 100 000 habitants (hbts).

L'Indre et Loire avec 281 CD est le département le mieux doté avec une densité de 47,33 CD / 100 000 hbts. Les départements mitoyens tant en Région Pays de la Loire qu'en région Aquitaine Limousin Poitou Charentes ne sont pas mieux dotés



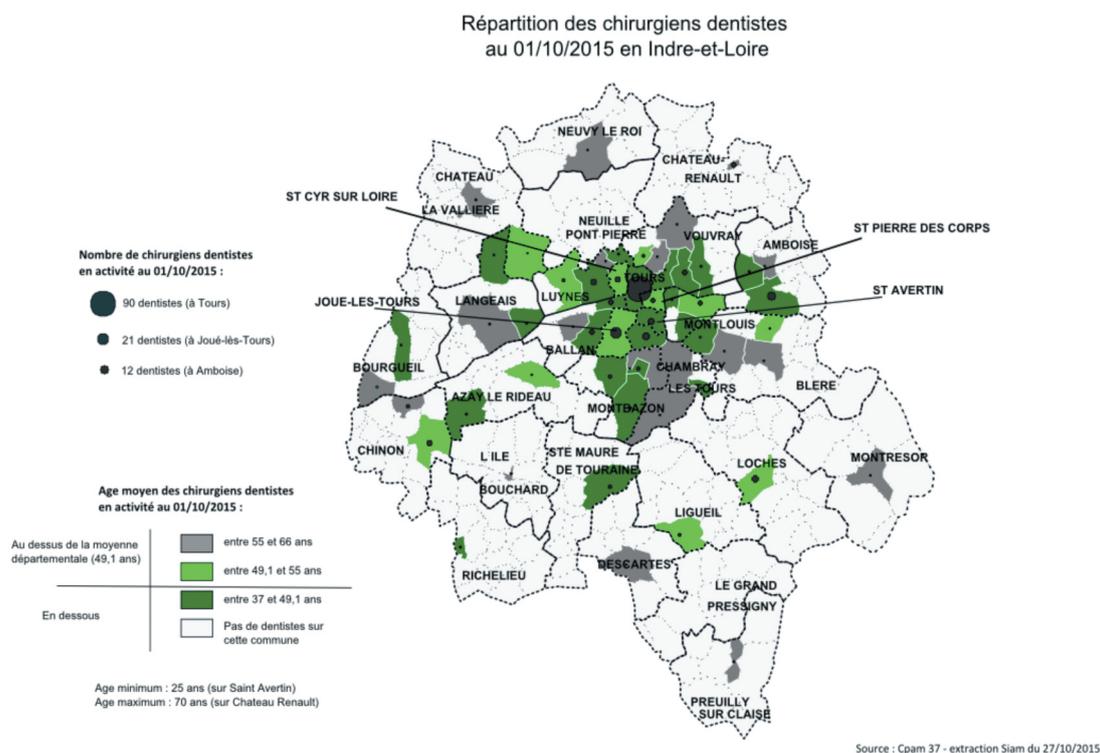
Champ : France métropolitaine

Source : RPPS, traitement DREES, 1<sup>er</sup> janvier 2013

La Région Centre-Val de Loire a le plus fort taux de CD ayant plus de 55 ans avec 43 %, et le plus faible taux de CD ayant moins de 35 ans avec à peine plus de 10 %.

La quasi totalité des jeunes chirurgiens dentistes s'installent dans l'agglomération tourangelle.

Quelques cas de collaborations qui ne se transforment pas en association ou rachat ont lieu en dehors de l'agglomération.



Contrairement aux autres départements de la Région Centre-Val de Loire, les inscriptions au Tableau du Conseil Départemental de l'Ordre ont toujours été supérieures aux radiations ces dernières années, et plus encore en 2015.

On remarquera toutefois que la part des diplômés étrangers est croissante : 16 % en 2012, 25 % en 2013, 50 % en 2014 et en 2015.

La part des installations/associations représentait en 2012 66 % des inscriptions, 62,5 % en 2013, puis chutait à 30 % en 2014 et seulement 15 % en 2015.

Les collaborations libérales avec des CD seniors représentaient 33 % en 2012, 25 % en 2013, 41 % en 2014 et 38 % en 2015. C'est un des modes d'exercice de plus en plus recherché par les jeunes praticiens.

J'évoquerai très rapidement l'exercice hospitalier. Tours, bien que doté d'un CHU et d'un hôpital pour enfants très renommés, vient de voir pratiquement disparaître son activité de soins dentaires pédiatriques en milieu hospitalier.

Les cabinets dentaires mutualistes sont implantés à Tours, Joué les Tours, Saint Pierre des Corps, Loches et

Chinon. Les effectifs des praticiens y sont stables avec des praticiens souvent assez âgés, notamment à Loches et Chinon.

Ces cabinets mutualistes qui assurent l'ensemble des soins et traitements dentaires à l'ensemble des tranches d'âge de la population subissent les mêmes effets que beaucoup de cabinets libéraux en ce qui concerne la non revalorisation des actes conservateurs et chirurgicaux par l'AMO, ainsi que l'augmentation continue des charges de toute nature.

L'Indre et Loire a vu la création en 2015 d'un centre dentaire « low -cost » à Tours, en plein centre-ville. Ces centres se sont multipliés depuis la Loi HPST qui a modifié leurs modalités de création. Il n'existe plus d'enquête a priori, mais juste un accusé de réception de déclaration.

Quelques financiers se sont partagés le territoire français pour implanter des centres dentaires associatifs, fermés les mercredis et samedis et développant une ample publicité autour de tarifs très avantageux sur des actes prothétiques et implantaires.

Ces tarifs à bas prix sont permis par une véritable chaîne de production des traitements à honoraires

libres, avec des objectifs fixés aux praticiens d'une part, et par le refus plus ou moins masqué de réalisation des soins primaires et conservateurs réalisés à perte, d'autre part.

## L'EXERCICE DES PRATICIENS EN MILIEU RURAL ET L'ACCES AUX SOINS



Au total, en matière de santé bucco-dentaire, nous sommes presque devant un cas d'école de politique de santé publique : il s'agit, en effet, d'un domaine de la santé : **physiologiquement important**, ayant un **grand retentissement psychosocial** (retentissement grandissant) ; pour lequel on possède un arsenal de **mesures efficaces**, y compris en termes de **prévention primaire** (donc à faible coût) ; qui se caractérise par de **grandes inégalités** de santé et d'accès aux soins.

Il y a maintenant plus de 20 ans, Jean-Claude SAILLY, Thérèse LEBRUN et François MENNERAT écrivaient que le problème de la santé bucco-dentaire était un cas d'école de politique de santé publique. 20 ans après, à mon sens, peu de choses ont changé, hormis la mise en place de la CCAM.

Les constats que je fais en Indre et Loire, et tout spécialement en dehors de l'agglomération tourangelle, sont les suivants

- Si rien ne change, d'ici 10 ans au maximum les patients devront aller se faire soigner dans l'agglomération tourangelle suite à la disparition des cabinets situés en zone rurale, même en sous-préfecture.
- Les cabinets situés dans cette « France périphérique », soignent des patients qui ont de forts besoins de soins, ont une mauvaise hygiène de vie tant générale que bucco-dentaire. Ils bénéficient de la CMUC, de contrats ACS, ou d'assurance complémentaire minimum (100 % de la base de remboursement), et ont généralement un très faible pouvoir d'achat.
- S'il n'existe pas par ailleurs une partie de la patientèle couverte par des contrats AMC proposant une bonne couverture pour les traitements dentaires (MFP, CAMIEG/MUTIEG...), les praticiens voient leur cabinet s'éteindre par impossibilité d'investissements, impossibilité de trouver ni collaborateur, ni successeur.

- Les praticiens exerçant dans des conditions économiques plus satisfaisantes, ne peuvent bien souvent vu leur âge et leur état de santé, réaliser des investissements importants par impossibilité de couvrir les emprunts ou crédits-baux en prévoyance.
- Le transfert d'un seul chirurgien dentiste dans une MSP, s'il apporte un confort d'exercice pour le praticien ne pérennise pas le cabinet dans le futur.

## QUELQUES CONSTATS ET PROPOSITIONS

- Le passage de la NGAP en CCAM a été réalisé avec succès.
- Il est indispensable de mettre en œuvre la réforme structurelle permettant aux cabinets dentaires de vivre des actes de prévention, et des soins conservateurs précoces. La situation actuelle, notamment dans les zones les plus défavorisées, fait survivre les cabinets par des traitements coûteux liés à l'échec de la prévention et à l'absence de soins primaires et précoces, bien pris en charge par l'AMO et l'AMC, mais réalisés à perte par les chirurgiens dentistes, est de plus en plus inacceptable.
- L'AMO et l'AMC doivent s'engager dans une prise en charge à long terme ? avec une vision de Santé Publique, et non dans une concurrence commerciale à court terme avec sélection des patients.
- L'évolution des modes d'exercice des nouveaux diplômés, la spécialisation des praticiens, les plateaux techniques de plus en plus performants, mais également de plus en plus coûteux, exigent une mutualisation et un regroupement des praticiens. La nécessité de proposer des horaires d'ouverture plus étendus pour les patients ne peut également aller que vers le regroupement de praticiens dans des pôles dentaires de bassins de vie.
- Cette évolution ne pourra se faire que par synergie d'actions entre les ARS, les collectivités territoriales, les organisations professionnelles et les acteurs de terrain.

## UNE ACTION EN COURS, SES DIFFICULTÉS

- L'expérience en cours dans le Chinonais montre qu'un projet de regroupement de cabinets dentaires avec une vision à moyen terme peut attirer des jeunes, mais nous nous heurtons à des difficultés pour intégrer un projet de MSP, notamment de la part de certains médecins généralistes.
- Il conviendra donc que dans tous ces départements en voie de désertification professionnelle majeure, les différents acteurs prennent conscience de la réalité et de l'urgence de la situation, des besoins de travailler de concert, et que les mêmes moyens mis en œuvre pour créer des MSP le soient également pour favoriser le regroupement des chirurgiens dentistes en pôles dentaires de taille pérenne, soit à mon sens un minimum de 5 praticiens.

Jean-Pierre GALLET



**COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ**

Cette Matinée thématique a reçu le soutien financier des sociétés Boehringer-Ingelheim, GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb, Malakoff Médéric et par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

#### **Les Coordonnées du Collège**

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,  
adrezsez votre courrier au :  
CES - Site CNRS - Bâtiment E - 7, rue Guy Môquet – 94802 Villejuif  
Tél : 06 07 75 14 90

E-mail : [ces@ces-asso.org](mailto:ces@ces-asso.org)  
Site internet : <http://www.ces-asso.org>

#### **La Lettre du Collège :**

Directeur de rédaction : Sophie Béjean, assistée de Nora Ferdjaoui Moumjid et Julien Mousquès  
Secrétariat de rédaction : Frédéric Bonnemaïson  
Réalisation : Louyot.  
ISSN : 1953-6755