



Inspection générale  
des affaires sociales

# Evaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien dentiste

## **TOME I RAPPORT**

Établi par

Laurence ESLOUS

Daniel NIZRI

Frédérique SIMON-DELAVELLE

Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2013 -

RM2013-096P



## SYNTHESE

- [1] Les chirurgiens dentistes sont 40 000 environ et exercent une profession médicale, en grande majorité en secteur libéral (95 %). Ils prennent en charge les pathologies acquises ou congénitales de la bouche, des dents, des gencives, des maxillaires et des tissus attenants. Ces pathologies, principalement infectieuses ou inflammatoires et parfois tumorales, peuvent avoir un retentissement général sur les conduites alimentaires et le comportement psychosocial des patients et être à l'origine de complications médico-chirurgicales en particulier chez des patients porteurs de co-morbidités ou à l'inverse être la conséquence de ces co-morbidités. Ces caractéristiques expliquent l'importance que revêtent les soins bucco-dentaires dans l'état de santé de la population : c'est la raison pour laquelle l'Inspection générale a décidé dans son programme annuel de travail, approuvé par les ministres, de mener une mission sur ce secteur, mission confiée à mesdames L. Eslous, F. Simon-Delavelle, I. Yeni et au docteur D. Nizri.
- [2] **Ce secteur est aujourd'hui caractérisé également par l'importance des masses financières qu'il draine** : elles s'élèvent à 22 % des dépenses de soins de ville, soit près d'un quart de ces dépenses, en progression constante, progression qui se traduit par la croissance soutenue des revenus des chirurgiens dentistes.
- [3] **Les honoraires totaux** (revenus bruts) s'élèvent à 10 Mds€ environ, en croissance de près de 20 % depuis 2006, pour les cabinets individuels, soit, par an, de 3 à 5,5 % d'augmentation selon les années<sup>1</sup>. Les honoraires des chirurgiens dentistes sont en moyenne de 256 000 € par an. Et pour ceux exerçant en société (près de 10 %), ils s'élèvent en moyenne à 400 000 € par an.
- [4] **Le taux de charge** d'environ 60 %, relativement stable depuis 2006, fait apparaître deux postes principaux : les achats et les cotisations sociales personnelles. La dispersion de ce taux de charge varie entre 65 % environ pour les petits cabinets et 56 % pour les plus gros en 2011. Cette dispersion, en réduction toutefois, s'explique en partie par la part des charges fixes qui pèse plus lourdement sur les petits cabinets.
- [5] **Les revenus des chirurgiens dentistes, nets de charges**, s'élèvent à près de 4 Mds€ soit une évolution de 17,4 % de 2006 à 2011. Cette évolution a été très rapide en 2010 et 2011, d'un peu plus de 11 % sur ces deux années.
- [6] Pour les seuls revenus des professionnels exerçant en cabinet individuel (hors sociétés d'exercice libéral - SEL) le revenu moyen par an est de plus de 99 000 €. Ce revenu est certainement minoré car il ne tient pas compte du fait qu'un certain nombre de chirurgiens dentistes n'exercent pas à plein temps. Il donne en outre une idée partielle du revenu moyen des chirurgiens dentistes puisqu'il a été impossible de le compléter par celui des chirurgiens dentistes exerçant en SEL, plus probablement classés dans le dernier décile de revenus. Une étude de la DREES à paraître et comportant une typologie des chirurgiens dentistes en fonction des revenus montre, cependant, que les chirurgiens dentistes aux revenus les plus élevés et qui représentent 34 % des effectifs gagnent entre un peu moins de 300 000 € et un peu plus de 400 000 €.
- [7] La progression du revenu net moyen annuel des chirurgiens dentistes comparée à celle des revenus des autres professions de santé est une des plus importantes depuis 2000 à savoir au quatrième rang des augmentations les plus importantes des professions médicales.
- [8] Cette croissance des revenus ne peut être expliquée par la seule activité des chirurgiens dentistes mais découle de la forte progression des dépassements et des honoraires liés à des actes hors nomenclature.

---

<sup>1</sup> Sauf en 2009 où les honoraires « n'ont crû que » de 2,1%.

- [9] L'augmentation du nombre total d'actes depuis 1980 est de 87 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,1 %. Jusque dans les années 1990, l'évolution générale s'explique largement par l'évolution du nombre d'actes de soins conservateurs. A partir des années 2000, les soins conservateurs sont stables, et l'évolution du nombre total d'actes traduit celle des soins prothétiques qui sont les actes les mieux rémunérés.
- [10] Cette augmentation du nombre d'actes prothétiques dans l'augmentation des dépenses totales pourrait ainsi s'expliquer par la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires sur ces actes. De fait, selon les comptes nationaux de la santé, les dépassements d'honoraires représentent, depuis 2009, plus de 50 % des honoraires totaux des chirurgiens dentistes transmis à l'assurance maladie. En 2011, ces dépassements sont de 4,6 Mds € contre 4,1 Mds€ pour les honoraires sans dépassement, en augmentation sur la période 2000-2011 de 70 % en euros courants. Sur la même période les honoraires sur la base des tarifs opposables ont augmenté, avant eux, de 37 %.
- [11] Le montant des revenus tirés des soins hors nomenclature, selon l'évaluation qu'en a faite la mission<sup>2</sup>, est d'environ 1,125 Md€ Sur la période 2000-2011, ce chiffre est en croissance de 102 %.
- [12] Face à ces évolutions marquées et à une profession très bien organisée pour les soutenir, les pouvoirs publics et l'assurance maladie obligatoire ont fait preuve d'une abstention négligente voire complaisante.
- [13] La profession s'est organisée pour défendre ses intérêts et maintenir un modèle qui lui est somme toute favorable. **Le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes** cherche un équilibre entre des actions visant à garantir le respect de la déontologie et des interventions de lobbying visant à préserver le monopole de la profession et l'exercice libéral. La jurisprudence de ses formations contentieuses est marquée par des sanctions peu vigoureuses, comme celle, toutefois, des ordres des autres professions, au motif qu'elles seraient dangereuses pour la survie d'un cabinet au-delà de deux mois d'interdiction d'exercer. La procédure comme la publicité des décisions sont également très protectrices des professionnels.
- [14] **La représentation syndicale** très unitaire, jusqu'à une période récente, est très active jusque dans les décisions de composition des structures administratives et l'action de ses prolongements associatifs (Association dentaire française - ADF et Union française pour la santé bucco-dentaire - UFSBD) ne sont pas exempts d'ambiguïté dans leur lien avec le monde industriel et commercial. Ceci fait d'autant plus question que la profession a largement occupé le terrain de la prévention, laissé libre par les pouvoirs publics comme celui des référentiels et des guides de bonnes pratiques, à de rares exceptions près.

---

<sup>2</sup> L'évaluation de la mission, réalisée sur la base des données que lui a communiquées la DGFIP, est globalement concordante avec celle de la DREES qui est de 1,1Md€

- [15] **A l'inverse, l'action des pouvoirs publics et de l'assurance maladie est caractérisée par l'abstention et l'attentisme**, négligeant la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la pratique professionnelle. Une des justifications les plus fréquentes tenait, pour la plupart des interlocuteurs de la mission, à l'impossibilité d'augmenter les dépenses prises en charge par l'assurance maladie déjà mobilisées par la médecine et le médicament. Aussi, depuis les années 80, la période est-elle marquée par l'absence de tout projet politique. Un seul plan de santé publique spécifique au domaine voit le jour en 2005, encore n'est-il consacré qu'à la prévention. Certaines réformes peinent à aboutir ou n'aboutissent pas malgré leur état d'avancement et leur importance (création de la spécialité de chirurgie buccale à l'occasion de l'organisation de l'internat d'odontologie, inscription des assistants dentaires dans le code de la santé publique assortie d'une possibilité de leur déléguer des tâches et enfin, devis dentaire). D'autres réformes telle que celle de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), repoussée depuis plus de 10 ans, restent en gestation prolongée et le pouvoir politique ne fait preuve d'aucune volonté incitative pour les faire aboutir. Enfin, la mission a fait le constat d'administrations privées de compétences spécifiques, sans coordination entre elles quant à la conception et à la conduite d'une politique de santé publique.
- [16] Au niveau régional, les Agences régionales de santé (ARS) ne parviennent pas à mobiliser de vrais moyens d'inspection, de contrôle et de sanctions et devraient, si l'on en croyait l'ADF, en référer au conseil de l'ordre chaque fois qu'une action est envisagée. En tout état de cause, la volonté de la profession de tenir l'Etat à distance est nette.
- [17] Du côté de l'assurance maladie, l'absence d'évolution générale de la nomenclature et des tarifs a eu comme contrepartie de laisser aller à la hausse les dépassements d'honoraires comme les tarifs des actes hors nomenclature. Dans la période couverte par les conventions, celle de 1997 fait figure d'exception, qui tente de rééquilibrer soins conservateurs et soins prothétiques. En revanche, avec la convention de 2006, la profession cumule, pour les soins prothétiques, l'absence d'entente préalable à leur prescription (disparue en 2003), la liberté tarifaire ainsi que la revalorisation de ces actes pré-prothétiques que sont les extractions dentaires. Il est à noter également que les chirurgiens dentistes, comme les médecins, ne sont plus obligés d'inscrire sur la feuille de maladie les actes non pris en charge par l'assurance maladie depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ce qui prive les pouvoirs publics de toute connaissance en ce domaine.
- [18] Cette absence de volonté politique est plus généralement illustrée par :
- la politique de prévention où l'Etat a laissé faire la profession ;
  - la sécurité sanitaire et notamment la maîtrise du risque infectieux, pour laquelle le seul guide existant (guide de 2006 et sa grille d'évaluation de 2011<sup>3</sup>) n'est toujours pas consensuel sur deux aspects importants<sup>4</sup>. 30 % seulement des chirurgiens dentistes avaient connaissance en 2007 de ce document. Ceci explique peut-être que, selon une enquête IPSOS de 2007, 39 % des chirurgiens dentistes ne stérilisent pas les porte-instruments rotatifs (PIR). En 2008, les résultats d'une analyse du risque infectieux lié à la non-stérilisation des PIR conclut que, en l'absence de stérilisation entre chaque patient, le risque moyen de contracter une infection suite à des soins dentaires pourrait être à l'origine chaque année en population générale de près de 200 contaminations par le virus de l'hépatite B (VHB)<sup>5</sup> ;
  - ou la qualité des pratiques caractérisée par l'absence de référentiels, de contrôles spécifiques, et l'assèchement des travaux d'évaluation menés par les régimes obligatoires.
- [19] En ce qui concerne les formations initiale et continue, la mission a pu mettre en lumière des défauts persistants malgré le caractère très récent de leur réforme.

<sup>3</sup> Guide relatif à la prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie de 2006 et grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des risques infectieux de 2011.

<sup>4</sup> La stérilisation des porte-instruments rotatifs et la qualité de l'eau des unités dentaires.

<sup>5</sup> Analyse du risque infectieux lié à la non-stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire – InVS – 15 mai 2009. Initialement concentrés sur la population carcérale, ces travaux ont été étendus par extrapolation à l'ensemble de la population.

- [20] L'information des patients et des assurés est très formelle sans que la nécessité de leur permettre d'accéder à la connaissance exacte de ce qui restera à leur charge, avant toute intervention des régimes complémentaires, ait pesé sur la conception du devis prévu par la loi.
- [21] Ce sont les assurés sociaux et les patients qui subissent les conséquences de ces carences.
- [22] **L'état de santé bucco-dentaire n'est pas satisfaisant** et les résultats de la France en la matière sont inférieurs à la moyenne européenne sur la base d'indicateurs tels que le nombre de personnes ayant toutes leurs dents naturelles (34 % en France contre 41 % en Europe) ou, en cas de dent manquante, portant une prothèse amovible (34 % en France contre 31 % en moyenne en Europe). Si les enquêtes montrent des résultats satisfaisants chez les enfants au regard de l'indice carieux, l'absence de suivi à l'âge adulte minore fortement la qualité des résultats. En outre, la prévention ne s'intéresse pas à celle des maladies du parodonte qui touche un grand nombre d'adultes à partir de la quarantaine.
- [23] **L'accès géographique aux soins est très inégal**, malgré une offre globalement suffisante : la liberté tarifaire couplée à la liberté d'installation permet aux chirurgiens dentistes de s'installer dans des zones sur-dotées, en les autorisant à compenser une moindre activité par des tarifs plus élevés.
- [24] **« Certaines populations ont du mal à accéder à un chirurgien dentiste » (pour faire suite à l'accès territorial)**. A Nice, en 2008-2009, en réponse à une enquête, près de la moitié des chirurgiens dentistes font part de leur refus de soigner les patients bénéficiaires de la CMU-C. dans une autre enquête de l'assurance maladie de 2004, il apparaît que 15 % d'entre eux ne répondent pas à la demande de prise en charge des patients handicapés et 45 % de ceux qui débutent cette prise en charge ne l'assument pas jusqu'à son terme. Enfin, plusieurs enquêtes régionales montrent que plus de 50 % des personnes âgées n'ont pas bénéficié de soins ou d'examen bucco-dentaire depuis plus de 5 ans alors qu'elles en ont besoin.
- [25] **« Quant à l'accès financier »**, la prise en charge de la dépense en soins dentaires est fonction des moyens des patients et non de leurs besoins contrairement aux principes de la sécurité sociale. La part des ménages dans le financement des soins (27 %) est beaucoup plus élevée que pour les dépenses de santé en général (11 %). La dépense qui pèse sur les ménages s'alourdit en outre avec la dérive sur certains actes et les choix thérapeutiques des professionnels : ceux-ci peuvent en effet être orientés par la politique conventionnelle encourageant les actes librement tarifés, en tout ou partie. Ainsi l'état de santé bucco-dentaire des patients est-il le reflet de leur situation économique et le coût des soins bucco-dentaires est le premier motif de renoncement aux soins.
- [26] **La qualité des soins, très imparfaitement suivie, n'est pas attestée** : ainsi, une étude, réalisée en 2003-2004 par l'assurance maladie sur les couronnes unitaires dentoportées dans la région Centre, montre que 44,3 % des couronnes présentaient au moins l'un des seize critères de non-qualité retenus pour l'étude. En ce qui concerne les traitements endodontiques, deux études de la CNAMTS font apparaître que plus de 20 % de ces traitements doivent être repris en raison d'une mauvaise qualité.
- [27] Or compte tenu de l'exercice majoritairement libéral, le patient est privé de recours à une offre alternative.

- [28] Au regard de cette situation très préoccupante, la mission a tenu à affirmer que prolonger la situation actuelle en ne modifiant qu'à la marge la structure des soins ne produirait pas les effets escomptés en matière d'accès aux soins. A l'inverse de ce qui s'est progressivement mais profondément installé, elle propose d'adopter un nouvel objectif, **placer les soins bucco-dentaires sous le régime de droit commun de la protection sociale contre le risque maladie**, caractérisé par des tarifs opposables, un taux de couverture globale de 50 % (hors affections de longue durée), ce qui aboutit à un partage de droit commun de la couverture entre les régimes obligatoires et complémentaires où l'assurance maladie est majoritaire et à la réduction du reste à charge supporté par les ménages.
- [29] **La réforme proposée** comporte quatre volets : instaurer une visite gratuite de prévention tous les deux ans pour toute la population, revaloriser les soins conservateurs en y incluant les soins du parodonte, améliorer la participation de l'assurance maladie obligatoire au remboursement des actes prothétiques, tout en maintenant le niveau des dépenses des régimes obligatoires à leur niveau actuel. Les régimes complémentaires seraient appelés à apporter leur contribution à l'AMO à hauteur des économies qu'ils réalisent grâce à la réforme (0,77 Mds€). Cette contribution pourrait alimenter un fonds selon des modalités comparables à celles présidant au fonds de prévention des risques naturels majeurs, dont les ressources n'entrent pas dans la catégorie des prélèvements obligatoires à leur niveau actuel. Une taxe temporaire et limitée pourrait être mise à la charge de l'industrie et du négoce dentaires ou des prothésistes. L'instauration de tarifs opposables limitera ceux des tarifs qui sont aujourd'hui les plus élevés et qui peuvent apparaître comme excessifs, notamment dans les grandes métropoles. Enfin, la mise en œuvre d'une politique active de prévention pourrait atténuer l'ampleur des dépenses de soins bucco-dentaires de même que certaines des mesures d'économies proposées par la mission (par exemple celle relative à l'inlay core).
- [30] Sans préjuger de l'aboutissement de cette réforme, des mesures ponctuelles doivent être d'ores et déjà mises en œuvre, qui concourent aux mêmes objectifs :
- **l'intégration, dans la CCAM**, de l'ensemble des actes qui le justifient au regard des données scientifiques et techniques, à leur coût économique. Au reste, une partie de ces actes y figurent déjà lorsqu'ils sont pratiqués par des médecins stomatologistes ;
  - **la fixation de tarifs opposables** pour les soins des gencives non pris en charge qui contribuent à la conservation de la dentition ; ces soins du parodonte sont évalués à 120 M€ par la mission ;
  - **l'inscription des prothèses sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP)** afin de pouvoir leur fixer un prix limite de vente.
- [31] Au-delà de ces propositions, la mission suggère que soient organisées la concertation et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé autour du patient et que ceci soit facilité dès la formation initiale par des modules d'enseignements communs. La pratique professionnelle doit être guidée par l'édition de référentiels et de guide de bonnes pratiques. L'information du patient doit être améliorée que ce soit à travers le site [ameli.fr](http://ameli.fr) ou les mentions à porter sur le devis préalable à tout épisode de soins, non urgent.
- [32] **Rien de tout cela ne sera possible si la capacité de pilotage de l'Etat n'est pas restaurée** au service de la conception et de la mise en œuvre d'une politique publique de santé bucco-dentaire. Un plan devra définir les objectifs de cette politique publique en termes d'accès aux soins et d'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, ainsi que les indicateurs associés. Les conditions de l'évaluation du plan devront être prévues dès sa conception. Un bilan devra être effectué et rendu public.

- [33] L'action publique devra être coordonnée et animée par un directeur de projet commun aux trois directions, DGS, DGOS et DSS, capable d'imposer chaque fois que nécessaire, la prise en compte de la chirurgie dentaire, au sein des sujets de santé publique, dans l'intérêt des patients et de mener au bout les réformes envisagées ainsi que la publication des textes en souffrance aujourd'hui.



# Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION .....	11
<b>1. LES REVENUS DES CHIRURGIENS DENTISTES SONT TIRES NON SEULEMENT PAR LA PROGRESSION DE L'ACTIVITE MAIS EGALEMENT PAR LA CROISSANCE ENCORE PLUS RAPIDE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ET DES HONORAIRES LIES A DES ACTES HORS NOMENCLATURE .....</b>	<b>12</b>
1.1 Le revenu des chirurgiens dentistes bénéficie, parmi les professions de santé, d'une des progressions par tête les plus élevées .....	12
1.1.1 Les honoraires des chirurgiens dentistes s'élèvent à 10 milliards d'euros en 2011 .....	12
1.1.2 Les charges de fonctionnement des cabinets dentaires sont relativement stables sur la période.....	14
1.1.3 La progression du revenu net moyen se situe parmi les plus importantes des professions de santé mais recouvre une grande dispersion.....	18
1.2 La croissance des revenus est tirée par l'activité mais surtout par celle des dépassements d'honoraires et des soins hors nomenclature.....	22
1.2.1 Une croissance de l'activité variable selon les périodes et plus marquée pour les actes les plus rémunérateurs (prothétiques et hors nomenclature) .....	22
1.2.2 Les dépassements et les dépenses liées à des actes hors nomenclature prennent une place de plus en plus grande.....	24
<b>2. FACE A UNE PROFESSION TRES BIEN ORGANISEE, LES POUVOIRS PUBLICS ET L'AMO ONT FAIT PREUVE D'UN ATTENTISME RELATIVEMENT COMPLAISANT .....</b>	<b>27</b>
2.1 La profession s'est organisée pour défendre ses intérêts et maintenir un modèle qui lui est somme toute favorable .....	27
2.1.1 Le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, la chambre disciplinaire et la section des assurances sociales participent largement à la protection des intérêts de la profession ..	28
2.1.2 La représentation professionnelle longtemps dominée par le syndicat historique et ses émanations associatives reste très active.....	31
2.1.3 La profession a occupé le terrain de la prévention.....	34
2.1.4 La profession a produit des guides techniques mais ne dispose toujours pas de recommandations de bonne pratique dûment validées.....	36
2.2 Les pouvoirs publics et l'assurance maladie obligatoire ont fait preuve de nombreuses carences .....	36
2.2.1 L'absence de projet politique n'a pas permis aux acteurs institutionnels d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires.....	36
2.2.2 L'absence d'évolution générale de la nomenclature et des tarifs a eu comme contrepartie l'extension de la liberté tarifaire.....	41
2.2.3 Une politique de santé publique bucco-dentaire aux objectifs et moyens limités.....	47
2.2.4 Une information des assurés très formelle .....	61
<b>3. LES CONSEQUENCES DEFAVORABLES POUR LES ASSURES SOCIAUX .....</b>	<b>65</b>
3.1 Un état de santé bucco-dentaire insatisfaisant .....	65
3.1.1 Les comparaisons avec les autres pays européens montrent que les résultats de la France en matière de santé bucco-dentaire sont inférieurs à la moyenne européenne.....	65
3.1.2 Les résultats des enquêtes épidémiologiques réalisées en France témoignent également de résultats insuffisants .....	66
3.2 Un accès aux soins inégal .....	69
3.2.1 Un accès géographique très hétérogène .....	69
3.2.2 Certaines populations ont du mal à accéder à un chirurgien dentiste .....	74

3.2.3	Contrairement aux principes de la sécurité sociale, la prise en charge de la dépense en soins dentaires est fonction des moyens des patients et non de leurs besoins .....	75
3.3	La qualité des soins n'est pas attestée alors même que les rares études existantes auraient dû pousser à l'action .....	79
3.3.1	La qualité des soins dispensés aux bénéficiaires de la CMU-C.....	80
3.3.2	La qualité des couronnes dentaires laisse à désirer.....	80
3.3.3	La mauvaise qualité des traitements endodontiques est attestée par deux séries de travaux...	81
3.4	L'absence d'offre alternative prive le patient de tout recours.....	82
<b>4.</b>	<b>LES PROPOSITIONS .....</b>	<b>84</b>
4.1	Le scénario cardinal : améliorer l'état de santé de la population nécessite de donner toute leur place aux soins bucco-dentaires au sein des soins médicaux.....	84
4.1.1	Améliorer l'état de santé de la population en prévenant la survenue des principales maladies bucco-dentaires, la carie et les parodontites.....	84
4.1.2	Revaloriser les soins conservateurs et en augmenter le nombre .....	84
4.1.3	Ces dispositions concourent à placer les soins bucco-dentaires dans le régime de droit commun de la protection sociale contre le risque maladie .....	85
4.1.4	Le scénario financier part de l'hypothèse que le reste à charge des ménages diminue et que la contribution des régimes obligatoires n'augmente pas .....	85
4.2	Sans préjuger de l'aboutissement de la réforme d'ensemble, des mesures ponctuelles doivent d'ores et déjà être mises en œuvre dans la poursuite des mêmes objectifs de qualité et d'accessibilité des soins.....	88
4.2.1	Les retombées de la prévention, avérées, doivent être exploitées.....	88
4.2.2	Les soins conservateurs doivent être revalorisés par rapport aux soins prothétiques dans une révision d'ensemble de l'équilibre entre les différents types d'actes .....	89
4.2.3	Des logiques alternatives.....	90
4.3	Améliorer la sécurité et la qualité des soins .....	90
4.3.1	Instaurer la certification des cabinets.....	91
4.3.2	Renforcer l'information des professionnels ainsi que la concertation et la coordination entre eux afin d'améliorer le suivi des patients .....	91
4.3.3	Les modalités d'exercice professionnel .....	92
4.4	L'information des patients.....	94
4.5	Rétablir la capacité de pilotage des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie .....	95
4.5.1	Cette capacité de pilotage repose sur les moyens des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie de connaître et de suivre l'évolution de la profession .....	95
4.5.2	Cette exigence de pilotage a pour but de permettre la définition d'une politique publique de santé bucco-dentaire .....	95
4.5.3	Le contrôle du respect de la réglementation, de la qualité et de la sécurité des soins.....	96
	LETTRE DE MISSION.....	99
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	101
	LISTE DES SIGLES.....	109

## INTRODUCTION

- [34] La prise en charge médico-technique des affections bucco-dentaires est aujourd'hui assurée par les médecins stomatologistes, les chirurgiens maxillo-faciaux et les chirurgiens dentistes. Ce sont ces derniers qui font l'objet de la mission n°M2012-112 inscrite au programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2012. La mission est composée de mesdames Laurence Esloos, Frédérique Simon-Delavelle et Isabelle Yeni et du docteur Daniel Nizri, membres de l'IGAS.
- [35] Les chirurgiens dentistes, au nombre total de 40 000 environ dont 95 % exercent leur profession en libéral, sont des professionnels de santé, omnipraticiens, titulaires d'un doctorat en chirurgie dentaire qui prennent en charge les pathologies acquises ou congénitales de la bouche, des dents, des gencives, des maxillaires et des tissus attenants<sup>6</sup>. Ces affections sont principalement des affections inflammatoires et/ou infectieuses (ou parfois tumorales). Outre leurs conséquences locales, ces affections peuvent avoir un retentissement général sur les conduites alimentaires et le comportement psycho social des patients. Elles peuvent également être à l'origine de complications médico-chirurgicales régionales ou générales en particulier chez des patients porteurs de co-morbidité (patients diabétiques, cardiaques, immunodéprimés, etc.). Ces mêmes co-morbidités peuvent être à l'origine d'affections bucco-dentaires.
- [36] L'organisation de la profession est relativement récente : le doctorat d'Etat nécessaire pour l'exercice de la profession n'est créé qu'en 1971<sup>7</sup>. Elle a accompagné l'augmentation de plus de 50 % en dix ans<sup>8</sup> de la consommation de soins dentaires, consommation qui représente selon les comptes nationaux de la santé 10,3 Mds€ en 2011, soit 22 % de la dépense de soins de ville.
- [37] Malgré l'importance de ce secteur, tant en termes de dépenses (presque un quart des dépenses de soins de ville) que de santé publique, le remboursement par les régimes obligatoires est faible et la prise en charge globale atypique : les régimes obligatoires qui remboursent globalement près de 70 % des dépenses de soins et biens médicaux n'assurent que 35,2 % de la couverture des soins dentaires, derrière les régimes complémentaires qui en sont désormais les premiers financeurs (38,3 % de la dépense en 2011). Le reste à charge des ménages, supérieur à 26 %, alors qu'il s'élève à 10 % environ pour les soins et biens médicaux, constitue l'un des motifs principaux de renoncement aux soins.
- [38] Aussi la mission s'est-elle donné pour objectif d'identifier, à partir de l'analyse de la situation actuelle, (revenus, pratiques professionnelles et conditions d'exercice) les raisons de cette dérive, à l'écart des progrès que la couverture des besoins médicaux des patients n'a cessé de faire en France, depuis de nombreuses années. C'est pourquoi, la mission a tenté de montrer que la situation actuelle, marquée par une évolution économique favorable aux professionnels et le profond attentisme des pouvoirs publics face à une profession très bien organisée, avait pu jouer au détriment des patients. Elle s'est efforcée de dessiner des pistes d'amélioration afin que l'accès de tous, dans la plus grande égalité et la plus grande sécurité possibles, à cet aspect essentiel des soins redevienne un objectif de la puissance publique. Elle a tenu compte du contexte budgétaire peu favorable en limitant la charge pour l'assurance maladie à son niveau actuel grâce à différentes sources de financement.

---

<sup>6</sup> Cf. annexe 1.

<sup>7</sup> Cf. annexe 2.

<sup>8</sup> La consommation de soins dentaires s'élevait à 6,7 Mds€ en 2000. En euros courants, l'évolution est de 53,2 % en 11 ans.

# 1. LES REVENUS DES CHIRURGIENS DENTISTES SONT TIRES NON SEULEMENT PAR LA PROGRESSION DE L'ACTIVITE MAIS EGALEMENT PAR LA CROISSANCE ENCORE PLUS RAPIDE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ET DES HONORAIRES LIES A DES ACTES HORS NOMENCLATURE

## 1.1 Le revenu des chirurgiens dentistes bénéficie, parmi les professions de santé, d'une des progressions par tête les plus élevées

[39] Pour analyser le revenu des chirurgiens dentistes, la mission s'est intéressée aux honoraires, facturés aux patients, aux charges supportées par les cabinets dentaires, et enfin au revenu de la profession, résultant des honoraires après déduction des charges. Le revenu étudié ici est ainsi un revenu « net » de charges mais avant impôts.

[40] Il existe des données publiques sur le revenu des chirurgiens dentistes très complètes : le revenu est connu quelle que soit sa source, libérale ou salariée, et les données sont appariées avec celles de l'assurance maladie. Mais elles concernent l'année 2008. La mission a en conséquence sollicité les services statistiques de la direction générale des finances publiques (DGFIP) qui lui ont fourni des données jusqu'en 2011. Ces dernières ne portent toutefois que sur les seuls revenus tirés de l'activité libérale, hors revenus salariaux, et ne sont pas appariées avec les données du Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

### 1.1.1 Les honoraires des chirurgiens dentistes s'élèvent à 10 milliards d'euros en 2011

[41] Le mode d'exercice des chirurgiens dentistes guide le statut fiscal de leur revenu : en cas d'exercice individuel libéral, les honoraires nets de charges sont imposés à l'impôt sur le revenu (IR) au titre des bénéficiaires non commerciaux (BNC). En cas d'exercice en société, dans le cadre d'une société d'exercice libéral (SEL), les revenus sont imposés à l'impôt sur les sociétés (IS).

#### 1.1.1.1 Les honoraires totaux perçus par la profession

[42] Les honoraires totaux perçus par la profession sont de 10 Mds€ en 2011. Depuis 2006, ils ont crû de 19 %. Le tableau suivant montre que les honoraires totaux évoluent particulièrement vite pour les revenus soumis à l'IS.

Tableau 1 : Honoraires totaux (en milliers d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Honoraires déclarés au titre des BNC</b>	7 576 535	7 823 960	7 904 947	7 926 369	8 061 047	8 214 487
(% d'évolution annuelle)		3,3 %	1,0 %	0,3 %	1,7 %	1,9 %
<b>« Recettes » déclarées à l'IS<sup>9</sup></b>	816 148	1 030 774	1 226 125	1 392 118	1 587 518	1 763 230
(% d'évolution annuelle)		26,3 %	19,0 %	13,5 %	14,0%	11,1 %
<b>Honoraires totaux</b>	8 392 683	8 854 734	9 131 072	9 318 487	9 648 565	9 977 717
(% d'évolution annuelle)		5,5 %	3,1 %	2,1 %	3,5 %	3,4 %

Source : Mission à partir des données DGFIP

### 1.1.1.2 Les honoraires moyens par chirurgien dentiste et leur évolution sur les cinq dernières années

[43] Pour les revenus imposés au titre des BNC, les honoraires moyens d'un chirurgien dentiste sont de 256 k€ en 2011, et la croissance est en moyenne de 2,6 % par an depuis 2006.

Tableau 2 : Evolution depuis 2006 des honoraires par tête perçus par les chirurgiens dentistes (BNC)

(en k€)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Croissance sur 5 ans	Croissance annuelle moyenne
	226	236	241	243	250	256	13,5%	2,6%

Source : Données DGFIP pour la mission

[44] Ces données doivent être complétées par celles relatives aux sociétés assujetties à l'IS (ou à l'IR au titre des bénéfices industriels et commerciaux - BIC<sup>10</sup>). L'exercice professionnel en société se développe rapidement sur la période récente : le nombre de sociétés passe en effet de 1 871 entreprises en 2006 à 3 257 en 2011, soit une hausse de 74 % en nombre.

<sup>9</sup> Entrent également dans cette catégorie quelques revenus déclarés au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC).

<sup>10</sup> Les sociétés concernées sont pour l'essentiel des SELARL. Pour l'exercice 2011, l'administration fiscale a ainsi comptabilisé pour l'activité des chirurgiens dentistes 3 257 déclarations redevables de l'impôt sur le revenu au titre des BIC ou redevable de l'IS. Sur ces 3 257 déclarations, 69 relèvent des BIC et 3 188 sont assujettis à l'IS. Parmi les 3 188, 3 069 sont des SELARL.

Tableau 3 : Evolution du chiffre d'affaires des entreprises soumises à l'IS  
(ou à l'IR au titre des BIC)

	Nombre d'entreprises	Chiffre d'affaires (En milliers d'euros)
<b>Exercice clos en 2006</b>	1 871	816 148
<b>Exercice clos en 2007</b>	2 229	1 030 774
<b>Exercice clos en 2008</b>	2 563	1 226 125
<b>Exercice clos en 2009</b>	2 858	1 392 118
<b>Exercice clos en 2010</b>	3 065	1 587 518
<b>Exercice clos en 2011</b>	3 257	1 763 230

Source : Note DGFIP à la mission

- [45] Le chiffre d'affaires des entreprises concernées a augmenté de 116 % en cinq ans. Le nombre de praticiens exerçant dans ces structures a lui aussi augmenté :

Tableau 4 : Nombre de chirurgiens dentistes exerçant en SELARL

2008	2009	2010	Février 2013
3 329	3 681	3 910	4 647

Source : CNSD sur la base de chiffres de l'ONCD

- [46] A partir de ces données, l'estimation des honoraires d'un chirurgien dentiste associé dans une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL) est de l'ordre de 400 000 € par an.

### 1.1.2 Les charges de fonctionnement des cabinets dentaires sont relativement stables sur la période

#### 1.1.2.1 Un taux de charges moyen voisin de 60 %, qui a connu un pic en 2009

- [47] A partir des données fournies par la DGFIP pour les BNC, la mission a calculé le taux de charge des cabinets dentaires, selon la définition retenue par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour les professionnels de santé libéraux<sup>11</sup>.

Tableau 5 : Taux de charge depuis 2006 (source BNC)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2006
Dépenses professionnelles	3 571 386	3 630 429	3 671 821	3 846 259	3 796 725	3 845 433	+7,7 %
Autres postes de charge	1 107 140	1 122 182	1 131 044	1 136 499	1 162 228	1 192 827	+7,7 %
Total des charges	4 678 526	4 752 611	4 802 865	4 982 758	4 958 953	5 038 260	+7,7 %
<b>Taux de charges</b>	<b>61,8 %</b>	<b>60,7 %</b>	<b>60,8 %</b>	<b>62,9 %</b>	<b>61,5 %</b>	<b>61,3 %</b>	

Source : Mission à partir des données DGFIP

<sup>11</sup> La DREES calcule le taux de charges en reprenant l'ensemble des postes de charges figurant dans la déclaration BNC 2035 pour déterminer le bénéfice imposable, y compris les dotations aux amortissements. Seuls les postes « plus value à court terme », « moins value à court terme » et « divers à déduire » ne sont pas repris. La ligne « dépenses professionnelles » du tableau regroupe les achats, les salaires et charges sociales sur salaires (versés par exemple aux assistants dentaires), les loyers et charges locatives, les cotisations sociales professionnelles, et les impôts et taxes. Les autres rubriques de la BNC 2035 sont comptabilisées en « autres postes de charges ».

- [48] Le niveau moyen du taux de charges est stable sur toute la période, voisin de 61 à 62 %, avec cependant une pointe à 63 % en 2009.
- [49] Rapporté aux recettes, le total des charges des chirurgiens dentistes se situe en dessous du taux de charges des laboratoires d'analyses médicales (70 %) et des vétérinaires (69 %), et au même niveau que celui des anatomo-cytopathologistes<sup>12</sup>.
- [50] Toutes les autres professions de santé ont des taux inférieurs y compris les radiologues (53 %) dont on aurait pu attendre qu'ils aient un taux de charge voisin de celui des chirurgiens dentistes. C'est plus particulièrement grâce à cet exemple que la mission estime que ces comparaisons ne sont pas pertinentes : il faudrait en effet pouvoir comparer des niveaux de revenus équivalents et des structures d'organisation de même type (exercice individuel ou exercice en société ou en groupe qui peut permettre une productivité supérieure). Il n'est pas indifférent de noter que les psychothérapeutes, avec un taux de charge de 56 %, sont les professionnels de santé qui suivent immédiatement les chirurgiens dentistes par le niveau de leur taux de charge.

#### 1.1.2.2 La structure des charges fait apparaître deux postes qui pèsent plus particulièrement

- [51] La structure générale des charges est relativement stable depuis 2006.
- [52] Elle fait apparaître deux postes principaux :
- ▶ les achats : ils représentent environ un tiers des charges des chirurgiens dentistes ; ils correspondent à des charges fixes (fauteuil, matériel de radiologie) ou à des charges variables (achat des prothèses, anesthésiques, matériaux pour la restauration dentaire ou la prise d'empreintes) ;
  - ▶ les cotisations sociales personnelles, qui demeurent à la charge du chirurgien dentiste après intervention des régimes obligatoires conformément à la convention : elles s'élèvent à un peu moins de 20 % des charges.

---

<sup>12</sup> Un tableau détaillant les charges en 2011 pour l'ensemble des professions de santé selon la source fiscale figure en annexe 3 du rapport. Les charges sont celles figurant à la ligne BR de la déclaration BNC 2035 et n'incluent donc pas les dotations aux amortissements.

Tableau 6 : Structure des charges

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Achats</b>	32,3 %	32,1 %	31,9 %	30,7 %	31,7 %	32,1 %
<b>Salaires nets et avantages en nature</b>	9,1 %	9,1 %	9,2 %	9,1 %	9,4 %	9,5 %
<b>Frais de personnel, charge sociales sur salaires, parts patronale et ouvrière</b>	6,6 %	6,7 %	6,7 %	6,6 %	6,9 %	7,0 %
<b>Impôts et taxes, TVA</b>	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
<b>Taxe professionnelle</b>	2,6 %	2,4 %	2,4 %	2,5 %	0,4 %	0,3 %
<b>Loyers et charges locatives</b>	5,9 %	6,2 %	6,2 %	6,3 %	6,5 %	6,6 %
<b>Location de matériel et de mobilier</b>	6,0 %	6,0 %	5,9 %	5,7 %	5,9 %	6,0 %
<b>Total des travaux, fournitures et services extérieurs</b>	7,2 %	7,1 %	7,2 %	7,1 %	7,3 %	7,4 %
<b>Total transports et déplacements</b>	3,0 %	3,0 %	3,0 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %
<b>Charges sociales personnelles totales</b>	17,6 %	17,5 %	16,7 %	18,6 %	18,4 %	17,6 %
<b>Total des frais de gestion</b>	4,8 %	4,8 %	4,7 %	4,6 %	4,7 %	4,7 %
<b>Frais financiers</b>	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %
<b>Pertes diverses</b>	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
<b>Autres impôts</b>	1,1 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %
<b>Contribution sociale généralisée déductible</b>	3,8 %	3,6 %	4,0 %	3,9 %	3,7 %	3,8 %
<b>Total des charges</b>	101,2 %	100,8 %	100,1 %	100,0 %	100,0 %	100,2 %

Source : Mission à partir des données DGFIP – le total des charges peut excéder 100% en raison d'erreurs déclaratives

[53] On observe en 2009 que les cotisations sociales professionnelles augmentent de 16 % par rapport à 2008, passant de 785 M€ à 910 M€, soit 70 % de la hausse des charges. Ceci s'explique par l'annulation par le conseil d'Etat<sup>13</sup>, suite à un recours de la fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), de l'arrêté du 14 juin 2006 approuvant les dispositions de la convention de 2006. Celle-ci prévoyait, pour la période du 1er mai 2006 au 30 avril 2007, une diminution des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie, en contrepartie de l'augmentation de certains soins conservateurs (cf. *infra* 2.2.2.4). La logique de l'accord a été rétablie par une décision de 2009 du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 à modifier le taux de participation des caisses aux cotisations sociales exigibles<sup>14</sup>.

[54] La baisse des charges l'année suivante (cf. tableau *supra*) renvoie à deux évolutions :

- la suppression de la taxe professionnelle, remplacée par la contribution économique territoriale, soit une charge fiscale moindre de 100 M€ chaque année, au bénéfice des chirurgiens dentistes ;
- la légère diminution des cotisations sociales personnelles (environ moins 20 M€ en 2010 et en 2011) après le pic de 2009.

[55] Ces baisses sont à rapprocher du montant total des charges, dont elles représentent environ 2,5 %.

<sup>13</sup> Arrêt du 16 juin 2008. Le principe de non rétroactivité des actes réglementaires aurait ainsi été méconnu, selon le Conseil d'Etat, dans la mesure où l'obligation de s'acquitter des cotisations pour chaque chirurgien dentiste ne devait être constituée qu'au 1er mai 2006, et le texte ne pouvait autoriser une diminution de la prise en charge des cotisations antérieurement à cette date.

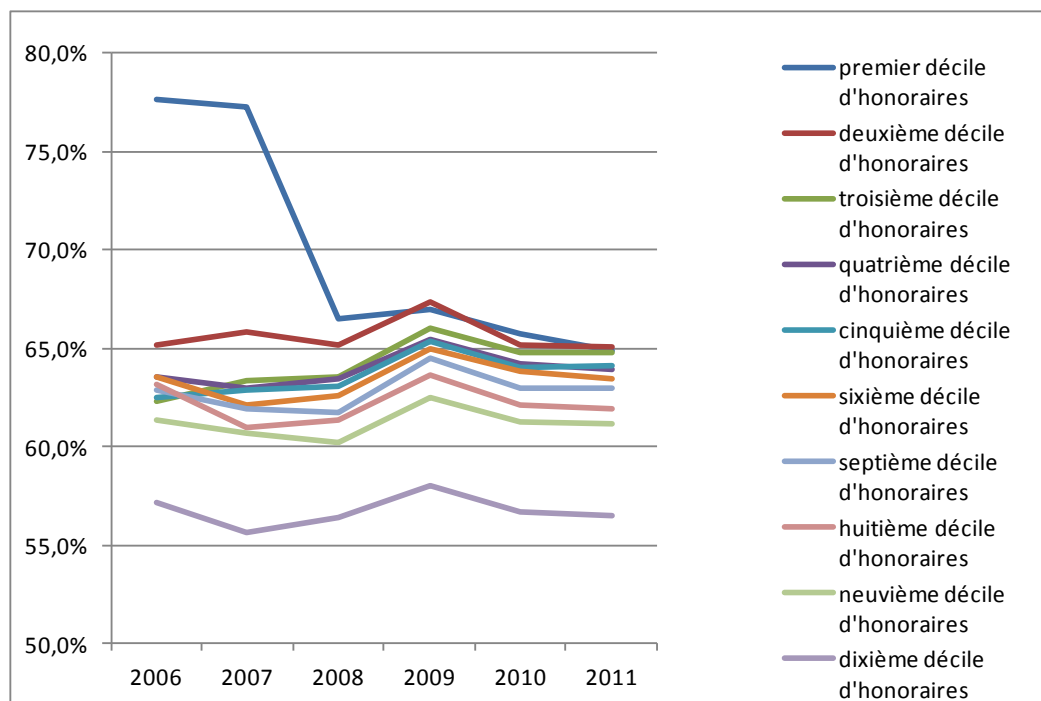
<sup>14</sup> Décision du 16 mars 2009 publiée au JO du 25 mars 2009.



### 1.1.2.3 La dispersion des taux de charges (BNC)

[56] Le graphique suivant présente, de 2006 à 2011, les taux de charges par décile d'honoraires des chirurgiens dentistes. Par abus de langage, chaque décile correspond à un regroupement de 10 % des chirurgiens dentistes, classés par honoraires croissants : le 1<sup>er</sup> décile d'honoraires désigne ici les 10 % de chirurgiens dentistes ayant perçu les honoraires les plus faibles, le 10<sup>ème</sup> décile correspond aux 10 % des chirurgiens dentistes ayant perçu les honoraires les plus élevés.

Graphique 1 : Taux de charge par décile d'honoraires



Source : Mission à partir des données DGFIP

[57] Les taux de charges par décile d'honoraires sont très voisins les uns des autres, à l'exception :

- du premier décile qui se caractérise par un taux de charges très élevé en début de période (77,6 % en 2006 et 77,3 % en 2007), avant de se rapprocher des autres déciles ;
- du dernier décile caractérisé sur toute la période par un taux de charges nettement plus faible, plafonnant à 58 % en 2009, et compris habituellement entre 56 % et 57 %.

[58] C'est dans le dernier décile que les charges pèsent proportionnellement moins, ce qui tendrait à montrer la capacité de ces cabinets à mieux amortir les charges fixes, à l'inverse de tous les autres où les différences dans le taux de charges sont mineures.

- [59] Selon les données 2011 publiées par la société de conseil Fiducial pour les cabinets individuels hors orthodontie, le poids de certains postes par tranche d'honoraires est le suivant :

Tableau 7 : Poids de certains postes de charge en fonction de la tranche d'honoraires

(en % des honoraires)	0 à 100 000 €	100 001 € à 150 000 €	150 000 € à 200 000 €	200 001 à 250 000 €	250 001 € à 300 000 €	300 001 € à 350 000 €	Plus de 350 000 €
<b>Achats prothèses</b>	12,51 %	13,84 %	14,29 %	14,95 %	14,66 %	14,45 %	14,68 %
<b>Achats fournitures, métaux</b>	3,95 %	4,71 %	5,38 %	6,10 %	5,95 %	5,87 %	6,28 %
<b>Frais de personnel</b>	6,23 %	7,60 %	8,37 %	10,31 %	12,05 %	10,33 %	9,23 %

Source : Société Fiducial, le cahier Fiducial du chirurgien dentiste 2012

- [60] Le taux de charges nettement plus faible du dernier décile peut aussi s'expliquer par un poids important dans ce décile des chirurgiens dentistes spécialisés en orthodontie et présentant une structure de charges différente de celle des omnipraticiens.

### 1.1.3 La progression du revenu net moyen se situe parmi les plus importantes des professions de santé mais recouvre une grande dispersion

#### 1.1.3.1 Le revenu libéral de la profession

- [61] Le revenu s'obtient en défalquant les charges supportées par les chirurgiens dentistes des honoraires perçus. Cette opération n'a pu être réalisée que pour les revenus déclarés au titre des BNC. En effet, les revenus nets de charges des chirurgiens dentistes exerçant dans une société ne peuvent être calculés à partir des seules données fiscales de la société, principalement du fait de l'enregistrement dans les charges de la société du montant des « salaires » que les associés se versent, auquel il faudrait de plus ajouter les dividendes versés ainsi que l'évolution de la part des associés dans les réserves.

- [62] Néanmoins, pour pouvoir estimer le revenu net de charges des praticiens exerçant en société, qu'il soit versé sous forme de salaires ou de dividendes, la mission a choisi d'abattre les honoraires perçus dans le cadre des SEL d'un taux de charge correspondant à celui du dernier décile constaté pour les BNC (cf. *supra*) en raison du niveau moyen de ces honoraires (estimé à 400 k€ par praticien) qui les classe dans les deux déciles les plus élevés.

- [63] La totalité ainsi estimée des revenus, issus de l'exercice individuel ou de l'exercice en société, montre une évolution de 17,4 % sur la période 2006 à 2011.

Tableau 8 : Evolution du revenu libéral de la profession depuis 2006  
(en milliers d'euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2006
<b>Revenus issus des BNC</b>	2 898 009	3 071 349	3 102 082	2 943 611	3 102 094	3 176 227	9,6 %
<b>Revenus SEL estimés</b>	350 944	443 233	527 234	598 611	682 633	758 189	116 %
<b>Total</b>	3 248 953	3 514 582	3 629 316	3 542 222	3 784 727	3 934 416	17,4 %
<b>Evolution annuelle</b>	-	8,2 %	3,3 %	-2,4 %	6,8 %	4,0 %	-

Source : Mission à partir des données DGFIP

[64] On observe que l'évolution du revenu libéral de la profession a été très favorable entre 2006 et 2007 (+8,2%), suite à la convention de 2006.

[65] Sur les deux dernières années, après le creux de 2009, les augmentations de 2010 et 2011 ont permis une hausse de 11,1%.

### 1.1.3.2 Le revenu net moyen par tête

[66] A partir des déclarations BNC, le revenu par praticien établi par la mission<sup>15</sup> est le suivant :

Tableau 9 : Evolution du revenu libéral par chirurgien dentiste (en milliers d'euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
<b>Revenu libéral moyen</b>	86,4	92,7	94,7	90,4	96,4	99,1	+14,8%

Source : Mission à partir des données DGFIP issues des déclarations au titre des BNC

[67] Ce revenu moyen est un minorant du revenu moyen de la profession car :

[68] – il ne prend pas en compte les revenus salariés, évalués par la DREES<sup>16</sup> à 3 300 € en 2008 ;

[69] – il n'inclut pas les revenus semble-t-il élevés des chirurgiens dentistes exerçant en SEL ;

[70] – il s'agit de moyennes par praticien qui masquent le fait qu'un certain nombre n'ont qu'une activité très réduite (chirurgiens dentistes en début ou cessation d'activité dans l'année, en cumul emploi retraite, universitaire, pluriactivité).

[71] La comparaison du revenu net moyen annuel par tête avec celui des autres professions de santé montre que celui des chirurgiens dentistes fait partie des progressions les plus importantes depuis 2000, après les ophtalmologistes, les anesthésistes, les infirmiers et les pneumologues.

<sup>15</sup> En retenant pour les charges les postes retenus par la DREES.

<sup>16</sup> Les revenus des chirurgiens dentistes en 2008, Etude et résultats à paraître.

Tableau 10 : Revenu libéral annuel par tête des professions de santé, en milliers d'euros courants

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)	taux d'évolution depuis 2000
Omnipraticiens	53,3	54,4	61,3	66,8	63,4	65,4	67,4	70,9	71,7	72,6	71,3	34%
<b>Spécialistes</b>												
Radiologues	172,5	180,6	197,1	203,8	208,8	203,9	213,3	216,9	216,2	217,1	217,9	26%
Anesthésistes	116,6	122,0	136,6	145,1	152,3	151,0	172,1	173,2	183,3	187,3	190,2	63%
Ophthalmologues	89,1	92,7	102,7	107,7	114,6	116,9	123,4	129,5	135,8	139,4	145,9	64%
Chirurgiens	94,5	97,8	108,1	111,4	117,2	118,1	126,7	124,3	129,6	130,1	132,5	40%
Cardiologues	87,7	91,5	100,0	103,4	108,1	106,4	114,1	113,9	116,4	118,1	120,8	38%
Stomatologues	80,2	85,4	95,8	101,5	105,0	105,3	103,8	109,3	112,2	113,0	116,1	45%
Gastro-entérologues	75,2	77,0	85,8	89,3	92,9	90,7	95,6	101,4	105,6	107,2	108,6	44%
Oto-rhino-laryngologistes	69,1	71,5	76,8	80,3	81,6	78,3	82,2	87,8	91,0	93,1	95,3	38%
Pneumologues	58,4	58,4	65,2	68,5	71,5	72,8	79,1	81,2	84,1	87,4	89,8	54%
<b>Chirurgiens-dentistes</b>	<b>61,6</b>	<b>67,5</b>	<b>73,1</b>	<b>77,6</b>	<b>80,1</b>	<b>79,7</b>	<b>79,4</b>	<b>83,1</b>	<b>85,5</b>	<b>86,7</b>	<b>89,4</b>	<b>45%</b>
Gynécologues	65,0	66,0	73,3	78,1	79,0	80,0	82,8	83,9	86,7	86,2	88,1	36%
Rhumatologues	56,9	58,0	63,9	66,9	70,2	66,1	71,2	77,1	79,4	79,7	81,2	43%
Pédiatres	49,2	51,7	59,3	66,0	62,5	66,5	70,0	69,9	70,0	71,1	70,9	44%
Dermatologues	52,8	55,1	59,1	59,8	62,3	58,0	57,9	62,5	62,7	62,8	64,3	22%
Psychiatres et neuro-psychiatres	48,1	49,7	53,6	55,6	59,7	60,5	59,7	61,1	62,0	62,1	63,0	31%
<b>Autres professions médicales ou de santé</b>												
Infirmiers	29,2	29,9	33,8	37,4	38,5	38,9	39,3	41,4	43,2	44,4	46,1	58%
Masseurs-kinésithérapeutes	28,7	31,4	33,4	33,9	34,6	35,0	35,5	38,3	38,9	38,6	38,7	35%

Source : INSEE d'après données annuelles DREES (p : données provisoires) ; cette source provient de données des BNC, avec une estimation pour les revenus en SEL, et diffère des données ponctuelles sur les revenus en 2008 publiées dans les comptes de la santé 2011 reposant sur les données fiscales d'imposition sur le revenu.

### 1.1.3.3 La dispersion des revenus

#### ► La dispersion des honoraires

[72] En raison de taux de croissance plus élevés pour les derniers déciles d'honoraires, la dispersion des honoraires perçus s'accroît au sein de la profession.

[73] Seuls les BNC fournissent des indications pour une étude de la dispersion des honoraires.

Tableau 11 : Dispersion des honoraires bruts perçus par les chirurgiens dentistes (BNC)

(en €)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Croissance sur 5 ans	Croissance annuelle moyenne
<b>Limite supérieure des recettes du ...</b>								
1 <sup>er</sup> décile	74 706	77 230	80 078	78 550	81 775	82 010	<b>9,8%</b>	<b>1,9%</b>
2 <sup>ème</sup> décile	112 252	117 840	121 166	120 217	123 805	125 079	<b>11,4%</b>	<b>2,2%</b>
3 <sup>ème</sup> décile	143 115	149 338	152 971	152 857	156 329	158 650	<b>10,9%</b>	<b>2,1%</b>
4 <sup>ème</sup> décile	170 901	177 935	182 529	182 519	187 405	189 839	<b>11,1%</b>	<b>2,1%</b>
5 <sup>ème</sup> décile (médiane)	198 728	206 296	212 068	212 889	216 686	220 646	<b>11,0%</b>	<b>2,1%</b>
6 <sup>ème</sup> décile	228 234	237 541	243 519	244 732	250 285	255 658	<b>12,0%</b>	<b>2,3%</b>
7 <sup>ème</sup> décile	262 676	273 957	281 649	283 379	291 109	297 429	<b>13,2%</b>	<b>2,5%</b>
8 <sup>ème</sup> décile	311 392	322 603	331 901	334 454	343 957	351 512	<b>12,9%</b>	<b>2,5%</b>
9 <sup>ème</sup> décile	392 983	409 634	421 432	428 108	442 059	453 271	<b>15,3%</b>	<b>2,9%</b>
<b>Recettes moyennes du dixième décile</b>	<b>559 525</b>	<b>594 957</b>	<b>598 830</b>	<b>609 924</b>	<b>632 608</b>	<b>654 385</b>	<b>17,0%</b>	<b>3,2%</b>

Source : Données DGFIP pour la mission

[74] Pour les BIC, l'estimation moyenne de 400 000 € par chirurgien dentiste, exerçant en SEL, figurant plus haut laisse penser que ces professionnels se situent dans les derniers déciles des revenus de la profession. Il faudrait toutefois exclure les autres formes de sociétés des chiffres communiqués par la DGFIP pour affiner ces considérations.

➤ La dispersion des revenus nets

[75] Pour les revenus déclarés au titre des BNC, le bénéfice moyen en 2011 était de 97 k€ et entre 72 k€ et 85 k€ pour les honoraires médians. Il était de 120 k€ pour le 8<sup>ème</sup> décile d'honoraires (cf. tableau ci-dessous), 151 k€ pour le 9<sup>ème</sup> décile, et 279 k€ pour le dernier décile d'honoraires. Pour 10 % de la population considérée, le revenu apparaît très faible (17 k€) et pourrait s'interpréter comme un revenu complémentaire ou accessoire d'une activité autre (par ex le salariat ou l'enseignement) ou de la retraite.

Tableau 12 : Bénéfices nets de déficits par tranche d'honoraires des chirurgiens dentistes (BNC au titre des exercices clos en 2011)

Tranches de recettes (*) des déciles (en €)	Inférieur à 82 010	82 010 à 125 079	125 079 à 158 650	158 650 à 189 839	189 839 à 220 646	220 646 à 255 658	255 658 à 297 429	297 429 à 351 512	351 512 à 453 271	Supérieur à 453 271	total
Nombre d'entreprises	3 206	3 205	3 205	3 205	3 205	3 205	3 205	3 205	3 205	3 205	<b>32 051</b>
Recettes	154 609	335 796	456 584	559 129	657 981	761 611	883 524	1 035 871	1 272 079	2 097 304	<b>8 214 487</b>
Recettes moyennes / entreprise	48	105	142	174	205	238	276	323	397	654	<b>256</b>
Bénéfice	60 354	116 693	158 636	197 853	230 845	272 567	320 424	384 652	484 674	894 336	<b>3 121 033</b>
Déficit	5 889	1 001	580	83	112	95	169	0	17	241	<b>8 188</b>
Bénéfice net de déficit	54 465	115 692	158 056	197 770	230 733	272 472	320 255	384 652	484 657	894 095	<b>3 112 845</b>
<b>Bénéfice net de déficit par entreprise</b>	<b>17</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>72</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>151</b>	<b>279</b>	<b>97</b>

Source : Données DGFIP pour la mission ; les montants sont exprimés en milliers d'euros, à l'exception du nombre d'entreprises ; (\*) Les recettes se rapportent au montant total reporté à la rubrique "AG" du tableau 2035 A de la liasse fiscale des bénéfices non commerciaux.

- [76] En 2006, 33 560 chirurgiens dentistes avaient déclaré leurs revenus au titre des BNC ; leur bénéfice moyen par tranche d'honoraires est présenté dans le tableau ci-dessous. Le taux de croissance du bénéfice net moyen (revenu net de charges) entre 2006 et 2011 s'élève à 13 %. Il est à noter que les revenus des praticiens se situant au-delà du 7<sup>ème</sup> décile d'honoraires (soit 30 % des chirurgiens dentistes) augmentent entre 13 % et 19 %.

Tableau 13 : Bénéfices nets de déficits moyens par déciles d'honoraires bruts en 2006  
(BNC au titre des exercices clos en 2006)

Tranches de recettes (*) des déciles (en €)	Inférieur à 74 706	74 706 à 112 252	112 252 à 143 115	143 115 à 170 901	170 901 à 198 728	198 728 à 228 234	228 234 à 262 676	262 676 à 311 392	311 392 à 392 983	Supérieur à 392 983	Toutes tranches
Bénéfice net de déficit par entreprise	17	34	45	55	66	77	90	106	132	235	86
Taux d'évolution 2006-2011	-1%	7%	10%	12%	8%	10%	11%	13%	15%	19%	13%

Source : Données DGFIP pour la mission (\*) Les recettes se rapportent au montant total reporté à la rubrique "AG" du tableau 2035 A de la liasse fiscale des bénéfices non commerciaux

- [77] Cette augmentation sur la période 2006-2011 de la dispersion des revenus est très certainement sous-estimée puisque les données ne portent que sur les BNC et qu'il y a une perte de substance en raison de l'augmentation du nombre de sociétés d'exercice libéral, où les honoraires par praticien sont élevés.

- [78] Une étude de la DREES à paraître analyse les revenus des chirurgiens dentistes. Selon cette étude, les revenus des chirurgiens dentistes sont très dispersés et largement dépendants des actes réalisés, avec liberté tarifaire ou non. "Les chirurgiens dentistes spécialisés en orthopédie dento-faciale, peu nombreux (ils représentent 5 % des dentistes), ont des revenus deux fois plus élevés que ceux des dentistes omnipraticiens" et plus on s'élève dans l'échelle des revenus d'activité, plus la part des honoraires (dépassements compris) issus d'actes d'orthodontie dans les honoraires totaux est importante. Inversement, "la part que représente les soins conservateurs dans les honoraires diminue quant à elle assez continûment le long de l'échelle des revenus". D'environ 30% jusqu'au 5ème décile de revenus d'activité, elle n'est plus que de 30% pour le dernier décile de revenus.

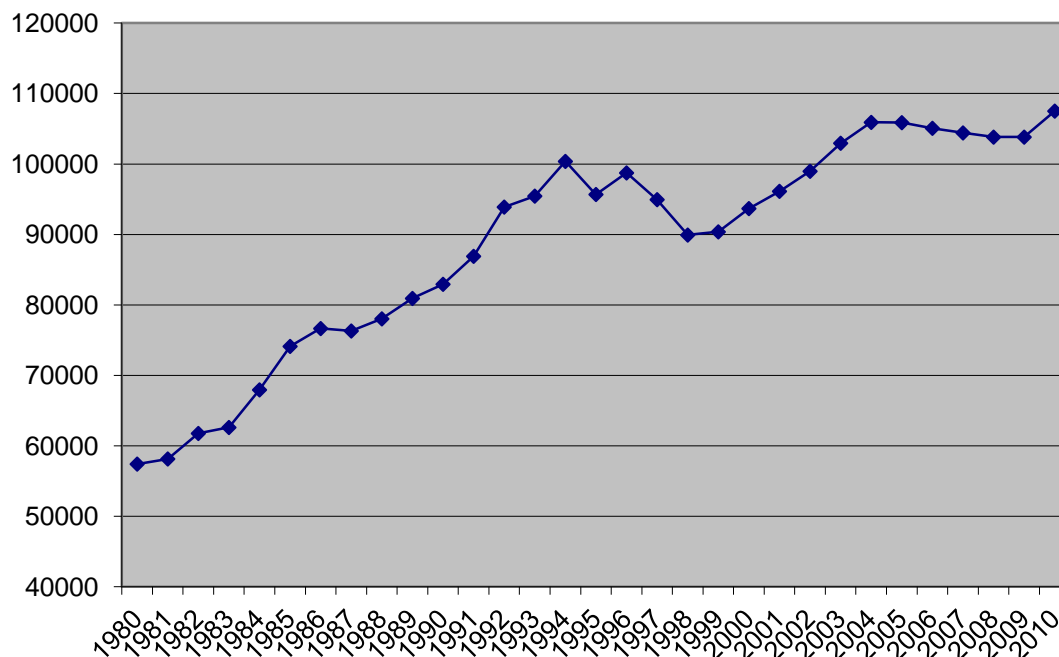
## 1.2 La croissance des revenus est tirée par l'activité mais surtout par celle des dépassements d'honoraires et des soins hors nomenclature

### 1.2.1 Une croissance de l'activité variable selon les périodes et plus marquée pour les actes les plus rémunérateurs (prothétiques et hors nomenclature)

#### 1.2.1.1 L'évolution du nombre total d'actes

- [79] L'augmentation du nombre total d'actes depuis 1980 est de 87 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,1 % avec des périodes de forte croissance (1980/1996, puis 1999/2004) suivie d'une période de légère baisse des volumes de 2005 à 2009 et reprise de la croissance en 2010.

Graphique 2 : Evolution du nombre total d'actes depuis 1980 (hors "hors nomenclature" HN)

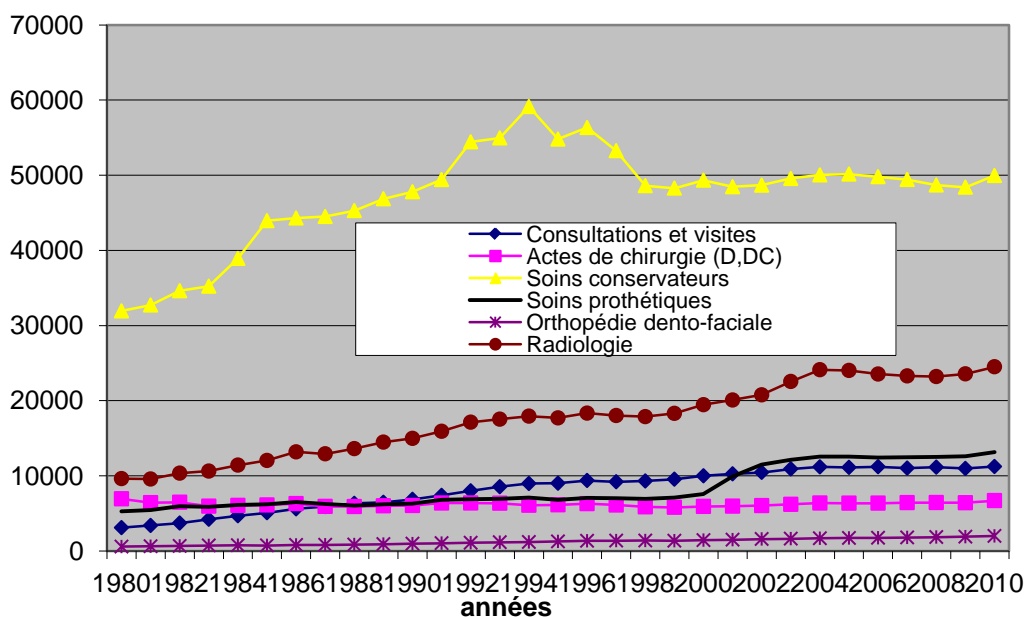


Source : Données Eco- santé 2013

### 1.2.1.2 Une évolution différenciée du nombre d'actes selon leur nature

[80] Jusque dans les années 1990, l'évolution générale s'explique largement par l'évolution du nombre d'actes de soins conservateurs. A partir des années 2000, les soins conservateurs sont stables, et l'évolution du nombre total d'actes traduit celle des soins prothétiques et des radiographies.

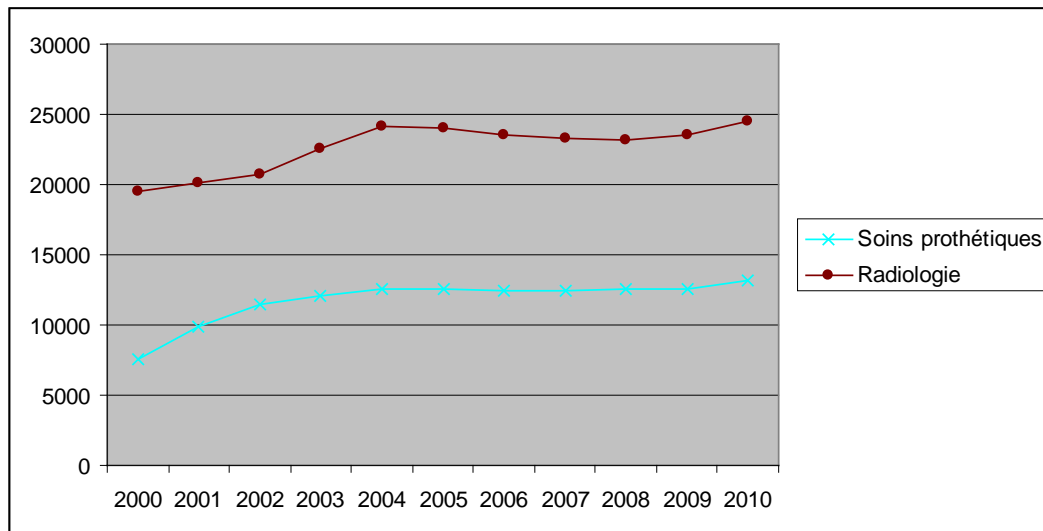
Graphique 3 : Activité des chirurgiens dentistes en volume et par type d'actes



Source : Données Eco-santé 2013

- [81] Les soins prothétiques marquent une hausse nette en 2001 et 2002, puis se stabilisent, de même que les actes de radiologie.

Graphique 4 : Activité prothétique et radiologique depuis 2000 (en millier d'actes)



Source : Données Eco-santé 2013

- [82] Ces différents graphiques ne comprennent pas les actes hors nomenclature (HN), dont l'évolution en volume est inconnue.

### 1.2.2 Les dépassements et les dépenses liées à des actes hors nomenclature prennent une place de plus en plus grande

- [83] Les dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie sont de deux sortes : les dépassements et les actes hors nomenclature. Elles s'élèvent à 5,9 Mds€

#### Encadré : Les types d'actes réalisés par les chirurgiens dentistes

1° les tarifs opposables : ce sont les tarifs d'honoraires associés à la NGAP ; ce sont essentiellement les tarifs des consultations, des soins conservateurs et chirurgicaux, des actes radiologiques et de prévention.

2° les tarifs pouvant faire l'objet de dépassements : ce sont les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques qui peuvent ainsi faire l'objet d'une entente directe avec le patient : le chirurgien dentiste doit établir un devis (comportant la description précise et détaillée du traitement envisagé, le montant des honoraires, le montant de la base de remboursement) et porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus.

3° des dépassements peuvent également être appliqués en cas d'exigence particulière du malade de temps et de lieu : « DE » ou lorsque le chirurgien dentiste bénéficie du droit permanent à dépassement : « DP ».

Dans les cas où le chirurgien dentiste est autorisé à recourir à l'entente directe ou à pratiquer des dépassements, il fixe ses honoraires avec "tact et mesure" et en informe préalablement le patient.

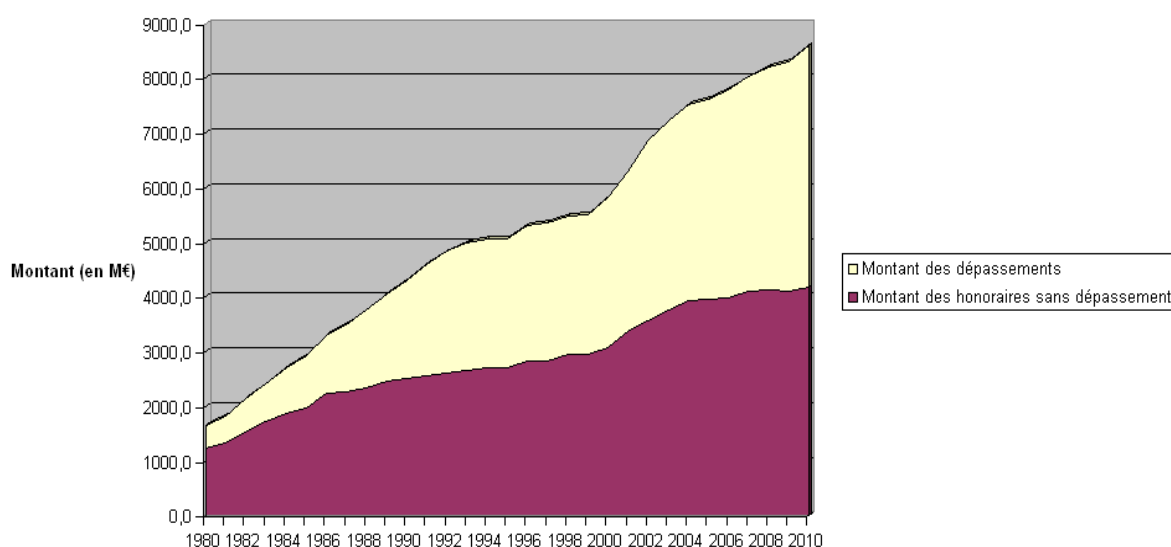
4° les actes hors nomenclature c'est-à-dire non remboursables bénéficient de tarifs libres qui contrairement aux actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, n'entraînent pas obligation pour le chirurgien dentiste de les mentionner sur la feuille de soins.



### 1.2.2.1 Les dépassements d'honoraires

- [84] Sont définis comme « dépassements d'honoraires » les suppléments de rémunération perçus sur les actes inscrits à la nomenclature mais dont les tarifs peuvent faire l'objet d'honoraires supplémentaires par entente directe avec le patient c'est-à-dire les soins prothétiques et orthodontiques (cf. encadré ci-dessus).
- [85] Ces dépassements sont connus quelles que soient les évolutions conventionnelles (cf. partie 2.2.2), le chirurgien dentiste est tenu d'inscrire sur la feuille de soins la totalité des honoraires qu'il a perçus.

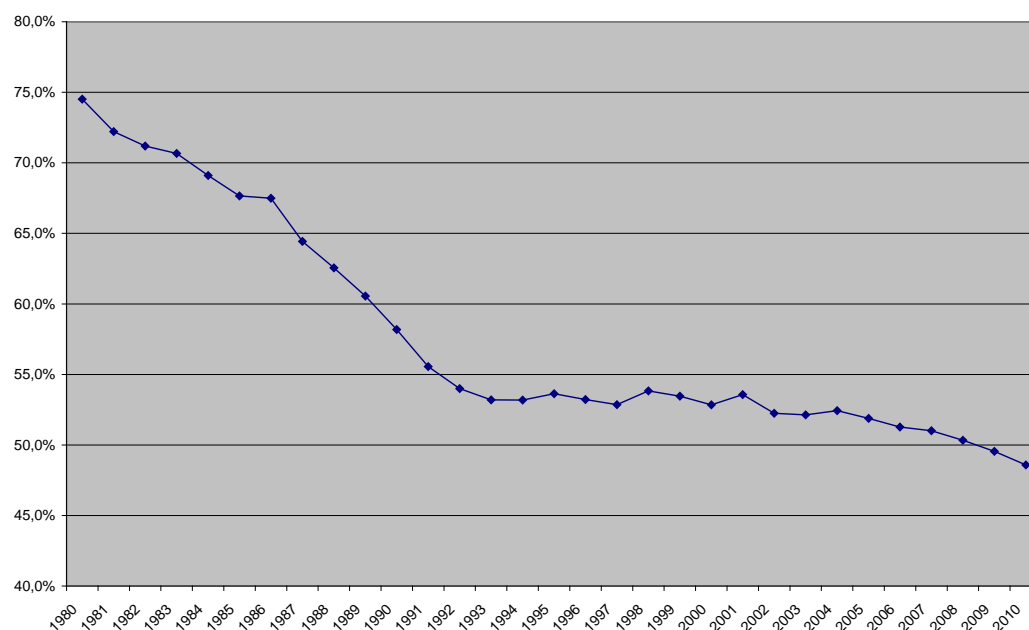
Graphique 5 : Evolution des honoraires enregistrés dans le Système national d'information inter-régimes (SNIR) depuis 1980



Source : Eco-santé 2013

- [86] Selon les comptes nationaux de la santé les dépassements d'honoraires représentent, depuis 2009, plus de 50 % des honoraires totaux des chirurgiens dentistes transmis à l'Assurance maladie. En 2011, ces dépassements sont de 4,6 Mds€ contre 4,1 Mds€ pour les honoraires sans dépassement. Ils s'élevaient à 2,7 Mds€ en 2000 contre des honoraires sans dépassement de 3,1 Mds€, soit une augmentation sur la période de 70 % en euros courants. Les honoraires sur la base des tarifs opposables ont augmenté sur la même période de 37 %.
- [87] Dans le cadre conventionnel, la profession s'est engagée « à ce que la réaffectation des prises en charge de cotisations sociales au financement des soins conservateurs ne se traduise pas, pendant les deux années de la mise en œuvre de la réforme, par une augmentation des honoraires de soins prothétiques ». Les données qui précèdent montrent que l'engagement de la profession n'a rien changé à l'évolution des dépassements qui a continué de progresser.

Graphique 6 : Part des honoraires remboursés dans le total des honoraires connus (hors HN)



Source : Eco santé 2013

### 1.2.2.2 Les actes hors nomenclature

[88] La DREES n'ayant pas la possibilité de connaître avec exactitude l'ensemble des soins dentaires, se concentre sur les soins présentés au remboursement qu'elle complète d'une évaluation forfaitaire des soins non présentés au remboursement. A cet égard en effet, il convient de rappeler que depuis la LFSS pour 2004, la mention des actes médicaux non remboursables sur la feuille de soins n'est plus obligatoire, disposition reprise par la convention nationale des chirurgiens dentistes de 2006. Ce point avait déjà été noté par la Cour des comptes dans son rapport de 2010 sur la sécurité sociale.

[89] La dernière estimation est de 1,1 Mds€

Tableau 14 : Montant estimé des dépenses de soins dentaires hors nomenclature dans les comptes de la santé (en M€)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var 2011/2000
(1) consommation SNIR (France entière, date de soins, y.c. dépassements)	5 918	6 434	6 754	7 238	7 569	7 690	7 916	8 161	8 359	8 475	8 666	8 853	49,6 %
(2) dépenses en dispensaires, au titre de l'AME, des anciens combattants	216	239	261	261	265	274	286	300	309	321	328	338	56,2 %
(3) estimation hors nomenclature	558	613	650	704	750	776	813	854	890	940	1 000	1 061	90,1 %
Consommation totale France entière (1)+(2)+(3)	6 693	7 286	7 665	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 252	53,2 %

Source : DREES pour la mission

- [90] En partant des chiffres issus des revenus fiscalement déclarés et en déduisant les honoraires enregistrés dans le SNIR, la mission aboutit à des données nettement inférieures à celles de la DREES en 2006. Ultérieurement, les données se rapprochent et celles de la mission ne sont que légèrement supérieures (60 M€), en fin de période. Au total, sur l'ensemble de la période les données ne sont pas homogènes et empêchent de faire des séries longues.

Tableau 15 : Estimation des honoraires hors nomenclature non transmis à l'assurance maladie (en M€)

2006	2007	2008	2009	2010	2011
476	694	772	843	983	1125

Source : Calculs mission à partir des chiffres DGFIP

- [91] Quoiqu'il en soit et sur la période 2000-2011, la DREES donne un taux de croissance du HN estimé à 90 %. Ce chiffre pour les raisons évoquées plus haut est sous-estimé et constitue un taux minimum. Sur la base des chiffres DGFIP, la mission a calculé une croissance de 102 % sur la même période.
- [92] Cette croissance est bien supérieure à celle des honoraires à la nomenclature enregistrés par l'assurance maladie obligatoire.
- [93] Au total, depuis 2000, ce qui explique la croissance des revenus c'est la croissance des revenus attachés aux soins dont le tarif est libre plutôt que celle - très faible - des revenus tirés de la réalisation de soins conservateurs à tarif opposable.

## 2. FACE A UNE PROFESSION TRES BIEN ORGANISEE, LES POUVOIRS PUBLICS ET L'AMO ONT FAIT PREUVE D'UN ATTENTISME RELATIVEMENT COMPLAISANT

- [94] Face à une profession très bien organisée en termes de représentation mais dont l'unité quasi-hégémonique jusqu'à ces dernières années commence à se fissurer, l'Etat et l'Assurance maladie, sont insuffisamment investis principalement par manque d'intérêt économique.
- [95] Sur deux thèmes majeurs, le rééquilibrage entre soins prothétiques et conservateurs et la prévention, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont tenté de réagir en 1997. Le premier thème est resté sans lendemain. Quant au second, l'ambition est restée limitée à la lutte contre la carie chez les jeunes de moins de 18 ans.

### 2.1 La profession s'est organisée pour défendre ses intérêts et maintenir un modèle qui lui est somme toute favorable

- [96] La représentation et la défense de la chirurgie dentaire plus encore que pour d'autres professions sont partagées entre des acteurs peu nombreux, assurant qui plus est des représentations croisées. Ainsi le conseil national de l'ordre national des chirurgiens dentistes (CNOCD) est non seulement garant du respect de la déontologie mais relai du *lobbying* actif des syndicats, constitués par scissiparité et depuis très longtemps attachés à la défense du modèle libéral en place.

### 2.1.1 Le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, la chambre disciplinaire et la section des assurances sociales participent largement à la protection des intérêts de la profession

[97] Au titre de l'article L4121-2 du code de la santé publique (CSP)<sup>17</sup>, la vocation première des Ordres professionnels est de garantir la déontologie de la profession. En pratique, et comme d'autres, le CNOCD cherche un équilibre entre des actions visant à garantir le respect de la déontologie et des interventions de *lobbying* visant à préserver le monopole de la profession et l'exercice libéral.

#### 2.1.1.1 La déontologie

[98] En pratique, et à l'instar des conseils de l'Ordre des autres professions médicales, les conseillers ordinaires<sup>18</sup> tous issus de la profession et élus par leurs pairs peuvent être en difficulté pour exercer en toute indépendance une activité de contrôle. Ainsi, qu'il s'agisse de faire respecter le « tact et la mesure » dans la fixation des honoraires, de lutter contre d'éventuels refus de soins aux bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME), de veiller à la qualité et à la sécurité des soins ou encore d'organiser la permanence des soins, les instances ordinaires des chirurgiens dentistes peinent parfois à faire primer les missions de service public sur l'esprit de corps.

[99] Ainsi, les décisions rendues par les deux chambres du conseil national de l'ordre<sup>19</sup> sont-elles caractérisées - comme celles de tous les ordres - par le faible niveau des sanctions comme peuvent l'illustrer les exemples ci-dessous ainsi que la synthèse réalisée sur la période d'octobre à décembre 2012 pour les deux instances et figurant en annexe 4 et 5. Et ce, même si ces dernières s'accordent à dire que, dès lors qu'une interdiction d'exercer ou de donner des soins aux assurés sociaux dépasse deux mois, elle met un cabinet en péril :

Condamnée à verser la somme de 500 € en première instance pour requête abusive<sup>20</sup>, une patiente bénéficiaire de la CMU-C a fait appel devant la chambre disciplinaire nationale. Reconnaisant que « *la démarche thérapeutique du praticien a été inadaptée et injustifiée par rapport au diagnostic posé initialement. Il en a résulté la dépulpage inutile de quatre dents mandibulaires [...] et à un moindre degré de trois dents maxillaires [...]. Qu'en établissant [...] un plan de traitement manifestement erroné, en procédant à un ensemble de soins abusifs et ayant porté atteinte à l'état de santé bucco-dentaire de la patiente et en réalisant notamment une réhabilitation prothétique qui, selon expert ne s'imposait pas à l'évidence, le docteur IA a commis une faute déontologique d'une particulière gravité* », la chambre disciplinaire a annulé la décision de première instance et a infligé au praticien une interdiction d'exercer pendant six mois assortie d'un sursis pour la période excédant deux mois.

<sup>17</sup> L'ordre des médecins, celui des chirurgiens dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1 du CSP. Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien dentiste ou de celle de sage-femme. Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit. Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre.

<sup>18</sup> Les conseillers ordinaires sont élus pour six ans et renouvelables par moitié tous les trois ans - Article R4125-3 du CSP.

<sup>19</sup> Siègent auprès du CNOCD la chambre disciplinaire nationale qui juge en appel les plaintes déposées en première instance auprès des conseils départementaux de l'Ordre et jugées par la chambre disciplinaire du conseil régional de l'Ordre portant sur les manquements au code de déontologie (article L4122-3 du CSP) et la section des assurances sociales, juridiction d'appel du contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale jugé par la section de la chambre disciplinaire de première instance dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (article L. 145-1 du code de la sécurité sociale - CSS).

<sup>20</sup> Au titre de l'article R741-12 du code de la justice administrative.

Condamné en première instance à une interdiction d'exercer la profession de chirurgien dentiste pendant une durée de huit mois dont cinq avec sursis, un chirurgien dentiste a fait appel devant la chambre disciplinaire nationale. Considérant que les soins réalisés avaient été « *très défectueux et de nature à entraîner ultérieurement d'importantes restaurations prothétiques et que l'ampleur et la nature des déficiences conduis[ai]ent à regarder les soins dispensés comme n'ayant pas été réalisés dans des conditions conformes aux données acquises de la science* » mais mettant en avant « *pour apprécier la gravité des fautes ainsi commises par le docteur R* » la responsabilité de la patiente qui n'avait pas respecté le calendrier des soins ni modifié ses habitudes d'hygiène, la sanction prononcée en première instance a été réduite à deux mois avec sursis.

- [100] Les synthèses font également apparaître une différence entre les jugements rendus par les deux instances, ceux de la Section sociale des assurances (SAS) apparaissant comme relativement plus sévères que celle de la chambre disciplinaire nationale. Ce constat peut probablement trouver une explication dans le fait que la première fonde son jugement sur une revue d'activité du praticien glanant ainsi plus largement les actes répréhensibles en cumulant les fraudes, fautes et abus au titre du code de la sécurité sociale mais aussi les entorses au code de déontologie qui est l'unique fondement d'intervention de la seconde. De plus, la revue d'activité permet en quelque sorte d'introduire une notion de récidive (par accumulation des actes), ce que ne fait pas la chambre disciplinaire qui se prononce sur le cas d'un seul patient.
- [101] La procédure est elle-même très protectrice des chirurgiens dentistes mis en cause. Pour ces deux instances, les décisions prises en appel ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation ce qui revient à dire que les deux premiers niveaux de jugements sont assurés sans intervention d'une formation de jugement extérieure à la profession. En outre, l'appel est suspensif et la sanction prononcée en deuxième instance ne peut être supérieure à celle prononcée en première instance lorsque c'est le chirurgien dentiste qui fait appel<sup>21</sup>.
- [102] La publicité des décisions est assurée pour le principe. La réglementation fixe les modalités de publication des décisions de la section sociale des assurances et de la chambre disciplinaire<sup>22</sup>. En pratique, les décisions de la section des affaires sociales sont affichées dans les locaux de la juridiction nationale et pour la première instance, les modalités de publicité sont laissées à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie. La synthèse réalisée montre que l'affichage dans les locaux de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est quasi systématiquement retenu dans les jugements rendus. Les décisions de la commission de discipline nationale sont publiées quant à elles dans ses locaux ou dans ceux de la juridiction de première instance.
- [103] L'ensemble des décisions constituant la jurisprudence de la chambre disciplinaire est désormais accessible sur le site Internet du CNOCD de manière exhaustive et anonyme mais selon un index alphabétique comportant 265 rubriques elles-mêmes subdivisées en de nombreux sous-items. Celle de la section des assurances sociales aurait également vocation à être mise en ligne lorsque les changements réglementaires prévus seront intervenus<sup>23</sup>.
- [104] Ces modalités de publication peuvent probablement fournir des informations aux juges de première instance, aux avocats et aux praticiens. Mais elles ne peuvent pas contribuer à renseigner les patients bien que l'Ordre ait fait état d'une volonté contraire<sup>24</sup>.

<sup>21</sup> Cette disposition émane d'une jurisprudence du Conseil d'Etat. En revanche, la section peut-être plus sévère lorsque l'appel est interjeté par le patient ou par l'Ordre.

<sup>22</sup> R4126-37 du CSP pour la chambre disciplinaire de première instance R4126-43 du CSP pour la chambre disciplinaire nationale et R145-26 du CSS pour la section des assurances sociales (en cours de révision et de recodification au moment de la rédaction du présent rapport).

<sup>23</sup> Révision du décret n°85-1353 du 17 décembre 1985.

<sup>24</sup> Communiqué du CNOCD en date du 28 janvier 2013.

- [105] Enfin, les statistiques sont très peu exploitées : le bilan établi systématiquement par la commission de conciliation<sup>25</sup> est présenté au conseil départemental<sup>26</sup>. Ces informations ne sont pas systématiquement communiquées au niveau national, et ne font l'objet d'aucune exploitation statistique.
- [106] Les décisions de la chambre disciplinaire de première instance qui sont notifiées<sup>27</sup> notamment au CNOCD ne sont pas plus exploitées statistiquement.
- [107] En ce qui concerne les juridictions nationales, le conseil d'Etat demande à chaque juridiction de suivre un certain nombre de statistiques qui sont présentées en annexe 6 du présent rapport. Ces données ne permettent pas de rapprocher les sanctions des actes sanctionnés. Elles sont exclusivement et globalement quantitatives. Elles révèlent toutefois le nombre finalement assez faible de décisions faisant l'objet d'appel au niveau national<sup>28</sup> rapporté au nombre d'actes réalisés annuellement (en 2010, 71 affaires jugées par la chambre disciplinaire du conseil national de l'Ordre et 96 par la section des assurances sociales, pour environ 11 000 patients<sup>29</sup> pris en charge).

### 2.1.1.2 La défense du monopole d'exercice de la profession

- [108] L'ordre est très attaché au respect du monopole dont jouit la profession s'agissant de l'exercice de l'art dentaire.
- [109] L'ordre intervient lorsqu'il juge qu'une atteinte est portée aux intérêts de la profession. Ainsi, par exemple, le président du CNOCD<sup>30</sup> et les secrétaires généraux de l'ADF sont-ils intervenus par écrit auprès du directeur général de la santé, à l'encontre de l'un de ses collaborateurs. Cette intervention faisait suite à un colloque à l'occasion duquel avait été présentées les conclusions de l'enquête IPSOS diligentée pour évaluer les pratiques des chirurgiens dentistes en matière d'hygiène mentionnée en partie 3.1.2.2. Les représentants de la profession considéraient que les propos tenus étaient de nature à discréditer la profession mais aussi à remettre en cause la collaboration engagée avec les pouvoirs publics (la lettre signée des deux secrétaires généraux de l'Association dentaire française (ADF) annonçait le boycott d'une réunion prévue le lendemain au ministère de la santé).
- [110] Il a également tenté de faire pression sur des chirurgiens dentistes qui acceptaient de faire partie de réseaux des organismes complémentaires pour les dissuader de poursuivre leur collaboration.
- [111] Enfin, autre exemple, celui d'un prothésiste qui avait proposé de nettoyer les appareils dentaires des résidents d'une maison de retraite et qui s'est attiré l'hostilité du conseil de l'ordre.
- [112] Témoignent de ces interventions, les saisines de l'autorité de la concurrence sur les sujets relatifs aux prothèses et aux réseaux de soins décrites dans le tableau ci-dessous.

---

<sup>25</sup> Prévue par la loi du 4 mars 2002, la commission de conciliation a été créée en 2007. Elle permet un règlement à l'amiable des litiges. Ce dispositif a entraîné une diminution du nombre de plaintes aboutissant aux juridictions de première et deuxième instances.

<sup>26</sup> Au titre de l'article R4123-20 du CSP.

<sup>27</sup> L'article R4126-33 du CSP.

<sup>28</sup> L'article R4126-1 du CSP liste les personnes ou autorités pouvant introduire une action disciplinaire contre un chirurgien dentiste (notamment le CNOCD ou le CDOCD agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, les organismes locaux d'assurance maladie, le ministre de la santé ou ses représentants, le procureur de la République, un syndicat ou une association de praticiens. Les articles R4126-43 à R4126-45 du CSP précisent les voies de recours en appel.

<sup>29</sup> Nombre de lettres-clés C ou V facturé à l'assurance maladie en 2010.

<sup>30</sup> Lettre du président du CNOCD au DGS en date du 16 avril 2009. Lettre du président du CNOCD au collaborateur du DGS en date du 16 avril 2009. Lettre des deux secrétaires généraux de l'ADF au DGS en date du 27 avril 2009. Réponses du DGS d'une part au CNOCD et d'autre part à l'ADF (+ diaporama support de la présentation incriminée) en date du 13 mai 2009.

Tableau 16 : Exemples de décisions de l'autorité de la concurrence

Auteur de la saisine	Instance visée	Objet de la saisine	Décision rendue (références)
Société Prodentel (prothésiste)	CDOCD 63 et CNOCD	Pratiques mises en œuvre par le CDOCD 63 et CNOCD – Nettoyage des prothèses	La société Prodentel reprochait au CDOCD d'être intervenu auprès de maisons de retraite pour empêcher des interventions de nettoyage des prothèses proposées par la société. Condamnation du CDOCD 63 à une sanction pécuniaire de 1 000 € pour avoir enfreint l'article L.420-1 du code de commerce (atteinte à la concurrence) et obligation faite au CNOCD de publication d'un extrait de la décision (n° 05-D-43 du 20 juillet 2005).
Santéclair	CNOCD et CDOCD 16, 66, 83 et 84	Pratiques mises en œuvre par le CNOCD et CDOCD 16, 66, 83 et 84 sur le marché de l'assurance complémentaire en santé	Santéclair reprochait à l'Ordre une campagne de boycott et des menaces proférées à l'encontre de chirurgiens dentistes maintenant une relation avec elle. Condamnation du CNOCD à une sanction pécuniaire de 76 000 € et de cinq CDOCD à respectivement 600 €, 300 €, 200 €, 550 € et 600 € pour avoir enfreint l'article L.420-1 du code de commerce (n° 09-D-07 du 12 février 2009).

Source : Mission

## 2.1.2 La représentation professionnelle longtemps dominée par le syndicat historique et ses émanations associatives reste très active

### 2.1.2.1 Le paysage syndical

[113] La profession est très syndiquée : la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) revendique 15 000 adhérents, l'Union des jeunes chirurgiens dentistes (UJCD) 3 500 et la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL) 3 000, soit plus de 50% des chirurgiens dentistes.

[114] Pendant longtemps très monolithique, le paysage syndical de la profession dentaire tend à se scinder en trois grands courants : la CNSD, l'UJCD-Union dentaire et la FSDL.

- [115] Créée en 1935, la CNSD est le syndicat historique des chirurgiens dentistes et reste aujourd'hui majoritaire (51% des voix)<sup>31</sup>. Elle revendique 15 000 adhérents dont 13 000 sont couverts depuis 2011 par un contrat d'assurance groupe souscrit auprès de la MACSF, au titre de la responsabilité civile professionnelle, qui est un moyen de fidéliser ses adhérents, en profitant de la masse qu'elle représente. Jusqu'en 1996, elle était la seule organisation représentative de la profession à signer les conventions avec l'assurance maladie et souhaite rester l'interlocuteur principal des pouvoirs publics. Mais il s'agit, comme son nom l'indique, d'une confédération : ses décisions et orientations peuvent être contestées par les représentants départementaux (le Conseil des départements étant chargé d'administrer la CNSD et de contrôler l'action du bureau confédéral), ce qui tout en induisant des risques de divergences entre le local et le national, ne peut qu'en limiter l'expression. Des entretiens menés par la mission auprès des interlocuteurs de la CNSD, il ressort que le niveau national très activement occupé à la défense des intérêts de la profession paraît conscient de la nécessité d'en adapter les messages. Il doit notamment tenir compte, pressé par les instances locales, de l'hétérogénéité des revenus des chirurgiens dentistes et des modes d'exercice sur le territoire national schématiquement partagés entre les grandes métropoles et le reste de la France. Il évoque également, a contrario, la nécessité d'intégrer dans sa réflexion les limites du système qu'elle défend au regard du poids que pèsent les soins dentaires sur le revenu des ménages, du fait de l'entente directe sur les prix ou de la liberté des tarifs. C'est à ce titre que le niveau national indique réfléchir aujourd'hui à un nouvel équilibre entre soins conservateurs et soins prothétiques qui permette un maintien du modèle libéral.
- [116] Emanation de la CNSD et créée en 1960 sous le statut d'association loi 1901, l'UJCD est devenue un syndicat en 1995, prenant alors le nom d'UJCD-Union dentaire. Historiquement deuxième force professionnelle après la CNSD, elle est signataire de la convention dentaire depuis juillet 1997 et rassemble désormais au-delà des professionnels jeunes. Les dernières élections ont conduit à un net recul de l'UJCD (19 % des voix) qui a dès lors adopté des positions plus radicales.
- [117] Enfin, née en 1991, la FSDL a rassemblé plusieurs structures syndicales et associatives. Elle considère que « *tout carcan administratif par des encadrements des honoraires de la formation professionnelle, des modes de rémunération ne peuvent que porter atteinte à la qualité des soins* » et que « *les libertés individuelles doivent être privilégiées et défendues face aux volontés de contrôle et de contraintes administratives* »<sup>32</sup>. Elle a connu une percée très nette aux dernières élections professionnelles en remportant 30 % des voix.
- [118] Le pouvoir de l'action syndicale s'est régulièrement illustré dans la négociation conventionnelle ou dans les débats sur la communication au patient du prix d'achat des prothèses par le chirurgien dentiste qui devait à l'origine figurer sur le devis (cf. chapitre 2.2.4.3). Bien qu'ayant eu gain de cause en ce qui concerne la mention du prix d'achat des prothèses, devenu pris de vente, la profession semble avoir temporairement reporté la mise œuvre de ce devis, qui figure pourtant dans l'avenant n°2 à la convention de 2006 (publié en juillet 2012), en avançant plusieurs raisons dont la plupart sont sujettes à caution :
- Le praticien ne peut faire des calculs aussi fastidieux à la main pour chacun des actes proposés sur le devis. Il fallait donc laisser un délai, d'information et d'explication aux éditeurs de logiciels de gestion de cabinet dentaire et un délai de développement aux éditeurs de logiciels, de tests et ensuite de mise à jour et de déploiement. Le principe de calcul a été basé sur les données comptables des BNC, majoritaires dans la profession. D'autres formes d'exercices comme les SEL, les salariés sont aussi concernées. Il faut donc tenir compte des différents plans comptables. Il faut également tenir compte des derniers installés sans données comptables et sans références économiques. Les dernières propositions de la profession semblent avoir été adressées à l'UNCAM, les dernières modifications ont été

<sup>31</sup> La représentation des professionnels de santé a été réformée avec la création des unions régionales des professionnels de santé (URPS) par la loi HPST. Dans chaque région, URPS rassemble les représentants des professions de santé qui exercent à titre libéral sous le régime conventionnel de l'assurance maladie. S'agissant des chirurgiens dentistes, les élections sont intervenues en décembre 2010.

<sup>32</sup> Présentation de la FSDL – Site Internet consulté le 25 mars 2013.



actées lors de la dernière Commission Paritaire Nationale et la relecture est en cours avant transmission aux éditeurs de logiciels.

- Le texte de loi s'appliquant aussi aux centres de santé, et aux stomatologues, il faut que le devis soit retranscrit dans leur convention. Les chirurgiens dentistes libéraux seront prêts à appliquer le nouveau devis avant les autres types d'exercices concernés mais ils ne doivent pas être les seuls à l'appliquer.
- Le devis de l'avenant n°2 s'applique aux actes de la Nomenclature générale des actes professionnels il faut l'adapter à la future CCAM.

### 2.1.2.2 L'association dentaire française : une autre forme d'expression de la profession

[119] Créée en 1970, l'ADF rassemble aujourd'hui vingt-six organismes professionnels (essentiellement des sociétés scientifiques et des syndicats). Elle a une double fonction : la formation continue et la défense de positions ayant préalablement fait l'objet d'un consensus au sein de la profession.

[120] Elle organise un congrès annuel, événement de référence pour la profession. L'une des caractéristiques à souligner de ce congrès est qu'il est conjoint avec les industriels, puisqu'aux termes des accords qu'ils ont passés en 1999, l'ADF et le COMIDENT (Comité de coordination des chambres syndicales de l'industrie et du négoce dentaire) sont convenus d'organiser une seule manifestation annuelle nationale. Un comité de l'exposition du Congrès de l'ADF, avec une représentation paritaire des deux organismes, assure l'implantation de l'exposition et la répartition des stands.

[121] Ce congrès qui réunit chaque année plusieurs dizaines de milliers de visiteurs (cf. tableau 17) est fréquenté par l'ensemble des professionnels du monde dentaire (chirurgiens dentistes mais aussi prothésistes, assistant(e)s dentaires, industriels, ...) (cf. tableau 18). Il propose à la fois des séances de formation (conférences, cours, démonstrations sur patients, séances interactives, ateliers travaux pratiques, ateliers de dissections,...) et des démonstrations de matériel sur des stands tenus par les industriels du secteur.

[122] L'entrée est gratuite pour les congressistes, le financement étant assuré par la vente des 22 000 m<sup>2</sup> de surface d'exposition (au tarif de 540€ HT/m<sup>2</sup>) aux quelques 400 exposants qui participent à ce congrès. A la mi-avril, les inscriptions étaient closes témoignant de l'importance accordée à l'événement par les industriels.

Tableau 17 : Nombre de visites au congrès de l'ADF et évolution depuis 2010

	2010	2011	%	2012	%
<b>Visiteurs y compris congressistes dédoublonnés</b>	24 878	25 166	+ 1,15	26 114	+ 3,77
<b>Revisites</b>	15 607	15 277	- 2	15 389	+ 0,73
<b>Visites (hors comités, officiels et agents-exposants)</b>	40 485	40 443	- 0,10	41 503	+ 2,62
<b>Visites cumulées avec comités officiels, exposants et agents-exposants</b>	Non comptabilisés	53 355		55 838	+ 4,65

Source : ADF Congrès – Exposition 2012 – les chiffres

Tableau 18 : Répartition des visiteurs du congrès par catégorie professionnelle

	2011	%	2012	%
<b>Chirurgiens-dentistes</b>	25 091	62,04	25 931	62,48
<b>Etudiants en chirurgie dentaire</b>	2 892	7,15	3 266	7,87
<b>Assistant(e)s dentaires</b>	4 416	10,92	4 591	11,06
<b>Prothésistes dentaires</b>	1 017	4,74	1 544	3,72
<b>Représentants de sociétés commerciales</b>	3 163	7,82	3 470	8,36
<b>Ingénieurs</b>	473	1,17	498	1,20
<b>Pharmaciens</b>	174	0,43	124	0,30
<b>Personnes accompagnantes</b>	2 317	5,73	2 079	5,01
<b>Total</b>	40 443	100,00	41 503	100,00

Source : ADF Congrès – Exposition 2012 – les chiffres

- [123] Dans le registre des démarches qualité, l'ADF a tenté d'investir un terrain laissé vacant par les pouvoirs publics en mettant à la disposition des professionnels dix-huit référentiels de qualité<sup>33</sup>. La démarche proposée leur permet de contrôler que leur activité est conforme aux exigences scientifiques et d'évaluer le niveau et l'évolution de leurs pratiques par rapport à la référence.

### 2.1.3 La profession a occupé le terrain de la prévention

- [124] L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) est une autre association loi 1901 créée, à l'initiative de la CNSD, en 1966, et logée dans le même immeuble que l'ADF. Elle s'est fixé trois objectifs stratégiques : la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention, l'accompagnement des chirurgiens dentistes dans leur exercice quotidien et l'international. Elle assume par ailleurs une stratégie de partenariat avec le monde économique<sup>34</sup>.
- [125] Elle intervient dans le cadre d'un partenariat dit « grand public » qui permet à des industriels (agroalimentaire, matériel dentaire, ...) d'apposer le logo de l'UFSBD ainsi considéré comme une garantie de qualité et de conformité des produits et pratiques à la santé bucco-dentaire, sans contrôle public.



<sup>33</sup> L'intégralité de ces référentiels sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.adf.asso.fr/fr/nos-actions/qualite>

<sup>34</sup> Liste des partenaires de l'UFSBD : 3M Espe, Alara Solutions, Allègre Puériculture, Cadbury Hollywood, Carte Blanche, Colgate-Palmolive, EMS, Geb, Henkel, Henry Schein, In Extenso, Johnson & Johnson, Julie Owand, Kavo Dental, La Brosse et Dupont, Laboratoire Odost-Buccotherm, Laboratoires Expanscience, La Brosserie Française, La Médicale, Landauer Europe, Omega Pharma, Perfetti Van Melle, Philips, Pierre Fabre Santé, Procter & Gamble, Roquette, Unilever, Webdentiste, Wrigley. Site Internet [www.ufsbd.fr](http://www.ufsbd.fr).

- [126] Elle intervient également dans le cadre d'opérations de santé publique dont la plus emblématique est M'Tdents, le programme de prévention mis en place par l'assurance maladie. L'UFSBD est en effet le prestataire privilégié de l'assurance maladie (la concurrence en la matière étant quasi inexistante et l'UFSBD ayant développé un maillage sur l'ensemble du territoire) pour organiser les séances de prévention et d'éducation pour la santé dans les écoles. En pratique, les UFSBD départementales répondent à l'appel à candidature sur la base d'un dossier unique mis au point au niveau national (moyennant une contribution financière versée à l'association nationale : 668 441,73€ prévus pour 2013). Après sélection, l'UFSBD se voit verser un montant déterminé en fonction du nombre d'enfants bénéficiant du programme (dans la limite de 10 €/enfant). En 2012, les UFSBD départementales ont reçu 2 M€ de la part de l'assurance maladie. Ces opérations supposent l'utilisation de matériel pédagogique et la remise de matériel de brossage des dents ce qui a poussé l'UFSBD à créer « Idée Prévention », société commerciale chargée de commercialiser les produits de communication nécessaire à cette sensibilisation<sup>35</sup>. Cette activité comme les recettes que lui procurent les droits d'utilisation de son logo par l'industrie agro-alimentaire, créent une ambiguïté qu'il conviendra de lever. L'UFSBD a récemment décidé de réserver aux chirurgiens dentistes et à elle-même les produits commercialisés par Idée prévention qui étaient initialement accessibles à n'importe quel client.
- [127] S'agissant de l'accompagnement des chirurgiens dentistes dans leur exercice quotidien qui constitue un autre des objectifs qu'elle s'est fixé, l'UFSBD a développé des partenariats avec différents intervenants tels que des cabinets d'expertise comptable, des bureaux de contrôle, fabricants, *etc.* somme toute assez loin de l'image de prévention qu'elle s'est créée.
- [128] L'UFSBD est également très présente sur le terrain de la formation continue des professionnels de santé.
- [129] Le tableau ci-dessous illustre ses différentes activités et le budget prévisionnel afférent pour l'année 2013 et qui est présenté avec un solde négatif. La description complète de son activité figure dans le dernier rapport moral disponible (2009-2010).

Tableau 19 : Budget prévisionnel de l'UFSBD pour l'année 2013

Postes	Recettes (€)	Dépenses (€)	Résultats (€)
<b>Partenariat grand public</b>	1 442 536,67	283 344,50	1 159 192,17
<b>Opérations de santé publique</b>	668 441,73	383 691,47	284 750,26
<b>Formations</b>	768 008,00	575 475,00	192 533,00
<b>Partenariats professionnels</b>	254 000,00	91 740,00	162 260,00
<b>Communication</b>	172 242,00	568 667,87	-396 425,87
<b>Evénements et vie associative</b>	80 852,00	152 013,67	-71 161,67
<b>Subventions</b>	55 200,00	90 042,94	-34 842,94
<b>Frais de fonctionnement</b>	173 213,67	1 666 749,15	-1 493 535,48
	3 614 494,07	3 811 724,60	-197 230,53

Source : UFSBD

<sup>35</sup> Les dernières données publiées par l'UFSBD (la vie de notre association – rapport moral du 01/10/2009 au 30/09/2010) liste les produits « phare » de l'entreprise : 688 491 brosses à dents vendues, 413 226 affichettes et dépliants, 217 139 instruments stériles jetables et 17 044 autocollants.

- [130] Grâce à l'action de l'un de ses présidents<sup>36</sup>, par ailleurs membre du cabinet du ministre de la santé de 2005 à 2007, l'UFSBD et son bras armé commercial (Idée prévention) sont aujourd'hui une organisation qui s'est imposée sur l'ensemble du territoire, laissant parfois peu de place à d'autres intervenants.
- [131] Les actions développées par la profession à titre autonome ou comme prestataire de l'assurance maladie ont montré une certaine efficacité, dont, ainsi déchargés, les pouvoirs publics se sont satisfaits. Cette organisation a toutefois limité l'inclusion de la prévention dans la politique de santé bucco-dentaire, la privant ainsi d'une de ses parties les plus importantes.

#### 2.1.4 La profession a produit des guides techniques mais ne dispose toujours pas de recommandations de bonne pratique dûment validées

- [132] Lorsque l'on interroge les acteurs de la santé bucco-dentaire et les chirurgiens dentistes en particulier sur l'existence de sociétés savantes dans leur champ d'intervention, beaucoup désignent l'ADF qui malgré le fait qu'elle compte de nombreuses sociétés scientifiques parmi ses membres n'est pas une société savante.
- [133] Cette dernière s'est engagée dans la publication de guides techniques qui bien qu'utiles ne constituent pas des recommandations produites selon la méthode validée par la Haute autorité de santé – HAS (cf. partie 2233). La liste complète est disponible sur le site de l'ADF<sup>37</sup>. Les documents sont adressés à l'ensemble des chirurgiens dentistes au moment de leur publication puis disponibles à la vente (au tarif de 5€).

## 2.2 Les pouvoirs publics et l'assurance maladie obligatoire ont fait preuve de nombreuses carences

- [134] L'Etat et l'assurance maladie n'ont jamais donné aux soins bucco-dentaires l'importance qu'ils méritaient. L'un et l'autre ont pu considérer que le surcoût d'une revalorisation des tarifs ou d'une amélioration des possibilités d'accès à ces soins, voire de leur mise à niveau avec les soins dispensés en ville chez les médecins serait insupportable aux finances publiques.

### 2.2.1 L'absence de projet politique n'a pas permis aux acteurs institutionnels d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires.

- [135] A de nombreuses reprises, plutôt que de faire les réformes annoncées, les ministres ont préféré suspendre les évolutions nécessaires. Il en est ainsi des différentes lettres ministérielles<sup>38</sup> qui ont suspendu l'application de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) aux soins d'orthodontie (1983), étendu la pratique des dépassements d'honoraires (1987), et des arrêtés qui ont validé les conventions ultérieures procédant du même esprit.
- [136] La présence dans les cabinets des ministres successifs en charge de la santé de chirurgiens dentistes de 2002 à 2007 change provisoirement la donne de même que le recrutement pour la première fois en 2001, d'un chirurgien dentiste à la Direction générale de la santé (DGS) (à la suite du rapport de l'Igas relatif aux lignes directrices pour une réforme dentaire<sup>39</sup>), ainsi que la création d'une commission permanente d'odontologie auprès de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) en 2004.

<sup>36</sup> Depuis sa création, l'UFSBD a connu trois présidents dont deux sont restés en place pendant vingt-trois ans, le troisième n'est en poste que depuis un peu plus d'un an.

<sup>37</sup> <http://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/publications/dossiers-de-ladf?view=rokquickcart&id=80>.

<sup>38</sup> Ces lettres ministérielles figurent en annexe 14 du présent rapport.

<sup>39</sup> Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires : lignes directrices pour une réforme dentaire, juillet 2001, Michel Yahiel

### 2.2.1.1 Les administrations centrales ne se sont pas mobilisées autour d'une politique fédératrice

- [137] La faiblesse des moyens consacrés au dentaire symbolise l'absence d'une stratégie nationale qui aurait pu être portée par une volonté politique pour mobiliser et coordonner les nombreux acteurs institutionnels.
- [138] Le plan de prévention bucco-dentaire de 2005 est le seul plan national consacré à la chirurgie bucco-dentaire existant sur toute la période. Mais, comme son nom l'indique, il est limité à la prévention et ne retient que deux priorités : la lutte contre une pathologie, la carie, et des actions en faveur d'une population, les enfants et les adolescents. S'il inscrit pour la première fois la santé bucco-dentaire au rang des préoccupations de la politique de santé publique, son élaboration pâti du manque d'association d'acteurs majeurs tels que l'Assurance maladie (qui finalement rejoindra le comité de suivi du plan et participera à la rédaction du cahier des charges permettant le lancement des appels d'offres pour la mise en œuvre des mesures dès 2007) ou l'Education nationale.
- [139] Il convient toutefois de signaler que d'autres plans (Politique de santé pour les personnes placées sous mains de justice, Bien vieillir 2007/2009, Cancer 2009/2013, Nutrition Santé 2011/2015) et des actions spécifiques en direction de populations fragilisées<sup>40</sup> intègrent la problématique de la santé bucco-dentaire. Mais l'évaluation de leur mise en œuvre et de leur efficacité reste à faire<sup>41</sup>.
- [140] Les pouvoirs publics, par ailleurs, échouent à mener à leur terme des réformes majeures : en 2011, deux réformes préparées n'ont pas encore vu le jour :
- La réforme de l'internat en odontologie, voulue par les professionnels au motif de l'évolution des techniques et de la suppression de la spécialité médico-chirurgicale de stomatologie est finalisée mais est à l'origine d'un recours du Conseil national de l'ordre des médecins devant le Conseil d'Etat portant sur la création de la spécialité de chirurgie orale.
  - L'inscription des assistants dentaires au CSP et donc leur reconnaissance comme professionnels de santé fait partie de la loi dite "Fourcade" modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), elle fut votée mais censurée par le conseil constitutionnel le 4 août 2011 pour vice de procédure. La mesure visant ces collaborateurs des chirurgiens dentistes aurait permis une élévation de leur niveau de formation, aujourd'hui très hétérogène, dans le cadre d'un diplôme national délivré par le ministère chargé de la santé, un élargissement des compétences et des tâches assurées sur délégation (en particulier en prévention).
- [141] En outre, la mission a fait le constat d'administrations atomisées, sans transversalité et engagées dans une action abstraite sans approche spécifique aux chirurgiens dentistes sauf exception.
- [142] Les différents thèmes intéressant la profession de chirurgien dentiste sont répartis entre de très nombreux ministères, administrations centrales et opérateurs.

<sup>40</sup> Mise en place du site <http://www.sante-orale-et-autonomie.fr/> et formation à la prise en charge de la santé bucco-dentaire dans 50 établissements médico-sociaux, ouverture d'une dizaine de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) bucco-dentaires et soutien au site <http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/>

<sup>41</sup> On sait toutefois que la mesure 25.5 du plan cancer (« Permettre la prise en charge des implants supports de prothèses dentaires et maxillo-faciales dans la réhabilitation prothétique des patients traités pour des cancers de la cavité buccale, des maxillaires ou des tissus attenants ») accuse un retard majeur au 5<sup>ème</sup> rapport d'étape au Président de la République en octobre 2012.

- [143] La DGS prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Les chirurgiens dentistes sont concernés par l'ensemble de ses nombreuses missions<sup>42</sup> assumées par 6 bureaux différents mais ils font rarement l'objet d'un traitement spécifique depuis que le chirurgien dentiste compétent est parti en retraite (2011). Son remplacement ne semble pas à l'ordre du jour. Depuis, la DGS répond à la demande, au coup par coup sur les sujets sécurité sanitaire (amalgame dentaire, risques associés aux soins), prévention et contrôle.
- [144] En ce qui concerne l'élaboration, le pilotage et l'évaluation de la politique comme l'organisation de l'offre en cette matière, les trois sous-directions de la DGOS sont compétentes. C'est notamment la direction compétente en matière de fixation du numerus clausus. Mais depuis la disparition en 2010 de la commission permanente d'odontologie<sup>43</sup> dont la compétence en matière d'organisation de la profession était très large (mais dont la composition était restreinte aux représentants traditionnels de la profession), aucune structure de cette direction ne dispose d'une approche spécifique des problèmes de chirurgie dentaire.
- [145] En ce qui concerne la maîtrise des dépenses, la Direction de la sécurité sociale (DSS) a pour mission générale d'assurer l'adéquation des prestations de Sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à respecter l'équilibre financier des régimes retracé dans les lois de financement de la sécurité sociale. Elle assure la tutelle sur la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) chargée de par la loi de 2005 de la négociation conventionnelle avec notamment les chirurgiens dentistes. L'historique des relations entre la Direction de la sécurité sociale, la CNAMTS et les représentants des chirurgiens dentistes montre que la DSS (comme d'ailleurs la CNAMTS) n'a pas jugé, jusqu'à une période récente, que le sujet de la chirurgie bucco-dentaire pouvait être prioritaire<sup>44</sup> dans la mesure où les évolutions relatives aux rémunérations des professionnels ne pesaient pas sur l'équilibre financier des régimes obligatoires.
- [146] En ce qui concerne les statistiques sur les revenus de la profession, la DREES est dépendante, tant en termes de qualité que de disponibilité des données issues du SNIR, des données fiscales et des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Ainsi, les dernières données recueillies et analysées par la DREES concernaient-elles l'année 2008. Ceci a conduit la mission à solliciter directement les services de la DGFIP pour recueillir les données fiscales des BNC et prolonger les données fournies par la DREES. Mais surtout, lors de l'appariement des données issues des déclarations fiscales aux données issues du SNIR, la DREES ne peut analyser les honoraires tirés des actes hors nomenclature car ils ne figurent pas dans le SNIR. Enfin, les revenus des chirurgiens dentistes exerçant dans des SEL ne sont pas complètement connus du fait qu'une part reste dans la société.
- [147] Enfin, la mission constate que des textes restent en gestation prolongée :
- ainsi, concernant la permanence des soins prévue dans l'avenant n°2 de la convention de 2006 (signé en avril 2012), le texte réglementaire permettant sa rémunération n'existe toujours pas ;
  - concernant les procédés de stérilisation, un arrêté devant étendre au secteur ambulatoire les dispositions prévues pour le secteur hospitalier (interdiction de l'utilisation de la chaleur sèche comme procédé de stérilisation type "Poupinel") est en attente depuis mai 2007.

---

<sup>42</sup> Elle mène des analyses stratégiques et prospectives, élabore des plans de santé publique et des programmes nationaux de santé, veille à la qualité et à la sécurité des soins, des pratiques professionnelles et des produits de santé, élabore la politique de prévention et de gestion du risque infectieux, apporte son concours à la détermination des besoins en professionnels de santé et enfin participe au conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS).

<sup>43</sup> Arrêtés du 15 octobre 2004 portant création de la Commission permanente d'odontologie et du 15 novembre 2004 portant nomination à cette commission.

<sup>44</sup> Alors même que depuis la loi de 2004 l'une des neuf commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) est dédiée à l'odontologie

[148] En outre, certaines des recommandations prises sont contestées : concernant les porte-instruments rotatifs (PIR), la DGS n'a toujours pas réduit le hiatus persistant entre ses recommandations précisées dans « le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie-dentaire et stomatologie » (DGS 2006) et celles fournies par les fabricants relatives à la procédure de stérilisation.

### 2.2.1.2 Les agences régionales de santé, à de rares exceptions, n'ont pas fait de ce sujet une priorité de leur action

[149] Au niveau régional, toutes les Agences régionale de santé (ARS) se sont intéressées d'elles-mêmes en 2012 au sujet bucco-dentaire dans leur projet régional de santé alors que le guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS/PRS) élaboré par l'administration centrale n'identifie pas cette problématique<sup>45</sup>. Elles s'y sont intéressées au travers des aspects inégalités d'accès aux soins buccodentaires pour les personnes en situation de fragilité (personnes âgées dépendantes et/ou handicapées, personnes sous main de justice), ou vivant dans des zones sous dotées en chirurgiens dentistes (stage d'interne en cabinet libéral, modalité d'exercice, contrat d'engagement de service public, accès au plateau hospitalier des professionnels libéraux, filiarisation de la prise en charge entre le secteur public et privé) et dans leur schéma régional de prévention (appui au dispositif "examen bucco-dentaire" - EBD, expérimentation ciblées sur les femmes enceintes et les personnes précaires).

[150] Deux agences ont développé un volet spécifique bucco-dentaire : celle d'Ile-de-France (inclusion de la santé et de la prévention bucco-dentaire dans une approche globale en santé) et celle des Pays de la Loire (avec un focus sur l'accessibilité et la permanence des soins en zones urbaines sensibles devenant des zones d'intervention prioritaires).

[151] De plus toutes les agences, en application de l'article 3 de l'avenant n°2 à la convention de 2006, doivent définir le zonage des territoires au sein desquels les chirurgiens dentistes auront la possibilité de contractualiser avec l'Assurance maladie et d'adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser leur installation ou leur maintien dans des zones très sous dotées.

[152] Enfin, l'Etat a en charge la qualité et la sécurité des soins<sup>46</sup>. A ce titre, les ARS ont compétence pour effectuer des contrôles dans les cabinets dentaires des établissements de santé, les centres de santé et dans les cabinets libéraux tout au long de la vie d'un cabinet, mais sauf plaintes ou signalement par l'assurance maladie, ces contrôles sont rarement assurés en ce qui concerne les cabinets libéraux, faute d'instruments de sanction, et même si 14 chirurgiens dentistes ont rejoint les ARS comme praticiens-conseils (dont 5 en Ile-de-France).

---

<sup>45</sup> Circulaire DGOS/R5/2011/311 du 01/08/2011

<sup>46</sup> Article L.1411 du CSP

### 2.2.1.3 Les opérateurs ont entériné cette absence de dynamique

- [153] L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) a pour mission de mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6 du CSP<sup>47</sup>. Mais au motif de la fin du plan bucco-dentaire 2006 – 2010, l'Institut ne s'est plus investi sur ce sujet alors que la loi lui en donne la mission et les moyens. Pourtant, l'article L1417-1 du CSP stipule que l'INPES a également pour mission « *d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé* » et « *d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire* » et l'article L1417-5 du CSP précise qu'en vue de l'accomplissement de ses missions, l'Institut « *établit, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutiques et d'éducation à la santé, développe, valide, et diffuse les référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines* ». Au titre de cette mission, l'INPES n'a mené aucune action, si ce n'est subventionner l'UFSBD de 2006 à 2009 pour un montant total de 50 k€ Cette subvention aurait été interrompue du fait de la difficulté à en justifier l'opportunité.
- [154] Quant à l'Institut de veille sanitaire (InVS)<sup>48</sup>, il a été saisi en 2008 d'une demande d'analyse du risque de transmission de virus hématogène dont les résultats sont présentés en partie 3.1.2.2., mais il ne s'est pas investi sur des études épidémiologiques visant à mieux cerner l'état de santé bucco-dentaire en France qui auraient permis aux pouvoirs publics de cibler leur intervention.
- [155] Enfin, les administrations centrales doivent articuler leur action avec celles des différentes agences ou autorités concernées, notamment l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), la HAS et l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN). Plusieurs exemples ont interpellé la mission :
- pour les prothèses dentaires, l'ANSM est compétente pour le contrôle des fabricants, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour celui de l'affichage des prix et la DGS pour la traçabilité ;
  - il en est de même pour la radioprotection et le sujet récurrent d'un cadre réglementaire contraint par des normes internationales qui mettent les chirurgiens dentistes au même niveau que les radiologues. Contrairement à ce qui a été fait pour la radiothérapie l'ASN, autorité administrative indépendante, et la DGS n'ont pas mis en place de groupe de travail avec les sociétés savantes sur les sujets « limitation de dose pour les patients et les professionnels » et « formation à la radioprotection ».
- [156] Au total, le constat de la mission rejoint donc celui de la Cour des comptes fait en 2010<sup>49</sup> : « *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* ».

<sup>47</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art .79 et n° 2004-806 du 9 août 2004.

<sup>48</sup> L'Institut national de veille sanitaire (InVS) a été créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Ses missions, complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, sont la surveillance, la vigilance et l'alerte dans tous les domaines de la santé publique dont les maladies infectieuses (infection par le VIH, virus des hépatites B et C) et les effets de l'environnement sur la santé (aux expositions aux polluants chimiques, aux rayonnements ionisants, risques hydriques).

<sup>49</sup> Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2010.



## 2.2.2 L'absence d'évolution générale de la nomenclature et des tarifs a eu comme contrepartie l'extension de la liberté tarifaire

- [157] Les actes des chirurgiens dentistes sont, comme ceux des médecins et des auxiliaires médicaux, catalogués dans une nomenclature qui les liste et qui sert à leur tarification.
- [158] Pour tous les professionnels de santé, la NGAP a vu le jour en 1960, et a été entièrement refondue en 1972. Depuis 2005, les actes médicaux sont recensés dans une classification commune des actes médicaux (CCAM) mais les actes des chirurgiens dentistes continuent à relever de la NGAP.
- [159] Parallèlement, la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux a introduit dans le code de la sécurité sociale les principes d'une convention nationale liant les syndicats représentatifs des professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie. A ce titre, des conventions nationales ont été signées pour les chirurgiens dentistes en 1975, 1978, 1983, 1994, 1996, 1997 et 2006.
- [160] Cette dernière convention, signée par l'UNCAM, la CNSD et l'UJCD, reconduite tacitement<sup>50</sup> en 2011, est celle applicable aujourd'hui. Elle a fait l'objet de différents avenants :
- l'avenant n°1 signé le 6 avril 2007, qui porte sur le régime des avantages complémentaires de vieillesse ;
  - l'avenant n°2, signé le 16 avril 2012, reprend la grande majorité des thèmes de la convention de 2006 ; pour la première fois, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) est cosignataire avec l'UNCAM et la CNSD ;
  - l'avenant n°3, en cours de discussion avec les mêmes participants, insiste principalement sur la mise en œuvre de la CCAM. L'entrée en vigueur des dispositions de revalorisation de tarifs prévues par l'avenant n°2 est subordonnée à celle de ce dernier avenant.
- [161] En matière de nomenclature et de tarifs, les partenaires conventionnels ont un pouvoir de proposition. Toutefois, le pouvoir réglementaire reste décisionnaire de 1975 à 2005, du fait qu'une convention ne peut entrer en vigueur que lorsqu'elle a été approuvée par un arrêté ministériel, et que la liste des actes ne peut être définie ou modifiée que par un arrêté. A compter de 2005, toutes les modifications de la liste des actes et des prestations sont des décisions de l'UNCAM, publiées au Journal officiel<sup>51</sup>.

<sup>50</sup> Un recours introduit par l'UJCD devant le conseil d'Etat contre l'avenant n°2 à la convention conteste, parmi d'autres éléments, la régularité de cette reconduction tacite, au motif de sa non publication au Journal officiel.

<sup>51</sup> Les évolutions concernant la NGAP pour les actes dentaires sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la Liste.

### 2.2.2.1 L'absence sur longue période de politique de revalorisation régulière des lettres-clés et de révision de la nomenclature des actes

- [162] Malgré l'existence dans toutes les conventions d'instances prévues pour préparer les évolutions<sup>52</sup>, la politique tarifaire se caractérise par l'absence de revalorisation régulière des lettres-clés spécifiques au dentaire.
- [163] Le tableau suivant présente l'évolution de la valeur des principales lettres-clés utilisées par les chirurgiens dentistes. A la différence de la consultation, dont la lettre C suit l'évolution de celle des médecins, les tarifs des lettres-clés des chirurgiens dentistes n'ont pas évolué depuis au moins 10 ans. Les tarifs des lettres-clés pour les soins prothétiques (SPR) et pour les soins orthodontiques (TO) n'ont pas évolué depuis 1994. La lettre-clé pour les soins conservateurs (SC) a très légèrement augmenté pour la dernière fois en 2003.

Tableau 20 : Evolution de la valeur des principales lettres-clés depuis 1988 (en euros courants)

Date/Lettres-clés	C	Z	DC	SC	SPR	TO
01.01.88	12,96 €	1,16 €	1,90 €	2,06 €	idem	idem
21.03.88	idem	idem	idem	idem	idem	idem
31.03.88	idem	1,18 €	1,98 €	2,15 €	idem	idem
30.06.88	idem	idem	idem	idem	idem	idem
01.05.90	13,72 €	1,23 €	idem	idem	idem	idem
01.11.92	15,24 €	idem	idem	idem	idem	idem
01.11.94	16,01 €	1,30 €	2,06 €	2,28 €	2,15 €	2,15 €
15.03.96	16,77 €	1,33 €	2,09 €	2,32 €	idem	idem
02.06.97	idem	idem	idem	2,36 €	idem	idem
25.01.01	idem	idem	idem	idem	idem	idem
20.12.02	20,00 €	idem	idem	idem	idem	idem
21.03.03	idem	idem	idem	2,41 €	idem	idem
01.08.06	21,00 €	idem	idem	idem	idem	idem
01.02.13	23,00 €	idem	idem	idem	idem	idem

Source : CNAM

- [164] Seul le bilan bucco-dentaire (BBD), créé en 1998 au tarif de 150 francs (22,87€), fait exception. Il a été revalorisé à 25 euros en 2004 et l'avenant n°2 à la convention de 2006 d'avril 2012 prévoit de le revaloriser à 30 euros.

<sup>52</sup> A partir de 1975, la révision de la valeur des lettres-clés relève d'un accord entre les signataires de la convention. Un comité permanent bipartite d'experts en matière de tarifs réunit les informations utiles et si une des parties signataire de la convention souhaite une révision des tarifs et sous réserve de l'accord des autres, une proposition est soumise aux ministres. Il s'agit donc d'une révision à la demande en 1975.

Les conventions de 1978, 1983 et 1994 complètent ces dispositions en précisant un rythme minimal d'une fois par an pour l'étude des informations réunies par le groupe d'experts.

En 1996 et 1997 la révision de la valeur de la lettre-clé est liée au mécanisme de régulation concertée permettant de définir chaque année un objectif national prévisionnel des dépenses, portant sur l'ensemble des actes présentés au remboursement et conditionnant les renégociations tarifaires pouvant avoir lieu chaque année, avec un suivi par un secrétariat permanent.

Enfin, dans la convention de 2006, la commission paritaire nationale est, entre autres, chargée du suivi des engagements de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. L'avenant 2 à cette convention d'avril 2012 crée une nouvelle commission paritaire à l'échelon régional qui doit entre autres évaluer le coût des soins, l'évolution régionale des dépenses de soins dentaires et renseigne chaque année la commission paritaire nationale.

### 2.2.2.2 Jusqu'en 1996, la politique conventionnelle et ministérielle a consisté à suspendre régulièrement l'application de la NGAP pour les actes prothétiques et orthodontiques

- [165] De 1983 à 1996, la NGAP est régulièrement suspendue pour les actes prothétiques et orthodontiques, mais le principe de tarifs opposables est maintenu.
- [166] En 1983, la convention suspend l'application de la NGAP pour les soins prothétiques en attente des résultats d'un groupe de travail sur la formation des coûts. Pour l'orthopédie dento-faciale, c'est une lettre du ministre des affaires sociales en date du 20 janvier 1983 qui suspend la nomenclature dans l'attente de son actualisation.
- [167] En 1987, c'est une lettre du ministre des affaires sociales du 4 mai 1987 qui indique que, pour les prothèses dentaires conjointes (fixes), il n'est « *pas opposé à généraliser le dispositif qui permet déjà la pratique d'honoraires non opposables* ».
- [168] En 1994 et 1996, la NGAP est à nouveau suspendue pour les soins prothétiques et orthodontiques, « *en attente de l'actualisation de la nomenclature* » puis de sa « *révision* ».

### 2.2.2.3 La convention de 1997, qui tente de rééquilibrer soins conservateurs et soins prothétiques, fait figure d'exception

- [169] La convention de 1997 a maintenu le principe d'honoraires conformes aux tarifs fixés par l'assurance maladie mais les dépassements deviennent possibles, avec tact et mesure, pour 4 actes prothétiques précisément listés : la couronne coulée métallique, la couronne à incrustation vestibulaire, la dent à tenon et la couronne céramo-métallique.
- [170] Toutefois, elle fixait pour ces 4 actes prothétiques des honoraires plafonds, correspondant à 50 % de dépassement au-delà d'honoraires « de référence ». Ces engagements de plafonnement avaient été négociés en contrepartie d'un plan de revalorisation des soins conservateurs.
- [171] Cet accord s'est traduit par un arrêté du 30 mai 1997 organisant la revalorisation des soins conservateurs selon un échancier. Parallèlement, la lettre-clé SC a été revalorisée de 15,20 F à 15,50 F (+2,0 %) à compter de juin 1997. Mais, avant l'entrée en vigueur de la troisième étape prévue par l'échancier prévisionnel de revalorisation, un arrêté du 26 juin 1998 a abrogé ce texte.
- [172] Cette remise en cause de la négociation conventionnelle a conduit la CNSD à se retirer pendant un temps de toute négociation. Un accord a alors été signé en avril 2000 entre l'assurance maladie et l'UJCD dans le cadre des annexes annuelles fixant les tarifs, qui prévoyait une réforme pluriannuelle, mais qui n'a pas débouché.

### Encadré : le texte de l'accord de 2000 signé entre l'assurance maladie et l'UJCD

**Article 3**

Les parties conviennent de mettre en place une réforme pluriannuelle reposant :

- d'une part, sur un dispositif optionnel de suivi régulier des soins comportant l'amélioration différenciée et progressive de la prise en charge ;
- d'autre part, sur la définition et la mise en place d'un panier d'actes couvrant les domaines de la prévention, des soins conservateurs, chirurgicaux et prothétiques et s'appuyant sur une nomenclature négociée quant à sa définition, sa valorisation et les conditions de son opposabilité.

Elles conviennent de formaliser pour le 31 mars 2000 les modalités pratiques d'entrée en vigueur de cette réforme.

Pour assurer l'engagement de la réforme, une somme de 1 milliard de francs est d'ores et déjà affectée à titre de provision pour l'exercice 2000.

[173] Il n'a eu qu'une traduction ponctuelle, avec la publication au Journal officiel du 1<sup>er</sup> août 2000 de la reconnaissance à la nomenclature des nouveaux actes suivants :

- le scellement prophylactique des sillons (coté SC8) ;
- l'inlay core, avec clavette (coté SPR67) ou sans (coté SPR57) ; ces actes prothétiques sont des reconstitutions de la dent avant pose d'une couronne, mais qui bénéficient de tarifs supérieurs à la couronne elle-même (cotée SPR50).

[174] Pour les deux inlay core, le texte prévoit la possibilité de dépassement, mais avec un plafonnement à 50 % du tarif fixé.

#### 2.2.2.4 A partir de la convention de 2006, la profession cumule pour les soins prothétiques la liberté de prescription et la liberté tarifaire, ainsi que la revalorisation de certains actes à tarifs opposables

- La suppression de l'entente préalable en 2003

[175] Lors de la mise en place de la NGAP à partir de 1960, une entente préalable avec la caisse d'assurance maladie était nécessaire avant tout acte prothétique, et conditionnait le remboursement des soins à l'assuré par l'assurance maladie. En 1960, cet accord devait être explicite ; en 1972, en l'absence de réponse à 21 jours, l'accord était implicitement refusé. L'entente préalable pour les prothèses dentaires a ensuite été maintenue par les conventions nationales jusqu'à l'arrêt du 11 mars 2003. Ce dernier texte supprime l'entente préalable à la réalisation de prothèses dentaires, aux interventions chirurgicales sur les gencives, aux soins et extractions sous anesthésie générale. Depuis 2003 et encore aujourd'hui, seuls restent soumis à accord préalable les traitements orthodontiques, pour les enfants de moins de 16 ans ou pour les adultes en situation particulière, l'absence de réponse valant accord.

- La liberté tarifaire

[176] La convention de 2006 introduit un changement majeur en posant le principe de la possibilité de facturer des dépassements par entente directe avec le patient pour tous les actes prothétiques (cotés SPR) et tous les soins orthodontiques (cotés TO). Si le principe du respect du tact et mesure dans la fixation des honoraires reste mentionné dans la convention, il n'est plus fait mention comme dans la convention de 1997 (en lien avec la fixation des honoraires prothétiques de référence) du fait que « les dépassements systématiques constatés dans la pratique d'un professionnel peuvent entraîner l'application de sanctions conventionnelles ».

[177] La convention acte le fait que la rémunération des soins à tarifs opposables est insuffisante<sup>53</sup> et que les chirurgiens dentistes peuvent définir librement les compléments de rémunération sur les actes prothétiques. A l'occasion de ce changement de perspective, l'inlay core, dont le dépassement était plafonné à 50 % du tarif de remboursement, voit son prix libéré.

➤ La revalorisation concomitante de certains soins

[178] La convention de 2006 prévoit également de valoriser « les soins conservateurs suivants correspondant à des priorités sanitaires et favorisant la prise en charge précoce » :

Tableau 21 : Les soins conservateurs et chirurgicaux revalorisés en 2006

ACTES	COTATION avant valorisation	COTATION après valorisation proposée
Reconstitution coronaire 1 face .....	SC 6	SC 7
Scellement de sillons.....	SC 8	SC 9
Reconstitution coronaire 2 faces .....	SC 9	SC 12
Reconstitution coronaire 3 faces .....	SC 15	SC 17
Pulpectomie groupe incisivo-canin .....	SC 10	SC 14
Pulpectomie groupe prémolaire .....	SC 15	SC 20
Pulpectomie groupe molaire .....	SC 25	SC 34
Extraction d'une dent permanente.....	DC 10	DC 16
Extraction(s) suivante(s).....	DC 5	DC 8

Source : Convention de 2006

[179] Cet accord a été mis en œuvre par une décision UNCAM du 23 juin 2006.

[180] On note en pratique que ce ne sont pas les soins conservateurs mais les extractions qui sont le mieux revalorisées, avec une hausse de 60% du tarif<sup>54</sup> ; l'extraction d'une dent permanente passe par exemple de 20,90€ à 33,44€

[181] Cette revalorisation conséquente à travers le coefficient de certains actes de soins conservateurs et chirurgicaux a été financée par une moindre prise en charge, dès l'année en cours, des cotisations sociales des chirurgiens dentistes par l'assurance maladie obligatoire<sup>55</sup>.

➤ Postérieurement à la convention de 2006, des actes sont ponctuellement inscrits à la nomenclature ou revalorisés

[182] Il en va par exemple ainsi des couronnes céramocéramiques qui sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, avec la cotation SPR 50, depuis une décision UNCAM du 23 novembre 2009.

<sup>53</sup> Selon le préambule de la convention de 2006, les parties signataires font le « constat que les soins conservateurs, qui représentent une part majoritaire de l'activité des chirurgiens dentistes, ne correspondent qu'à une part limitée de leurs honoraires et que ce déséquilibre a un impact en termes d'accès aux soins et de santé publique ».

<sup>54</sup> Les actes revalorisés par la convention de 2006 recourent ceux mentionnés par le rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires établi par Michel Yahiel, IGAS, en juillet 2001. Toutefois, les hypothèses de revalorisation faites dans le rapport précité étaient plus favorables aux soins conservateurs et revalorisaient les extractions à hauteur de 50% et non de 60%.

<sup>55</sup> Selon le texte de la convention de 2006, « les Parties signataires conviennent que la partie du financement des caisses, accordée au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des chirurgiens dentistes conventionnés et correspondant aux dépassements d'honoraires sur les soins prothétiques et orthodontiques, est affectée à la valorisation des soins conservateurs et chirurgicaux dans le but de permettre un rééquilibrage entre ces deux secteurs ». Les dispositions sociales sont introduites à cette occasion dans la convention. Le conseil d'Etat a, en 2008, annulé l'arrêté approuvant cette partie du dispositif conventionnel au motif de la rétroactivité des dispositions. La nécessité de maintenir l'équilibre de l'accord pour 2009 a conduit à procéder à une validation législative (cf. 1.1.2.2).

- [183] De même, l'avenant n°2 à la convention de 2006 de 2012 prévoit<sup>56</sup> la revalorisation de la prise en charge de certains soins conservateurs (obturations coronaires 1 face et 2 faces) et de l'examen de prévention bucco-dentaire (revalorisé de 25 € à 30 €), ainsi que, à nouveau, la création d'un examen de prévention pour les femmes enceintes, valorisé à 30 €
- [184] L'avenant n°3 en cours de discussion prévoit quant à lui (outre la revalorisation des déagements de dents incluses) l'inscription à la liste de nouveaux actes remboursables :
- l'évacuation d'un abcès parodontal, au tarif de 40 €;
  - et la reprise de traitements endodontiques (« désobturations »).

#### 2.2.2.5 Les actes hors nomenclature ne sont plus inscrits sur la feuille de soins

- [185] Les dépassements d'honoraires figurent sur les feuilles de soins. Il n'en va plus de même pour les actes non listés à la NGAP dits « hors nomenclature » depuis l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004<sup>57</sup>.
- [186] Pour les chirurgiens dentistes, ce texte leur permet de bénéficier de la modification de l'article L 162-4 du même code applicable aux médecins qui précise que « *lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33* », c'est-à-dire la feuille de soins.
- [187] Bien que le texte modifié soit celui applicable aux médecins, les conséquences pour les chirurgiens dentistes sont d'une tout autre ampleur, en raison de la place des actes hors nomenclature dans leur activité.

#### 2.2.2.6 La CCAM dentaire, telle que sa mise en œuvre est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2014, ne constitue qu'un premier progrès

- [188] La CCAM dentaire, dont la mise en place est repoussée depuis plus de 10 ans, contient une description plus détaillée des actes des chirurgiens dentistes que la nomenclature actuelle, en précisant le libellé aujourd'hui inexistant d'actes hors de la nomenclature. Il en va notamment ainsi d'actes de prévention ou de bilan, dentaires et parodontaux, des soins du parodonte, de l'implantologie, et d'actes à visée cosmétique (blanchiment des dents, couronne provisoire), soit environ 80 actes nouvellement répertoriés.
- [189] Cette nouvelle nomenclature ne sera utile que si l'ensemble des actes sont à la fois précisés, plus que ne le fait actuellement le projet, codés au cabinet, et transmis à l'assurance maladie. Elle permettra le suivi dans la population des soins dentaires, et l'évolution du panier de soins en fonction des besoins.
- [190] Ceci n'est pas possible actuellement, la codification des actes étant basée sur la codification tarifaire, car :
- lorsque l'acte est « hors nomenclature » et non pris en charge, l'assurance maladie obligatoire ne dispose d'aucune information ;
  - lorsque les actes sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, au moins partiellement, ils sont codés mais non identifiables lorsque plusieurs actes comportent la même cotation tarifaire. Il en va par exemple ainsi des couronnes dentaires qui, quel que soit le matériau utilisé (couronne métallique, céramométallique ou céramocéramique), sont cotées SPR50 ; à l a date d'avril 2013, le projet de CCAM prévoyait, pour les actes remboursables, 346 libellés contre une centaine de cotations dans la NGAP actuelle.

<sup>56</sup> Ces tarifs sont sous réserve de la signature de l'avenant n°3.

<sup>57</sup> Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003.

- [191] Pour les tarifs, la CCAM dentaire dont l'entrée en vigueur est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2014 n'emportera aucun changement : sauf actes particuliers (cf. partie 2.2.2.4), le principe de la CCAM est celui d'une simple transposition tarifaire des tarifs actuels. Elle ne s'accompagnera pas d'un rééquilibrage des tarifs entre soins conservateurs et prothétiques, et ne traduira pas le coût économique de l'acte.

## 2.2.3 Une politique de santé publique bucco-dentaire aux objectifs et moyens limités

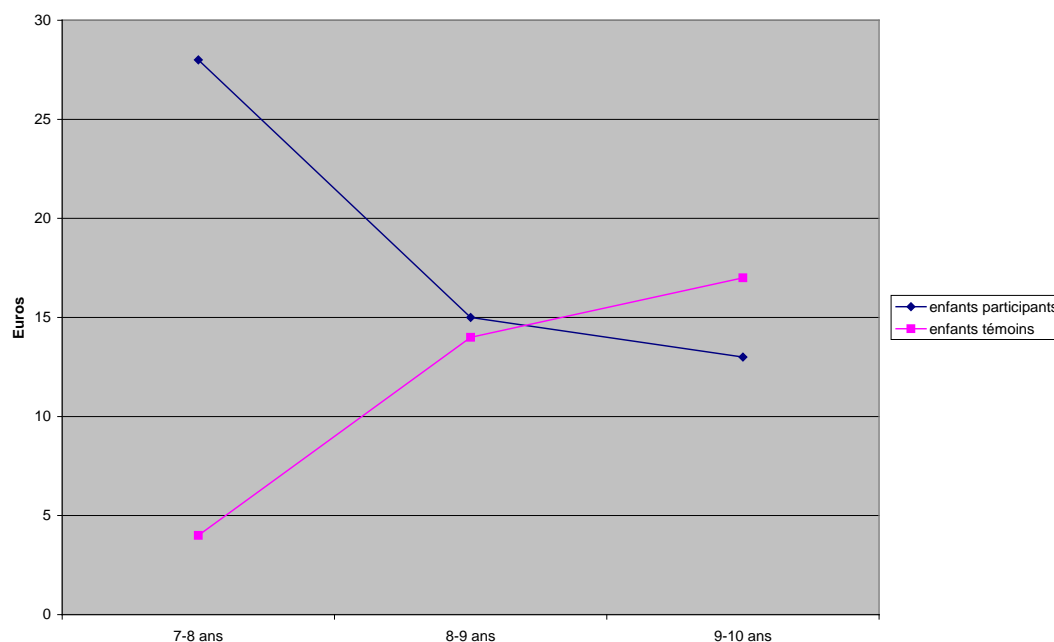
### 2.2.3.1 La prévention en matière de santé bucco-dentaire est négligée

- [192] La France n'est pas très active en matière de prévention malgré l'intervention des lois n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ces deux textes ont cherché à définir ce que devait être une politique de prévention, la seconde la situant dans le champ de la santé publique (article L.1411-1 du CSP<sup>58</sup>) et l'étendant à toutes les dimensions de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, qu'elles soient préventives ou curatives, de façon à mettre un terme à l'opposition entre « soins » et « prévention », et à développer l'approche populationnelle de la santé.
- [193] Ceci est tout particulièrement vrai pour le dentaire malgré l'accent mis par les deux textes législatifs précédemment évoqués sur la priorité à conférer, de manière générale, à la prévention. Ceci est d'autant plus regrettable qu'en santé buccodentaire, les leviers d'intervention, qui, certes, ne dépendent pas tous du système de santé, sont connus : l'utilisation du fluor, la consommation de produits sans sucres, la pose de résine sur les molaires définitives, l'hygiène buccodentaire et les soins conservateurs précoces et réguliers. Les résultats peuvent, en outre, être rapides, au bout de trois ans, sur le plan sanitaire et économique comme le montre l'évaluation de l'action de la Mutualité sociale agricole (MSA) par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE).
- [194] Saisissant l'opportunité offerte par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la MSA a mis en œuvre de septembre 1998 à septembre 2001 une action de prévention bucco-dentaire active, « prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant », destinée aux ressortissants agricoles aux âges de 7 et 12 ans et comportant un examen de prévention, un soin prophylactique, le scellement des sillons et, au besoin, des soins précoces. 30 554 enfants ont été examinés par 13 504 praticiens.
- [195] Alors que le montant remboursé au titre des soins conservateurs (hors scellement) augmente chez l'enfant témoin au fur et à mesure qu'il vieillit (soit par an, 2,9 € entre 7 et 8 ans puis 8,3 € entre 8 et 9 ans et 9,6 € entre 9 et 10 ans), il diminue régulièrement par an et en moyenne chez l'enfant participant à l'action de prévention : 11,6 € à l'âge de 7 ans, 8,2 € à l'âge de 8 ans puis 6,6 € à l'âge de 9 ans.

---

<sup>58</sup> « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé(...) ». »

Tableau 22 : Remboursement moyen par enfant selon son âge à la date du soin



Source : Mission d'après des données MSA

- [196] Dans cette étude, l'impact positif de la prévention sur les dépenses de santé dentaire est obtenu en contrepartie d'un investissement de départ modéré (145 000€) et du surcoût lié à une prise en charge dérogatoire de l'examen de prévention et du scellement de sillon.
- [197] Ce qui est marquant dans la situation française tient au fait que la prévention est longtemps demeurée à l'initiative de la profession et des associations créées par elle et des collectivités locales, ce qui peut soulever la question de l'ambiguïté des moyens utilisés par la première et de la pérennité des moyens pour les secondes.
- [198] L'UFSBD, dont le statut et les actions ont été examinés plus haut, a été créée par la CNSD, en partie pour compenser la carence des pouvoirs publics : ses liens avec une société commerciale consacrée à exploiter des produits utilisés en matière de prévention soulèvent de multiples questions.
- [199] En ce qui concerne les collectivités locales, les exemples de leurs interventions sont nombreux et anciens<sup>59</sup>.
- [200] S'agissant d'expériences plus récentes, les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne ont mis en place dans les années 1980 des programmes départementaux de prévention bucco-dentaire développant des actions d'éducation à la santé et mis en œuvre dans les structures dédiées à la petite enfance. Initialement, ces actions étaient financées en totalité par les conseils généraux et par les villes signataires de convention de partenariat par des subventions participant à la prise en charge des personnels, des matériels d'hygiène bucco-dentaire et des supports pédagogiques. Aujourd'hui, elles le sont par l'assurance maladie dans le cadre du dispositif M'T dents pour les élèves de CP et par l'ARS dans le cadre de la labellisation ARCADE (Action régionale contre les atteintes dentaires).
- [201] En ce qui concerne les pouvoirs publics, leur faible intérêt pour la prévention en matière bucco-dentaire, et leur carence en ce domaine, est symbolisé par l'existence d'un seul plan de santé bucco-dentaire (2006-09) dont la mise en œuvre ne date que de 2007 et qui n'a pas été évalué.

<sup>59</sup> La santé de l'homme, n°417, janvier février 2012 (INPES).



- [202] L'histoire de l'élaboration de ce plan unique est instructive quant à l'intervention de la profession pour éviter toute mesure venant de l'Etat et s'en protéger. Ainsi, selon une note interne à la DGS, en avril 2005, un membre du cabinet du ministre *« écartait explicitement, devant la « commission permanente de l'odontologie », la perspective d'un plan de santé bucco-dentaire et lui substituait un projet de « plan de prévention » préparé par une association de chirurgiens dentistes : l'union française pour la santé bucco-dentaire »*. Selon cette même note, des réunions ultérieures menées par d'autres membres du cabinet ont *« conduit à remettre en cause – notamment pour des raisons financières – la plupart des six mesures proposées par l'UFSBD »*.
- [203] S'il est tardif et unique, il a néanmoins permis d'inscrire la santé bucco-dentaire au sein de la politique de santé publique.
- [204] La mesure principale en est l'EBD de prévention, pour les enfants à 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans. Cet examen est réalisé dans un cabinet dentaire librement choisi par la famille de l'enfant. Sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie, sans possibilité de dépassements, les seuls actes correspondant à des soins conservateurs (par exemple, traitement des caries, détartrage), chirurgicaux et des actes radiographiques à l'exclusion des actes prothétiques et orthodontiques.
- [205] Pour accompagner cette mesure, des séances d'éducation pour la santé sont organisées à l'école en classe de CP (6 ans) et de 6<sup>ème</sup> (11-12 ans), dans 60 départements et réalisées principalement par l'UFSBD sur appel d'offre.
- [206] En ce qui concerne enfin les régimes obligatoires, l'analyse de la politique conventionnelle révèle que le sujet y apparaît également tardivement et fait souvent l'objet de déclarations d'intention.
- [207] En 1997 seulement, la nécessité de développer une politique de prévention ainsi que le recours aux soins précoces qui s'y rapportent apparaissent dès le préambule. Ce dispositif de prévention, (Bilan bucco-dentaire, BBD), fortement incitatif pour les adolescents âgés de 15 ans<sup>60</sup> est étendu en 2003, suite à l'approbation de l'avenant n°3 conclu le 8 octobre 2002 aux adolescents de 13 ans qui feront l'objet d'un suivi annuel pendant 6 ans.
- [208] Il comprend un examen annuel de prévention de 13 à 18 ans, pris en charge à 100 % sur le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), et faisant l'objet d'une dispense d'avance de frais. Les soins consécutifs éventuels, doivent être réalisés dans les six mois suivant l'examen de prévention. Ils sont pris en charge à 100 %, (70 % par le régime obligatoire de base et 30 % par le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) mais ne font pas l'objet d'une dispense d'avance des frais.
- [209] En 2006, les partenaires précisent dans le préambule du titre premier consacré à la prévention et l'éducation sanitaire *« qu'une politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire passe nécessairement par la prévention et le dépistage bucco-dentaire »* et que *« la mise en place d'un suivi régulier des enfants et des adolescents se traduit dès la deuxième année par une diminution du nombre de dents cariées, et à terme, par une baisse de la fréquence des soins prothétiques »*. Ils s'engagent dans ce texte conventionnel, à *« développer des actions incitatives de prévention vers des cibles prioritaires, correspondant aux âges les plus vulnérables au risque carieux, que sont les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans »*, ce qui s'est traduit depuis 2007 par l'envoi de courriers à trois millions d'enfants et adolescents.

---

<sup>60</sup> Un examen annuel, renouvelé pendant les trois années suivantes et rémunéré directement par les caisses d'assurance maladie au professionnel est décrit dans le titre IX et l'annexe V.

[210] Cet examen bucco-dentaire (EBD) est pris en charge à 100 % pour les enfants et financé par le FNPEIS. Les soins consécutifs sont également pris en charge à 100 % (70 % par le régime obligatoire et 30 % par le FNPEIS) à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires éventuels pour des soins orthodontiques ou prothétiques. Ces soins consécutifs ne font pas l'objet d'une dispense d'avance des frais, sauf pour les enfants de 6 et 12 ans conformément à l'article L.162-1-12 du code de la sécurité sociale.<sup>61</sup>

[211] Le dispositif est accompagné par la campagne de communication M'T Dents assurée par des structures partenaires de l'assurance maladie, dont l'UFSBD. Le suivi statistique<sup>62</sup> du dispositif depuis 5 ans permet d'en mesurer le succès à travers sa montée en charge.

Tableau 23 : Dénombrement des courriers envoyés (hors relance)

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Nombre de prises en charge envoyées<sup>1</sup></b>	<b>3 021 937</b>	<b>2 969 011</b>	<b>2 717 503</b>	<b>3 319 430</b>	<b>3 077 634</b>

Source : CNAMTS Données Esope

Tableau 24 : Dénombrement des EBD remboursés par âge

	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010	Total 2011
6 ans [5 ans ; 7 ans]	99 916	237 451	274 126	271 327	277 151
9 ans [8 ans ; 10 ans]	107 366	198 355	223 927	222 908	230 135
12 ans [11 ans ; 13 ans]	98 182	192 937	201 908	193 034	196 131
15 ans [14 ans ; 16 ans]	93 083	143 628	151 762	150 907	158 383
18 ans [17 ans ; 19 ans]	71 765	114 274	128 901	122 641	123 809
<b>TOTAL</b>	<b>470 312</b>	<b>886 645</b>	<b>980 624</b>	<b>960 817</b>	<b>985 609</b>

Source : DCIR (régime général hors sections locales mutualistes)

[212] Les sommes consacrées au financement de l'EBD par le FNPEIS, après une augmentation de 2000 à 2009, ont diminué en 2010 et sont de 47,6 M€ depuis 2 ans.

[213] En outre, si les sommes consacrées à la prévention bucco-dentaire représentaient en 2007, c'est-à-dire, au début de la mise en œuvre du plan de prévention bucco-dentaire, 9 % des sommes de ce fonds, leur part n'est encore en 2012 que de 10,8% alors que les dépenses de santé bucco-dentaires représentent 22 % de la dépense de soins de ville. Il convient toutefois de signaler que les taux d'exécution du FNPEIS et du programme de prévention bucco-dentaire, très variables, ne sont que de 72,4 % et 77 % en 2012.

Tableau 25 : Suivi du FNPEIS et du programme bucco-dentaire (en M€)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>FNPEIS définitif</b>	200,1	282,4	307,9	299,2	251,3	360,9	389,7	522,9	582,6	620,8	496,6	534,6	604,2
<b>FNPEIS exécuté</b>	201,7	237,7	235,4	290,8	254,9	315,7	351,7	393,7	430,6	477,3	452,2	437,56	437,42
<b>%</b>	100,8	84,2	76,5	97,2	101,4	87,5	90,2	75,3	73,3	73,9	91	81,8	72,4
<b>Dont Bucco Dentaire définitif</b>	15,2	13,8	17,4	24,1	20,5	23,9	34,6	47	61,8	57,2	51	55,8	61,1
<b>Dont Bucco Dentaire exécuté</b>	12,1	12	15	16,5	18,5	22,3	25,1	35,2	45,6	51,5	47,2	47,67	47,62
<b>%</b>	79	86	86	68	90	93	72	74	73	90	92	85	77

Source : CNAMTS

<sup>61</sup> Circulaire Assurance maladie CIR-59/2006

<sup>62</sup> CNAMTS la prévention bucco-dentaire bilan EBD 2011

- [214] En 2012, le préambule de l'avenant n°2 à la convention de 2006 indique que les signataires entendent « *mettre en œuvre les mesures prévues dans la convention [de 2006] et non mises en place à ce jour, notamment le développement de la prévention bucco-dentaire des femmes enceintes* ».
- [215] Au total, si les actions développées par la profession à titre autonome ou comme prestataire de l'assurance maladie ont montré une certaine efficacité, elles ont aussi déchargé les pouvoirs publics qui s'en sont satisfaits. Cette organisation a ainsi limité l'inclusion de la prévention dans la politique de santé bucco-dentaire, la privant ainsi d'une de ses parties les plus importantes. Cette répartition des rôles entre l'UFSBD et les pouvoirs publics a également retardé l'inclusion du sujet prévention dans les conventions (1997) et la mise en œuvre d'un plan de santé (2007), en limitant le champ à la prévention de la carie chez les enfants et chez la femme enceinte. Pour cette dernière, ce n'est toujours pas mis en place.
- [216] De plus, si ces actions ne sont pas intégrées à des programmes nationaux, elles peuvent être menacées dans leur pérennité : c'est le cas notamment de celles qui sont conduites par les collectivités territoriales.
- [217] Le bilan est donc contrasté en ce qui concerne les sommes affectées au FNPEIS et au programme de prévention bucco-dentaire, et leur taux d'exécution. Ce bilan est d'autant plus contrasté que les sommes inscrites certaines années, insuffisamment consommées, ne prennent pas en compte la nécessité de toucher de nouveaux publics (femmes enceintes et personnes âgées), et d'inclure la prévention des parodontopathies dans le dispositif de prévention.

#### 2.2.3.2 La sécurité sanitaire, pourtant exigeante, est mal assurée

- [218] Si l'on exclut le risque chimique qui n'est pas abordé dans ce rapport, la pratique de la chirurgie dentaire peut induire deux risques sanitaires principaux : le risque infectieux et le risque radiologique qui, l'un comme l'autre, concernent aussi bien le patient que le professionnel de santé.
- [219] En matière de prévention du risque infectieux, les caractéristiques de l'activité des chirurgiens dentistes imposent un niveau d'exigence élevé : les actes sont souvent invasifs, des contacts avec des liquides biologiques et avec le sang en particulier sont fréquents, l'utilisation de matériel réutilisable complexe (et donc difficile à nettoyer et à stériliser) est quotidienne, le risque de contamination de l'eau de l'unit est important, *etc.* De plus, le mode d'exercice, quasi exclusivement libéral ne permet pas, comme c'est le cas dans les établissements de santé, de réaliser des contrôles réguliers et de bénéficier de l'expertise des structures intervenant en matière d'hygiène (équipe opérationnelle, Comité de lutte contre les infections nosocomiales - CLIN,...).
- [220] La réalité de ce risque n'est pas remise en cause même si les données (épidémiologiques ou d'autre nature) sont assez peu nombreuses et éparses (cf. partie 3.1.2.2).

***Des recommandations scientifiquement étayées ont été élaborées mais dont certaines ne font pas encore consensus.***

- [221] Les travaux conduits par le ministère de la santé et la profession en matière de sécurité sanitaire dans les cabinets dentaires, ont abouti à la publication de deux documents : le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie de 2006 et la grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des risques infectieux de 2011<sup>63</sup>. Ces documents constituent une base commune pour la profession et pour les pouvoirs publics chargés du contrôle. S'ils apportent des réponses à un grand nombre des questions qui se posent en matière de maîtrise du risque infectieux, ils restent incomplets pour deux aspects sur lesquels la profession, les fabricants et les autorités sanitaires ne sont pas parvenus à trouver un consensus. Il s'agit du traitement des PIR et de la maîtrise de la qualité de l'eau des units (cf. annexe 7).
- [222] De plus, la stérilisation des opercules des cartouches d'anesthésiques utilisés en chirurgie dentaire fait partie des recommandations formulées par le ministère de la santé et est retenue parmi les items « indispensables à la sécurité des soins » de la grille de 2011. Des services en charge du contrôle des cabinets dentaires<sup>64</sup> ont rapporté à la mission des lacunes en matière de mise en œuvre de cette bonne pratique. Les ARS concernées avaient à cet égard saisi l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) en 2009.
- [223] En ce qui concerne la radioprotection, les chirurgiens dentistes sont soumis à un certain nombre d'obligations réglementaires<sup>65</sup>. Ces dispositions découlent pour l'essentiel de réglementations européennes visant à protéger tant les patients que les chirurgiens dentistes et leurs salariés.
- [224] Si l'imagerie par rayons X est aujourd'hui un outil indispensable pour le diagnostic des affections, le choix des thérapeutiques et l'évaluation des résultats, cela ne doit pas faire oublier les risques potentiels liés à l'utilisation des radiations ionisantes, les doses délivrées par l'imagerie étant en augmentation de 50 % pendant les cinq dernières années. La directive 97/43 Euratom du conseil de l'Union Européenne qui a fait une obligation légale de la règle éthique de réduction maximale des risques pour les patients et les soignants a été transposée en droit français par l'ordonnance 2001-270 du 28 mars 2001.
- [225] Ces textes sont complétés par la circulaire DGT/ASN n°4 du 21 avril 2010 relative aux mesures de prévention des risques d'exposition aux rayonnements ionisants et qui reprend l'ensemble des obligations applicables à l'employeur ou au travailleur non salarié qui détient et utilise un générateur.
- [226] Les chirurgiens dentistes, concernés au même titre que les médecins comme le rappellent plusieurs articles du CSP (R1333-19, 57, 67 et 68), revendiquent un allègement de leurs contraintes réglementaires au motif de la faible importance du risque et des surcoûts induits.

---

<sup>63</sup> Cette grille avait fait l'objet d'une double diffusion : au ARS en février 2012 et à la profession en 2011. Elle est accessible sur différents sites Internet mais elle ne figure pas dans la rubrique « la santé de A à Z – Dentaire » du site du ministère de la santé contrairement à ce qui avait été annoncé. Elle est désormais proposée à la vente sur le site de l'ADF dans une version plus attrayante comportant des commentaires explicatifs issus du guide de 2006.

<sup>64</sup> ARS de Bourgogne et de Franche-Comté.

<sup>65</sup> L'ensemble des dispositions réglementaires font l'objet d'une guide de l'Autorité de sûreté nucléaire de mai 2012. Les principaux textes applicables en radioprotection dans le cadre de l'utilisation de générateurs sont pour le CSP les articles L1333-1 à 9, 11, 17, 19 et 20, R1333-1 à 12 (mesures générales de radioprotection de la population contre les rayonnements ionisants, 17 à 30 (régime des autorisations et déclarations) 56 à 774 (Protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales, 95 à 111 pour le contrôle, pour le Code du travail les articles L4451-1 et 2, R4451-1 et suivants (principes et dispositions d'application), R4452-1 et suivants (aménagement techniques des locaux de travail), R4453-1 et suivants (conditions d'emploi et de suivi des travailleurs exposés), R4455-1 et suivants (surveillance médicale), R4456-1 et suivants (organisation de la radioprotection) et pour le CSS l'article R162-53 (lien entre la prise en charge des examens radiologiques et la déclaration des installations radiogènes).

[227] La mission ne peut entrer dans ce débat qui doit se situer principalement au niveau européen. En revanche, même si l'effectif des professionnels des cabinets dentaires concernés par une exposition excessive est inférieur à celui des professionnels exerçant en radiologie, médecine nucléaire et radiothérapie, comme le montre la surveillance de l'exposition externe, la mission ne peut que constater que l'effectif des professionnels des cabinets dentaires concerné par une exposition supérieure au seuil admissible, aussi faible soit-il, témoigne du non-respect par certains d'entre eux des textes et des bonnes pratiques.

Tableau 26 : Surveillance de l'exposition externe (toutes composantes de rayonnements) dans le domaine médical et vétérinaire.

Secteur d'activité	Effectif surveillé	Dose collective (homme.Sv)	Dose individuelle moyenne sur l'effectif total <sup>(a)</sup> (mSv)	Dose individuelle moyenne sur l'effectif exposé <sup>(b)</sup> (mSv)	Répartition des effectifs par classes de dose					
					< seuil	du seuil à 1 mSv	de 1 à 6 mSv	de 6 à 15 mSv	de 15 à 20 mSv	> 20 mSv
Radiologie	114 635	12,97	0,11	0,53	90 348	21 915	2 103	255	9	5
Soins dentaires	44 476	1,88	0,04	0,38	39 473	4 838	159	4	1	1
Médecine du travail et dispensaires	5 231	0,32	0,06	0,38	4 369	821	38	2	1	0
Radiothérapie	10 270	2,52	0,25	1,00	7 759	2 057	357	95	1	1
Médecine nucléaire	3 170	0,99	0,31	0,83	1 980	872	313	4	1	0
Laboratoires d'analyses	154	0,01	0,04	0,42	140	13	1	0	0	0
Médecine vétérinaire	18 065	0,47	0,03	0,31	16 536	1 497	31	1	0	0
Logistique et maintenance (prostataires)	130	0,02	0,13	0,42	90	38	1	1	0	0
Autres	18 301	1,33	0,07	0,48	15 535	2 592	165	5	3	1
<b>Total</b>	<b>214 432</b>	<b>20,51</b>	<b>0,10</b>	<b>0,54</b>	<b>176 230</b>	<b>34 643</b>	<b>3 168</b>	<b>367</b>	<b>16</b>	<b>8</b>

(a) Dose individuelle moyenne sur l'effectif total = dose collective / effectif total surveillé.

(b) Dose individuelle moyenne sur l'effectif exposé = dose collective / effectif surveillé pour lequel la dose est supérieure au seuil d'enregistrement.

Source : La radioprotection des travailleurs. Exposition professionnelle aux rayonnements ionisants en France, bilan 2011. IRSN

[228] En outre, les patients ne sont pas soumis à la même surveillance externe que les professionnels, alors qu'elle est prévue par les textes réglementaires (article R1333-66 du CSP).

[229] Quant aux coûts d'installation et de fonctionnement en lien avec la radioprotection, ils sont fonction des spécificités du cabinet dentaire.

[230] Pour les travaux, le coût varie en fonction du positionnement des locaux (rez-de-chaussée, avec fenêtre sur rue, à proximité d'un arrêt de transport en commun ou en étage) et le nombre et la surface des salles d'examen. Les devis qui ont été remis à la mission permettent de l'évaluer, hors taxe (HT), à 900 à 4 500 € par fauteuil et 2 500 € pour la salle de radiographie panoramique.

[231] Le montant annuel du contrat de la personne compétente en radioprotection (PCR) est proportionnel au nombre de fauteuils et dégressif. Il est au minimum de 450 € HT pour 1 fauteuil.

- [232] Par exemple, pour l'une des structures que la mission a visitées, le montant des travaux de radioprotection pour 9 fauteuils et 1 salle de radiographie panoramique était de 10 000 €HT et le montant annuel du contrat de la PCR, de 2 000 €HT.
- [233] Si le coût de la PCR relève des charges de fonctionnement, celui des travaux de radioprotection est supporté par le cabinet au moment de son installation et est imputable aux charges de structure. Ces coûts sont marginaux au regard du chiffre d'affaires et du montant des charges ou du coût d'installation d'un cabinet dentaire.

***Les instances investies d'un pouvoir de contrôle, lui-même amoindri, ne l'exercent pas suffisamment pour garantir un niveau de sécurité satisfaisant.***

- [234] Trois intervenants peuvent exercer des contrôles dans le domaine de la chirurgie bucco-dentaire dont les objectifs visés diffèrent : l'Etat, en tant que garant de la sécurité des soins, le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, en tant que garant de la déontologie et l'assurance maladie en tant que représentante des assurés. S'agissant de la sécurité sanitaire, l'Etat et le CNOCD se trouvent très clairement en première ligne. Pour le risque radiologique, la responsabilité du contrôle revient à l'ASN.

### **L'Etat**

- [235] L'article L1411-1 du CSP désigne clairement l'Etat comme le garant de la sécurité des soins dentaires. Il revient donc aux ARS de procéder à des contrôles dans les cabinets dentaires. Dans les faits, les contrôles effectués le sont sur plaintes de patients. Ils restent très peu nombreux.
- [236] L'ensemble des contrôles réalisés par les ARS s'organisent dans le cadre fixé par les orientations nationales annuelles qui, au nombre de onze pour 2013, ont été adoptées lors de la réunion de la commission nationale de programmation (CNP) du 26 octobre 2012. Elles ne comportent pas d'item relatif à la sécurité des soins en ambulatoire. Pour autant, les régions ont la liberté de prévoir des champs d'intervention en supplément de ceux retenus au niveau national.
- [237] L'inventaire réalisé par la mission auprès des régions révèle que seule la Franche-Comté prévoit explicitement le contrôle de cabinets de chirurgie dentaire (en ciblant ceux qui présentent le plus de risque : implantologie, chirurgiens dentistes sans assistant dentaire), reconduisant ainsi une action menée en 2011 (deux visites) et en 2012 (six visites)<sup>66</sup>.
- [238] En cas d'urgence, les directeurs d'ARS disposent d'un pouvoir de suspension immédiate prévu par l'article L4113-14 du CSP qui permet une intervention plus rapide que celle entamée auprès des juridictions ordinaires. Le ministère de la santé a porté à la connaissance de la mission un seul exemple de mise en application de cet article. Et ce cas particulier a fait apparaître la lourdeur de la procédure au regard des moyens que les ARS peuvent consacrer aux opérations de contrôle. Dans cet exemple, suite à la plainte d'un patient, un cabinet a fait l'objet d'une visite inopinée de l'ARS qui a permis de conclure que les conditions étaient réunies pour mettre en application la procédure de suspension. Une nouvelle inspection a été réalisée à l'issue des travaux effectués dans le cabinet dentaire. En parallèle et en vue d'évaluer le risque de contamination des patients ayant consulté ce professionnel, l'ARS a saisi le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) afin de déterminer le niveau de risque et les suite à donner en matière d'information des patients, en application de l'article L1111-2 du CSP.

---

<sup>66</sup> Après une première phase à visée pédagogique (et d'acceptation du principe de ces inspections par la profession) en 2011 et 2012, la région Franche-Comté prévoit l'inspection de 15 cabinets en 2013 avec un objectif affiché d'atteindre d'ici trois ans un taux de conformité de 80% pour les items critiques. Cette campagne d'inspection sera assortie d'actions de communication vers les professionnels. S'agissant des moyens, les inspections seront réalisées par une équipe pluridisciplinaire (médecin inspecteur de santé publique, pharmacien inspecteur de santé publique systématiquement et infirmière selon les disponibilités). L'ARS a évalué la charge de travail que représenteront ces inspections de la manière suivante : 1/2 journée d'un agent pour la préparation, 1/2 à 1 journée pour chaque agent intervenant dans le cabinet ; 1/2 journée d'un agent pour le traitement des données ; 1 à 2 journée(s) pour chaque agent rédigeant le rapport ; 1 à 2 journée(s) d'un agent pour la gestion des suites et le suivi. Soit un maximum de 9 journées par inspections et 135 journées au total.

### **Le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes**

- [239] Le code de déontologie prévoit explicitement l'obligation qui est faite aux chirurgiens dentistes d'exercer leur profession dans des conditions qui ne peuvent pas compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ni la sécurité des patients. Il ajoute que les chirurgiens dentistes doivent prendre, et faire prendre par leurs adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit (article R4127-204 du CSP).
- [240] Dans ce contexte, et en parallèle des travaux qui étaient menés au niveau national sur la sécurité des soins, le CNOCD a incité les conseils départementaux à organiser localement des visites confraternelles, pour certains, portant sur l'ensemble des professionnels, pour d'autres, sur les professionnels s'installant. Afin d'harmoniser ces visites, le CNOCD a mis à la disposition des conseils départementaux une fiche de visite type<sup>67</sup>. Dans la pratique et selon le CNOCD, la moitié seulement des conseils départementaux (soit 49 conseils départementaux sur 101) ont mis en place cette démarche mais la mission n'a pu obtenir de bilan consolidé. Seuls huit bilans départementaux, choisis par le CNOCD et portant sur la période entre 2002 et 2009 ont été remis à la mission<sup>68</sup>. Il est difficile, dans ces conditions, d'en tirer des conclusions sur la méthodologie retenue pour ces procédures internes à la profession ainsi que sur la possibilité voire la volonté de mener des contrôles à l'occasion de ces visites confraternelles voulues comme telles.
- [241] De ces huit bilans, il ressort deux aspects : la conscience qu'ont les dentistes des particularités de leur exercice et de l'importance du risque infectieux auquel ils peuvent exposer leurs patients mais aussi, la nette volonté que les pouvoirs publics soient tenus à l'écart de toute intervention dans les cabinets. En témoigne la lettre du président d'un ordre départemental qui indique qu'« *il s'agit d'une démarche confraternelle avant tout car nous pensons préférable que ces visites soient effectuées par la profession que par des agents de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou de la répression des fraudes... comme il en est question* »<sup>69</sup>.
- [242] Un exemple supplémentaire peut être donné de cette volonté : une grille d'inspection a été validée par le ministère, les corps d'inspection et les différents représentants de la profession en octobre 2011. Ce texte a été transmis par la DGS aux ARS. Les organisations professionnelles se sont, quant à elles, chargées de le diffuser et de l'expliquer aux praticiens. Depuis, des mises à jour sont réalisées unilatéralement par l'ADF ce qui ne manque pas d'étonner. Ainsi, de l'ajout à la version initiale dans l'édition 2012 de l'ADF et relatif à l'inspection : « *Sauf cas d'urgence, il est souhaitable que le conseil départemental de l'Ordre soit prévenu de ces visites directement par l'ARS ou par le confrère concerné lorsque celui-ci est averti à l'avance de l'inspection* ».

### **L'autorité de sûreté nucléaire (ASN)**

- [243] L'ASN peut réaliser des campagnes d'inspections ou des contrôles ponctuels. Elle peut également effectuer des contrôles à distance (en demandant la fourniture de pièces permettant de justifier le respect des dispositions applicables). Deux campagnes seulement ont été menées au cours des dernières années<sup>70</sup>. Les principaux écarts à la réglementation en vigueur qui ont été relevés concernent les points suivants : contrôles trimestriels d'ambiance radiologique, contrôles des installations, formation des travailleurs, PCR, délimitation des zones réglementées et dosimétrie passive.

<sup>67</sup> Consultable à l'adresse suivante : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/grille-dautoevaluation-pour-une-pratique-securisee.html>

<sup>68</sup> Les bilans remis à la mission concernent les départements suivants : Aube, Eure, Eure-et-Loir, Moselle, Bas-Rhin, Haute-Savoie, Yvelines et Vosges.

<sup>69</sup> Lettre du 29 septembre 2005.

<sup>70</sup> En 2011 en Rhône Alpes et Auvergne, sur une vingtaine de cabinets.

- [244] Le niveau de contrôle mis en œuvre par l'ASN pour les soins bucco-dentaires, limité à 13% des inspections globalement réalisées dans le nucléaire de proximité, est déterminé sur la base du niveau de risque au regard des enjeux de radioprotection estimés par l'autorité. La mission n'a pas pu évaluer le juste niveau de ces contrôles.

### 2.2.3.3 La politique de qualité est inexistante

#### a) La faible quantité de recommandations de bonne pratique dûment élaborées

- [245] La profession de chirurgien dentiste est un métier à forte technicité et par la même, sujet à de fréquentes et nombreuses évolutions de pratiques. Afin qu'un professionnel puisse prendre en charge ses patients en ayant recours aux meilleures techniques disponibles au moment où les soins sont réalisés, il apparaît indispensable qu'il puisse disposer de recommandations de bonne pratique tout au long de sa carrière. Les constats sont comparables à ceux faits au titre de la sécurité sanitaire.

#### Encadré sur les recommandations de bonne pratique

Les « recommandations de bonne pratique » sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles devraient se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge, identifiés à l'aide d'études de pratiques ou, en l'absence de telles études, à l'aide des avis et de l'expérience des professionnels de santé concernés par le thème.

L'élaboration d'une RBP ne doit pas être un objectif en soi, mais s'intégrer dans un programme de bonne pratique allant de l'identification des points d'amélioration d'une prise en charge à l'évaluation de ce programme. Un programme de bonne pratique peut s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu.

*Source : HAS – Site Internet consulté le 15 mai 2013*

- [246] Dans la pratique, les recommandations officielles sont assez peu nombreuses, généralement le fruit de travaux de sociétés scientifiques n'entrant pas dans le modèle préconisé par la HAS<sup>71</sup>. A plusieurs reprises, HAS et ADF se sont engagées officiellement dans des démarches de collaboration (en 2004 en signant une convention portant sur la qualité des soins dentaires puis en 2010 sur les bonnes pratiques en chirurgie dentaire) mais ces démarches n'ont pas réellement abouti.
- [247] L'ADF a créé récemment (février 2011) en son sein un collège des bonnes pratiques ayant vocation à assurer l'interface entre la profession et la HAS. Il a effectué le choix des thèmes des deux premiers travaux : référentiel sur le dossier médical du patient en médecine bucco-dentaire et recommandation sur la prise en charge du patient diabétique en médecine bucco-dentaire. A l'heure actuelle, les travaux communs aux deux structures n'ont pas abouti, l'ADF mettant en cause la lourdeur de la méthodologie de la HAS.
- [248] En tout état de cause, la HAS et l'ADF ne sont pas parvenues à produire de référentiels de bonne pratique partagés.

<sup>71</sup> La haute autorité a mis en place une méthodologie d'élaboration des recommandations de bonne pratique dont le détail peut être consulté à l'adresse Internet suivante : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique)



- [249] Au moment de la rédaction de ce rapport, la consultation du site Internet de la HAS a permis de constater la publication de huit recommandations labellisées<sup>72</sup> dont aucune ne porte sur la chirurgie bucco-dentaire. Sur les quelques quatre-vingt recommandations publiées sur le même site mais ne faisant pas l'objet du label, seules deux portent sur la santé bucco-dentaire<sup>73</sup> et datent de 2005. La HAS a également porté à la connaissance de la mission trois recommandations édictées à l'époque par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et qui datent de 2002 et 2003<sup>74</sup>.
- [250] Alors que deux de ces 84 recommandations préconisent chez les enfants de 28 jours, 6, 7 et 18 ans une vérification de l'acuité visuelle et auditive l'examen buccal est passé sous silence.
- [251] Au-delà du fait qu'il existe assez peu de recommandations officielles, se pose également le problème de leur mise en œuvre et l'exemple de la digue est en la matière très illustratif. En effet, alors que le guide du ministère de la santé de 2006 mentionne clairement la nécessité d'utiliser une digue pour assurer des soins de qualité, tant les retours des professionnels et de leurs représentants rencontrés que les données provenant des fabricants de tels dispositifs montrent que ce dernier est extrêmement peu usité et probablement uniquement réservé au secteur hospitalo-universitaire. Le coût de ce dispositif ne saurait être l'explication de cet état de fait. Deux explications peuvent être avancées dont la seconde semble prépondérante pour la profession : le manque de formation à la pose de la digue (et en particulier pour les praticiens en exercice depuis longtemps) et le temps nécessaire à sa mise en place qui n'est pas réellement pris en compte dans la fixation des tarifs des soins dentaires.

#### **b) La qualité ne fait l'objet d'aucun pilotage national**

- [252] Le ministère de la santé qui avait prévu de faire un plan de santé bucco-dentaire s'est résigné à faire un plan de prévention bucco-dentaire conformément aux souhaits de la profession et de l'UFSBD en particulier. Le thème de la qualité, comme au reste de la sécurité, ne figure donc pas dans ce document.
- [253] Du côté des partenaires conventionnels, et selon la convention de 2006, « *les Parties signataires conviennent de développer la maîtrise médicalisée conventionnelle en étendant le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective. A cet effet, les Parties conviennent d'établir chaque année une liste d'activités médicales à soumettre, le cas échéant, à la Haute autorité de santé en vue de l'établissement de références médicales* ».

#### **c) Les contrôles de la qualité par les régimes obligatoires et complémentaires**

- [254] Le contrôle par l'assurance maladie : l'assurance maladie obligatoire (AMO) ne s'intéresse à la qualité que de façon accidentelle (enquête fréquence pour la CCAM ; à l'occasion de saisines de la SAS, dans le cas où les fraudes s'accompagnent d'actes de non-qualité).
- [255] Quant aux rôles des organismes d'assurance complémentaire santé, en matière de qualité des soins, il ne peut être que très limité. Leur action est avant tout guidée par la volonté de maîtriser les prix.

---

<sup>72</sup> Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la HAS décerne un label à des recommandations de bonne pratique selon la procédure décrite à l'adresse Internet suivante : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1013692/fr/attribution-du-label-de-la-has-a-des-recommandations-de-bonne-pratique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1013692/fr/attribution-du-label-de-la-has-a-des-recommandations-de-bonne-pratique).

L'élaboration de recommandations de bonne pratique peut être réalisée dans le cadre de l'attribution du label.

<sup>73</sup> Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale et appréciation du risque carieux et indication du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans.

<sup>74</sup> Les critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale (novembre 2003), parodontopathies : diagnostic et traitements (mai 2002) et indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent (juin 2002).

- [256] Ainsi la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) a-t-elle négocié en 1997 avec la CNSD un protocole pour la prise en charge des prothèses, qui a pour objet de fixer un prix limite au bénéfice de ses assurés en complémentaire santé mais non d'assurer la qualité des actes dispensés. Il convient toutefois de noter que le protocole ainsi négocié n'est pas très contraignant, conciliant ainsi la défense de l'image de la profession et des intérêts des professionnels.
- [257] De même, l'action des réseaux, du type de Santéclair, est orientée par le souci de maîtrise des prix.
- [258] Enfin, si les organismes complémentaires souhaitaient mener des actions sur la qualité des soins prodigués individuellement par les chirurgiens dentistes, leur légitimité serait très certainement contestée, et leur capacité à mener des contrôles en la matière serait inexistante.

#### **d) La traçabilité**

- [259] Il convient de souligner que l'absence de possibilité d'identifier le chirurgien dentiste auteur des actes dans les centres de santé nuit à la qualité de la traçabilité.
- [260] S'agissant de la traçabilité des prothèses, on peut relever que les prothèses dentaires sont des dispositifs médicaux. Etant fabriqués « sur mesure », ils ne sont pas soumis à l'obligation de marquage CE<sup>75</sup> mais leur fabrication est encadrée par la directive européenne 93/42/CEE, ils font l'objet d'une traçabilité assurée par les chirurgiens dentistes qui les mettent en place et d'une surveillance par l'ANSM au titre de la matériovigilance et de la surveillance du marché. A ce titre, elle a réalisé une inspection en 2010-2011 portant sur un panel de fabricants en France et à l'étranger. Cette campagne n'a pas mis en évidence de risques de sécurité sanitaire (notamment, elle n'a pas révélé d'utilisation de matières premières non conformes ou non marquées CE) mais elle a permis de constater *“que les professionnels n'étaient pas toujours informés et conscients de leurs obligations en matière de gestion documentaire, de traçabilité et de respect des exigences réglementaires”*.

### **2.2.3.4 La formation initiale et continue à la santé bucco-dentaire n'est pas suffisamment en phase avec les besoins de la population et la pratique des professionnels**

#### **a) La formation initiale**

- [261] Il n'entre pas dans les objectifs de la mission d'étudier la formation initiale des chirurgiens dentistes. Toutefois, un certain nombre des convictions qu'elle a pu se forger trouvent leur origine dans les modalités d'organisation de cette formation. Il convient d'ajouter que les quelques remarques qui suivent ne concernent pas seulement les chirurgiens dentistes mais l'ensemble des professions qui ont à connaître de la santé bucco-dentaire.
- [262] Ainsi, la mission a-t-elle pu constater que la formation pratique aux cours des années de formation en odontologie reste insuffisante. De la même façon, les médecins qui seraient les premiers intéressés à maîtriser des connaissances précises en matière de santé bucco-dentaire ne disposent que d'éléments extrêmement succincts. Il s'agit en particulier des généralistes, des pédiatres et des gériatres, des cardiologues et des diabétologues pour ne parler que d'eux. Il est impossible de parler d'un dossier médical ou du parcours de soins sans que ce qui relève de cet aspect de la santé en soit un des éléments ou sans que le chirurgien dentiste soit strictement associé à la délivrance des informations qui s'y trouvent. Le médecin traitant n'est pas informé des soins qui sont dispensés au patient qu'il suit à ce titre : le fait qu'il soit nécessaire d'obtenir à juste titre l'accord du patient pour transmettre ces informations n'est certainement pas une raison de cette carence.

---

<sup>75</sup> Article R5211-12 du CSP.

- [263] Une enquête anonyme réalisée en 2011 auprès de plus de 800 praticiens nouvellement diplômés illustre les développements qui précèdent. Elle porte sur le nombre et la qualité de certains actes cliniques réalisés durant le cursus de la formation initiale au sein des facultés de chirurgie dentaire (Cf. annexe 8).
- [264] Il est particulièrement intéressant de noter que les chirurgiens dentistes omnipraticiens n'aient bénéficié dans le meilleur des cas que d'un enseignement pratique minimal pour des actes contribuant à la conservation de la dentition : ainsi pour les traitements de base c'est-à-dire les traitements endocanalaire, la formation a conduit les étudiants à pratiquer ces actes dans le meilleur des cas 63 fois et dans le pire 18 fois en 5 ans. Pour les soins du parodonte (gingivectomie et gingivoplastie), les chiffres correspondant sont de 4 séances dans le meilleur des cas et aucune formation dans le pire des cas.
- [265] De même, par des techniques telles que inlay core, couronne et bridge céramométallique, les chiffres ne sont que de 40 dans le meilleur des cas et de 9 dans le pire.
- [266] Il est également intéressant de noter dans la formation le nombre important d'extractions dentaires (de 19 à 110) et le faible nombre d'actes d'implantologie réalisés (de 0 à 4), alors même que les actes se multiplient dans ce domaine.

**b) L'ancien dispositif de formation continue présentait des lacunes que le Développement professionnel continu devra combler**

- [267] La loi HPST a instauré l'obligation de Développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé. Il s'agit d'un dispositif visant à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue (Formation conventionnelle continue - FCC - et Formation conventionnelle odontologique - FCO) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Comme les autres professions médicales, les chirurgiens dentistes peuvent valider l'obligation de DPC, dont la présentation plus précise figure en annexe 9, en participant à un programme de DPC, en obtenant un Diplôme universitaire (DU) ou en participant en qualité de formateur à un programme de DPC.
- [268] La parution récente des textes, dont certains datent de 2012, soit trois ans après la loi, explique que le DPC n'ait pas encore pris toute sa mesure et de nombreuses dispositions font encore défaut telles que les critères d'évaluation des organismes qui pourront assurer un programme de DPC. Il est donc prématuré de tirer des conclusions sur l'efficacité qu'aura ce nouveau dispositif. Pour autant, certains points d'attention peuvent être identifiés :
- Les modalités d'organisation retenues devraient permettre plus d'indépendance et une plus grande transparence du dispositif.

- [269] Ainsi, la composition de la commission scientifique indépendante (CSI) des chirurgiens dentistes<sup>76</sup> qui outre le conseil de l'Ordre et l'Académie de chirurgie dentaire comporte des représentants des sociétés savantes de la profession<sup>77</sup>, des représentants des enseignants des universités et une personne qualifiée aurait-elle dû apporter une plus-value au dispositif qui préexistait<sup>78</sup> en lui conférant davantage d'indépendance vis-à-vis des représentants de la profession. Pourtant, la DGOS a retenu cette composition sur les propositions de l'ADF sans les modifier et a notamment retenu la candidature d'un représentant de l'UFSBD au nombre des sociétés savantes ce qu'elle n'est en aucune façon. En outre, cette nomination d'une association liée à une société commerciale fait peser un risque sur l'indépendance de cette commission alors même que les textes indiquent que les structures doivent être indépendantes « *des industriels et des distributeurs* », ce qui n'est pas le cas de l'UFSBD en raison de ses liens avec « Idée prévention ».
- [270] Dans l'attente de l'arrêté relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation, les CSI ne peuvent rendre un avis. Toutefois, un dispositif transitoire permet aux organismes existants de proposer des formations ; ces organismes bénéficient en effet « *de la prolongation de leur réputation d'enregistrement et d'évaluation favorable jusqu'à la date à laquelle la ou les commissions scientifiques compétentes rendront leur avis.* » Le choix des thèmes prioritaires au niveau national risque de n'apporter aucun changement par rapport au passé, de même que les formations choisies.
- [271] Les orientations nationales du DPC des professionnels de santé font l'objet de l'arrêté du 26 février 2013. Ce texte, commun à l'ensemble des professionnels de santé, prévoit une grande diversité de thèmes regroupés sous six orientations (prise en charge des patients, relation entre professionnels de santé et patients, qualité et sécurité des soins, relation entre professionnels d'équipes pluri-professionnelles, santé-environnementale, santé au travail). Ce choix d'exhaustivité peut laisser craindre la persistance du déséquilibre constaté dans l'ancien système entre les formations portant sur les techniques de soins et celles portant davantage sur la santé publique. En outre, on peut regretter que la faiblesse des recommandations de bonne pratique pour la profession de chirurgien dentiste empêche de faire un lien étroit entre elles et l'évaluation du praticien au titre de la partie EPP du DPC<sup>79</sup>. Enfin il n'est pas certain que le nouveau dispositif ait un impact plus grand que le dispositif qui le précédait sur les pratiques professionnelles, dès lors que les formations portant sur des techniques de soins hors nomenclature (implantologie, parodontologie, orthodontie) sont les plus suivies au détriment de thèmes plus généraux tels que l'hygiène et l'asepsie ou l'usage des antibiotiques.
- Les modalités du contrôle ne paraissent pas plus rigoureuses que par le passé
- [272] Les articles R4143-10 à R4143-13 du CSP prévoient les modalités de contrôle du respect par les chirurgiens dentistes de leur obligation annuelle de formation. Elles reposent sur la production et l'envoi au conseil départemental de l'Ordre, dont dépend chaque professionnel, d'attestations de participation par les organismes formateurs. Le conseil départemental vérifie alors, au moins une fois tous les cinq ans, que le chirurgien dentiste a satisfait son obligation. Dans le cas contraire, « *il demande au chirurgien dentiste concerné les motifs du non-respect de cette obligation. [...] le conseil apprécie la nécessité de mettre en place un programme annuel personnalisé de DPC [...]. L'absence de mise en œuvre de ce plan est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle* ».

<sup>76</sup> Créée par un décret n° 2012 – 28 du 9 janvier 2012, en application de loi HPST, la CSI est notamment chargée, sur la base d'une liste de critères établie par elle, d'évaluer les organismes de DPC au moment de leur enregistrement par l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), et de formuler des avis sur les orientations nationales et régionales du DPC.

<sup>77</sup> SFPIO, SFE, GSSOS, SFMBCB, SFODF, CNO, SOP et STOS.

<sup>78</sup> Le CNFCO à la différence de la CSI comportait sept représentants des chirurgiens dentistes dont cinq libéraux et était chargé de la définition des orientations nationales et de l'agrément des organismes de formation. De novembre 2007 à novembre 2008, le président du CNFCO était le président de l'UFSBD. L'UJCD (avec les conférences de l'UJCD), la CNSD (avec l'UNAFOC) et l'UFSBD proposaient un très grand nombre de formations.

<sup>79</sup> Rapport IGAS de Pierre-Louis Bras et Gilles Duhamel, novembre 2008.

[273] Compte tenu des très fortes similitudes entre les modalités décrites ci-dessus et celles qui prévalaient à l'époque de la FCO, on peut craindre que le niveau de contrôle de l'obligation de DPC reste aussi faible voir inexistant que par le passé.

➤ Les aspects financiers

[274] Le DPC est une démarche qui s'impose à chaque professionnel de santé. Le fait d'avoir regroupé en un unique dispositif la FCC, la FCO et l'EPP sera très probablement de nature à faciliter l'adhésion des professionnels. Se pose alors la question du financement du dispositif, dans un contexte budgétaire toujours plus contraint.

[275] A cet égard, la section paritaire des chirurgiens dentistes de l'OGDPC nommée en octobre 2012 a déterminé, pour 2013, le forfait de prise en charge dont le montant maximum a été fixé à 1 015€<sup>80</sup>.

Tableau 27 : Modalités de prise en charge des programmes de DPC pour les chirurgiens dentistes

<b>La prise en charge globale maximum par programme et par participant est de 1 015 €.</b>	
<i>Cette prise en charge comprend le paiement de l'ODPC et l'indemnisation éventuelle du professionnel de santé.</i>	
PROGRAMME PRESENTIEL ou MIXTE	PROGRAMME NON PRESENTIEL
Forfait de base ODPC / participant / <b>programme</b> = 101,5 €	Forfait ODPC / étape / participant = 77 €
Forfait ODPC / ½ journée / participant = 147 €	
Indemnisation chirurgiens-dentistes / ½ journée = 157,5 €	Indemnisation chirurgiens-dentistes / <b>programme</b> = 250 €
Principe de prise en charge: - minimum : ½ journée - maximum : 1,5 jours (soit 3 ½ journées)	Principe de prise en charge: - minimum : 3 étapes - maximum : 7 étapes

Source : OGDPC

[276] En parallèle, le conseil de gestion de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) a défini les montants alloués au DPC pour chaque profession et le montant alloué aux chirurgiens dentistes est de 8,8 M€ qui devrait donc permettre de former 8 708 professionnels sur les quelques 40 000 praticiens en exercice.

[277] En dehors du fait que l'année 2013 ne permettra pas de former l'ensemble des chirurgiens dentistes ce qui s'agissant d'un dispositif nouveau pourrait s'entendre, ces éléments font clairement apparaître un problème de financement du dispositif lorsqu'il sera pleinement opérationnel, le montant maximum alors nécessaire étant de 40,6 M€

## 2.2.4 Une information des assurés très formelle

### 2.2.4.1 Les nécessités de la prévention ne font l'objet d'aucune information

[278] L'Etat et l'Assurance maladie à travers des partenariats avec l'UFSBD ont renvoyé sur cette dernière une grande partie de leur responsabilité en la matière. Le bilan qui en est tiré est plutôt satisfaisant s'agissant des enfants.

<sup>80</sup> A titre de comparaison, les forfaits retenus pour chaque profession sont les suivants : 2 990 € pour les médecins, 955 € pour les masseurs kinésithérapeutes, 930 € pour les orthoptistes, 1 065 € pour les infirmiers, 852 € pour les orthophonistes, 1 350 € pour les pharmaciens, 1 290 € pour les pédicures podologues et 960 € pour les sages-femmes.

[279] Toutefois, les publics touchés sont limités : on constate que seuls les enfants font l'objet d'examen bucco-dentaires réguliers. Aucun adulte, même pas les femmes enceintes, ne fait actuellement l'objet de mesures systématiques de prévention au cours de sa vie étudiante, professionnelle ou lors du passage à la retraite. La prévention dépend dès lors de la seule volonté du patient et de celle du professionnel qui n'étant pas rémunéré pour cette catégorie d'actes peut ne pas leur donner la priorité. Les messages diffusés par le professionnel ou ses collaborateurs en l'absence d'une formation appropriée ne sont pas systématiques, ou homogènes voire d'un niveau suffisant : il n'est pas rare de voir des patients ressortir d'un cabinet sans avoir aucunement conscience des risques en matière parodontale, des gestes nécessaires à une bonne hygiène dentaire (usage des brossettes, du fil dentaire, *etc.*) ou des signaux d'alerte.

#### 2.2.4.2 L'information sur la prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires est largement perfectible

[280] – les informations d'ordre général sont accessibles sur le site Ameli : elles font état de la distinction des prises en charge selon qu'il s'agit d'actes sans dépassement (consultations, soins conservateurs) ou des actes avec dépassements (prothèses dentaires et orthodontie sur entente préalable pour les enfants de moins de 16 ans). Les actes hors nomenclature ne font pas l'objet d'une mention au sein de ces informations, alors même qu'ils peuvent être médicalement justifiés et donc pratiqués. La mission ne peut que regretter les lacunes de cette information s'agissant des actes hors nomenclature. La MSA donne des informations d'une qualité équivalente, contrairement au site du Régime social des indépendants (RSI). – Les assurances privées et mutuelles sont en revanche absentes en ce qui concerne les garanties de leurs contrats. Les patients peuvent difficilement savoir, sauf si le chirurgien dentiste est capable de traduire les clauses, comment ils seront remboursés<sup>81</sup>. Mais c'est la technique même de la prise en charge qui peut être en cause : il est en effet difficile pour un patient de calculer le montant de la prise en charge exprimé en pourcentage de la prise en charge par le régime obligatoire, lui-même extrêmement hétérogène. Les membres de l'UNOCAM ont toutefois fait l'effort de signer une déclaration en 2010 portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties complémentaires santé pour les nouvelles offres de contrats. L'évaluation produite en 2012 qui fait état d'un niveau de satisfaction élevé sur ce guide est toutefois réalisée par les complémentaires et non par les adhérents.

[281] – informations au titre du chirurgien dentiste :

[282] Le site Ameli détaille pour chaque chirurgien dentiste conventionné une fourchette des tarifs pratiqués par lui. Toutefois, le nombre et la nature des actes renseignés variant d'un professionnel à l'autre, d'une région à l'autre, il est difficile voire impossible pour un assuré d'effectuer un choix éclairé entre les professionnels, sur cette base.

[283] – au cabinet :

[284] Selon le décret relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé (décret n° 2009-152 publié au JO du 12 février 2009), le CSP impose à tous les professionnels de santé qui reçoivent des patients d'afficher les tarifs de leurs honoraires. Les chirurgiens dentistes sont donc tenus d'afficher, de manière visible et lisible dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice, les tarifs (ou fourchettes de tarifs) de leurs honoraires ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie. Cette obligation d'affichage concerne, dès lors qu'ils sont pratiqués par le chirurgien dentiste, les prestations suivantes : la consultation, au moins cinq des prestations de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention les plus pratiquées et au moins cinq des traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale les plus pratiqués.

---

<sup>81</sup> Certains chirurgiens dentistes, forts de cette compétence, proposent des tarifs de soins calculés sur la base des tarifs de la couverture complémentaire du patient.

- [285] Deux enquêtes seulement ont été réalisées par la DGCCRF depuis 2009 sur l'application de la réglementation résultant du décret n°2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs des honoraires pratiqués par les professionnels de santé. L'enquête réalisée au 2ème trimestre 2009 auprès de 21 régions visait à faire un état des lieux du respect des dispositions de ce décret dans les cabinets dentaires, à apprécier la compréhension du texte et de son sens par les praticiens concernés et poser les bases d'éventuelles procédures contentieuses à l'égard des professionnels qui refusaient de se soumettre à cette nouvelle réglementation. Il s'agissait donc de vérifier l'affichage des honoraires des prestations de santé, en application des nouvelles dispositions législatives et réglementaires. Près de 1500 professionnels ont été contrôlés dans 43 départements ; 930 Rappels de la réglementation (RR) et 331 Notifications d'information réglementaire (NIR) leur ont été ainsi adressés, soit un taux d'infraction de 83,7 % en moyenne qui nécessite la reconduction de l'enquête.
- [286] On peut noter tout à la fois le taux d'infraction extrêmement élevé et la grande prudence qui avait conduit la DGCCRF à annoncer que cette enquête ne devait permettre que de poser les bases d'une éventuelle procédure contentieuse. Or l'enquête suivante n'a jamais été dépouillée.

#### 2.2.4.3 Le devis ne permet pas l'information du patient

- [287] Pour l'exécution des actes prothétiques, les chirurgiens dentistes doivent fournir au patient un devis qui précise le coût de l'acte et les conditions de son remboursement, ces actes étant régis par le principe de l'entente directe entre le patient et le professionnel de santé (dépassements et hors nomenclature).
- [288] L'obligation de fournir un devis au patient apparaît dès la convention de 1975 mais a peu évolué jusqu'à la loi HPST de 2009. Afin de remédier au manque de transparence et de lisibilité des prix des prothèses dentaires, l'article 57 de la loi hôpital patient santé et territoire du 21 juillet 2009 prévoyait que *« lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, 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 associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à R. 5211-24 dans des conditions fixées par décret »*.
- [289] Dès la publication de la loi, la profession s'est fortement opposée à cette mesure en arguant que ce nouveau dispositif *« était par nature inapplicable au motif qu'il imposerait une obligation d'information sur le prix d'achat de chaque élément entrant dans le coût de l'appareillage et qu'elle stigmatisait la profession de chirurgien dentiste »*...
- [290] Le décret prévu par le législateur n'est jamais intervenu. Deux ans après, cette disposition restée inappliquée faute de texte d'application, a été modifiée par la loi dite « Fourcade » du 10 août 2011 qui a remplacé la notion de « prix d'achat » par celle de « prix de vente », et renvoyé l'établissement d'un devis type, conforme à ces nouvelles dispositions, à la négociation conventionnelle.
- [291] Cette négociation a débouché dans l'avenant n°2 à la convention de 2006 conclu le 16 avril 2012 entre l'UNCAM, la CNSD et l'UNOCAM. Il a été publié au JO du 31 juillet 2012 et comporte un devis permettant *« la description précise et détaillée des actes »* avec mention du « prix de vente du dispositif médical sur mesure ». Ce prix de vente est défini comme le *« coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet »*. Ceci interdit, toutefois, au patient d'avoir la connaissance précise du prix d'achat du dispositif par le chirurgien dentiste.
- [292] Outre l'indication du lieu de fabrication du dispositif médical, le devis informe le patient sur les honoraires pour les soins faisant l'objet d'une entente directe, à l'exclusion des soins à tarifs opposables.

- [293] Pour les actes concernés par le devis, l'avenant conventionnel explicite, en une page, les modalités de calcul des honoraires facturés, décomposés en trois parties.
- [294] Le calcul des différentes composantes du devis est complexe. Le devis tel qu'il apparaît dans l'annexe VII de l'avenant n°2 de la convention du 16 avril 2012 ne permet à l'assuré qu'au terme de calculs complexes d'avoir une information sur les tarifs pratiqués mais jamais d'avoir le montant de ce qui restera à sa charge avant l'intervention, le cas échéant, de sa couverture complémentaire.
- [295] Le prix d'achat du dispositif médical au prothésiste n'apparaît pas en clair : il est majoré d'une partie des charges de structure du cabinet dentaire, en fonction du taux de charges du cabinet défini à partir des différentes rubriques de la déclaration fiscale BNC 2035. L'avenant conventionnel ne précise pas les modalités de calcul des différentes rubriques lorsque le praticien exerce dans une SEL.
- [296] Des devis ont été communiqués à la mission. Sans qu'il s'agisse bien sûr d'une étude exhaustive, l'examen de ces documents montre qu'ils contiennent des informations minimales sur les soins que le chirurgien dentiste entend pratiquer et ne permettent pas d'évoquer des alternatives thérapeutiques, ainsi chaque fois qu'il est fait mention d'un inlay core, l'alternative avec le SC 33 n'est pas inscrite sur le devis. Une somme globale « radio » est inscrite sans qu'on puisse savoir combien d'actes seront pratiqués. Les différentes rubriques rappelées sur le site Ameli de la CNAMTS qui doivent figurer sur le devis (notamment : la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés, le montant des honoraires correspondant au traitement, le montant remboursé par l'Assurance maladie) y sont traitées *a minima*. Il s'agit plutôt d'une liste de cotations que d'une véritable description du traitement.
- [297] Certains assureurs et mutuelles ont souhaité permettre à leurs adhérents de comparer les devis. Ils ont organisé des services qui analysent les documents qu'on leur soumet et peuvent éventuellement proposer des alternatives. Ces plateformes attachées à des sociétés sont accusées par le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes de contribuer à faire baisser les prix et de s'opposer à la libre concurrence.



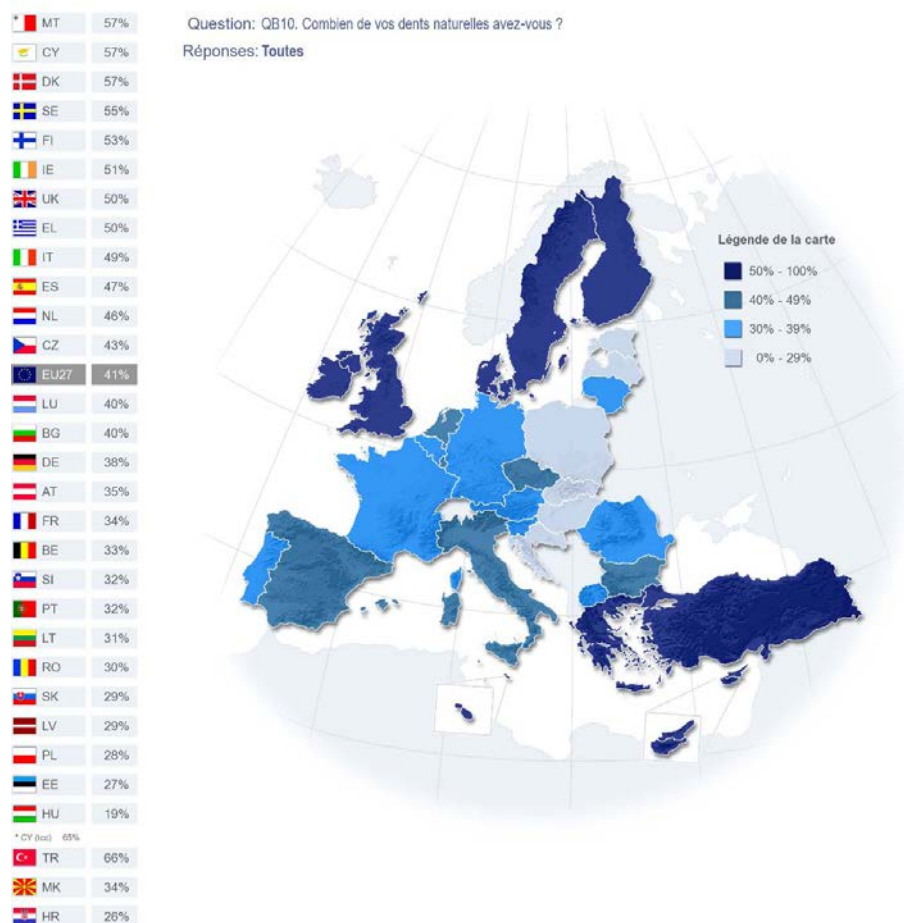
### 3. LES CONSEQUENCES DEFAVORABLES POUR LES ASSURES SOCIAUX

#### 3.1 Un état de santé bucco-dentaire insatisfaisant

3.1.1 Les comparaisons avec les autres pays européens montrent que les résultats de la France en matière de santé bucco-dentaire sont inférieurs à la moyenne européenne

[298] Selon un sondage réalisé par l'union européenne<sup>82</sup> en 2009, la France se situe en-dessous de la moyenne européenne. Ce classement est effectué sur la base d'indicateurs retenus par l'enquête et notamment le nombre de dents naturelles ou l'existence de prothèses amovibles. Pour le premier indicateur, le taux en France est de 34 %, il est en moyenne de 41 % en Europe.

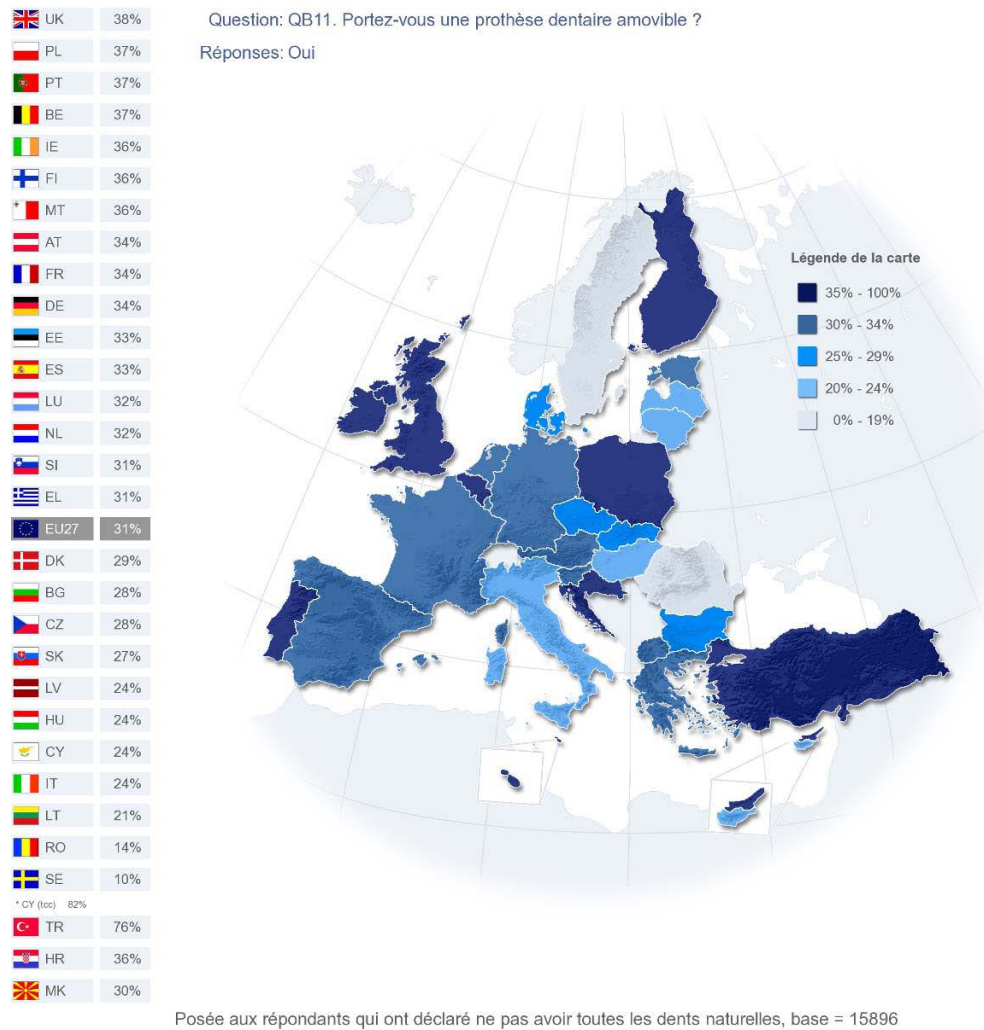
Graphique 7 : Taux de dents naturelles dans l'Europe des 27



[299] En ce qui concerne le port d'une prothèse amovible, là encore la France présente des résultats insuffisants par rapport à la moyenne européenne puisque, parmi celles qui déclarent ne pas avoir toutes leurs dents naturelles, 34 % des personnes interrogées déclarent porter des prothèses amovibles contre 31 % en moyenne en Europe.

<sup>82</sup> Sondage commandité par la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne et publié en février 2010.

## Graphique 8 : Taux de prothèse amovible



[300] 29 % des Européens sondés portent cette prothèse depuis au moins dix ans, mais cette proportion s'élève à 48 % en France.

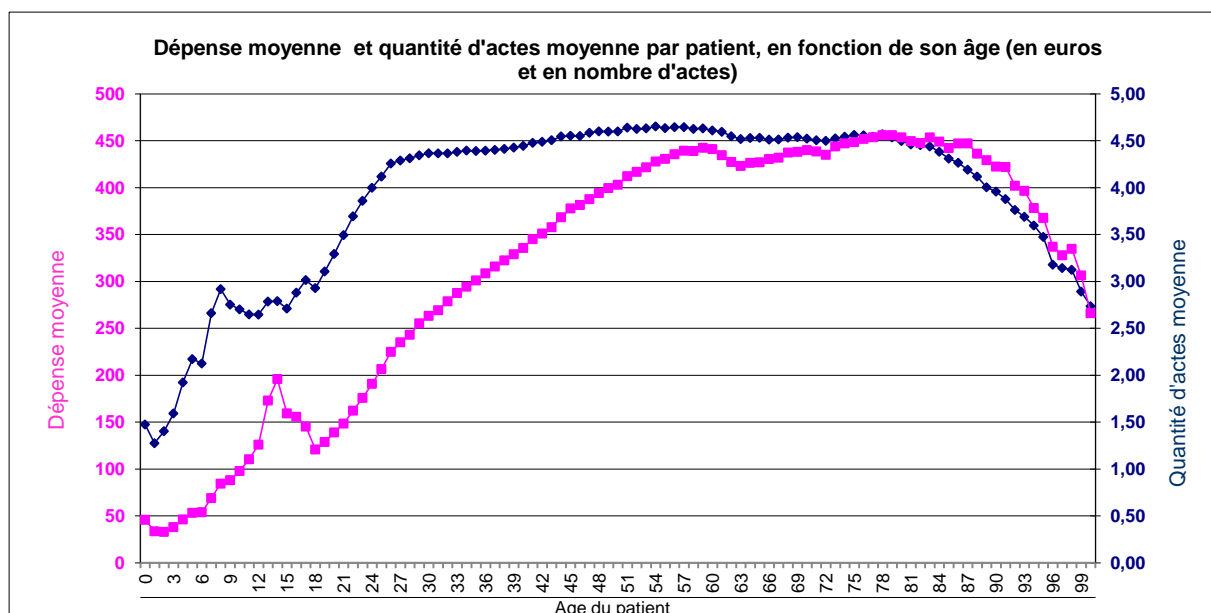
### 3.1.2 Les résultats des enquêtes épidémiologiques réalisées en France témoignent également de résultats insuffisants

#### 3.1.2.1 Les résultats de la prévention sont limités aux caries des enfants et des adolescents

[301] Les enquêtes épidémiologiques réalisées par l'UFSBD, sur crédits d'Etat, en 1987, 1990, 1993, 1998 et 2006 montrent que la santé bucco-dentaire des mineurs s'est améliorée en 20 ans. En 2006, la proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de caries était de 56 % alors qu'elle était de 12 % en 1987. Dans le même temps, l'indice carieux est passé de 4,20 à 1,23.

- [302] Mais, 20 % des enfants de 6 à 12 ans cumulaient 80 % des pathologies dentaires et la moitié des adultes présentent à partir de 35 ans des maladies parodontales, parfois sévères. Ces patients se retrouvent au sein des populations socialement défavorisées. Ces chiffres confirment avant tout la complexité des actions à entreprendre auprès des populations les plus fragiles qui se mobilisent difficilement pour des actions de prévention, car elles n'en mesurent pas toujours l'intérêt mais anticipent en revanche des restes à charge importants, y compris en matière de prévention.
- [303] Pour les adultes, des bilans n'ont pas été systématiquement proposés à des périodes où les prises en charge en termes de soins mais aussi de prévention et de qualité de vie sont efficaces. 52 % des français, interrogés dans le cadre du sondage réalisé en 2009 au nom de l'Union européenne précitée<sup>83</sup>, étaient allés chez un chirurgien dentiste au cours de l'année écoulée contre 57 % en moyenne en Europe mais surtout ils y étaient allés en urgence pour 31 % d'entre eux contre 17 % en moyenne en Europe.
- [304] Quant aux enfants qui ont bénéficié du programme de prévention, l'absence de suivi à l'âge adulte mineure pour beaucoup les résultats attendus. Le graphique ci-dessous montre la croissance du nombre d'actes réalisés par patient après la fin de la prise en charge dans le cadre de l'EBD, ainsi que les dépenses associées.

Graphique 9 : Dépense et quantité d'actes moyens par patient et par âge (hors HN)



Source : CNAM, Données SNIIRAM 2011 en date de liquidation tous régimes, chirurgiens dentistes omnipraticiens uniquement

- [305] Au total, la prévention n'a pas suffisamment pénétré les esprits et les habitudes en France : le nombre des acteurs (ministères, services déconcentrés, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires, associations et professionnels de santé), les difficultés de coordination et les recouvrements ou concurrence en termes de périmètre de compétence sont une première explication aux difficultés de mise en œuvre de cette politique, la formation des professionnels de santé presque exclusivement orientée vers le soins au détriment de celle concernant la prévention et la santé publique en sont une seconde.

<sup>83</sup> Sondage commandité par la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne réalisé en 2009 et publié en février 2010.

### 3.1.2.2 Le risque infectieux persiste

- [306] Le risque n'est pas contesté même s'il est difficile d'en mesurer l'ampleur : en effet, les données sont éparpillées et la difficulté est grande ici comme dans d'autres domaines de mesurer un risque qui n'est pas sériel et ne débouche pas sur des épidémies. En effet, la littérature - dominée par les événements sériels par nature plus aisés à détecter – ne peut donner du sujet qu'une image biaisée<sup>84</sup>.
- [307] Ainsi les données qui ont été collectées et analysées par l'InVS<sup>85</sup> mettent-elles en lumière la grande diversité des infections associées aux soins (IAS) difficiles à organiser en série. Mais elles tendraient à montrer que les IAS en ambulatoire susceptibles d'entraîner une hospitalisation sont rares.
- [308] Les données collectées auprès d'un organisme chargé d'assurer la responsabilité civile des professionnels montrent que le nombre et de la proportion de déclarations<sup>86</sup> d'IAS faites entre 2006 et 2011 par les chirurgiens dentistes sociétaires de la Mutuelle d'assurances du corps de santé français (MACSF) sont restés relativement stables, ainsi qu'il apparaît dans le tableau ci-dessous :

Tableau 28 : Déclaration de sinistres d'infections associées aux soins dentaires entre 2006 et 2011

Années	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Nb de sociétaires	25 949	25 091	24 945	25 246	25 616	25 732	-
Nb de déclarations	1 061	1 051	1 071	1 081	1 087	1 309	6 660
Dont déclarations d'IAS (nb et (%))	24 (2,3%)	16 (1,5%)	5 (0,5%)	11 (1%)	14 (1,3%)	14 (1,1%)	84 (1,3%)

Source : Mission à partir des rapports d'activité de la MACSF

- [309] Toutefois, l'InVS saisi en 2008 pour procéder à une analyse du risque infectieux lié à la non-stérilisation des PIR<sup>87</sup> a conclu que « le risque moyen d'avoir contracté une infection suite à des soins dentaires en l'absence de stérilisation des PIR entre chaque patient est le plus faible pour le VIH à 1/420 millions et le plus élevé pour le VHB à 1/516000 [...]. Etant donné le nombre de séances réalisés en France chaque année, cette absence de stérilisation des PIR entre chaque patient, [...] pourrait être à l'origine chaque année en population générale de moins d'une contamination par le VIH, de moins de deux contaminations par le VHC, et de près de deux-cents contaminations par le VHB ».
- [310] Ces conclusions, comme les états des lieux réalisés au niveau national et régional (et dont le détail figure en annexe 10) pour apprécier le niveau de mise en œuvre des recommandations formulées dans le guide de 2006 et la grille de 2011, montrent que d'importants progrès doivent être encore réalisés en matière de maîtrise du risque infectieux par les chirurgiens dentistes.

<sup>84</sup> Epidémiologie des infections associées aux soins en secteur ambulatoire : revue des données disponibles. JM.Thiolet, R. Mas, B. Coignard - Présentation faite à la SF2H le 8 juin 2012 : [http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2012/actualites-en-hygiene-hospitaliere\\_infections-associees-aux-soins-en-ville.pdf](http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2012/actualites-en-hygiene-hospitaliere_infections-associees-aux-soins-en-ville.pdf)

<sup>85</sup> Les données sont issues de la littérature scientifique, de signalements d'infections nosocomiales, d'enquêtes ponctuelles, de la sinistralité assurantielle et du pôle santé du défenseur des droits.

<sup>86</sup> Une déclaration ne préjuge pas du lien de causalité entre l'acte et l'infection ni de la réalité d'un sinistre.

<sup>87</sup> Analyse du risque infectieux lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire – InVS – 15 mai 2009. Initialement concentrés sur la population carcérale, ces travaux ont été étendu par extrapolation à l'ensemble de la population.

[311] L'enquête la plus récente est celle que la DGS a commandée à IPSOS en 2007<sup>88</sup>. S'agissant de l'hygiène de base, 98 % des chirurgiens dentistes portent des gants et 96 % portent un masque. S'agissant des dispositifs médicaux, 39 % des chirurgiens dentistes ne stérilisent pas les PIR, 38 % se contentant d'une désinfection à froid et 1% ne faisant rien. Pour la stérilisation, 8 % des chirurgiens dentistes, soit un pourcentage en diminution de 16 points par rapport à 2002<sup>89</sup>, utilisaient encore un four « Poupinel », matériel qui est censé avoir disparu. Enfin, 30 % des chirurgiens dentistes avaient connaissance en 2007 du guide sur la prévention des infections liées aux soins hors des établissements de santé établi en 2006, soit un pourcentage faible mais supérieur, toutefois, à celui des professionnels de santé dans leur ensemble (18 %).

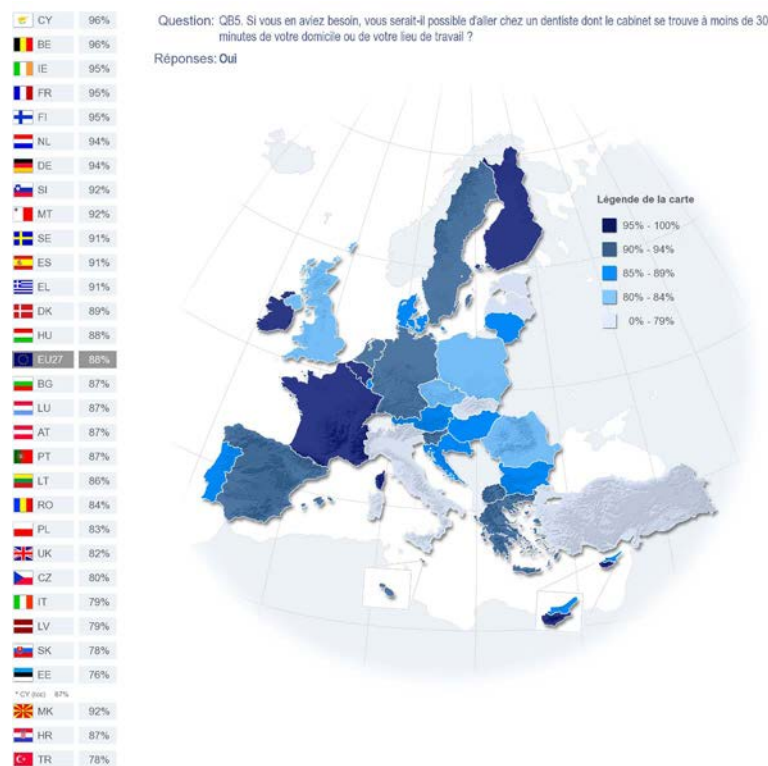
## 3.2 Un accès aux soins inégal

### 3.2.1 Un accès géographique très hétérogène

#### 3.2.1.1 Une offre globalement suffisante

[312] L'offre de soins bucco-dentaires ne semble pas problématique en Europe et encore moins en France : en Europe, 89 % des habitants d'une petite ou d'une moyenne ville déclarent pouvoir se rendre chez un dentiste situé à moins de trente minutes de chez eux ou de leur lieu de travail ; ils sont également 87 % à le penser dans les villages ruraux ou dans les grandes villes. Les chiffres en France sont de 95 % sans qu'il soit possible à ce stade de faire le départ entre les petites et les grandes villes. Ces résultats laissent entendre que la couverture du territoire national en la matière est bien assurée.

Tableau 29 : La couverture du territoire



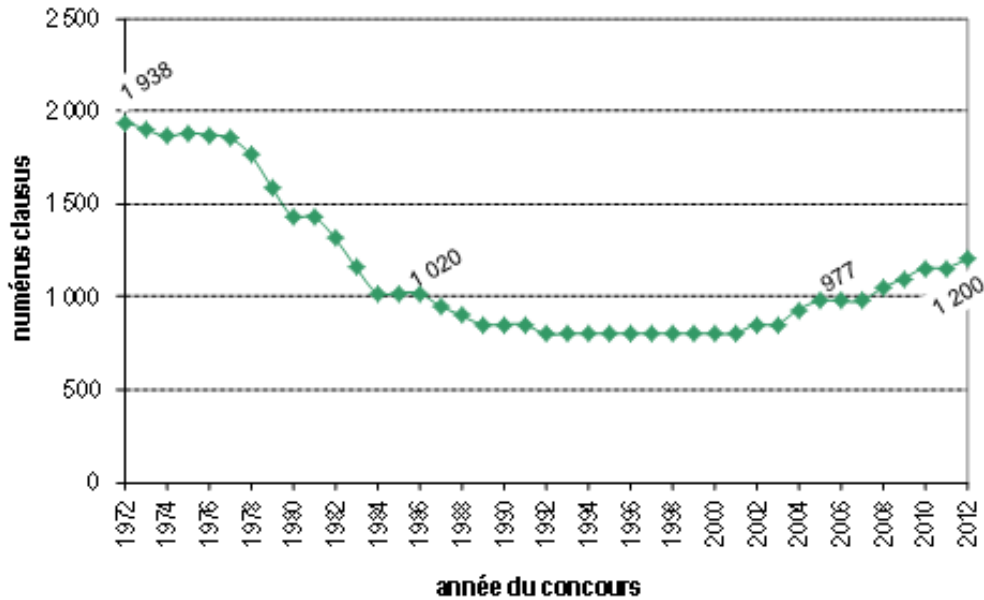
<sup>88</sup> Désinfection – Stérilisation en milieu libéral – Rapport général – Ipsos santé / Direction générale de la santé – 29 novembre 2007

<sup>89</sup> Contre 70% des médecins généralistes qui utilisaient encore un Poupinel en 2007 selon la même étude.

### 3.2.1.2 L'incidence incertaine du numerus clausus

- [313] Depuis 1971, les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur fixent par décret le nombre d'étudiants pouvant accéder aux études médicales, dentaires et pharmaceutiques. Ce *numerus clausus* national est décliné par faculté et est fonction des besoins de la population.

Graphique 10 : L'évolution du numerus clausus



Source : DREES, Ministère de l'Education nationale, Eco-santé

- [314] Au plus haut, à 1932 étudiants en 1972, ce *numerus clausus* a été stabilisé entre 800 et 850 de 1988 à 2002 (réduction de 40%) et est remonté progressivement à 1200 étudiants pour l'année universitaire 2012-2013.
- [315] La répartition programmée par région et présentée dans le tableau suivant est hétérogène afin de promouvoir l'installation des jeunes diplômés dans les zones sous-dotées.

Tableau 30 : La répartition du *numerus clausus* par région pour l'année universitaire 2010/2011

Région	Numerus clausus
Alsace	54
Aquitaine	58
Auvergne	38
Bourgogne	30
Bretagne	70
Centre	27
Champagne	35
Corse	2
Franche-Comté	23
Ile-de-France	179
Languedoc	50
Limousin	14
Lorraine	56
Midi-Pyrénées	70
Nord Pas de Calais	92
Normandie (basse)	19
Normandie (haute)	29
PACA	109
Pays de Loire	51
Picardie	27
Poitou-Charentes	15
Rhône-Alpes	78
DOM TOM	28
	1154

Source : Mission

- [316] D'après les interlocuteurs de la mission ce *numerus clausus* ne permet pas en théorie de compenser les départs en retraite. Mais le nombre de chirurgiens dentistes en exercice ne diminue plus sensiblement dans l'immédiat en raison de l'arrivée des tranches d'âge à *numerus clausus* plus élevé et à l'apport de praticiens à diplômes communautaires ou extra-communautaire.
- [317] Ceci n'engage pas pour l'avenir et les pouvoirs publics devront évaluer les besoins pour les 20 prochaines années en tenant compte de l'augmentation de la population, de l'évolution de sa répartition sur le territoire et de ses besoins (diminution des soins prothétiques au motif des résultats de la prévention) et des changements en termes de productivité et d'organisation de l'exercice professionnel (progrès techniques, délégation de tâches, etc.)

### 3.2.1.3 Une liberté tarifaire qui permet aux chirurgiens dentistes de s'installer dans des zones déjà bien dotées

- [318] Les données infra-nationales montrent que les chirurgiens dentistes, qui bénéficient du principe de liberté d'installation, sont très inégalement répartis sur le territoire. Selon les données publiées par la DREES<sup>90</sup> qui recense 40 599 chirurgiens dentistes au 1<sup>er</sup> janvier 2012<sup>91</sup>, la densité en France est de 63 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants. Mais elle est de 137 à Paris et 113 dans les Alpes-Maritimes. A l'autre extrême, en France métropolitaine, la densité était inférieure à 40 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants dans l'Yonne, en Haute-Saône, dans la Somme et dans les Deux-Sèvres.
- [319] Les fortes inégalités de densité et l'implantation géographique semblent guidées par la solvabilité des patients et non les besoins en soins. La cour des comptes avait noté dans son rapport de septembre 2010 sur les soins dentaires que *« 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. »*
- [320] Une étude de la DREES<sup>92</sup> montre que *« les dépassements moyens varient significativement d'un département à l'autre. Leur répartition géographique diffère toutefois nettement de la dépense reconnue<sup>93</sup>. Selon le département, ils représentent (...) 77 % à 159 % de celle des soins dentaires ».*
- [321] Le graphique ci-dessous établi par la mission présente la corrélation entre la richesse d'un département, mesurée par son revenu fiscal, et les taux de dépassement constatés. Sans qu'il soit possible d'établir un lien de causalité, on observe que plus le département est riche, plus le taux de dépassement est élevé.

---

<sup>90</sup> *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012*, Daniel Sicart, document de travail, série Statistiques n°168, mars 2012.

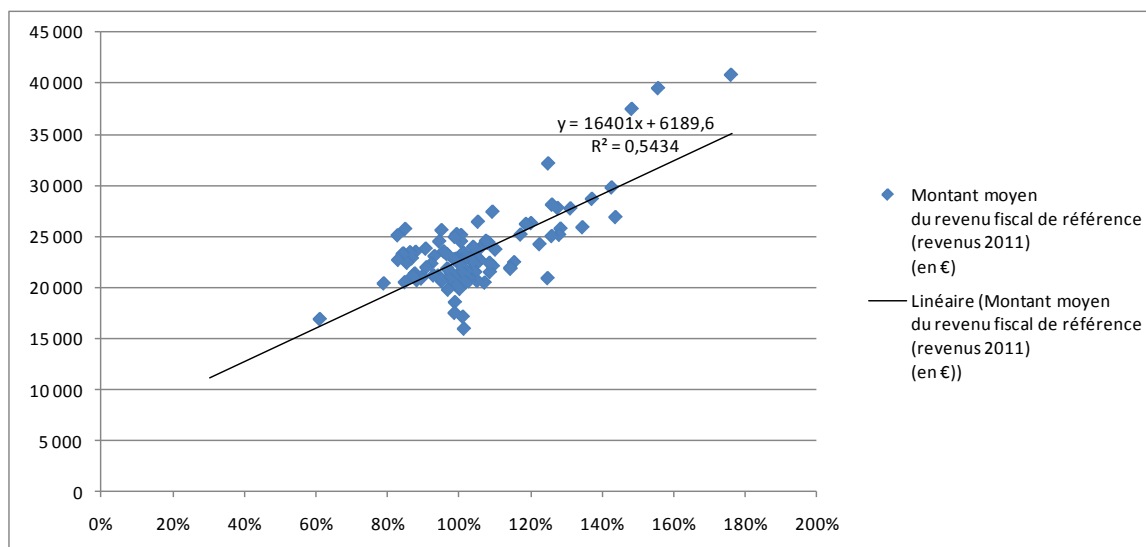
<sup>91</sup> Ces données ne tiennent pas compte des modalités d'exercice et de leur évolution (temps partiel, salariat, enseignements, cumul emploi retraite, âge des professionnels ...). La CNAMTS, pour tenir compte de ces données sociales, considère ainsi dans différents chiffrages que le nombre de chirurgiens dentistes actifs à part entière dans l'année, n'exerçant pas à l'hôpital à temps plein et ayant moins de 65 ans, s'élève à 33 748 sur 36 731 chirurgiens dentistes libéraux recensés en 2011.

<sup>92</sup> DREES, *Etudes et résultats*, n° 812 de septembre 2012.

<sup>93</sup> La dépense reconnue par l'assurance maladie (aussi appelée base de remboursement) se compose du montant remboursé et du montant à la charge du patient, inclus dans le tarif opposable (ticket modérateur, franchise ou participation forfaitaire).



Graphique 11 : Corrélation entre le montant moyen départemental du revenu fiscal de référence (revenus 2011 en €) et le taux de dépassement sur les soins dentaires



Source : Mission à partir des données DGFIP et CNAMTS

[322] Face à ce constat, la politique conventionnelle et celle des pouvoirs publics est restée balbutiante. Ce n'est que dans l'avenant n°2 de la convention de 2006 signé en 2012 qu'apparaît une première mesure pour les zones sous-dotées, avec la création d'une « option conventionnelle », prévoyant un « contrat incitatif chirurgien dentiste » destiné à favoriser l'installation (contrat de 5 ans) ou le maintien (contrat pour 3 ans éventuellement renouvelable) en zones « très sous-dotées ». L'adhésion à cette option permet au chirurgien dentiste d'obtenir une aide forfaitaire à l'installation de 15 000 € dans le premier cas et une participation de l'assurance maladie à ses cotisations sociales dues au titre des allocations familiales (à hauteur de 5,4 % du revenu conventionné) dans le second cas. En échange, le praticien s'engage à exercer dans la zone pendant 5 ans ou 3 ans de plus et à télétransmettre les feuilles de soins au moins à 70%. La CNAMTS estime le coût de ce dispositif au maximum à 2,9M€ en année pleine dont 1,8M€ au titre de la prise en charge des cotisations familiales, sous les hypothèses de 70 nouveaux installés par an et 100 % des chirurgiens-dentistes actuellement installés en zone très sous-dotée adhérant au dispositif.

[323] Encore eut-il fallu, pour que ce dispositif incitatif soit efficace, le compléter par des mesures sur les zones sur-dotées. Or, les partenaires conventionnels n'ont pas fait ce choix. Pourtant ils auraient pu profiter de l'exemple offert par la convention des infirmiers et infirmières. L'arrêté du 17 octobre 2008, portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers précise, en effet, que dans un objectif de rééquilibrage de l'offre de soins infirmier sera mis en œuvre un dispositif de régulation (article 1.3.1 de l'avenant), pour les zones très sous-dotées et les zones sur-dotées. Dans ces dernières, « l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée et qu'une autre infirmière demande un conventionnement sur la zone considérée, compte tenu de ce départ ».

## 3.2.2 Certaines populations ont du mal à accéder à un chirurgien dentiste

### 3.2.2.1 Les bénéficiaires de la CMU

- [324] Le fonds de financement de la CMU fait depuis longtemps état de difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires pour les bénéficiaires de la CMU. Une étude financée par ce fonds montrait l'ampleur des refus de soins toutes professions médicales confondues. Des données plus récentes sont colligées dans l'exposé des motifs de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Il y est dit que « *certains professionnels de santé n'hésitent en effet pas à contourner la loi, voire même à ne pas la respecter (...). L'enquête réalisée par l'équipe de Médecins de Monde de Nice en 2008-2009 révèle que 25,5% des gynécologues, 18% des médecins généralistes et 48% des dentistes interrogés ont fait part du refus de soigner les patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'AME.* »

### 3.2.2.2 Les personnes handicapées

- [325] L'état de santé bucco dentaire du patient handicapé s'aggrave avec l'âge et devient dès l'adolescence très nettement inférieur à celui de la population générale<sup>94</sup>. L'enquête menée en 2005 par l'Assurance maladie dans le cadre du Programme national inter régimes (PNIR 2004) auprès d'enfants de 6 à 20 ans scolarisés dans des instituts médico-éducatifs (IME) et des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) montre que les enfants handicapés de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risque que les autres enfants d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire et que ce risque s'aggrave d'un facteur 3,5 à l'adolescence. Les pathologies dont la prévalence augmente chez les personnes handicapées sont de nature infectieuses, (caries et parodontopathies), fonctionnelles, (Dysmorphoses orofaciales avec troubles associés de la ventilation, de la déglutition, de la mastication) et traumatique (usures et fractures dentaires).
- [326] En outre une enquête nationale<sup>95</sup> met en évidence que les enfants handicapés, lorsqu'ils sont pris en charge, reçoivent moins de soins et avec des délais d'attente plus important que leurs frères et sœurs.
- [327] Les obstacles aux soins et à la prévention bucco-dentaire sont pour les patients, le faible niveau de coopération, pour les aidants familiaux et professionnels, la difficulté d'interpréter les signes d'appel cliniques dont la douleur et l'importance des co-morbidités.
- [328] Pour les chirurgiens dentistes, l'enquête PNIR 2004 a montré que l'accessibilité physique n'était pas l'obstacle majeur à la prise en charge de patients handicapés, les 2/3 des locaux étant accessibles aux fauteuil roulants. Pour autant, près de 15 % des professionnels ne répondent pas à la demande et près de 45 % de ceux qui débute la prise en charge ne l'assument pas jusqu'à son terme. Les motifs invoqués sont le déficit de formation initiale et continue spécifique du chirurgien dentiste et de l'assistant dentaire, la durée de réalisation des soins, l'indication fréquente d'une sédation, voire d'une anesthésie générale, et les surcoûts induits non pris en charge par la tarification.

<sup>94</sup> Accès aux soins des personnes en situation de handicap, audition publique, Paris, 22-23 octobre 2008, Martine Hennequin, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap\\_acces\\_aux\\_soins\\_handicap\\_textes\\_t1.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf), page 69.

<sup>95</sup> Hennequin et al, 2000, 2003 et 2008).

### 3.2.2.3 Les personnes âgées

- [329] Plusieurs enquêtes régionales<sup>96</sup> montrent que plus de 50 % des personnes âgées n'ont pas bénéficié de soins ou d'examen dentaire depuis plus de 5 ans alors qu'elles ont besoin de soins dentaires. Or ces personnes âgées présentent souvent des co morbidités, maladies chroniques (cardiopathies, immunodépression, diabète, etc.) et limitation ou perte d'autonomie. Les affections bucco-dentaires ont, dans ce contexte, souvent un retentissement majeur sur leur santé et leur qualité de vie en augmentant les risques de survenue ou d'aggravation d'infections (respiratoires notamment), de troubles cardiaques, de dénutrition. En outre, le mauvais état bucco-dentaire peut être un facteur de douleur et aussi contribuer à une dégradation de l'image et de l'estime de soi.
- [330] Les mêmes études ont montré que la santé bucco-dentaire de ces populations vulnérables est faiblement prise en compte par notre système de santé. Le plan Bien Vieillir 2007-2009 prévoyait la « *Création d'une consultation gratuite de prévention à 60 ans comprenant un bilan, des conseils sur le lien entre l'état bucco-dentaire et la santé et une sensibilisation à l'utilisation des fluorures* ». Le Haut conseil de santé publique (HCSP) dans son rapport d'évaluation de la mise en œuvre de ce plan<sup>97</sup>, considère que le pourcentage de réalisation de cette mesure est égal à 0 et relève qu'elle figurait déjà dans le plan national de prévention bucco-dentaire de 2005. Elle aurait fait l'objet d'expérimentations mises en œuvre de 2007 à 2010 dans douze EHPAD des départements de l'Isère, de la Marne et du Morbihan et qui n'ont pas été évaluées.
- [331] Aujourd'hui, les besoins en termes d'hygiène bucco-dentaire restent importants. Celle-ci étant peu intégrée dans la formation et la pratique des soignants qui accompagnent cette population au domicile et en établissement, la DGOS<sup>98</sup> a fait de la prise en charge bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes, une des 5 actions de formation nationales prioritaires pour 2012 mais laisse de côté l'intervention du chirurgien dentiste.

### 3.2.3 Contrairement aux principes de la sécurité sociale, la prise en charge de la dépense en soins dentaires est fonction des moyens des patients et non de leurs besoins

- [332] Les ménages qui assument non seulement le reste à charge mais également le montant de cotisation de l'assurance complémentaire sont confrontés à un coût très élevé des soins qui leur sont dispensés par les chirurgiens dentistes. Ceci suffit à justifier que les ménages et notamment les déciles les moins élevés renoncent à se soigner.

#### 3.2.3.1 La part des ménages dans le financement des soins dentaires est beaucoup plus élevée que pour les dépenses de santé en général

- [333] Il ressort du tableau qui suit que, en moyenne, les ménages prennent en charge directement entre 31,1 % de la dépense de soins dentaires en 2000 et 26,5% en 2011, après avoir atteint un point bas de 26,0 % en 2010. Ce reste à charge supporté par les ménages globalement est bien supérieur à celui qu'ils supportent au titre des dépenses de santé chez les médecins libéraux, qui s'élève en moyenne à 11,0 % selon les comptes de la santé 2011.

<sup>96</sup> CPAM Essonne (2002), URCAM Pays de la Loire (2002), URCAM PACA (2006), URCAM Nord-Pas-de-Calais (2006), URCAM Rhône-Alpes (2007).

<sup>97</sup> Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 (Rapport adopté par le HCSP le 9 décembre 2010).

<sup>98</sup> Lettre circulaire N° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[334] A cela, il convient d'ajouter le coût de leur assurance complémentaire. La baisse de prise en charge directe par les ménages de leurs dépenses bucco-dentaires s'est accompagnée d'une augmentation de la part des couvertures complémentaires privées, passée de 32,4 % en 2000 à 38,3 % en 2011.

[335] Il est difficile de savoir quel est le montant supporté par les ménages, soit par le paiement de cotisations d'assurance complémentaire, soit par le paiement direct des prestations au chirurgien dentiste, d'autant plus qu'une partie des cotisations d'assurance privée est prise en charge par les employeurs dans le cadre de contrats collectifs.

[336] On peut néanmoins avancer que la couverture des soins dentaires est majoritairement fonction des moyens contrairement aux principes fondateurs de la sécurité sociale, alors même que le champ du dentaire fait partie des soins médicaux totalement justifiés.

Tableau 31 : La part des différents financeurs dans l'ensemble des dépenses dentaires, de 2000 à 2011 (en millions d'euros courants)

Financements des dépenses du poste "dentistes"		2 000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011
Publics	Sécurité sociale	2 377	2 620	2 699	2 895	2 985	2 977	3 069	3 182	3 214	3 229	3 283	3 295
	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	65	142	167	178	194	198	253	290	275	283	295	309
	% public	36,5%	37,9%	37,4%	37,5%	37,0%	36,3%	36,8%	37,3%	36,5%	36,1%	35,8%	35,2%
Privés	Mutuelles	1 233	1 309	1 502	1 636	1 712	1 757	1 799	1 838	1 923	1 927	1 954	1 968
	Sociétés d'assurances	466	507	594	691	704	686	701	744	832	904	999	1 063
	Institutions de pré-voyance	469	508	668	671	704	685	693	735	795	833	863	894
	% OCAM	32,4%	31,9%	36,1%	36,6%	36,3%	35,8%	35,4%	35,6%	37,1%	37,6%	38,2%	38,3%
	Ménages	2 079	2 195	2 033	2 129	2 281	2 434	2 498	2 522	2 516	2 558	2 597	2 720
	% ménages	31,1%	30,1%	26,5%	26,0%	26,6%	27,9%	27,7%	27,1%	26,3%	26,3%	26,0%	26,5%
TOTAL		6 692	7 285	7 665	8 202	8 584	8 739	9 016	9 314	9 557	9 736	9 992	10 251

Source : DREES comptes de la santé

► Le reste à charge

[337] Le tableau qui suit montre en valeur absolue le reste à charge supporté par les ménages en fonction des quintiles de revenus. Il est à noter que ces chiffres sont avant toute couverture complémentaire éventuelle. Ils confirment que plus de deux tiers des dépenses de soins bucco-dentaires pèsent sur les ménages, directement ou à travers leurs couvertures complémentaires qu'ils financent en tout ou partie.

Tableau 32 : Le reste à charge des patients ayant eu des soins dentaires en 2008 par quintile de revenus

	Dépense par consommant	RAC par consommant	Taux de reste à charge par consommant
1 <sup>er</sup> Quintile	304 €	174 €	57 %
2 <sup>ème</sup> Quintile	321 €	193 €	60 %
3 <sup>ème</sup> Quintile	318 €	192 €	60 %
4 <sup>ème</sup> Quintile	320 €	199 €	62 %
5 <sup>ème</sup> Quintile	385 €	267 €	69 %

Source : IRDES pour la mission

➤ Les dépassements

[338] Le reste à charge est très inégalement réparti selon la nature des soins prodigués aux patients : les soins conservateurs, en principe à tarifs opposables, sont remboursés à 70 % par l'assurance maladie obligatoire et le reste à charge est de 30 % ; il n'en va pas de même des soins pour lesquels les dépassements sont autorisés ou des soins qui ne figurent pas à la nomenclature, ce qui explique le reste à charge global des deux tiers de la dépense.

[339] En l'absence de données sur les soins hors nomenclature, la mission a concentré ses analyses sur les dépassements d'honoraires<sup>99</sup>, 4,6 Mds€ en 2011, concentrés sur l'orthodontie (738 M€) et les soins prothétiques (3 736 M€ soit 81,6 % de la totalité des dépassements).

[340] En moyenne en 2011, pour les actes prothétiques, le taux de dépassement (défini comme le rapport entre les dépassements et les montants correspondant à la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire) s'élève à 281 %.

[341] La dispersion du taux de dépassement moyen par département est quant à elle très élevée : de 200 % dans le Cantal à 400 % à Paris.

### 3.2.3.2 La dépense qui pèse sur les ménages s'alourdit avec la dérive sur certains actes et les choix thérapeutiques des professionnels orientés par la politique conventionnelle

[342] La mission a souhaité comparer les prix de certains dispositifs. Les informations qu'elle a pu recueillir auprès d'un organisme d'assurance, pour succinctes qu'elles soient, montrent toutefois l'évolution des prix moyens en Ile de France depuis 2006 pour certains inlays-core et certains types de couronnes. Ainsi :

- le prix moyen des inlays core sans clavette en Ile-de-France : le tarif conventionnel plafonné, jusqu'à juin 2006, était de 183 € Le prix moyen constaté à partir de l'analyse de devis en 2007 est de 242,20 €; il est, en 2011, de 274,50 € soit une augmentation de 49,3% en cinq ans.
- le prix moyen des inlay core avec clavette en Ile-de-France : le tarif conventionnel, plafonné jusqu'à juin 2006, était, à cette date-là, de 216 € il s'élevait à 283,60 € en 2007 et à 306,30 € en 2011, soit une augmentation de 41,3% en cinq ans.
- le prix moyen de la couronne céramo-métallique sur métal non précieux diminue quant à lui : il est en 2007 de 623,80 € et en 2011 de 609 €

<sup>99</sup> A partir des données fournies à la mission par la CNAMTS.

- [343] En effet, lorsqu'une couronne nécessite un pivot (inlay core), la tendance est de faire basculer les dépassements d'honoraires sur l'inlay core car sa cotation par la sécurité sociale (SPR 57 ou 67) est supérieure à celle de la couronne (SPR 50). Ceci permet d'optimiser les garanties des contrats d'assurance complémentaire lorsqu'elles sont définies en pourcentage de la base de remboursement par la Sécurité sociale. En outre, la traditionnelle couronne métallique est de plus en plus souvent remplacée par une couronne entièrement en céramique.
- [344] En outre, la dérive peut s'étendre à des actes à tarifs opposables. Ainsi en est-il en Ile-de-France : l'ampleur des dépassements est telle qu'on en constate notamment sur des détartrages, avec une fréquence atypique pour des soins conservateurs (cf. note de la DREES à la mission en annexe 11). Ainsi, plus de 10 % de ces actes sont facturés avec dépassements, même si ceux-ci peuvent être faibles.
- [345] On trouvera en annexe 13 le prix moyen des différents types de prothèses à la sortie des laboratoires.

### 3.2.3.3 L'état de la santé bucco-dentaire est le reflet de la situation économique du patient

- [346] La conséquence de la charge financière pesant sur les ménages est double : elle se traduit par le renoncement aux soins ou par le choix d'un certain type de soin.
- Le renoncement aux soins
- [347] « *Les raisons financières du renoncement aux soins sont constituées d'un faisceau d'éléments qui se combinent souvent entre eux : le prix du soin, son niveau de remboursement et le reste à charge qui varient en fonction du type de protection sociale et de la qualité de la couverture, le niveau de revenus, la disponibilité financière du moment, en particulier quand l'individu doit avancer des frais* »<sup>100</sup>.
- [348] Ces différentes causes du renoncement aux soins pour motif financier sont tout à fait importants en matière dentaire. Il faut y ajouter la méconnaissance des droits mais également la complexité du système de prise en charge : le reste à charge varie non seulement en fonction du praticien mais du soin lui-même (que le patient n'est en général pas en mesure d'anticiper) selon que l'on se trouve face à un soin conservateur à tarif opposable, un soin prothétique dont une part du prix repose sur l'entente directe ou sur un soin hors nomenclature dont les prix sont totalement libres même s'ils sont médicalement justifiés. Le non respect de la réglementation par les professionnels de santé peut également contribuer à ces renoncements : il n'est pas rare de voir des soins à tarifs opposables supporter un dépassement (cf. détartrage en région parisienne). Tout ceci contribue, ainsi que le note l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) à « *un sentiment d'inquiétude diffus* ».
- [349] Au total, « *en 2008, 15,4% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10% de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1%) et les consultations des médecins généralistes et spécialistes (3,4%)* »<sup>101</sup>. Le renoncement à des soins dentaires est donc le plus fréquemment cité.
- Le type de soins choisi varie selon le revenu
- [350] L'exemple retenu par la mission est le taux d'équipement en prothèse fixe<sup>102</sup>.

<sup>100</sup> IRDES, Questions d'économie de la santé n° 169, octobre 2011.

<sup>101</sup> IRDES, Questions d'économie de la santé n°170, novembre 2011.

<sup>102</sup> Doc IRDES scannés.

[351] Le taux d'équipement en prothèse dentaire, tous types de prothèses confondus, est à peu près comparable dans les différents quintiles de revenus.

Tableau 33 : Fréquence des équipements prothétiques par quintiles de revenus (revenu mensuel net par unité de consommation en euros)

	Pas de prothèse	Prothèse fixe	Prothèse amovible partielle	Prothèse amovible totale	Inconnu
<b>1<sup>er</sup> quintile (&lt;870 euros)</b>	37,8 %	20,90 %	21,22 %	16,13 %	3,96 %
<b>2<sup>ème</sup> quintile (870€- 1167€)</b>	35,17 %	29,82 %	22,13 %	9,79 %	3,09 %
<b>3<sup>ème</sup> quintile 1167€- 1486€</b>	35,40 %	35,10 %	18,01 %	8,32 %	3,18 %
<b>4<sup>ème</sup> quintile 1486€- 1997€</b>	34,49 %	39,50 %	17,71 %	5,68 %	2,61 %
<b>5<sup>ème</sup> quintile &gt; 1997€</b>	33,15 %	49,64 %	12,90 %	2,89 %	1,42 %

Source : IRDES pour la mission

[352] Malgré un état de santé bucco-dentaire qui se dégrade fortement au fur et à mesure que le revenu baisse, le taux d'équipement en prothèse dentaire est à peu près comparable dans les différents quintiles de revenu. Il n'est que très légèrement supérieur dans les quintiles les plus élevés.

[353] Mais, lorsqu'on détaille en fonction du type d'équipement on se rend compte que la pose prothèse fixe augmente continument avec le revenu, de 36 % des personnes dans le premier quintile (personnes appartenant aux ménages les plus pauvres) à 76 % dans le dernier quintile, celui des personnes appartenant aux ménages les plus riches. A l'inverse, le taux d'équipement en prothèse mobile diminue avec le revenu, passant de 35 % pour les plus pauvres à 8% pour les plus riches.

[354] Ceci tend à montrer l'importance du recours à l'implantologie pour les revenus les plus élevés mais la dégradation de l'état de santé bucco-dentaire chez les plus pauvres, obligés de recourir à des prothèses mobiles totales moins coûteuses mais beaucoup plus pénalisantes.

### 3.3 La qualité des soins n'est pas attestée alors même que les rares études existantes auraient dû pousser à l'action

[355] Les études et données portant sur la qualité de soins bucco-dentaires sont assez rares et portent le plus souvent sur des effectifs certes statistiquement représentatifs mais assez limités. Aussi, la mission n'a pu récupérer que quatre études en excluant les études trop anciennes<sup>103</sup>. Les sujets abordés par les études sont :

- la différence de la qualité des soins entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés ;
- la qualité des couronnes ;
- la qualité des traitements endodontiques.

<sup>103</sup> Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé (publiée en 2002 sur des données collectées en 2001) , Evaluation de la qualité des couronnes unitaires dentoportées (2003-2004), Evaluation de la qualité des traitements endodontiques à partir de radiographies postopératoires : étude en région Rhône-Alpes (publiée en 2006 sur des données collectées en 2002 et 2003), Durée de vie des couronnes dentaires : suivi sur cinq ans d'une cohorte d'assurés sociaux du Régime social des indépendants (publiée en 2012 sur des données collectées en 2003).

### 3.3.1 La qualité des soins dispensés aux bénéficiaires de la CMU-C

[356] Une étude, réalisée en 2002 par l'assurance maladie, visait à comparer la qualité de remise en état bucco-dentaire chez des patients relevant du régime général et chez ceux bénéficiant de la CMU-C. Elle montre que :

- - de nombreux patients nécessitaient encore des soins alors même qu'une entente préalable était sollicitée avant la réalisation d'un soin prothétique<sup>104</sup> ;
- - la proportion de patients nécessitant encore des soins était plus élevée chez ceux bénéficiant de la CMU-C que pour ceux relevant du régime général alors même que les obstacles apparents à l'accès aux soins semblaient surmontés avec la CMU-C qui offre un panier de soins de bonne qualité.

### 3.3.2 La qualité des couronnes dentaires laisse à désirer

[357] La deuxième étude, réalisée en 2003-2004 par l'assurance maladie portait sur la qualité des couronnes unitaires dentoportées dans la région Centre. Sur 817 dispositifs posés chez 802 assurés par 661 chirurgiens dentistes (soit la moitié de l'effectif de la région), l'étude a démontré que 44,3 % des couronnes présentaient au moins l'un des seize critères de non-qualité retenus pour l'étude (dont un portant strictement sur l'esthétique). Ces résultats corroborent ceux des études américaines mentionnées dans l'étude (sans être référencées) et qui ont démontré que les couronnes prothétiques étaient les restaurations dentaires les plus fréquemment déficientes, à hauteur de 30 à 50 % selon les critères retenus. Dans l'étude de l'assurance maladie, les critères de non-qualité les plus fréquemment constatés figurent sur le graphe ci-dessous.

[358] Une autre étude, publiée en 2012 mais portant sur des données de 2003, visait à évaluer la qualité et la pérennité des couronnes dentaires prothétiques posées chez des assurés du Régime social des indépendants. 10 357 dispositifs posés chez 7051 assurés ont été inclus dans l'étude et suivis pendant cinq ans. Pendant la période étudiée, 563 couronnes ont été déposées (dont seulement 62,9 % - dents non extraites - ont été renouvelées), le plus souvent (62 % des cas) du fait de l'extraction<sup>105</sup> de la dent support. L'analyse de survie réalisée sur 4 566 couronnes a montré qu'à cinq ans, le dispositif n'était plus en bouche dans près d'un cas sur dix<sup>106</sup>. L'étude a également mis en évidence la nécessité de prodiguer des soins intermédiaires précoces (traitements de parodontologie, traitement de carie et reprise de traitement endodontique - n = 532) le plus souvent dans la première année après la pose de la couronne, révélant un défaut des pratiques.

---

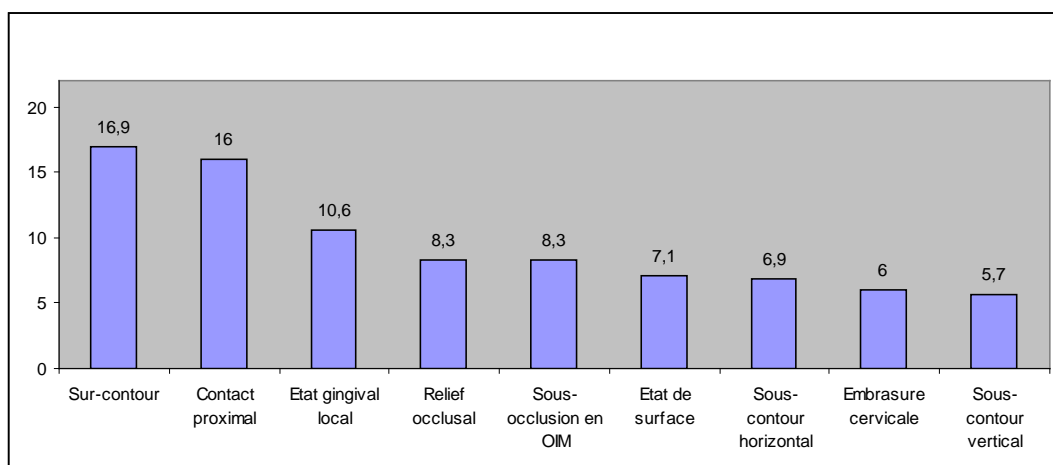
<sup>104</sup> Cette étape n'est plus nécessaire aujourd'hui pour obtenir une prise en charge des soins par l'assurance maladie.

<sup>105</sup> Les infections péri apicales et apicales, le plus souvent dues à un traitement endodontique incorrect, représentaient plus de 30% des motifs d'extractions dentaires.

<sup>106</sup> La durée de vie moyenne d'une couronne habituellement reconnue est de quinze à vingt ans (cf. sources figurant dans l'étude mentionnée).



Graphique 12 : Nature des critères de non-qualité les plus représentés (en %)



Source : Etude assurance maladie (régime général et MSA) de 2003-2004

### 3.3.3 La mauvaise qualité des traitements endodontiques est attestée par deux séries de travaux

#### 3.3.3.1 Une étude menée en région Rhône-Alpes révèle une part très importante d'actes d'endodontie de mauvaise qualité

[359] Une étude, menée en Rhône-Alpes en 2002-03, a porté sur la qualité des traitements endodontiques initiaux et des retraitements à partir de radiographies postopératoires. Cinq critères issus de recommandations nationales et internationales ont été retenus pour évaluer les soins. L'enquête menée sur la base de 2 240 questionnaires a révélé que la proportion de traitements endodontiques classés comme incorrects était de 32 % avec comme principale anomalie une sous-obturation > 2mm (32,4 %) la vacuité de scellements (25,6 %), l'absence d'opacité (20,6 %). Seuls 5,5 % des traitements étaient réalisés en utilisant une digue et 60,2 % des traitements étaient scellés avec une pâte et un monocône. Dans 41 % des cas, au moins un cliché pré et postopératoire était réalisé. L'étude concluait à la nécessité d'une meilleure diffusion et appropriation des bonnes pratiques en la matière.

[360] Ce type d'études n'est pratiquement plus réalisé par le régime général (la dernière bien que datée de 2012, porte sur des actes réalisés en 2003) qui tout en diminuant le nombre de chirurgiens dentistes conseil (généralement chargés de recevoir les patients inclus dans ces études) a réorienté leurs interventions en organisant des rencontres confraternelles visant à faire connaître les bonnes pratiques. Aussi, aujourd'hui, le contrôle de la qualité des soins peut intervenir en cas de plainte d'un patient ou lorsque le praticien fait l'objet d'une procédure disciplinaire par le biais des revues d'activité (cf. partie 2).

#### 3.3.3.2 Les enquêtes de fréquence de la CNAMTS montrent que plus d'un acte sur cinq doit être repris pour non qualité

[361] La mission a utilisé les deux enquêtes de fréquence de la CNAMTS qui montrent que plus de 20 % des traitements endodontiques doivent être repris en raison d'une mauvaise qualité.

[362] Dans le cadre des travaux relatifs à la CCAM dentaire, la CNAMTS a mené auprès des chirurgiens dentistes deux enquêtes de fréquence des actes bucco-dentaires, l'une en 2003 et l'autre en 2009. Ces études ont été réalisées nationalement, auprès d'échantillons représentatifs de chirurgiens dentistes.

- [363] S'agissant des traitements endodontiques, elles font apparaître que :
- en 2003, le taux de reprise de traitements endodontiques est de 22,7 % ; ce taux tient compte de l'hypothèse que 5 % de reprises sont justifiées ;
  - en 2009, les fréquences constatées, non extrapolées à l'année, conduisent, avec les mêmes hypothèses que ci-dessus, à évaluer les traitements endodontiques de mauvaise qualité à 22,4 %, soit un pourcentage très voisin de celui constaté en 2003.
- [364] Ces estimations appellent deux remarques :
- elles ne signifient pas que plus de 20 % des chirurgiens dentistes réalisent des traitements endodontiques de mauvaise qualité, plusieurs traitements pouvant être réalisés par un même praticien ;
  - les actes de mauvaise qualité ont un coût non négligeable pour l'assurance maladie obligatoire et les patients (directement ou à travers leur complémentaire santé), mais également des conséquences sur l'état de santé bucco-dentaire : outre la facturation de l'acte repris lui-même, la désobturation peut s'accompagner du renouvellement de la prothèse voire d'une extraction dentaire si l'obturation a été faite avec un dispositif de type inlay core (cf. *infra*).

### 3.4 L'absence d'offre alternative prive le patient de tout recours

- [365] L'offre de soins libérale représente 95 % de l'offre de soins dentaire. La mission ne s'est pas intéressé à l'offre de soins proposée par les centres de santé et les établissements de santé publics au motif des deux missions IGAS conduites parallèlement à celle-ci.
- [366] Elle a toutefois rencontré les équipes administratives et soignantes de deux centres de santé et les responsables d'un des services hospitalo-universitaires d'odontologie de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).
- [367] Elle a relevé que l'offre de soins dans ces structures était principalement à destination des bénéficiaires de la CMU-C, et que leur faible capacité d'accueil ne permettait pas de proposer une alternative concurrentielle au secteur libéral comme elle existe dans l'offre de soins médicale et chirurgicale.
- [368] De même, si les quelques services d'odontologie hospitaliers ont des unités assurant la permanence d'accès aux soins de santé "PASS bucco-dentaire", des consultations pour patients handicapés et l'accueil des urgences, ils ne peuvent être considérés comme structures de recours, à l'exception des services universitaires dont ne dispose pas toutes les régions. Le nombre des praticiens hospitalo universitaires est faible, à peine suffisant pour la formation théorique des étudiants et l'encadrement de leur formation pratique au fauteuil et leur recrutement est difficile depuis l'obligation du temps plein. (les postes à temps partiels auraient pu être le vecteur d'une filiarisation pour la formation initiale, la formation continue et la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital).
- [369] Enfin toutes les conventions ont rappelé, dès le préambule pour celles de 1997 et de 2006 deux des objectifs des parties signataires, "*garantir la forme libérale de l'exercice de la chirurgie dentaire*" et pour l'assurance maladie "*l'engagement de ne pas mettre en place une distribution de soins dentaires par les cabinets de caisse*".

### Encadré sur l'inlay core

L'inlay core ou faux moignon est un acte pré prothétique consistant en une reconstitution métallique coulée, dans laquelle les canaux radiculaires, obturés lors du traitement conservateur sont utilisés comme ancrage. En l'absence de parallélisme de ces canaux il est complété d'une clavette. L'inlay core est le deuxième acte prothétique le plus pratiqué (3,1 millions d'actes dont 2,7 millions sans clavette codés SPR57 et 0,4 million avec clavette codés SPR67), après les couronnes (les actes codés SPR50 sont au nombre de 6 millions d'actes).

Une reconstitution à ancrage radiculaire mais insérée en phase plastique (acte de soin conservateur, codé SC33) est une thérapeutique alternative à l'inlay core pour la reconstitution pré prothétique. Mais l'étude réalisée en 2003 par l'ANAES sur les indications et contre-indications respectives des deux techniques, sur saisine de la CNAMTS, n'a pas été conclusive : *« l'analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier des articles permettant d'établir des recommandations professionnelles incontestables portant sur les indications et les contre-indications des reconstitutions coronoradiculaires préprothétiques coulées ou insérées en phase plastique »* et *« compte tenu de l'insuffisance de preuves scientifiques, le praticien est responsable du choix du type de reconstitution en fonction de chaque situation clinique »*.

En l'absence de recommandations précises, l'intérêt économique du chirurgien dentiste peut jouer et il est favorable au choix de l'inlay core lorsque la patientèle est solvable : l'inlay core (sans clavette) est tarifé, depuis 2001, 122,55 € (soit un montant supérieur à la couronne elle-même) et peut faire l'objet de dépassements d'honoraires, non plafonnés depuis 2006. La reconstitution avec un matériau inséré en phase plastique est quant à elle tarifée, depuis 2003 seulement, à 79,53 € et ce tarif est opposable. Le coût à la charge du patient est donc plus faible lorsque le chirurgien dentiste choisit le soin conservateur.

Dans la convention de 2006, ce sujet est l'un des deux engagements de maîtrise médicalisée (*« respect des recommandations médicales et des indications thérapeutiques des reconstitutions pré prothétiques à ancrage radiculaire coulées ou insérées en phase plastique, tout en favorisant la technique au plus faible coût à efficacité thérapeutique identique : augmentation de 8 points du ratio, à l'horizon d'un an, des reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire insérées en phase plastique relativement aux reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire coulées »*). Et la convention fixait dans l'annexe 5 des engagements régionaux pour le rapport entre les actes codés SC33 et ceux codés SPR57 et 67. Ces engagements n'ont pas été suivis.

A la demande de la mission, la DREES a réalisé une étude<sup>107</sup> dont il ressort *« la possible existence d'un lien entre le niveau de vie des patients (via le niveau de vie moyen régional) et la structure de consommation des inlay core et similaires. Notamment, un lien décroissant entre niveau de vie régional et recours au SC33 semble exister. La santé bucco-dentaire dépend de facteurs socioculturels, la corrélation avec le niveau de vie peut donc traduire une différence de besoins de soins entre les régions. Ainsi, la consommation élevée de l'acte codé SC33 dans le Nord-Pas-de-Calais peut traduire des différences de pratiques entre régions mais aussi être la conséquence de besoins différents »*.

Sur la base des données du SNIIRAM de décembre 2011 à novembre 2012 (en date de liquidation, France entière et tous régimes), la CNAMTS a calculé que *« un alignement des tarifs des 2 inlays-cores (avec et sans clavette) sur le tarif du SC33 (79,53€) engendrerait une économie pour l'assurance maladie une économie de 104 M€ »*

Il serait *a minima* souhaitable de rétablir la neutralité économique entre la reconstitution insérée en phase plastique (SC33) et l'inlay core (SPR57 ou 67), en tenant compte du coût d'achat de l'inlay core lui-même.

<sup>107</sup> L'intégralité de cette étude réalisée pour la mission est annexée au présent rapport.

## 4. LES PROPOSITIONS

[370] L'intérêt des assurés doit conduire à replacer les soins bucco-dentaires au sein du dispositif de santé publique et de prise en charge de droit commun de la protection sociale tant en termes de couverture que d'objectifs sanitaires. A ce titre, les obligations et les responsabilités des professionnels (les chirurgiens dentistes et les industriels) comme celles de l'Etat et de l'assurance maladie doivent être réaffirmées.

### 4.1 Le scénario cardinal : améliorer l'état de santé de la population nécessite de donner toute leur place aux soins bucco-dentaires au sein des soins médicaux

[371] La mission considère que prolonger la situation actuelle en modifiant à la marge la structure des soins et de leur prise en charge ne produirait pas les effets escomptés en matière d'accès aux soins et propose, à l'inverse de ce qui s'est progressivement mais profondément installé, de renforcer la place de la prévention à l'instar des pays du nord de l'Europe, et de rééquilibrer la part respective des soins conservateurs et des actes prothétiques afin d'améliorer l'état de santé de la population et de placer, enfin, les soins bucco-dentaires dans le régime de droit commun de la protection sociale contre le risque maladie.

#### 4.1.1 Améliorer l'état de santé de la population en prévenant la survenue des principales maladies bucco-dentaires, la carie et les parodontites

[372] Les retombées favorables de la prévention sont prouvées tant par la littérature que par les exemples étrangers, sur le plan de l'état de santé bucco-dentaire comme sur celui de la maîtrise des dépenses.

[373] Dans ce but, une visite gratuite de prévention serait proposée à toute la population, en étendant le nombre et le périmètre des examens bucco-dentaires existant aujourd'hui :

- la limitation aux enfants, aux adolescents et aux femmes enceintes serait supprimée ;
- une visite gratuite tous les deux ans permettrait pour la population qui accepterait ce nouveau dispositif de détecter les problèmes pouvant exister et de prodiguer les soins préventifs. Elle serait prise en charge à 100 % avec bénéfice du tiers payant y compris pour les soins conservateurs pouvant en résulter ;
- la responsabilité de cette nouvelle organisation serait affectée à l'assurance complémentaire pour les assurés couverts ou au FNPEIS pour ceux qui ne disposent pas de couverture complémentaire. Le coût net pour l'AMC est présenté dans le chapitre 4.1.4., où figurent également les économies pour l'assurance maladie.

#### 4.1.2 Revaloriser les soins conservateurs et en augmenter le nombre

[374] Ainsi qu'il a été montré au chapitre 2.2.2., les soins conservateurs n'ont pas été réévalués depuis 2003, ce qui a pu conduire certains professionnels à privilégier les soins prothétiques et hors nomenclature mieux rémunérés. On a pu voir que le partage à parts égales aujourd'hui de la dépense de soins dentaires (10 Mds€) entre les soins prothétiques (5 Mds €) et les autres signe l'échec de l'action des professionnels, des pouvoirs publics et de l'assurance maladie.

[375] Il s'agit donc, d'une part, de revaloriser les tarifs des soins conservateurs pour les rendre plus attractifs. Il s'agit, d'autre part, d'accroître le nombre d'actes conservateurs en y incluant des actes médicalement justifiés qui aujourd'hui n'y figurent pas, tels les soins du parodonte (un million d'actes, qui s'ajouterait aux 49 millions d'actes de soins conservateurs actuels).

[376] Le résultat recherché est de modifier profondément le partage de l'activité entre les trois sortes d'actes (opposables, dépassements, liberté des tarifs) pour répondre aux besoins sanitaires en augmentant la valeur et le nombre d'actes à tarifs opposables et de les intégrer dans la CCAM sur la base des données scientifiques et techniques et à leur coût économique. Au reste, certains de ces actes y figurent déjà lorsqu'ils sont pratiqués par des médecins stomatologistes.

#### 4.1.3 Ces dispositions concourent à placer les soins bucco-dentaires dans le régime de droit commun de la protection sociale contre le risque maladie

[377] L'ensemble des soins devra être placé dans le régime de l'assurance maladie obligatoire défini par des tarifs opposables, un taux de couverture globale de 50 % environ (hors affections de longue durée), ce qui aboutit à un partage de droit commun de la couverture entre les régimes obligatoires et complémentaires où l'assurance maladie est majoritaire et à la réduction du reste à charge supporté par les ménages.

[378] Les actes conservateurs étant déjà pris en charge dans ce cadre, il reste à améliorer la participation de l'assurance maladie obligatoire au remboursement des actes prothétiques. Ces dispositions devront s'accompagner, comme le proposent de nombreux interlocuteurs de la mission (dont la DSS), d'une mesure consistant à inscrire les prothèses sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) afin de pouvoir leur fixer un prix limite de vente. Cette dernière disposition contribuerait à la transparence des prix recherchée dans l'intérêt du patient ainsi qu'à la limitation du reste à charge. A terme, inscrire les implants sur cette même liste renforcerait la cohérence de la réforme.

[379] Ainsi, l'instauration de tarifs opposables et la détermination des prix de vente limiteront-elles ceux des tarifs qui sont aujourd'hui les plus élevés et qui peuvent apparaître comme excessifs, notamment dans les grandes métropoles.

#### 4.1.4 Le scénario financier part de l'hypothèse que le reste à charge des ménages diminue et que la contribution des régimes obligatoires n'augmente pas

[380] Aujourd'hui, les contributions respectives aux dépenses de soins dentaires s'élèvent respectivement à :

- 3,3 Mds€ pour l'AMO ;
- 4,0 Mds€ pour l'assurance maladie complémentaire (AMC) ;
- et 2,7 Mds€ pour les ménages.

#### 4.1.4.1 Les modalités financières globales de mise en œuvre

- [381] Les quatre volets de la réforme emportent les conséquences financières suivantes, synthétisées dans le Tableau 34 :
- [382] ① l'institution et la prise en charge par l'AMC <sup>108</sup> d'une visite gratuite de prévention tous les deux ans pour l'ensemble de la population : si cette visite était facturée 25 €, l'enveloppe maximale est évaluée à environ 500 M€<sup>109</sup>, si 80 % de l'ensemble des assurés disposant d'une complémentaire santé, hypothèse plutôt optimiste, recourent à cette prestation ; avec cette disposition, les dépenses actuelles de l'assurance maladie obligatoire de consultations simples, soit 150 M€ disparaissent ;
- [383] ② la revalorisation des tarifs des soins conservateurs ; le scénario financier ci-dessous fait l'hypothèse d'une enveloppe financière supplémentaire pour les soins conservateurs de 500 M€ dont 350 M€ à la charge de l'AMO et 150 M€ pour l'AMC, finançant la revalorisation des tarifs (400 M€ permettant une revalorisation des tarifs de 22 %) et l'intégration des actes de soins du parodonte (enveloppe de 100 M€) ;
- [384] ③ le doublement du niveau de remboursement des actes prothétiques désormais à tarifs opposables conduit à une augmentation de 1 Mds€ pour l'AMO mais à une diminution corrélative de la dépense de l'AMC ;
- [385] ④ les effets de la prévention se traduisent par une baisse de 15 % du nombre d'actes prothétiques, conduisant à une économie, au bout de trois ans, de 750 M€ sur les 5 Mds€ actuellement consacrés au financement des dépenses prothétiques ; cette baisse est répartie entre les différents financeurs proportionnellement à leur part actuelle<sup>110</sup>. Pour 4,25 Mds€ de dépenses à terme, la participation de l'AMO est ainsi rehaussée à 44 % contre 20 % aujourd'hui.

Tableau 34 : Synthèse des impacts sur les différents financeurs

	① augmenter les visites de prévention	② revalorisation des soins conservateurs	③ amélioration du niveau de remboursement des prothèses par l'AMO	④ baisse du nombre d'actes prothétiques grâce à la prévention	VARIATION
<b>AMO</b>	- 150 M€	+ 350 M€	+1,0 Mds€	- 150 M€	+1,05 Mds€
<b>AMC</b>	+ 500 M€	+150 M€	-1,0 Mds€	- 420 M€	- 770 M€
<b>Ménages</b>	-	-	-	- 180 M€	- 180 M€
<b>Total</b>	+350 M€	+500 M€	-	- 750 M€	+ 100 M€

Source : mission

- [386] Enfin, le dernier objectif de la mission est de maintenir les dépenses de l'assurance maladie à leur niveau actuel. Or le tableau ci-dessus fait apparaître un supplément de charges pour l'AMO de 1,05 Mds€. Ceci amène la mission à faire les propositions de transferts ou de financement complémentaire suivantes :

- les régimes complémentaires seraient appelés à apporter leur contribution à l'AMO à hauteur de 770 M€, soit le niveau d'économies qu'ils réalisent grâce à la réforme. Cette contribution pourrait prendre la forme d'un fonds comparable au fonds de prévention des risques naturels

<sup>108</sup> Au moment de la rédaction de ce rapport, la mission ne disposait pas des précisions susceptibles de modifier sa proposition s'agissant des contrats complémentaires santé envisagés dans le cadre de l'accord national interprofessionnel.

<sup>109</sup> Cette somme est nette de la part des consultations actuellement prise en charge par les OC (60M€).

<sup>110</sup> Actuellement, l'AMO finance 1Md€ des 5 Mds€ de soins prothétiques, et la mission a évalué la part de l'AMC à 2,8 Mds€ et celle des ménages à 1,2 Mds€

majeurs. Les sommes qui alimentent ce fonds, issues des cotisations d'assurance pour le risque catastrophes naturelles, n'entrent pas dans la liste des prélèvements obligatoires ;

- une taxe temporaire et limitée pourrait être mise à la charge de l'industrie et du négoce dentaires ou des prothésistes ;
- la mission a considéré qu'à l'occasion de l'intégration de tous les actes dans les tarifs opposables, ces dispositions se traduiraient par une réduction des dépassements d'honoraires d'environ 300 M€ pour ceux des chirurgiens dentistes dont les revenus et les taux de dépassement sont les plus élevés (orthodontie et actes prothétiques) ; une réduction de même ampleur (300 M€) porte sur les soins qui aujourd'hui sont hors nomenclature. La mission n'a pas, à ce stade, intégré la possibilité de moduler la prise en charge, par le régime obligatoire, d'une partie des cotisations sociales dues par les chirurgiens dentistes<sup>111</sup> ;
- enfin, certaines des mesures proposées par la mission (par exemple celle relative à l'inlay core) pourraient également diminuer la charge des régimes obligatoires pour les 180 M€ restants.

[387] Au total, la prise en charge globale par l'AMO des actes conservateurs et des actes prothétiques ressort à 46 %, proche du taux cible de 50 %. Le reste à charge des patients est réduit de 180 M€ supplémentaires, qui s'ajoutent aux 600 M€ provenant du plafonnement du prix des prothèses et de l'opposabilité des tarifs. Compte tenu du délai dans lequel la prévention pourrait avoir un effet et des efforts demandés aux industriels et à certains professionnels, comme des contraintes liées à la nouvelle organisation, il paraît raisonnable de prévoir une montée en charge de la réforme sur plusieurs années, par exemple sur trois ans.

#### 4.1.4.2 Les risques et les contraintes de la réforme

[388] **Le taux de prélèvement obligatoire et l'augmentation de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)**

[389] Le fonds évoqué qui permettra de compenser l'augmentation des charges de l'assurance maladie à due concurrence des économies que réaliseraient les organismes complémentaires grâce à la réforme ne pèse pas sur les prélèvements obligatoires. Il n'en va pas de même de la contribution des industriels mais celle-ci serait limitée.

[390] En revanche, l'ONDAM, facialement, serait augmenté de 1Md€ environ. Mais son périmètre étant augmenté, il reste, en fait, constant.

[391] **L'acceptabilité de la réforme**

[392] Du côté des professionnels, nombre d'interlocuteurs de la mission ont fait part de leur souhait de voir intégrer tous leurs actes dans la CCAM, à tarif opposable. Toutefois, compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques et des revenus, ceux d'entre eux qui pratiquent des dépassements élevés ou réalisent un nombre d'actes hors nomenclature élevé risquent de s'opposer à cette réforme s'ils la trouvent trop brutale ou de se déconventionner.

[393] Cette situation pourrait justifier que soit mise à l'étude l'option individuelle d'adhésion dans la convention et repose l'intérêt du conventionnement sélectif individu par individu dans le cadre conventionnel plus général.

<sup>111</sup> En 2012, le bénéfice de cette prise en charge pour les chirurgiens dentistes s'élève à 169 M€

[394] En ce qui concerne les assureurs complémentaires, le succès de la réforme nécessite leur adhésion au dispositif. Leur intérêt réside dans le rôle renforcé qui leur est proposé en matière de prévention (prise en charge à 100 % de la visite de prévention), ainsi que dans leur maintien dans la prise en charge du ticket modérateur. Dans la dynamique du scénario envisagé par la mission, l'évolution de leur contribution est doublement liée à la réussite de la politique de prévention que les complémentaires pourraient animer : par la baisse mécanique des dépenses de soins dentaires et par la prise en compte du nombre de visites de prévention réellement effectuées par leurs assurés.

## **4.2 Sans préjuger de l'aboutissement de la réforme d'ensemble, des mesures ponctuelles doivent d'ores et déjà être mises en œuvre dans la poursuite des mêmes objectifs de qualité et d'accessibilité des soins.**

### **4.2.1 Les retombées de la prévention, avérées, doivent être exploitées**

#### **4.2.1.1 Augmenter le nombre de consultations régulières de prévention**

[395] Alternativement à l'organisation d'une visite de prévention pouvant bénéficier à l'ensemble de la population tous les deux ans, des mesures par classes d'âge pourraient être envisagées. Les actions de prévention concernent d'ores et déjà un certain nombre de classes d'âge. D'autres pourraient y être adjointes. Ainsi, l'examen bucco-dentaire pourrait-il être pris en charge pour les enfants de 3 ans, à leur entrée à l'école maternelle comme les soins consécutifs. Pour les populations adultes, les actions de prévention pourraient viser les personnes ayant atteint 40 ou 45 ans (dont on sait qu'elles sont plus particulièrement exposées aux affections du parodonte) et comprendre un examen complété, le cas échéant, de la prise en charge des actes de parodontie. Son extension aux enfants de 3 ans et aux adultes de 40 ou 45 ans coûterait une vingtaine de millions d'euros par classe d'âge dans l'hypothèse forte où la totalité de la population souscrit à cette possibilité.

[396] Enfin, et à titre expérimental, une classe d'âge pourrait être prise en charge tout au long de sa vie : il pourrait s'agir des enfants nés en 2011 et pris en charge à partir de 3 ans soit en 2014. Cette disposition nécessiterait d'organiser une rémunération à la capitation des chirurgiens dentistes participants. Cette expérimentation pose toutefois le problème de son extension aux classes d'âge suivantes et de la généralisation progressive du forfait à l'ensemble des soins.

#### **4.2.1.2 Mener des campagnes d'information**

[397] Des campagnes d'information générales sur certaines pathologies devront être menées.

[398] Des actions ciblées doivent être conduites à l'égard de populations spécifiques :

- dès le plus jeune âge dans les structures collectives. Ceci devrait conduire à élargir les campagnes d'information au moment de l'inscription à l'école maternelle et avant la fin du lycée ;
- lors de la liquidation de la retraite et lors de l'entrée, le cas échéant, en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- en raison de la prévalence croissante des affections parodontales, les personnes âgées de 40 à 45 ans devront être mieux informées sur ces affections afin d'en prévenir les complications.



#### 4.2.1.3 Favoriser la coordination des professionnels

[399] La prévention ne peut être de qualité que si elle est réalisée par l'ensemble des professionnels de santé, non seulement chirurgiens dentistes mais également médecins généralistes et spécialistes. Ceci veut dire que la formation des médecins doit inclure la santé bucco-dentaire : ceci est essentiel pour les médecins généralistes, les diabétologues, les cardiologues mais également les pédiatres pour qui la santé bucco-dentaire est trop souvent un non sujet avant les dents définitives. Outre leur formation, leur pratique professionnelle doit aller jusqu'à consacrer le temps nécessaire au cours des consultations à la prévention bucco-dentaire. Ceci veut dire aussi qu'à différents âges des patients, doivent aussi intervenir la médecine universitaire, les médecins du travail, les médecins coordonnateurs des EHPAD en lien avec le médecin traitant.

#### 4.2.2 Les soins conservateurs doivent être revalorisés par rapport aux soins prothétiques dans une révision d'ensemble de l'équilibre entre les différents types d'actes

[400] Inclure un plus grand nombre d'actes dans les soins conservateurs, conduit à leur appliquer un taux de prise en charge de 70 % comme c'est le cas aujourd'hui et comme c'est le cas pour l'ensemble des actes médicaux. La revalorisation des soins conservateurs entraînera dans l'immédiat une augmentation du revenu des chirurgiens dentistes et pourra permettre, en dynamique, une modification de leur structure d'activité.

[401] Pour le périmètre actuel, la revalorisation de 10 % des soins conservateurs correspond à un montant de 170 M€ soit une dépense, pour l'assurance maladie, de 120 M€, le solde étant pris en charge par les ménages et leur complémentaire.

[402] L'intégration des actes de parodontie aujourd'hui non pris en charge<sup>112</sup> dans les soins conservateurs est évalué par la mission à un montant d'honoraires de 100 à 120 M€<sup>13</sup>, dont 70 % serait mis à la charge de l'assurance maladie obligatoire.

[403] Quel que soit le devenir de la réforme exposée plus haut, il conviendra d'examiner acte par acte l'opportunité de cette prise en charge.

[404] *A minima*, il s'agit donc ici de :

- s'assurer que les actes de parodontie qui contribuent à la conservation de la dent figurent dans leur exhaustivité à la CCAM ;
- privilégier les techniques les plus respectueuses de la dent en y incitant les professionnels sur la base de guides de bonne pratique ;
- en s'appuyant sur des rémunérations des praticiens qui ne soient pas défavorables, contrairement à la situation actuelle, aux soins conservateurs, que l'on cherche justement à promouvoir.

[405] Les dépassements pour les actes pour lesquels il serait décidé d'en maintenir, seraient plafonnés.

---

<sup>112</sup> Soit les seuls actes de parodontie hors nomenclature, l'assurance maladie obligatoire prenant déjà en charge, pour l'essentiel, les détartrages et la gingivectomie.

<sup>113</sup> Selon l'enquête fréquence de 2003 menée par la CNAMTS, ces actes représentent 1/95 de l'activité de soins dentaires. Par ailleurs, la mission a contrôlé son évaluation en relevant quelques tarifs pratiqués pour les deux actes qui font à eux seuls la moitié de l'activité, le bilan parodontal et le curetage sous-gingival.

### 4.2.3 Des logiques alternatives

- [406] Des alternatives existent que la mission n'a pas approfondies mais qui peuvent, au moins en partie, contribuer à se rapprocher des objectifs poursuivis par la mission :
- **Plafonner les dépassements** et définir deux plafonds (un plafond général pour diminuer les dépassements les plus importants et un plafond individuel suivi au cas par cas par le régime obligatoire) ; sur un total de dépassement de 4,6 Mds€<sup>114</sup>, les dépassements sur les prothèses s'élèvent à 3,7 Mds€ le solde correspondant aux dépassements d'honoraires en orthodontie. L'hypothèse de travail de la mission est d'écarter les dépassements sur les soins orthodontiques à hauteur de 100 M€ et de 200 M€ sur les soins prothétiques<sup>115</sup>.
- [407] Si on souhaite écarter les dépassements sur les soins prothétiques de 200 M€ il faut fixer un taux plafond de dépassement sur les actes prothétiques de 347 %<sup>116</sup>. Ce plafond général doit s'accompagner d'un plafonnement individuel au niveau atteint pour chaque chirurgien dentiste s'il est inférieur à ce taux. A 347 %, la mesure touche 8 526 chirurgiens dentistes et n'a aucun impact pour 25 845 chirurgiens dentistes (total de 34 370 ayant facturé des actes prothétiques en 2011). Pour ceux touchés, la perte d'honoraires moyenne est de 23 500 € soit une baisse de revenus, avec un taux de charge de 60 %, de 14 000 € pour ces chirurgiens dentistes. En pratique, cette baisse de revenus représente un montant variable de la totalité des honoraires. Elle est inférieure à 5% de leurs honoraires totaux pour 3 000 d'entre eux et, pour la moitié des 8 526 chirurgiens dentistes concernés, elle est inférieure à 7,8 %.
- **Élaborer une grille de sévérité pour l'orthodontie.** La prise en charge de l'orthodontie devrait être corrélée non pas à l'âge mais au besoin de santé (préservation de la dent, fonction masticatoire).
  - **Le plafonnement du reste à charge** des patients en euros est une mesure qui s'apparente au bouclier sanitaire. Il bénéficierait tout particulièrement au dernier quintile de revenus : c'est la raison pour laquelle la mission ne l'a pas retenu.
- [408] L'accès aux soins bucco-dentaires de certaines populations, plus fréquemment à l'écart du cabinet dentaire, doit être facilité. Ainsi en est-il par exemple des personnes âgées. A ce titre, une réflexion sur la prise en charge des transports pour les patients mobilisables et sur le financement d'unités de soins dentaires portatives ou mobiles doit donc être conduite rapidement afin que toutes les personnes âgées puissent bénéficier « du juste soin dentaire ».

## 4.3 Améliorer la sécurité et la qualité des soins

- [409] L'objectif de sécurité et qualité des soins doit conduire la profession et les pouvoirs publics à définir ce qu'est la qualité attendue, fixer les objectifs et les indicateurs correspondants aux standards validés, procéder à l'élaboration collective de recommandations, référentiels et guides de bonnes pratiques. Cette politique doit être évaluée, et contrôlée. Ces derniers aspects sont évoqués dans la partie 4.5.3.

<sup>114</sup> On rappelle que les dépassements d'honoraires sont limités aux actes à la nomenclature, prévoyant une entente directe entre le chirurgien dentiste et son patient, et ne concernent pas les actes hors nomenclature, non connus de l'AMO.

<sup>115</sup> Les orthodontistes se situant dans les tranches les plus hautes de revenus, l'effort qui leur est demandé est proportionnellement plus important que celui demandé aux omnipraticiens.

<sup>116</sup> Rapportés à une base de remboursement pour les actes prothétiques de 1,3 Mds€ ces dépassements représentent un taux de dépassement moyen de 281%, le taux de dépassement médian est de 279%.

### 4.3.1 Instaurer la certification des cabinets

- [410] Il semble indispensable compte tenu des problèmes de qualité et de sécurité d'inscrire les cabinets dentaires dans les procédures de certification placées sous la responsabilité de l'HAS. A cet égard, il paraît important que ces procédures ne soient pas prises en charge par la profession ou le conseil national de l'ordre, dans une distinction claire des rôles respectifs.
- [411] En effet, les chirurgiens dentistes exerçant en cabinet libéral, par la nature de leurs actes, partagent les mêmes risques que la communauté des chirurgiens exerçant en établissement de santé : risques infectieux et hémorragique, problèmes de matériels, d'implants, risques d'erreurs de sites, *etc.*
- [412] En outre, à l'instar de leurs confrères dans les autres disciplines, les chirurgiens dentistes sont confrontés à une évolution rapide de leurs techniques, des procédures opératoires, des matériels, des molécules (comme les nouveaux anticoagulants par exemple), renouvelant les exigences de qualité.
- [413] En priorité, cette certification devrait concerner les chirurgiens pratiquant les techniques les plus à risques ou les plus pointues, telles que l'implantologie. Dans ce dernier cas, ce serait d'autant plus aisé qu'un référentiel de la HAS existe, qu'il conviendrait toutefois d'actualiser. Cette certification devrait comprendre un seuil minimum d'activité.
- [414] Cette certification pourrait également concerner les nouvelles spécialités issues de la réforme de l'internat (chirurgie orale, orthodontie et médecine buccale).
- [415] Au total, les chirurgiens dentistes et leurs patients tireraient un bénéfice certain d'un engagement dans un processus de certification des cabinets dentaires, qui permettrait d'attester, par une tierce partie le respect d'exigences de qualité et de sécurité.

### 4.3.2 Renforcer l'information des professionnels ainsi que la concertation et la coordination entre eux afin d'améliorer le suivi des patients

#### 4.3.2.1 L'information

- [416] Les domaines couverts par les référentiels et recommandations doivent être étendus et répondre aux objectifs de meilleure qualité pour un nombre croissant d'actes. Ces documents doivent être régulièrement actualisés pour tenir compte des nombreux progrès techniques. Les guides et les recommandations existantes sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène et sécurité sanitaire doivent être mis à disposition sur le site du ministère chargé de la santé. En outre, il est indispensable de trouver rapidement un consensus sur la stérilisation des PIR et le contrôle de l'eau des unités. Le cas échéant, il appartient aussi à la DGS de prendre les mesures nécessaires pour faire évoluer le conditionnement des anesthésiques.
- [417] Dans le même ordre d'idée, il est indispensable de faciliter la production et la révision de référentiels par la HAS dans des conditions de neutralité satisfaisante. A titre d'exemple, les recommandations sur l'inlay core (cf. 3.4) mériteraient d'être revues afin de tirer un bilan des dix années de pratiques qui viennent de s'écouler et de préciser les indications.

#### 4.3.2.2 La coordination et le suivi des patients

- [418] Au titre de la prévention, la nécessité d'organiser la coordination des soins a déjà été évoquée. Les recommandations sont globalement les mêmes en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins. Le chirurgien dentiste doit informer le médecin traitant du patient, après accord préalable de ce dernier et à l'occasion de chaque épisode de soins, sans revenir sur la possibilité pour le patient d'accéder hors parcours de soins au chirurgien dentiste de son choix.
- [419] Les entretiens confraternels avec les pédiatres, les généralistes, les médecins du travail sont là aussi la garantie d'une bonne coordination des soins.
- [420] Par ailleurs, en ce qui concerne le dossier médical et radiologique du patient, il convient de rappeler dans les cabinets que les chirurgiens dentistes doivent le fournir au patient à sa demande ; ils sont en effet soumis comme tout professionnel de santé aux dispositions de la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce document devrait comporter systématiquement comme la réglementation l'indique, les doses de radiation auxquelles sont soumis les patients.

#### 4.3.3 Les modalités d'exercice professionnel

##### 4.3.3.1 Faciliter l'exercice en équipe pluridisciplinaire contribue à la qualité et à la sécurité des soins en limitant l'isolement du professionnel.

- [421] L'exercice en groupe doit permettre une optimisation des moyens matériels et humains et une amélioration de la productivité.

***Il s'agit non seulement de l'exercice en centres de santé ou en cabinets de groupe, et de manière plus générale dans des structures permettant de regrouper des compétences médicales et paramédicales diverses et complémentaires.***

- [422] Le choix de la modalité de cet exercice en groupe dépend des objectifs des associés. Centre de santé pour ceux qui, au-delà de la relation spécifique avec les patients, privilégient l'exercice salarié. Société civile de moyens (mise en commun des moyens utiles à l'exercice professionnel), société civile professionnelle (exercice en commun avec mise en commun des honoraires), société d'exercice libéral (optimisation de la gestion d'une entreprise libérale par la modulation des coûts sociaux et de la fiscalité) pour les professionnels qui privilégient l'exercice professionnel libéral. A cet égard, le législateur a créé la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)<sup>117</sup> dont les caractéristiques méritent d'être soulignées. Constituées entre des associés exerçant en libéral une profession médicale, d'auxiliaire médical (inscrit au CSP) ou de pharmacien, elles doivent compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Elles ont pour objet la mise en commun de moyens facilitant l'exercice professionnel de chacun des associés et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé. La pratique du tiers payant, généralisée en centre de santé, est dans ce cas à l'initiative des différents professionnels.
- [423] A ce jour, seules des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) se sont constituées en SISA (estimées à 110) et peuvent ainsi percevoir la rémunération d'équipe associée.
- [424] Début 2013, si 4 647 chirurgiens dentistes exercent en SEL, seulement 90 exercent au sein d'une MSP. 10 d'entre eux exercent dans l'une des MSP (7) ayant un statut de SISA.<sup>118</sup>

<sup>117</sup> Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>118</sup> La mission ne dispose pas d'un recensement des chirurgiens dentistes qui sont effectivement associés au sein d'une SISA, l'ensemble des SISA n'étant pas encore à ce jour enregistrées dans FINESS.

[425] Dans la mesure où les chirurgiens dentistes privilégient l'exercice libéral et dans la perspective de la mise en œuvre d'un plan de santé incluant la santé bucco-dentaire dans une stratégie globale de santé publique, la mission considère que la SISA est une structure juridique permettant l'exercice en groupe à faire connaître auprès des chirurgiens dentistes et des professions médicales au-delà des seules maisons médicales. Or, à la différence de l'Ordre national des médecins avec lequel il l'a pourtant validé (conjointement avec les cinq autres ordres professionnels), l'ONCD n'a pas fait figurer sur son site le modèle de statuts de SISA.

***Les avantages de la pratique dans un cadre pluri professionnel, doivent amener à prévoir que des tâches puissent être déléguées à des collaborateurs du praticien, et plus précisément aux assistants dentaires.***

[426] Indispensable à la bonne hygiène du cabinet et à la qualité des soins, cette disposition permettrait à chacun des membres de l'équipe de se concentrer sur sa tâche en cours. Peu de professionnels contestent aujourd'hui la nécessité d'autoriser ces collaborateurs à effectuer un certain nombre de tâches « en bouche ». En favorisant cette nouvelle répartition des tâches, la productivité du cabinet pourrait être favorisée et l'équilibre économique du cabinet pourrait ne pas en être bouleversé. Ceci permettrait également de réétudier le tarif payé par l'assurance maladie pour les actes ainsi délégués. Cette délégation nécessitera par ailleurs que la formation initiale des assistants dentaires prenne en compte ces nouvelles tâches, de même que la formation continue, au même titre que l'hygiène, l'asepsie, la prévention et l'éducation thérapeutique. Une des conséquences de cette mesure serait d'inscrire les assistants dentaires au CSP. Rien ne s'oppose à ce que cette réforme, dont les modalités avaient été précisément étudiées dans un rapport de l'IGAS de juillet 2010<sup>119</sup> sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistants dentaires dans le CSP, soit rapidement engagée. Enfin, pour donner toute son efficacité à cette mesure, les chirurgiens dentistes devraient se voir imposer d'exercer systématiquement avec un assistant.

#### 4.3.3.2 Augmenter les possibilités d'exercer en milieu hospitalier

[427] Augmenter l'offre de soins bucco-dentaires dans les établissements hospitaliers publics devrait permettre d'offrir une alternative à l'offre de soins libéral et un recours, à tous les patients qui le souhaiteraient. Cette offre ne doit pas être limitée comme c'est souvent le cas aujourd'hui aux bénéficiaires de la CMU-C. L'augmentation des capacités hospitalières permettraient en outre aux populations présentant un handicap somatique ou psychique d'être accueillies : plusieurs interlocuteurs ont confirmé à la mission l'état de l'insuffisance de l'offre, y compris hospitalière, à laquelle peuvent recourir les personnes handicapées (Cf. *supra*).

[428] Cela nécessitera d'augmenter le nombre de vacations ou de postes de praticien à temps partiel dans les services de chirurgie bucco-dentaires existants. Par ailleurs, des régions ne disposent d'aucun service de cette spécialité : il conviendrait d'en créer et de choisir le lieu de leur implantation de sorte que des chirurgiens dentistes hospitaliers puissent dans le plus grand nombre possible de régions, contribuer à la prise des patients, dans les régions sous-dotées au regard de l'offre libérale, à la filiarisation de cette prise en charge entre la ville et l'hôpital et contribuer à la formation initiale et à la formation continue

#### 4.3.3.3 La formation initiale

[429] Dans la formation initiale, les constats réalisés par la mission la conduisent à recommander de renforcer les formations à la prévention, à la prise en charge des populations fragilisées dont les personnes âgées et celles porteurs de handicaps, et au médico-économique. En outre, les différentes propositions qui visent à garantir la qualité de l'exercice professionnel doivent être relayées par des formations pratiques obligatoires actuellement insuffisamment développées (endodontie, implantologie, parodontie).

---

<sup>119</sup> Rapport n° RM 2010-110P de Gilles Duhamel.

[430] Afin de permettre aux différentes professions médicales (chirurgiens dentistes, pédiatres, cardiologues, diabétologues...) d'appréhender concrètement l'importance de la santé bucco-dentaire pour l'état général du patient dans leur pratique respective, il convient de favoriser le partage des connaissances en les mutualisant dans des modules d'intérêt commun.

#### 4.3.3.4 La formation continue

[431] La réforme en cours de la formation continue laisse craindre la persistance de certains des défauts antérieurs. A cet égard, la mission recommande de :

- déterminer des priorités de formation qui correspondent à des priorités de santé publique : l'objectif est en effet de faire émerger des thèmes permettant de promouvoir notamment la qualité et la sécurité des soins, et non les choix liés à des contextes conjoncturels du type "le rôle et la place des chirurgiens dentistes en situation de crise sanitaire" ;
- prévoir des sessions obligatoires sur ces thèmes prioritaires ;

[432] Les modalités de contrôle de la réalité du DPC sont communes à l'ensemble des professions médicales. Il n'est pas souhaitable de dissocier les modalités du DPC des chirurgiens dentistes de celles des autres professions, c'est la raison pour laquelle la mission ne propose pas dans ce rapport de revoir ces modalités de contrôle par les Ordres professionnels, même s'il lui semblerait opportun que la vérification du respect de l'obligation s'effectue à échéance rapprochée.

[433] Certaines spécialités du type de l'implantologie ou de la parodontologie ne devraient pouvoir être exercées sans que soit produite une attestation de formation (initiale et continue) et de pratique effective au cours de ces formations.

## 4.4 L'information des patients

[434] Le patient, ou l'assuré, doit pouvoir bénéficier d'une bonne information non seulement sur ses droits et le reste à charge mais également sur la qualité de la pratique des professionnels.

[435] Selon un article de Paul Karsenty à paraître, *"l'établissement d'une plus grande transparence en matière d'honoraires, de même que la simplification et la clarification des règles de remboursement, contribueraient à améliorer la situation actuelle, indépendamment même d'une éventuelle augmentation du taux de prise en charge collective"*.

[436] Au-delà, l'amélioration de l'information du patient nécessite de :

- mettre sur le site Ameli l'ensemble des informations sur les tarifs pratiqués, y compris pour les actes hors nomenclature, ainsi que les taux de remboursement correspondants ; ces informations doivent permettre à l'assuré de comparer les tarifs entre professionnels, rôle que jouent aujourd'hui utilement pour les assurés les plateformes de certains assureurs complémentaires ;
- clarifier l'information fournie au patient sur le devis qui lui est remis, de telle sorte qu'y figure le montant qui restera à sa charge avant intervention d'une éventuelle assurance complémentaire ;
- expliciter dans les contrats complémentaires santé les niveaux de couverture des soins bucco-dentaires, en indiquant des montants pris en charge et non des pourcentages des tarifs de la sécurité sociale qui sont obscurs pour les assurés ;
- de permettre aux patients de connaître les obligations qui pèsent sur le chirurgien dentiste en matière de sécurité sanitaire et de leur respect par le professionnel telles que la stérilisation des dispositifs médicaux, ou de pratiques spécifiques (telles que l'usage unique). Certaines pourraient figurer sur le site « Ameli.fr » ou sur les feuilles de remboursement. D'autres devraient faire l'objet d'un affichage dans le cabinet.

« L'information du patient doit également porter sur le respect par le chirurgien dentiste de son obligation annuelle de se soumettre au DPC.

Ceux qui auraient rempli cette obligation devraient pouvoir en témoigner dans la salle d'attente de leur cabinet. Les pouvoirs publics devront prendre toute mesure pour qu'une telle possibilité ne soit pas considérée, par le conseil de l'ordre, comme de la publicité ».

## 4.5 Rétablir la capacité de pilotage des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie

### 4.5.1 Cette capacité de pilotage repose sur les moyens des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie de connaître et de suivre l'évolution de la profession

[437] A court terme, et avec des objectifs précis de calendrier, les pouvoirs publics et l'Assurance maladie doivent inciter à la conclusion rapide de la CCAM. La volonté politique attachée à cette conclusion doit permettre d'intégrer les actes médicalement justifiés même s'ils sont HN et à déterminer les tarifs associés à chaque acte. Selon la doctrine constante de l'IGAS à ce sujet, la neutralité de la cotation reposant sur la connaissance et la transparence des coûts doit être recherchée. Comme ailleurs, les évolutions techniques dans le secteur devront être suivies afin d'adapter en permanence les tarifs à la réalité des coûts.

[438] La mission considère comme indispensable de revoir les dispositions législatives et conventionnelles afin que soient imposés le codage de tous les actes réalisés par le chirurgien dentiste et leur transmission à l'assurance maladie.

[439] De même, il paraît nécessaire que les travaux statistiques soient menés par l'INSEE et la DREES, en association avec les services fiscaux, afin que les revenus des chirurgiens dentistes, comme ceux des autres professionnels de santé, soient connus de la façon la plus complète possible, et ce de façon annuelle.

[440] La mission n'ayant pu faire une expertise précise de l'orthodontie estime nécessaire que soit conduite une mission de l'inspection générale sur cette activité.

[441] L'InVS doit être chargé de réaliser des études épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire permettant d'orienter ou de fonder la stratégie des pouvoirs publics ; à défaut d'étude en population générale, il conviendrait de mener au minimum des études sur des âges clés des deux grands risques que sont les caries et les maladies parodontales.

### 4.5.2 Cette exigence de pilotage a pour but de permettre la définition d'une politique publique de santé bucco-dentaire

[442] La compétence technique de l'administration centrale est très limitée, notamment du fait du non remplacement du seul chirurgien dentiste présent jusqu'en 2011, il conviendrait de revoir l'organisation pour mutualiser les compétences et de nommer un directeur de projet commun aux deux directions DGS et DGOS. Cette organisation vise à doter les deux directions d'une capacité de pilotage qui lui fait aujourd'hui défaut.

[443] Sa première mission serait de coordonner les directions en vue de l'élaboration d'un plan de santé bucco-dentaire qui ne se limite pas à la prévention chez les enfants et adolescents. Ce plan devra définir les objectifs de cette politique publique en termes d'accès aux soins et d'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, ainsi que les indicateurs associés. Les conditions de l'évaluation du plan devront être prévues dès sa conception. Un bilan devra être effectué et rendu public.

- [444] Sa deuxième tâche sera de coordonner l'adoption des textes encore en souffrance tels que l'arrêté interdisant le recours à la stérilisation à la chaleur sèche en secteur libéral, le texte permettant la rémunération des professionnels dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les arrêtés de zonage à prendre par les ARS pour mettre en œuvre le dispositif conventionnel d'installation en zone très sous-dotée.

#### 4.5.3 Le contrôle du respect de la réglementation, de la qualité et de la sécurité des soins

- [445] Le nombre de chirurgiens dentistes conseils est en diminution : leur affectation aux tâches de contrôle de la qualité des soins devrait néanmoins être préservée et leur expertise mobilisée sur le contrôle du respect de la tarification, du tact et de la mesure et de la mise en œuvre des bonnes pratiques, en bonne intelligence avec les ARS.
- [446] En outre, l'Etat devrait se rapprocher du conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes pour étudier la possibilité d'exploiter les statistiques et la jurisprudence des deux commissions contentieuses afin qu'elles puissent éclairer les relations avec la profession et l'élaboration de la politique de santé bucco-dentaire. L'inscription sur Ameli.fr de l'interdiction d'exercice en cours ou du non remboursement des actes réalisés par des chirurgiens dentistes frappés de telles sanctions devrait être prévue afin que l'information du patient soit la plus complète possible sur ses droits.
- [447] Prévoir que, parmi les orientations nationales de contrôle (ONC) à destination des ARS, soit inclus le contrôle des cabinets dentaires, au titre du contrôle plus général des cabinets de ville. Cette mesure permettrait d'inciter les directeurs généraux des ARS à considérer cet aspect comme prioritaire en y affectant les membres des corps de contrôle (pharmaciens inspecteurs, médecins inspecteur notamment). Compte tenu des effectifs dans les ARS, ces missions ne pourront qu'être en nombre limité mais permettront de restaurer la mission de contrôle des ARS.
- [448] Ceci devrait conduire à revoir l'arsenal de sanctions à disposition des ARS, ce que la mission n'a pu faire.
- [449] En outre et afin d'aider les ARS à cibler leurs contrôles sur les activités les plus à risque, la mission recommande que puisse être ajoutée dans le répertoire ADELI des précisions sur les spécialités exercées par les chirurgiens dentistes et tout particulièrement l'implantologie.
- [450] Par ailleurs, le lien entre l'association UFSBD et la société commerciale qu'elle a créée « Idée prévention » devrait être expertisé, tant est sensible l'incidence que pourrait en avoir l'intérêt commercial de la société et son équilibre financier sur l'association mère au moment où les pouvoirs publics ont le souci de limiter les conflits d'intérêts.
- [451] En amont des contrôles, toutes les ressources existantes au service de la sécurité des patients et des professionnels doivent être mobilisées : ainsi conviendrait-il d'étudier la possibilité de dupliquer l'expérience menée en Bourgogne (cf. annexe 12) qui a associé les compétences de l'équipe du Centre hospitalier universitaire (CHU), de l'ARS et des chirurgiens dentistes libéraux. Plus généralement, il est souhaitable de favoriser les échanges entre pairs et notamment ceux qui ont lieu avec les chirurgiens dentistes conseils.



[452] Par ailleurs les exigences de qualité et de sécurité reposant sur la traçabilité, cette dernière doit être possible quel que soit le mode d'exercice et y compris dans les centres de santé : ceci doit donc conduire à permettre l'identification, par les autorités de contrôle, du professionnel ayant effectué les soins.

[453] En l'absence de ressources propres de l'Etat dans ce domaine (pas de chirurgiens dentistes inspecteurs de santé publique, de chirurgiens dentistes scolaires, et peu dans les établissements de santé publics) les chirurgiens dentistes ayant rejoint les ARS comme praticiens-conseils pourraient former l'ébauche d'un réseau de professionnels de santé publique dans le domaine dentaire et ainsi leur apporter une compétence dont les DRASS et les DDASS ne disposaient pas, y compris pour la réalisation de contrôles.

Laurence ESLOUS

Daniel NIZRI

Frédérique SIMON-DELAVALLE

Isabelle YENI



# LETTRE DE MISSION



14 FEV. 2013

*Le Chef de l'IGAS*

**Le chef de l'Inspection générale  
des affaires sociales**

à

**Laurence ESLOUS  
Inspectrice**

**Daniel NIZRI  
Inspecteur général**

**Frédérique SIMON-DELAVELLE  
Inspectrice**

**Isabelle YENI  
Inspectrice générale (coordonnatrice)**

**OBJET** : Evaluation des pratiques et des conditions d'exercice de la profession de chirurgiens-dentistes

**Code mission M2012-112**

Je vous prie de bien vouloir effectuer la mission citée en objet.



**Pierre BOISSIER**

**Copie** : Président du collège "Santé".



## **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

### **Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé**

**Agathe Denechère**, conseillère chargée de l'assurance maladie et professionnels de santé libéraux

### **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES**

**Romain Roussel**, adjoint au sous-directeur synthèses, études économiques et évaluation

**Fanny Mikol**, chef du bureau « professionnels de santé »

**Anne Pla**, chargée d'études sur les revenus des professionnels de santé

**Renaud Legal**, chef du bureau « dépense de santé et relation avec l'assurance maladie »

### **Direction de la sécurité sociale – DSS**

**Katia Julienne**, sous-directrice du financement du système de soins

**Fabrice Masi**, chef du bureau des relations avec les professionnels de santé (1B)

**Valérie Marty**, adjointe au chef du bureau 1B

**Nathalie Roussakis**, chargée de mission au bureau 1B

**Olivier Bachellery**, chef du bureau de la couverture maladie universelle et des prestations de santé (2A)

**Emmanuel Chion**, chef du bureau économie de la santé (6B)

**Nadia Amer**, chargée d'études au bureau 6B

### **Direction générale de l'offre de soins – DGOS**

**Yannick Le Guen**, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

**Valérie Salomon**, chef du bureau qualité des soins (PF2)

**Philippe Magne**, conseiller-expert « politique de qualité de l'offre de soins de ville », bureau PF2

**Olivier Louvet**, chef du bureau « innovation et recherche clinique » (PF4)

**Raymond Le Moign**, sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH)

**Christine Gardel**, adjointe au sous directeur des ressources humaines du système de santé

**Guy Boudet**, chef du bureau Exercice, déontologie, développement professionnel continu (RH2)

**Martine Vassaux**, adjointe au chef du bureau RH2

**Pascal Pfister**, chargé de mission au bureau RH2

**Isabelle Roux**, rédactrice au bureau RH2,

**Sophie Figueroa**, chargée de mission au bureau RH2

**Natacha Lemaire**, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R)

**Elise Riva**, bureau du premier recours (R2)

### **Direction générale de la santé – DGS**

**Catherine Choma**, sous directrice de la politique des pratiques et des produits de santé (PP)

**Emmanuelle Barsky**, adjointe au chef du bureau des dispositifs médicaux et autres produits de santé (PP3)

**Patrice Ambroise**, chef du bureau santé des populations (MC1), sous-direction de la promotion de la santé et prévention des maladies chroniques

**Agence régionale de la santé Ile de France**

**Andrée Barreteau**, directrice de l'offre de soins et du médico-social  
**Edmée Bert**, référente en santé bucco-dentaire

**Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – HCAAM**

**Marie Reynaud**, secrétaire générale  
**David Foucaud**, chargé de mission

**Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS**

**Frédéric Van Roekeghem**, directeur général  
**Sophie Martinon**, directrice de cabinet du directeur général  
**Mathilde Lignot-Leloup**, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins  
**Dominique Polton**, directrice de la stratégie, des études et des statistiques  
**Eric Haushalter**, responsable du département des actes médicaux - DACT  
**Gérard Sornin**, chirurgien dentiste conseil au DACT  
**Danièle Duglué**, chef de projet CCAM au DACT  
**Hedda Weissmann**, responsable du département des professions de santé - DPROF  
**Aurélien Grondin**, DPROF  
**Marie-Jo du Saucey**, chirurgien dentiste conseil au DPROF  
**Dominique Prunet**, direction du contrôle – contentieux et de la répression des fraudes (DCCRF)  
**Sylvie Accelio**  
**Mme. Cantie**

**Direction régionale du service médical d'Ile de France – DRSM**

**Bernard Schmitt**, directeur régional  
**Marie-Françoise Chamodot-Cantin**, responsable de la mission régionale d'appui dentaire  
**Martine Daix-Lemaître**, responsable régionale du pôle contrôle contentieux  
**François Dufour**, chargé de mission auprès du directeur régional

**Mutuelle sociale agricole**

**Brigitte Duboc**, praticien conseiller technique national  
**Gérard Birou**, praticien conseiller technique national

**Ministère de l'économie et des finances, direction générale des finances publiques - DGFIP**

**Hélène Poncet**, chef du bureau des statistiques fiscales  
**Pierre Harymbat**, adjoint au chef de bureau

**Ministère de l'économie et des finances, direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes – DGCCRF**

**Alain Boulanger**, chef du bureau des produits et des prestations de santé et des services à la personne (5B)  
**Catherine Argoyti**, adjointe du chef du bureau 5B

**Ministère de l'économie et des finances, direction de la législation fiscale – DLF**

**Martin Klam**, chef de bureau  
**Vincent Petit**

**Commission de hiérarchisation des actes et prestations – CHAP**

**Serge Larue-Charlus**, président

**Haute autorité de santé - HAS**

**Jean-François Thébaut**, membre du collège  
**Thomas le Ludec**, directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)  
**Rémy Bataillon**, adjoint du directeur délégué à la DAQSS  
**Michel Laurence**, chef du service des bonnes pratiques professionnelles à la DAQSS

**Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM**

**Brigitte Heuls**, directrice des dispositifs médicaux thérapeutiques et des cosmétiques, DMTCOS  
**Thierry Sirdey**, adjoint au directeur des dispositifs médicaux de diagnostic et des plateaux techniques – DMDPT

**Institut de veille sanitaire – InVS**

**Christine Saura**, directrice du département des maladies infectieuses - DMI  
**Bruno Coignard**, DMI  
**Jean-Michel Thiolet**, DMI

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - INPES**

**Thanh Le Luong**, directrice générale  
**Pierre Arwidson**, directeur des affaires scientifiques  
**Paule Deutsch**, directrice adjointe de l'animation des territoires et des réseaux

**Autorité de sûreté nucléaire – ASN**

**Jean-Christophe Niel**, directeur général  
**Jean-Luc Godet**, directeur des rayonnements ionisants et de la santé - DIS

**Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes et des sages-femmes - CARCDSF**

**Guy Morel**, président  
**Jean-Pierre Thomas**, directeur

### Santéclair

**Mariane Binst**, directrice générale  
**Pierre Travert**, responsable du secteur dentaire

### Union française pour la santé bucco-dentaire - UFSBD

**Sophie Dartevelle**, présidente

### UFC – Que choisir ?

**Florence Humbert**, journaliste

### Personnes qualifiées

**Jean Azerad**, PU-PH Université Paris VII, chef du service d'odontologie de la Salpêtrière.  
**Goudot Patrick**, PU-PH Université Paris VI, chef du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de la Salpêtrière.  
**Paul Karsenty**, ancien responsable du dossier « santé bucco-dentaire » à la direction générale de la santé  
**Lise Rochaix**, membre du collège de la HAS – Présidente de la commission évaluation économique et santé publique  
**Gilles Johanet**, procureur général – Cour des comptes

### Centres de santé dentaire Flandre

**Franck Moyal**, directeur  
**Banjamin Illouz**, directeur

### Centre des quatre chemins à Aubervilliers

**Patrice de Poncins**, gérant  
**Céline Gounord**, consultante organisation et développement  
**Catherine Lebail**, directrice des centres  
**Nathalie Vonscheidt**, DRH  
**Sébastien Baert**, responsable financier contrôle de gestion

### Conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes

**Christian Couzinou** : président  
**Alain Moutarde** : secrétaire général

### Chambre disciplinaire et section des assurances sociales

**Jean-François de Vulpillières**, président  
**Claude Bourguoin**, greffière de la chambre disciplinaire  
**Ghislaine André**, greffière de la section des assurances sociales



**Conseil général de Seine Saint Denis**

**Michèle Vincenti-Delmas**, chef du bureau santé publique, service de la prévention et des actions sanitaires

**Paul Bissila**, responsable du programme de prévention bucco-dentaire

**Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC)**

**Monique Weber**, directrice générale

**Autorité de la concurrence**

**Virginie Beaumeunier**, rapporteure générale

**Gilles Vauray**, rapporteur

**Observatoire des risques médicaux (ONIAM)**

**Erik Rance**, directeur général

**Philippe Treguier**, directeur juridique

**Jean-Michel Race**, service médical de l'ONIAM

**Mme Pisslor**, statisticienne

**MACSF – Le sou médical**

**Nicolas Gombault**, directeur général du sou médical, directeur du risque médical et de la protection juridique

**Philippe Pomarrède**, chirurgien dentiste conseil

**La mutualité française**

**Etienne Caniard**, président

**Jean-Martin Cohen-Solal**, directeur général

**Emmanuel Daydou**, responsable du pôle organisation des soins

**Mutualité générale de l'éducation nationale - MGEN**

**Christophe Lafond**, délégué national politique de santé, prévention, recherche

**Union nationale patronale des prothésistes dentaires - UNPPD**

**Bernard Detrez**, président

**Céline Le Sec'h**, chargée de communication

**Association dentaire française – ADF**

**Jean-Patrick Druo**, secrétaire général  
**Joël Trouillet**, secrétaire général  
**Carine Benedictus**, directrice administrative

**Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES**

**Sylvie Azogui-Levy**  
**Thierry Rochereau**

**Union nationale des associations agréées – UNASA**

**Béchir Chebbah**, président  
**Isabelle Hurier**, secrétaire générale

**Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts de Seine – CPAM**

**Alain Bourrez**, directeur général  
**Catherine Juvin**  
**Laurence Auvray**  
**Christophe Daugy**

**Echelon local du service médical des Hauts de Seine – ELSM**

**Béatrice Rio**, médecin conseil chef de service  
**Aude Godino**, médecin conseil

**Fédération nationale indépendantes des syndicats de prothésistes et assistants dentaires – FNISPAD**

**Nelly Baur**, vice-présidente

**Confédération nationale des syndicats dentaires – CNSD**

**Catherine Mojaïsky**, présidente  
**Gérard Morel**, vice-président  
**Thierry Soulié**, secrétaire général  
**Serge Deschaux**, conseiller technique

**Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires – UNOCAM**

**Fabrice Henry**, président  
**Eric Badonnel**, secrétaire général administratif  
**Valia Arcis**, représentant la fédération française des sociétés d'assurances - FFSA  
**Laurène Accart**, représentant la fédération nationale de la mutualité française - FNMF  
**Florence Atjer**, représentant le centre technique des institutions de prévoyance – CTIP

**Agence régionale de santé des Pays-de-la-Loire – ARS**

**Marie-Sophie Desaulle**, directrice générale

**Thierry Dumais**, chirurgien dentiste à la délégation territoriale de la Mayenne

**Florent Poujet**, responsable du département accès aux soins de proximité

**Comité de coordination des activités dentaires - Comident**

**Fred Picavet**, président

**Daniel Viard**, délégué général

**Laurence Azoulay**

**Elodie Lang**

**Arnaud Pemezec**

**Lionel Phelipot**

**Lucie Rouleau**

**Union dentaire – Union des jeunes chirurgiens dentistes (UJCD)**

**Philippe Desnoyelle**, président

**Jacques Le Voyer**, vice-président

**Fédération des syndicats de dentistes libéraux – FSDL**

**Marc Barthelemy**, vice-président

**Laurent Pinto**, président du syndicat dentaire libéral de la région Ile-de-France



## LISTE DES SIGLES

<b>ADF</b>	Association dentaire française
<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AMC</b>	Assurance maladie complémentaire
<b>AME</b>	Aide médicale d'Etat
<b>AMO</b>	Assurance maladie obligatoire
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>ANSM</b>	Agence nationale de sécurité du médicament
<b>AP-HP</b>	Assistance publique – Hôpitaux de paris
<b>ARCADE</b>	Action régionale contre les atteintes dentaires
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASN</b>	Autorité de sûreté nucléaire
<b>BBD</b>	Bilan bucco-dentaire
<b>BIC</b>	Bénéfices industriels et commerciaux
<b>BNC</b>	Bénéfices non commerciaux
<b>CAO</b>	Cariées, absentes ou obturées
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>C-CLIN</b>	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
<b>CHAP</b>	Commission de hiérarchisation des actes et prestations
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CLIN</b>	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNOCD</b>	Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes
<b>CNSD</b>	Confédération nationale des chirurgiens dentistes
<b>COMIDENT</b>	Comité de coordination des chambres syndicales de l'industrie et du négoce dentaire
<b>CNP</b>	Commission nationale de programmation
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CRESGE</b>	Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion
<b>CSI</b>	Commission scientifique indépendante
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CSS</b>	Code de la sécurité sociale
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DE</b>	Dépassement pour exigences particulières du patient
<b>DGCCRF</b>	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des
<b>DGFIP</b>	Direction générale des finances publiques
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DP</b>	Dépassement permanent
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>EBD</b>	Examen bucco-dentaire

<b>ED</b>	Entente directe
<b>EHPAD</b>	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
<b>EPP</b>	Evaluation des pratiques professionnelles
<b>FCC</b>	Formation conventionnelle continue
<b>FCO</b>	Formation continue odontologique
<b>FNASS</b>	Fonds national d'action sanitaire et sociale
<b>FNPEIS</b>	Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
<b>FSDL</b>	Fédération des syndicats de dentistes libéraux
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HN</b>	Hors nomenclature
<b>HT</b>	Hors taxe
<b>IAS</b>	Infection associée aux soins
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>IR</b>	Impôt sur les revenus
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<b>IS</b>	Impôt sur les sociétés
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>MACSF</b>	Mutuelle d'assurances du corps de santé français
<b>MGEN</b>	Mutuelle générale de l'éducation nationale
<b>MSA</b>	Mutuelle sociale agricole
<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels
<b>NIR</b>	Notification d'information réglementaire
<b>OGDPC</b>	Organisme de gestion du développement professionnel continu
<b>ONC</b>	Orientation nationale de contrôle
<b>ONCD</b>	Ordre national des chirurgiens dentistes
<b>ONDAM</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>PIR</b>	Porte-instrument rotatif
<b>PLFSS</b>	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
<b>PCR</b>	Personne compétente en radioprotection
<b>RR</b>	Rappel de la réglementation
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>SAS</b>	Section des assurances sociales
<b>SEL</b>	Société d'exercice libéral
<b>SELARL</b>	Société d'exercice libéral à responsabilité limitée
<b>SNIRAM</b>	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
<b>SNIR</b>	Système national inter-régimes
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>UFSBD</b>	Union française pour la santé bucco-dentaire
<b>UJCD</b>	Union des jeunes chirurgiens dentistes
<b>UNCAM</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie
<b>UNOCAM</b>	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé