

Chapitre VI

Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

PRÉSENTATION

Avec un montant de 10,6 Md€, les soins bucco-dentaires représentaient en 2014 5,6 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux. Cette dépense, qui concentre une part importante des dépenses de soins de ville (21,2 %), connaît une progression constante.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2010²²⁸, la Cour avait appelé les pouvoirs publics à définir de manière urgente une stratégie globale et explicite articulant l'ensemble des problématiques relatives à ce secteur pour remédier à une situation préoccupante. Elle constatait en effet un désengagement financier de l'assurance maladie, l'échec de la politique conventionnelle à endiguer la dérive des coûts et des disparités importantes d'accès aux soins tant du point de vue géographique que financier.

Six ans plus tard, la Cour a souhaité revenir sur ce secteur pour examiner les évolutions intervenues depuis lors, tant au regard des enjeux de santé publique qui s'y attachent que de l'égalité d'accès aux soins des assurés sociaux dans le contexte d'une érosion continue des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cette dernière ne prend en effet désormais plus en charge que 33 % des dépenses dentaires, les assurances complémentaires 39 % - elles en sont ainsi devenues le premier financeur - et les ménages 25 %.

La Cour a constaté un attentisme des pouvoirs publics face aux conséquences de ce désengagement qui s'aggravent pour les assurés sociaux. En particulier, le renoncement aux soins pour raisons financières touche près d'un patient sur cinq.

La prise en charge des soins bucco-dentaires par l'assurance maladie continue à se dégrader, non sans conséquences fortes en termes d'accès aux soins et de situation sanitaire d'une partie de la population (I). Les acteurs publics demeurent en effet dans une relation de faiblesse avec les professionnels (II). L'organisation des soins bucco-dentaires et leurs modalités de financement doivent ainsi être repensées en profondeur (III).

²²⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Une prise en charge par l'assurance maladie qui continue à se dégrader

Le domaine des soins bucco-dentaires est caractérisé par une participation limitée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à la prise en charge des dépenses individuelles. Ce désengagement concourt avec les disparités territoriales d'implantation des chirurgiens-dentistes à des inégalités marquées dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, l'état de santé de la population apparaît médiocre au regard des données disponibles, en dépit des progrès constatés en termes de prévention chez les enfants.

A - Des dépenses mal connues, mal maîtrisées et dont l'assurance maladie ne finance plus que le tiers

1 - Une érosion accentuée de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire, un transfert accru sur les assurances maladie complémentaires devenues le premier financeur

La dépense de soins dentaires est estimée, pour 2014, à près de 10,6 Md€, soit 5,6 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux²²⁹ totale qui s'élevait à 190,6 Md€²³⁰.

Des dépenses imparfaitement connues

Seules les dépenses relatives aux actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire de base à tarif opposable (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention), c'est-à-dire pour lesquels les dépassements d'honoraires sont prohibés, sont connues de manière précise. Les dépassements d'honoraires sur des actes remboursables par l'AMO, mais sans que ces dépassements soient remboursés par cette dernière, sont recalculés à partir des données globales de remboursement. Les dépenses liées aux actes non remboursables par l'AMO (implants, orthodontie adulte, blanchiment) font quant à elles l'objet d'estimations assez sommaires.

²²⁹ CSBM : valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle comprend tous types de dépenses remboursables ou non par l'assurance maladie et présentées ou non au remboursement.

²³⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Le degré de liberté des chirurgiens-dentistes dans la fixation des honoraires et le niveau de la prise en charge des dépenses par l'AMO varient en fonction de la nature des actes pratiqués.

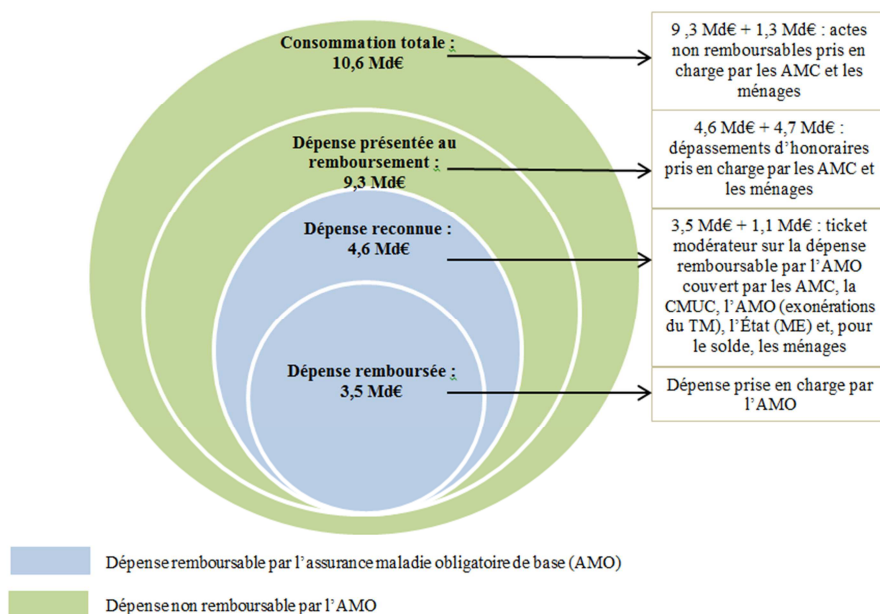
Tableau n° 58 : prise en charge des dépenses de soins bucco-dentaires par l'assurance maladie obligatoire par type d'acte

Type d'acte	Tarif applicable	Remboursement AMO
Consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention	Tarifs fixés conventionnellement. Dépassements prohibés sauf exceptions	Oui, à hauteur de 70 % du tarif
Soins prothétiques et orthodontie < 18 ans	Tarif conventionnel SS + Dépassements autorisés fixés librement par le praticien	Oui pour la part conventionnelle, à hauteur de 70 % Non pour la part correspondant à des dépassements
Actes non remboursables (implants, orthodontie adulte, blanchiment)	Honoraires libres	Non

Source : Cour des comptes d'après la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Comme le montre le graphique ci-après, la dépense non remboursable par l'assurance maladie obligatoire de base, soit 6 Md€, représente une part prépondérante de la dépense totale (57 %). Elle est constituée de dépassements d'honoraires sur des actes remboursables par l'AMO (4,7 Md€) et d'actes non remboursables (1,3 Md€).

Schéma n° 1 : décomposition de la dépense dentaire et de ses sources de financement (2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

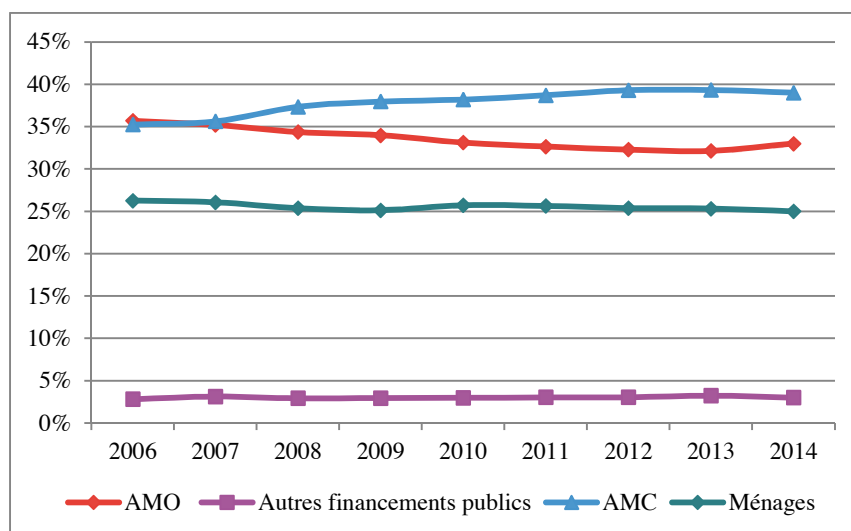
L'assurance maladie obligatoire de base joue un rôle minoritaire dans le financement total de la dépense. En 2014, elle ne prenait plus en charge que 33 % des dépenses dentaires (3,5 Md€ environ), contre 39 % pour les assurances complémentaires (4,1 Md€) et 25 % pour les ménages (2,7 Md€)²³¹. Les 3 % restants (0,3 Md€) relevaient de financements publics²³².

Entre 2006 et 2014, la part des dépenses prises en charge par l'AMO a baissé de 36 % à 33 %. Cette diminution a été largement mécanique, dès lors que la dépense a progressé plus rapidement sur des segments qu'elle finance peu, comme l'orthodontie, ou pas du tout, comme les implants ou le traitement des maladies de la gencive.

²³¹ En Allemagne, l'assurance maladie a au contraire un rôle prépondérant, avec 68 % des dépenses, contre 22 % pour les assurances privées et 10 % pour les ménages.

²³² Dépenses liées à la CMU-C et à l'aide médicale de l'État notamment.

Graphique n° 18 : évolution de la prise en charge des dépenses dentaires par type de financeur (2006-2014)



Source : Cour des comptes d'après données DREES.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) sont ainsi devenus, depuis 2008, les premiers financeurs des soins dentaires, avec un montant remboursé de 4,1 Md€ en 2014. Les mutuelles en prennent en charge la plus grande part (50 %). Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance en couvrent chacune 25 %, leurs dépenses progressant très rapidement (+52 % entre 2006 et 2014).

En 2014, la dépense directe des ménages a atteint près de 2,7 Md€, soit le quart de la dépense dentaire estimée. Cette part, quoique stable depuis 2008, représente un reste à charge conséquent pour les assurés sociaux²³³ et, ce faisant, un motif essentiel du renoncement aux soins dentaires par ces derniers.

²³³ Évalué en 2013 à 240 € pour une couronne métallique, 500 € pour une couronne céramo-métallique et à 700 € pour une prothèse uni-maxillaire par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

**La couverture des soins dentaires dans d'autres pays européens :
les exemples de l'Allemagne et des Pays-Bas**

En Allemagne, pour les 70 millions de personnes affiliées au régime légal d'assurance maladie (soit 85 % de la population), la prise en charge des soins dentaires est plus généreuse que celle des affiliés au régime général en France.

D'une part, la part de la dépense dentaire prise en charge par l'assurance maladie légale (l'équivalent de l'AMO), est plus importante en Allemagne qu'en France puisqu'elle se monte à 12,4 Md€, sur un total de 18,2 Md€ (soit 68 %), le reste étant pris en charge par les assurances privées à hauteur de 3,9 Md€ (soit 22 % du total) et directement par les ménages à hauteur de 1,8 Md€ (soit 10 % du total). D'autre part, le panier de soins dentaires pris en charge est plus étendu puisqu'il couvre les soins chirurgicaux et conservateurs, les soins de prévention (notamment pour les mineurs, les personnes handicapées et les personnes fragiles), les soins d'orthodontie pour les mineurs et les soins parodontaux.

Aux Pays-Bas, depuis la réforme du système de santé de 2006, un régime unique obligatoire de couverture maladie a été créé. Il inclut les soins dentaires pour les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les soins dentaires spécialisés pour les personnes âgées. L'assurance maladie obligatoire néerlandaise couvre les soins dentaires tels que les soins préventifs, applications de fluor jusqu'à deux fois par an à partir de l'âge de six ans, plombages, mais ne comprend pas les traitements orthodontiques (appareils dentaires), ni les couronnes et bridges. À partir de 18 ans, les adultes doivent prendre une assurance complémentaire pour se faire rembourser les frais des soins dentaires. Le taux de remboursement dépend de l'assurance contractée. Pour les prothèses dentaires, elles sont relativement bien remboursées dans la mesure où le patient n'assume que 25 % du prix, le reste étant couvert par l'assurance maladie.

**2 - Des dépenses tirées par les soins prothétiques
et les dépassements d'honoraires**

La dépense dentaire estimée a progressé de 2 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014, moins vite cependant que la dépense globale de soins de ville (+3 %). Si cette dépense a légèrement baissé en 2014 (-0,1 %, du fait d'une réduction de 1,2 % du nombre d'actes), elle est repartie fortement à la hausse en 2015 (+2,7 %), sous l'effet de revalorisations tarifaires intervenues pour l'essentiel en juin 2014, à la suite d'un nouvel avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes²³⁴.

²³⁴ Avenant n° 3 du 31 juillet 2013, publié au Journal officiel le 30 novembre 2013.

Les honoraires²³⁵ perçus par les chirurgiens-dentistes (orthodontistes et omnipraticiens) ont représenté plus de 9 Md€ en 2014²³⁶, soit un montant moyen par praticien, toutes spécialités confondues, de 246 400 €. S'il ne dépasse que légèrement l'inflation²³⁷, le taux de croissance annuel moyen des honoraires depuis 2005 (+1,8 %) recouvre de fortes disparités entre spécialités.

Les honoraires annuels moyens des orthodontistes ont été, en 2014, plus de deux fois plus élevés que ceux des omnipraticiens (488 300 € contre 230 900 €) et ont augmenté plus de trois fois plus vite depuis 2005 (+5,1 % par an en moyenne contre +1,4 % pour les omnipraticiens).

Les dépassements d'honoraires ont atteint 4,7 Md€ en 2014, représentant 52 % du total des honoraires (contre moins de la moitié en 2005). Ils constituent 67 % des honoraires des orthodontistes, contre 51 % pour les omnipraticiens.

Les actes prothétiques, beaucoup plus rémunérateurs en raison des dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués, représentent 62 % des honoraires des omnipraticiens, mais 12 % seulement de leurs actes ; les soins conservateurs et chirurgicaux (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) 25 % des honoraires, mais 53 % des actes.

La liberté tarifaire étendue accordée aux chirurgiens-dentistes a pour conséquence des écarts de prix très importants entre professionnels et entre zones géographiques. On relève ainsi, en moyenne, un surcoût de 26 % des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes parisiens par rapport à leurs confrères de province, comme le montre le tableau ci-dessous. Elle concourt par ailleurs à de fortes inégalités de revenus entre praticiens (voir encadré).

²³⁵ Il s'agit ici des honoraires hors ceux liés à des actes hors nomenclature.

²³⁶ CNAMTS (système national inter-régimes de l'assurance maladie).

²³⁷ Soit +1,6 % ; INSEE Indice des prix à la consommation harmonisé - Ensemble des ménages (Métropole + DOM).

Tableau n° 59 : tarif moyen d'une couronne céramo-métallique facturé par décile de chirurgiens-dentistes

En €(2015)

Décile	Paris	Île-de-France hors Paris	France métropolitaine hors IDF
1	369	339	327
2	504	454	413
3	559	502	446
4	602	536	469
5	636	563	490
6	670	588	510
7	711	612	533
8	764	640	558
9	834	675	592
10	1 090	772	686

Source : CNAMTS (DCIR 2015).

Ces tarifs sont à mettre en regard d'un prix d'achat moyen au prothésiste de 115 €²³⁸.

D'importantes disparités de revenus entre praticiens

Les écarts de revenus déclarés²³⁹ entre chirurgiens-dentistes sont considérables : au titre des bénéficiaires non commerciaux (BNC), 50 % ont déclaré en 2014 des résultats fiscaux annuels inférieurs à 75 000 € et les 10 % ayant les résultats les plus élevés un résultat fiscal moyen de 305 000 €, avec un maximum de 2,7 M€

Tableau n° 60 : répartition par décile des revenus fiscaux (BNC des chirurgiens-dentistes)

En €(2014)

Décile	Minimum	Moyenne	Maximum
1	1	13 189	23 334
2	23 335	30 824	37 644
3	37 646	43 854	50 068
4	50 074	56 238	62 205
5	62 213	68 500	75 049
6	75 057	81 786	88 931
7	88 936	97 549	107 086
8	107 095	119 014	132 814
9	132 842	154 585	184 506
10	184 542	304 777	2 663 956

Source : DGFIP (fichier des redevables professionnels 2014).

²³⁸ ALCIMED, étude des modalités de tarification des soins prothétiques et de l'information des assurés, novembre 2012.

²³⁹ Pour appréhender le revenu net des praticiens, il convient de défalquer des honoraires perçus, le montant des charges des cabinets dentaires (en moyenne, 66 % pour un chirurgien-dentiste omnipraticien et 56 % pour un orthodontiste).

Les revenus des chirurgiens-dentistes libéraux sont, à quelques exceptions près, inversement proportionnels à leur densité sur un territoire donné : plus celle-ci est importante, moins les revenus moyens sont élevés. À l'inverse, dans les départements où la densité de libéraux est particulièrement faible, les revenus estimés sont supérieurs à la moyenne

B - De profondes inégalités d'accès aux soins en fonction des revenus et des lieux de vie

1 - Un renoncement aux soins pour des motifs financiers deux fois plus élevé en France qu'en Europe

17,7 % des assurés sociaux déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières en 2012²⁴⁰, soit près d'un assuré sur cinq. À titre de comparaison, le renoncement aux soins d'optique et aux consultations de médecins concernait respectivement 9,8 % et 5,5 % d'entre eux. Les soins dentaires concentraient à eux seuls près de la moitié (47,1 %) des renoncements à des soins pour des motifs financiers²⁴¹.

C'est aux implants et prothèses, c'est-à-dire aux soins les plus coûteux, que les Français²⁴² renoncent le plus : sur l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin dentaire en 2012, 68 % avaient renoncé à la pose d'une couronne, d'un bridge ou d'un implant dentaire et 18 % à des soins conservateurs. Rapporté à la population globale, ce sont près de 4,7 millions de personnes qui auraient renoncé à des soins prothétiques en 2012.

²⁴⁰ Selon l'enquête « santé et protection sociale » (ESPS) menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Cette enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France est effectuée tous les deux ans auprès d'un échantillon de 8 000 ménages, soit 22 000 personnes, représentatif d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

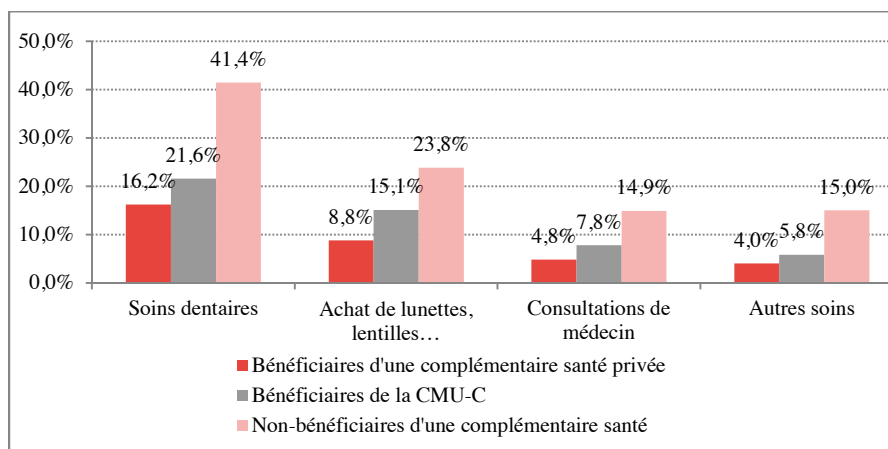
²⁴¹ Selon une étude récente, la peur des soins constitue le second motif de renoncement aux soins dentaires (25,2 %) après les raisons financières. Cf. Sabine Chaupain-Guillot, Olivier Guillot, Éliane Jankeliowitch-Laval Le renoncement aux soins médicaux et dentaires, Économie et statistique, n° 469-474, juillet 2014,

²⁴² Population métropolitaine âgée de 18 et plus.

Selon l'enquête Eurobaromètre CSA/Europ Assistance 2013, qui mesure le renoncement aux soins en ce domaine dans huit pays européens et aux États-Unis, la France occupe la première place du classement, avec un taux de renoncement plus de deux fois supérieur à la moyenne européenne. L'importance de la dépense restant à la charge de l'assuré en est la cause principale. En octobre 2015, le réseau de santé Santéclair a publié une évaluation auprès de ses membres²⁴³ du lien entre les niveaux de renoncement aux soins prothétiques et de reste à charge (RAC) : pour un RAC nul, le renoncement s'élève à 20 % ; pour un RAC compris entre 1 000 et 2 000 €, il atteint 47,7 %.

L'absence d'assurance maladie complémentaire aggrave ce phénomène. Le renoncement aux soins dentaires des personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire dépasse 41 %, contre 16 % pour celles qui en bénéficient²⁴⁴, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 19 : incidence de la couverture complémentaire sur le renoncement aux soins pour des raisons financières (2012)



Source : IRDES (ESPS 2012).

²⁴³ 3 240 dossiers analysés.

²⁴⁴ IRDES, *op.cit.*

L'introduction de la CMU-C au 1^{er} janvier 2000 a cependant joué à cet égard un rôle protecteur majeur. Le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a été, en effet, divisé par deux depuis lors. Il continue cependant à s'inscrire à un niveau élevé (21,6 % en 2012) : pour une part, les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas toujours en mesure d'exercer leurs droits. En outre, un grand nombre de bénéficiaires potentiels de la CMU-C n'en font pas la demande²⁴⁵.

Plus récemment, la généralisation de l'assurance complémentaire pour les salariés au 1^{er} janvier 2016²⁴⁶ a permis de couvrir environ 400 000 assurés qui ne l'étaient pas (dans le cadre de l'entreprise ou à titre individuel) et d'apporter des garanties accrues à une partie des salariés déjà couverts²⁴⁷.

Le « tourisme dentaire »

Quoique fortement médiatisé, le « tourisme dentaire » à l'étranger constitue un phénomène marginal.

En 2014, les soins dentaires réalisés à l'étranger - essentiellement de nature prothétique - ont représenté un montant de 11,7 M€²⁴⁸, dont 2,7 M€ à la charge de l'assurance maladie (soit 0,1 % seulement du montant des remboursements de soins dentaires réalisés en France).

Plus de la moitié des actes ont été réalisés en Hongrie (3,2 M€), en Espagne (2,7 M€) et au Portugal (1,7 M€). La dépense moyenne par patient dépasse 1 000 € en Hongrie (1 428 €) et en Roumanie (1 033 €).

²⁴⁵ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁴⁶ Instaurée par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

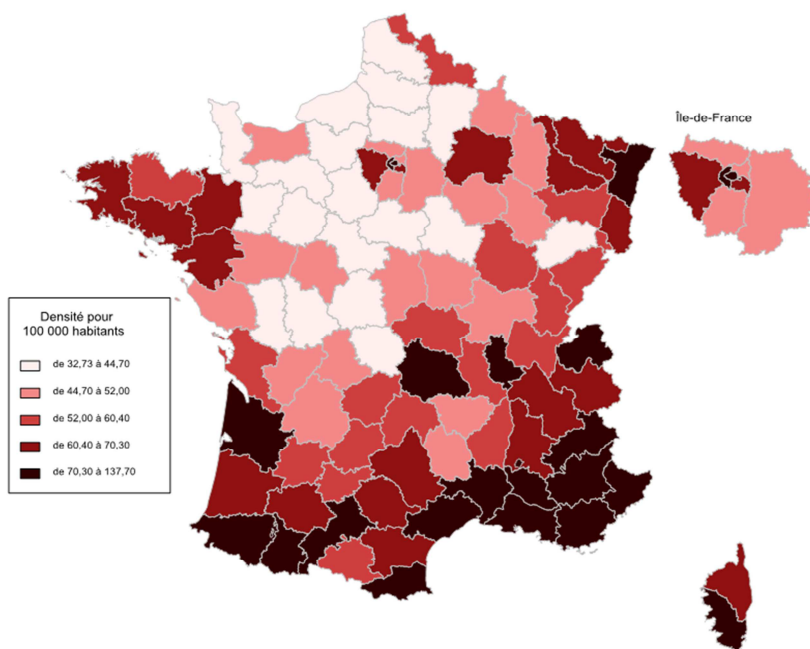
²⁴⁷ Un décret du 8 septembre 2014 a en effet fixé comme plancher de garanties par les assurances maladie complémentaires la prise en charge intégrale du ticket modérateur et d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie obligatoire relatives aux soins prothétiques et orthodontiques.

²⁴⁸ Rapport d'activité 2014 du Centre national de soins à l'étranger, géré par la CPAM du Morbihan.

2 - Des territoires délaissés

En 2015, la densité des chirurgiens-dentistes en France métropolitaine²⁴⁹ était de 63,6 praticiens pour 100 000 habitants et de 41,4 dans les départements d’outre-mer. Cette moyenne recouvre de très fortes disparités géographiques, avec une surdensité marquée à Paris (106) et dans le Sud et le pourtour méditerranéen (114 dans les Alpes-Maritimes, 89 en Haute-Garonne, 83 en Corse du Sud, contre 32 dans la Somme, 36 dans la Creuse ou 37 dans la Manche).

Carte n° 3 : densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, en 2014, en France métropolitaine



Source : Cour des comptes d’après les données du RPPS.

²⁴⁹ Calculée sur la population totale des chirurgiens-dentistes en activité, telle que recensée dans le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé).

Ces disparités ne résultent pas de l'évolution globale de la démographie des chirurgiens-dentistes (voir encadré *infra*) : alors que des études menées par la DREES en 2007 sur la démographie des professions de santé anticipaient une chute de la densité moyenne des chirurgiens-dentistes, de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 pour 100 000 en 2030, elle est demeurée stable à ce jour.

Elles induisent de fortes inégalités pour l'accès aux soins dentaires, qui risquent de s'aggraver encore sous l'effet d'une pyramide des âges très défavorable dans certains départements déjà en sous-densité. En effet, dans un quart des départements, d'ici à 2030, plus de la moitié des chirurgiens-dentistes auront atteint 66 ans.

Pour corriger ces disparités, seules ont été mises en œuvre à ce jour des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires, à l'instar des dispositifs en vigueur pour les infirmiers libéraux et les sages-femmes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est allée cependant plus loin en posant les bases d'un conventionnement conditionnel (voir *infra*).

La démographie des chirurgiens-dentistes

L'effectif des chirurgiens-dentistes - 40 410 en 2014 - est stable depuis le début des années 2000, après avoir doublé en trente ans, passant de 20 000 environ en 1970 à plus de 40 000 à l'aube de l'an 2000.

Divisé par plus de deux entre les années 1970 et les années 1990, le numerus clausus s'est stabilisé à 800 étudiants dans les années 2000 puis a augmenté régulièrement pour atteindre près de 1 300 places en 2015-2016.

Si la part des diplômés à l'étranger reste faible (5,1 % en 2014), elle augmente rapidement : parmi les nouveaux inscrits à l'Ordre, 35 % sont titulaires d'un diplôme étranger (dont 8 % de Français) ; 43 % d'entre eux l'ont obtenu en Roumanie, 26 % en Espagne.

84 % des chirurgiens-dentistes exercent exclusivement en libéral. Les salariés, qui représentent moins de 11 % du total des praticiens, exercent pour 9,8 % dans des centres de santé et pour 1,2 % seulement dans des établissements hospitaliers²⁵⁰.

²⁵⁰ Le solde, soit 5 %, est employé dans des établissements d'enseignement, des organismes de sécurité sociale, etc.

3 - Les centres de santé dentaire et les réseaux de soins : des alternatives indispensables mais contestées

a) Les centres de santé dentaires

En 2016, près de 700 centres dentaires²⁵¹ offrent des possibilités de soins dans des zones urbaines ou rurales souvent désertées par les praticiens libéraux et pratiquent des tarifs plus abordables pour des soins prothétiques, d'implantologie ou d'orthodontie. Ils représentent 9 % de l'activité réalisée par les chirurgiens-dentistes (en nombre d'actes comme en honoraires).

Tableau n° 61 : répartition des centres dentaires selon leur statut juridique et leur date d'ouverture

Statut	Nombre	%	Dont ouverts depuis la loi HPST	%
Mutualiste	488	70 %	86	46 %
Associatif	115	16 %	90	48 %
Organisme de sécurité sociale	65	9 %	6	3 %
État / collectivité territoriale	18	3 %	3	2 %
Autres*	13	2 %	1	0,5 %
Total	699	100 %	186	100 %

*Autres : établissement public, fondation, comité d'entreprise...
Source : données DREES (extraction FINESS février 2016).

Plus d'un quart des centres dentaires (80 % pour les centres associatifs) ont ouvert après l'entrée en vigueur de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (HPST), qui a supprimé l'agrément préfectoral préalable.

²⁵¹ Données FINESS (février 2016) : centres exerçant exclusivement ou explicitement une activité dentaire. La CNAMTS comptabilise pour sa part 805 centres dentaires ou polyvalents auxquels elle règle au moins 10 000 € de dépenses de soins par an.

Les centres dentaires se sont développés dans les territoires où les tarifs sont particulièrement élevés ou qui sont sous-dotés en chirurgiens-dentistes. Ainsi, 61 % des centres associatifs ouverts depuis 2010 l'ont été en Île-de-France (55), dans des zones à tarifs élevés plutôt que dans les zones sous-dotées (à l'exception de la Seine-Saint-Denis). Pour leur part, la plupart des centres mutualistes récemment ouverts l'ont été dans des agglomérations petites ou moyennes²⁵².

La répartition de l'activité des centres dentaires entre soins conservateurs et chirurgicaux d'une part et soins prothétiques d'autre part (respectivement 52 % et 13 % des actes), est semblable à celle constatée chez les praticiens libéraux et ne fait pas apparaître de surpondération des soins prothétiques. Dans les 87 centres associatifs dont l'activité a été analysée par la Cour, les proportions sont strictement identiques. Seuls 32 des 805 centres dentaires ou polyvalents recensés par la CNAMTS²⁵³, tant mutualistes qu'associatifs ou gérés par une CPAM, ont une activité prothétique représentant plus d'un quart de leur activité. Cette surpondération peut s'expliquer dans certains cas par le profil des patients et la structure locale de l'offre de soins dentaires ; dans d'autres cas, elle peut être le signe d'une dérive visant à favoriser les soins les plus rémunérateurs.

b) Les réseaux de soins

Compte tenu de leur place croissante dans le financement des soins et prothèses dentaires, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont créé des réseaux de soins afin de peser sur l'organisation de l'offre, le coût des soins prothétiques et l'orientation des patients.

En instaurant des tarifs plafonds conjugués à des critères de qualité, les réseaux permettent d'endiguer la progression des coûts des soins prothétiques. Les tarifs négociés par les réseaux les plus importants sont ainsi d'environ 10 à 15 % inférieurs aux tarifs moyens constatés hors réseau pour les soins prothétiques hors implant et jusqu'à 40 % pour la pose d'implants dentaires.

²⁵² Comme Nontron en Dordogne, Falaise dans le Calvados, Thann dans le Haut-Rhin, Fumay dans les Ardennes...

²⁵³ Dont le périmètre, qui comprend les centres polyvalents, est plus large que celui des 699 centres recensés dans le tableau *supra*.

Bien qu'il réponde à un besoin de santé publique avéré pour une partie de la population, le développement des centres de santé dentaires est fortement contesté par les organisations professionnelles.

Des évolutions combattues par l'Ordre des chirurgiens-dentistes

Le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a intenté plusieurs actions à l'encontre de centres de santé associatifs auprès des tribunaux civils et correctionnels ou des juridictions ordinales, notamment pour non-respect du code de déontologie. Les actions ordinales visaient notamment à faire respecter l'interdiction de la publicité qui s'impose aux professions libérales. En février 2016, la Cour d'appel de Paris a néanmoins admis les centres de santé à afficher à l'extérieur leurs horaires d'ouverture, les modalités d'orientation des patients en cas de fermeture, et leurs tarifs.

Selon une décision de l'Autorité de la concurrence (février 2009) confirmée par la Cour d'appel de Paris puis par la Cour de cassation (juin 2011), le conseil national et plusieurs conseils départementaux de l'Ordre se sont rendus coupables de pratiques anticoncurrentielles, en tentant d'évincer du marché, par des appels au boycott et la menace de sanctions disciplinaires à l'encontre des praticiens adhérents, l'un des réseaux de soins dentaires.

C - Des conséquences sensibles en termes de santé publique

Quoique lacunaires, les éléments d'analyse disponibles font apparaître un état de santé bucco-dentaire médiocre de la population française par rapport à la moyenne européenne. Ce constat a suscité la mise en œuvre d'actions de prévention, mais uniquement ciblées en direction de publics prioritaires et omettant de surcroît une partie d'entre eux.

1 - Une situation sanitaire qui, selon les indicateurs disponibles, apparaît globalement médiocre

Malgré la fréquence des affections bucco-dentaires et leur incidence possible sur l'état de santé général, il n'existe pas de données épidémiologiques récentes sur ce sujet. Le dernier plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 reposait sur des données de 1993 et ne comportait aucune disposition pour mesurer l'état de santé bucco-dentaire des adultes, dont plusieurs données convergentes montrent pourtant combien il est médiocre.

Un tiers seulement des Français déclaraient avoir toutes leurs dents naturelles en 2010²⁵⁴, contre 41 % pour la moyenne des Européens. Les Français consultent peu et trop tard leur chirurgien-dentiste : selon les données de l'assurance maladie, ils ne sont que 41 % à avoir effectivement consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste en 2012, bien qu'ils soient 63 % à déclarer l'avoir fait²⁵⁵. Près d'un tiers consulte en urgence (soit deux fois plus que la moyenne européenne) et 37 % seulement pour un contrôle ou un détartrage (contre 50 % pour la moyenne européenne)²⁵⁶.

À cet égard, l'efficacité de la dépense dentaire, qui peut être appréciée en rapprochant l'indice CAO²⁵⁷ et la part du PIB consacrée aux soins dentaires, apparaît médiocre : la France consacre 0,45 % de son PIB aux soins dentaires pour un indice CAO de 1,2 ; avec une dépense du même ordre (0,5 % du PIB), la Grande-Bretagne et les Pays-Bas ont des indices bien meilleurs (0,7 et 0,9 respectivement).

Ce constat d'une situation sanitaire française médiocre en matière bucco-dentaire par rapport à la moyenne européenne gagnerait à être davantage précisé par des études. L'absence d'enquête épidémiologique périodique visant à connaître l'état de santé bucco-dentaire des Français de plus de dix-huit ans fait obstacle à la définition d'une stratégie de santé publique assortie d'objectifs précis et d'un plan d'actions à laquelle la Cour avait appelé en 2010.

2 - Des progrès sensibles inégaux selon les publics concernés

Depuis bientôt dix ans, l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'est significativement amélioré, sous l'effet de plusieurs facteurs : politique de prévention à travers le programme « M'T Dents » proposé depuis 2007 par l'assurance maladie aux âges clé pour les risques de carie (6, 9, 12, 15 et 18 ans), progrès de l'hygiène bucco-dentaire, usage de dentifrices fluorés, campagnes pour la réduction de la teneur en sucre dans l'alimentation, etc. Bien que difficilement quantifiable, le plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 a eu, sur cette population, un effet réel.

²⁵⁴ Eurobaromètre pour le compte de la direction générale de la santé.

²⁵⁵ Baromètre santé 2014, INPES, *Évolutions n° 35*, mars 2016.

²⁵⁶ Eurobaromètre, *op. cit.*

²⁵⁷ L'indice CAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) pour mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée.

Selon l’OMS, l’atteinte carieuse est faible lorsque le CAO se situe en deçà de 1,2 pour les enfants de 6 ans et de 2,6 pour les enfants de 12 ans, ce qui est le cas, en France, pour les deux tranches d’âge considérées (0,64 à 6 ans et 1,15 à 12 ans en 2010). L’état de santé bucco-dentaire des enfants dépend cependant de leur milieu social²⁵⁸ : à l’âge de six ans, la proportion d’enfants ayant déjà eu au moins une carie est près de 4 fois supérieure chez les enfants d’ouvriers que chez ceux de cadres (30 % contre 8 %). Ces inégalités sociales révèlent des disparités d’accès aux soins, mais aussi des différences d’exposition aux facteurs de risque. Les actions de prévention devraient être plus fortement ciblées en direction des populations dont l’état de santé est très dégradé.

Sur les autres segments de population identifiés comme prioritaires par le plan de prévention dentaire 2006-2009, seules les femmes enceintes ont bénéficié de mesures de prévention, sous la forme d’un examen gratuit à partir du 4^{ème} mois de grossesse, effectif toutefois seulement depuis janvier 2014.

Pour les personnes handicapées, les établissements spécialisés restent peu sensibilisés aux questions de santé dentaire. Les dentistes libéraux formés à soigner les patients handicapés ne sont en outre pas identifiables par les familles puisque la mention d’une telle compétence sur leur plaque ou site professionnel leur est interdite.

La prévention et le suivi des personnes âgées en EHPAD sont nettement insuffisants : 80 % des résidents n’ont pas bénéficié d’une consultation dentaire depuis 5 ans. Les expériences engagées en 2007 dans quelques EHPAD d’examen dentaire systématique n’ont pas été poursuivies.

Enfin, les mesures de prévention prévues en direction des détenus, notamment la réalisation d’un examen bucco-dentaire lors de l’incarcération et les actions de réduction du risque infectieux associé aux soins²⁵⁹, sont restées inappliquées. Sur le premier point, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a cependant prévu une expérimentation dans un nombre limité d’établissements pénitentiaires.

²⁵⁸ DREES, Études et Résultats n° 847, juillet 2013, « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge ».

²⁵⁹ Plan sur la « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » (2010-2014).

Pour la majeure partie de la population, la prévention demeure insuffisante, avec des conséquences qui dépassent le seul domaine de la santé dentaire : ainsi, l'incidence des cancers buccaux²⁶⁰ est, en France, la plus forte d'Europe après l'Allemagne, avec environ 8 000 nouveaux cas par an, diagnostiqués trop tardivement (35 % de survie à cinq ans).

II - La faiblesse persistante des pouvoirs publics et de l'assurance maladie face aux professionnels de santé

En l'absence de détermination par l'État d'objectifs de santé bucco-dentaire à moyen terme, et compte tenu de son désengagement financier progressif, les mesures adoptées par l'assurance-maladie ne présentent pas de cohérence d'ensemble. Elles ont davantage répondu aux attentes des chirurgiens-dentistes qu'elles n'ont favorisé l'accès des assurés sociaux aux soins.

A - Des relations conventionnelles déséquilibrées

Les relations entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie sont régies par la convention nationale des chirurgiens-dentistes, conclue pour une durée de cinq ans entre les principaux syndicats représentatifs de la profession et la CNAMTS. Approuvée par arrêté du 14 juin 2006 et reconduite en juin 2011, elle a été modifiée à trois reprises par la voie d'avenants (juillet 2007, juillet 2012 et novembre 2013).

La convention et ses avenants successifs sont caractérisés par un profond déséquilibre : les engagements pris par la profession n'apparaissent pas à la hauteur des efforts, notamment financiers, consentis par l'assurance maladie ; de surcroît, ils n'ont pas été respectés. La position de faiblesse de l'assurance maladie obligatoire dans les négociations, sans doute favorisée par son rôle décroissant dans la prise en charge des soins, n'a pas eu pour corollaire une montée en puissance de l'institution représentative des assureurs complémentaires, l'Union

²⁶⁰ Le plus souvent liés à la consommation excessive d'alcool ou de tabac.

nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM). Créée par la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004, elle n'est d'ailleurs partie à la convention dentaire que depuis l'avenant de 2013. L'assurance maladie et les assureurs complémentaires n'ont pas su définir des objectifs communs de nature à rééquilibrer les termes de la négociation avec les professionnels de santé.

1 - Des efforts financiers importants de l'assurance maladie

À travers la convention et ses avenants successifs, l'assurance maladie a eu pour objectif constant de favoriser un rééquilibrage entre la croissance des dépenses de soins prothétiques et celle des soins conservateurs. À cette fin, les soins conservateurs, chirurgicaux ou radiologiques ont fait l'objet de trois revalorisations tarifaires en 2006, 2012 et 2013, pour un montant annuel cumulé de 160 M€

En outre, le plafond d'honoraires alors en vigueur a été supprimé en 2006 pour les deux actes prothétiques les plus fréquents (l'inlay-core²⁶¹ et la couronne céramo-métallique).

Les praticiens sont par ailleurs incités financièrement depuis 2012 à s'implanter dans les zones sous-dotées. Malgré l'avantage financier qu'il procure aux praticiens qui y adhèrent (sous la forme d'un apport de 15 000 €), ce dispositif n'a pas atteint ses objectifs, les professionnels concernés étant quatre fois moins nombreux que prévu (soit 50 praticiens en 2014 pour un objectif de 200).

Enfin, une grande partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes est prise en charge par l'assurance maladie.

²⁶¹ L'inlay-core est une pièce en métal coulé, scellée dans la racine d'une dent très délabrée et servant de support à la prothèse.

La prise en charge d'une grande partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes par l'assurance maladie

En application de la convention dentaire, les chirurgiens-dentistes bénéficient de la prise en charge d'une part importante de leurs cotisations sociales²⁶² par l'assurance maladie. Pour 2015, le coût de cette prise en charge s'élève à 289 M€-176 M€ au titre de la maladie et 113 M€ au titre de la retraite complémentaire.

Pour la couverture du risque maladie, la prise en charge de leurs cotisations est presque intégrale : jusqu'à la réforme intervenue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, sur un taux de cotisations maladie de 9,81 %, l'assurance maladie en prenait 9,7 % à sa charge et le professionnel 0,11 %. La réforme intervenue au 1^{er} janvier 2016, qui modifie les assiettes et les taux de cotisations, a un caractère neutre pour les professionnels au moment de son entrée en vigueur selon l'étude d'impact du projet de loi.

Pour la couverture complémentaire du risque vieillesse, la convention prévoit une prise en charge des deux-tiers des cotisations du régime de prestations complémentaires de vieillesse (qui constitue un deuxième étage de retraites complémentaires propre aux praticiens et auxiliaires médicaux), le dernier tiers restant à la charge des chirurgiens-dentistes.

2 - Des contreparties nettement insuffisantes de la profession

À travers les organisations signataires de la convention et de ses avenants, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires sur tarifs conventionnels, à favoriser les reconstitutions dentaires plutôt que les prothèses dans un objectif de modération tarifaire des soins prothétiques, à participer aux campagnes de prévention et à la permanence des soins, à coder leurs actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), ainsi qu'à communiquer à leurs patients un devis-type établi de concert avec l'assurance maladie.

²⁶² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé, p. 287-308, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

Sur différents points, la convention a marqué une avancée sensible, bien que souvent de manière tardive : l'engagement de la profession dans la campagne de prévention M'T Dents ; la mise en œuvre de la CCAM au 1^{er} juin 2014 ; l'organisation d'une permanence des soins arrêtée dans toutes les régions depuis seulement le 1^{er} janvier 2016.

Pour le reste, les objectifs convenus n'ont pas été atteints.

En contradiction avec l'engagement de modération des honoraires, sont facturés de plus en plus de dépassements. Leur part dans le total des honoraires a continuellement progressé, passant de 47,9 % en 2005 à 52,5 % en 2014 (soit 4,7 Md€).

En dépit des engagements conventionnels visant à privilégier, à efficacité comparable²⁶³, les stratégies thérapeutiques les moins onéreuses, l'inlay-core a supplanté les actes de reconstitution de la dent après que son tarif a été déplafonné. Alors que la convention prévoyait de porter de 8 en 2006 à 8,8 en 2011 le nombre de reconstitutions dentaires pour 10 inlay-core, leur proportion a au contraire chuté à 5,8 en 2013. En 2015, les reconstitutions de dents ne font même plus partie des dix soins les plus fréquents, tandis que l'inlay-core est devenu le premier des dix actes à tarif non opposable les plus fréquents. L'assurance maladie n'a ainsi pas su prendre la mesure des effets pervers, à moyen terme, de ses décisions de tarification sur les choix thérapeutiques des praticiens, et ce en dépit des mises en garde de certaines organisations représentatives de la profession dentaire.

Plus généralement, aucune mesure de maîtrise médicalisée de la dépense n'a été mise en œuvre. L'avenant d'avril 2012 à la convention l'a de fait cantonnée à la prévention « qui dans ce domaine a apporté la preuve de son efficacité et demeure à ce jour le meilleur outil de maîtrise médicalisée ».

Par ailleurs, les professionnels contreviennent fréquemment à l'obligation qui leur incombe, depuis 2011, d'établir un devis-type en vue de la réalisation de soins prothétiques et d'indiquer à leur patient le prix de vente de la prothèse et son origine. À l'occasion d'une enquête menée en 2013 auprès de 553 chirurgiens-dentistes répartis dans 22 régions, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a relevé un taux d'infraction de 83 %.

²⁶³ Circulaire n° 59-2006 du 15 décembre 2006 de la CNAMTS.

Les sanctions prévues par la convention ne sont pas appliquées²⁶⁴. Leur mise en œuvre obéit à des règles complexes. De fait, la constatation de dépassements d'honoraires abusifs sur soins conservateurs n'a, à ce jour, jamais débouché sur des sanctions.

B - Les reculs successifs des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont renoncé à utiliser plusieurs outils qui permettraient de mieux encadrer la qualité et la sécurité des soins bucco-dentaires ainsi que le coût de ces derniers.

1 - Un défaut de mesure et d'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins

La Haute Autorité de santé (HAS) est trop peu saisie par le ministère des affaires sociales et de la santé et consacre peu de ses travaux aux questions dentaires. Si elle a produit, par le passé, des évaluations relatives à certaines pratiques professionnelles en plein essor²⁶⁵, elle n'a pas publié d'études sur les questions dentaires entre 2011 et 2015, alors que les techniques évoluent rapidement. La qualité et la sécurité des soins dentaires en cabinet mériteraient pourtant d'être évaluées par des indicateurs objectifs, partagés et rendus publics.

²⁶⁴ À la suite de la constatation, par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la méconnaissance de règles conventionnelles, le chirurgien-dentiste dispose de multiples possibilités de régulariser la situation. C'est à la CPAM qu'il revient, *in fine*, de décider d'éventuelles sanctions, qui peuvent aller d'une suspension plus ou moins longue (de 3 à 12 mois) à un retrait du conventionnement.

²⁶⁵ Telles que la restauration dentaire par matériau incrusté -inlay onlay-, l'environnement technique des actes d'implantologie orale, le traitement endodontique, les prothèses dentaires à infrastructure céramique...

Une qualité des soins à évaluer plus régulièrement

Des enquêtes – anciennes - ont montré des marges de progrès en matière de qualité des soins :

- - près de 40 % des chirurgiens-dentistes ne stérilisaient pas les porte-instruments rotatifs selon une enquête de 2007 de la direction générale de la santé sur les questions d'hygiène ;
- - plus d'un acte de soins sur cinq devait être repris selon deux enquêtes de la CNAMTS de 2003 et 2009 ;
- - 10 % des couronnes (prévues pour durer 15 à 20 ans) étaient à refaire dans les cinq ans, selon une analyse menée par le RSI (juin 2010) sur plus de 10 000 couronnes.

2 - Des devis prothétiques moins transparents qu'en 2009

Alors que la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 prévoyait une information du consommateur sur le prix d'achat des prothèses - ce qui avait pour effet de faire apparaître sur le devis le montant de la marge bénéficiaire du dentiste sur la prestation d'adaptation et de pose des prothèses -, la loi du 10 août 2011 qui l'a modifiée est revenue sur cette disposition en n'imposant plus que la mention du prix de vente au patient.

Sous la pression de la profession, il a ainsi été renoncé à ce qui constituait indéniablement un progrès sensible dans l'information du patient, pour s'assurer l'adhésion des praticiens au devis-type. Or, comme vu *supra*, ce dernier n'est pas pour autant appliqué par les professionnels, ni promu par leurs instances représentatives.

3 - L'absence de plafonnement des dépenses de soins dentaires prises en charge dans le cadre des contrats responsables

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les conditions de prise en charge des frais exposés pour les dispositifs d'optique médicale comme pour les soins dentaires prothétiques ou orthodontiques par les contrats d'assurance complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (« contrats responsables ») peuvent désormais comprendre non seulement des seuils, mais aussi des plafonds, fixés par décret.

Cependant, à ce jour, seuls les tarifs des dépenses d'optique ont été plafonnés par un décret du 18 novembre 2014. Ainsi, en l'absence de plafonnement, aucun frein ne s'exerce sur la dynamique de hausse des tarifs de soins prothétiques et orthodontiques.

C - La faiblesse des contrôles et des sanctions

1 - L'absence de sanction au défaut d'affichage des honoraires

Un grand nombre de chirurgiens-dentistes se sont longtemps soustraits, et certains persistent à le faire, à l'obligation légale d'afficher de façon visible et lisible dans leur salle d'attente leurs honoraires - y compris les dépassements -, ainsi que les tarifs de remboursement par l'assurance maladie.

En 2010, la DGCCRF avait effectué une enquête auprès de 250 chirurgiens-dentistes pour vérifier le respect de cette obligation. Aucun des professionnels contrôlés n'affichait ses tarifs. Trois ans plus tard, lors d'une seconde enquête, le taux d'infraction constaté était encore de 28 %, malgré l'annonce préalable de leur visite par certains enquêteurs.

À ce jour, l'autorité préfectorale, habilitée à poursuivre et à sanctionner tout manquement à cette obligation, n'a jamais engagé de poursuites²⁶⁶.

2 - Des contrôles de l'assurance maladie insuffisants

Les contrôles de l'assurance maladie sur les professionnels libéraux sont peu nombreux : en 2014, elle a procédé au contrôle de 521 dentistes libéraux.

²⁶⁶ La DGCCRF dispose de la même faculté depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

En exploitant les données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)²⁶⁷, l'assurance maladie serait pourtant en mesure de détecter de manière systématique des pratiques abusives qui doivent être sanctionnées, comme les dépassements d'honoraires sur actes à tarif opposable. Quoique prohibés, ces dépassements sont particulièrement fréquents en Île-de-France et dans les départements d'outre-mer. En Île-de-France, ils se conjuguent à des montants moyens de dépassements élevés.

Une pratique prohibée mais courante : les dépassements d'honoraires sur actes de soins conservateurs

Une exploitation des données du SNIIRAM réalisée spécifiquement à la demande de la Cour a fait apparaître les constats suivants.

Pour l'extraction d'une dent, 5 % des dentistes facturent des dépassements, mais ils sont 20 % à Paris et plus de 50 % dans les DOM. Le taux de dépassement tarifaire est de 57 % en moyenne (soit +19,30 € pour un acte coté 33,44 €), mais de 140 % à Paris (soit +47 €) et 84 % dans les Hauts-de-Seine (+28 €).

Pour la dévitalisation d'une molaire, 2,4 % seulement des dentistes dépassent le tarif conventionné, mais ils sont 17 % à Paris et entre 18 et 85 % dans les DOM. Le taux de dépassement tarifaire moyen est de 138 % (soit +113 € pour un acte coté 81,94 €), mais atteint 225 % à Paris (soit +184 €) et 571 % dans la Drôme (soit +468 €).

Pour un détartrage, 13,9 % des chirurgiens-dentistes pratiquent des dépassements. À Paris, c'est près d'un praticien sur deux ; dans les autres départements d'Île-de-France entre 18 et 28 %, dans les DOM entre 47 et 90 %. Le taux de dépassement est en moyenne de 63 % (soit +18 € pour un acte coté 28,92 €), mais atteint près de 100 % à Paris (soit +27 €). Les abus les plus manifestes concernent les Alpes-de-Haute-Provence (300 %, soit +85 €) et la Haute-Loire (près de 200 %, soit +55 €).

²⁶⁷ Sur le SNIIRAM, voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

Pour une libération occlusale (ou pose de gouttière), plus d'un tiers des dentistes pratiquent des dépassements, mais ils sont près de deux tiers à Paris, 48 à 58 % dans les autres départements de l'Île-de-France, et 35 à 75 % dans les DOM. Le taux de dépassement tarifaire²⁶⁸ sur cet acte est en moyenne de 80 % (soit +137 € pour un acte coté 172,80 €), mais atteint 127 % à Paris (+217 €), 119 % dans les Hauts-de-Seine (+205 €) et 80 à 86 % dans les autres départements d'Île-de-France.

Pour l'évacuation d'un abcès parodontal, les dépassements sont moins fréquents (2 % en moyenne), mais atteignent entre 8 et 54 % dans les DOM, 10 % à Paris et entre 3 et 5 % dans les autres départements d'Île-de-France. Le taux de dépassement tarifaire est de 78 % (soit +32 € pour un acte coté 40 €), mais dépasse largement 100 % dans 5 des 8 départements de l'Île-de-France. C'est toutefois en Haute-Loire qu'il est le plus élevé (854 % soit +285 €) pour une fréquence de 13 %.

La fréquence des irrégularités constatées par la Cour paraît traduire un dysfonctionnement systémique, qui interroge : les dépassements d'honoraires sur actes de soins conservateurs constituent des pratiques tarifaires irrégulières que ne saurait justifier l'allégation que ces actes auraient été insuffisamment revalorisés.

3 - Les limites de fait à l'autocontrôle de la profession

Le renforcement des contrôles de l'assurance maladie est d'autant plus nécessaire que ceux diligentés par les agences régionales de santé²⁶⁹, trop rares, se limitent souvent à transférer les plaintes et les demandes de contrôle aux conseils départementaux de l'Ordre.

Ces derniers peuvent contrôler si les conditions exigées pour l'exercice de l'activité professionnelle sont remplies, notamment la qualité et la sécurité des soins et le respect des règles d'hygiène et d'asepsie. Ils donnent lieu pour l'essentiel à l'envoi de questionnaires aux praticiens et à des « visites confraternelles » en cabinet, lesquelles sont cependant tributaires de l'accord du praticien concerné.

²⁶⁸ Calculé comme le montant facturé au patient par rapport au tarif de responsabilité fixé par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

²⁶⁹ Les ARS sont dotées d'une compétence générale pour diligenter des contrôles relatifs à la qualité et la sécurité des soins, qu'ils soient dispensés par des médecins ou par des chirurgiens-dentistes.

La réalité des contrôles varie fortement d'un conseil départemental à l'autre, mais ils sont dans l'ensemble largement insuffisants, voire inexistants. Entre 2005 et 2014, soit sur dix années, la moitié des 95 conseils départementaux ont visité moins de 10 % des cabinets de leur ressort ; seuls 15 % des conseils les ont tous visités.

La faiblesse des contrôles de l'Ordre en matière déontologique n'est pas sans poser question sur la pertinence d'un dispositif reposant sur la profession elle-même.

III - Un mode d'organisation et de financement à repenser

La mise en œuvre d'une politique active de santé bucco-dentaire et la fixation d'objectifs conventionnels beaucoup plus ambitieux sont les conditions sans lesquelles aucun progrès ne sera possible en matière de plus grande équité dans l'accès aux soins, d'amélioration de l'état de santé dentaire et de plus stricte maîtrise des coûts.

La prochaine renégociation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes offre l'opportunité de déterminer un cadre de régulation efficace, et donc contraignant. Si elle n'y parvenait pas, il existe un risque réel que les soins dentaires connaissent la même évolution que l'optique²⁷⁰. Un décroisement des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, comme la Cour l'évoque dans le cadre de son analyse sur la participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé²⁷¹, pourrait alors constituer un scénario d'évolution à envisager.

A - Définir un socle d'objectifs communs en vue du nouveau cadre conventionnel

Une régulation efficace du secteur appelle la définition d'orientations claires de santé publique par l'État et d'objectifs partagés ambitieux entre l'État, l'assurance maladie et les organismes complémentaires dans leurs rapports avec la profession dentaire.

²⁷⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁷¹ Voir chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.

1 - Adopter une stratégie de santé publique couvrant l'ensemble de la population

Le plan de prévention bucco-dentaire de 2006 est arrivé à échéance en 2010, sans faire l'objet d'un bilan. Depuis lors, aucun nouvel objectif pluriannuel de santé publique n'a été fixé pour le domaine bucco-dentaire. Or, la politique menée à ce jour assure une prévention effective uniquement pour les moins de 18 ans et les femmes enceintes et laisse de côté près de 80 % de la population.

À partir d'une évaluation préalable de l'état sanitaire de la population, notamment des catégories à risque élevé, devrait être élaborée une stratégie globale de santé bucco-dentaire, axée sur la prévention et le suivi pour tous, aux objectifs lisibles et mesurables et mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, comme la Cour l'a déjà recommandé.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins dentaires

En matière de soins bucco-dentaires, il n'existe pas de recueil d'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins comme celui mis en place en 2008 par la Haute Autorité de santé (HAS) pour les établissements de santé. Seules ont été établies des fiches de bonnes pratiques en matière d'asepsie, assorties d'une grille d'autoévaluation destinée aux praticiens, par la direction générale de la santé et le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. L'évaluation est recommandée mais non obligatoire, les résultats n'en sont pas connus et l'avis des patients n'est pas recueilli.

La technicité et le caractère parfois invasif des gestes réalisés justifieraient pourtant qu'un recueil de ce type soit adopté et que les résultats en soient rendus publics. La HAS pourrait être chargée, en relation avec la profession, d'en établir les indicateurs.

La vérification du respect par le praticien d'un tel recueil pourrait relever d'une procédure d'accréditation, à l'instar de celle instaurée pour les laboratoires de biologie médicale par une ordonnance du 13 janvier 2010.

2 - Maîtriser impérativement la dérive des coûts des soins prothétiques

Compte tenu de l'échec des dispositifs non contraignants de modération tarifaire des soins prothétiques que les précédentes conventions ont tenté d'instaurer, il apparaît indispensable, pour endiguer la dérive des tarifs de ce type de soins, de rétablir un plafonnement du tarif des actes prothétiques les plus fréquents, comme la couronne céramo-métallique et l'inlay-core.

Parallèlement, les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 autorisant la fixation de plafonds de prise en charge de certains actes dentaires dans les contrats dits « responsables » devraient être appliquées à un niveau qui permette d'enrayer la progression des dépenses prothétiques et orthodontiques à laquelle poussent les prises en charge actuelles.

Toujours aux fins de maîtrise de la dépense prothétique, un contrat d'accès aux soins pourrait être envisagé pour les dentistes libéraux, à l'instar de celui instauré pour les centres de santé dentaires. Les centres qui s'engagent à stabiliser leur taux de dépassement sur soins prothétiques et orthodontiques bénéficient d'une contribution financière proportionnelle aux honoraires perçus sur les soins conservateurs et chirurgicaux.

3 - Renforcer l'effectivité des contrôles et la capacité de contrôle de l'assurance maladie

Certaines fraudes sont d'une ampleur telle qu'elles nécessitent des contrôles à l'échelle de l'ensemble des données de facturation, et non à l'occasion d'une analyse individuelle d'activité.

Alors qu'elle dispose d'outils extrêmement puissants lui permettant de cibler précisément ses contrôles en détectant les atypies de l'activité des professionnels, la CNAMTS n'en fait encore qu'un usage

très limité dans le cadre de la lutte contre la fraude²⁷². Elle devrait fortement accentuer ses actions de contrôle, en particulier en analysant systématiquement, via des requêtes automatisées, les données d'activité atypiques ou suscitant des interrogations quant à la réalité des actes pratiqués, en étendant ses contrôles à un nombre accru de praticiens et en accélérant les procédures des enquêtes. Elle devrait aussi assurer un meilleur suivi des instances en cours et veiller à se constituer partie civile dans les délais les plus brefs.

Ces contrôles nécessitent l'intervention, au côté des agents chargés d'élaborer et d'exploiter les requêtes des bases de données de l'assurance maladie, de chirurgiens-dentistes conseil, ce qui suppose que la CNAMTS veille à maintenir un flux de recrutement adéquat²⁷³.

Enfin, il importe de revoir les dispositions conventionnelles relatives aux sanctions, pour accélérer les procédures de constatation des manquements et rendre les sanctions réellement dissuasives.

4 - Améliorer l'information des patients et des financeurs

L'opacité de l'information qui caractérise le secteur dentaire nuit avant tout au patient qui ne dispose, notamment en matière tarifaire, que d'informations limitées et difficiles à comparer en interrogeant le service d'information grand public de la CNAMTS²⁷⁴. Cette dernière s'est opposée à plusieurs reprises à la réutilisation de ces données par des opérateurs privés qui souhaitaient notamment effectuer et diffuser des comparaisons d'honoraires des praticiens.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvre de nouvelles perspectives pour l'utilisation des données publiques relatives à l'activité des professionnels de santé. Ainsi, la réutilisation de données comme les tarifs, n'est plus soumise à

²⁷² Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale : les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie, une utilisation à développer, une sécurité à renforcer*, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁷³ Les effectifs de chirurgiens-dentistes conseils de la CNAMTS ont été réduits de plus d'un tiers en 10 ans (186 en 2015 contre 292 en 2005).

²⁷⁴ www.annuaire.sante@ameli.fr.

l'obligation de recueillir l'accord des professionnels²⁷⁵. Elle est confortée par la loi du 28 décembre 2015 sur la gratuité et les modalités de réutilisation des informations du secteur public qui instaure un « droit à la réutilisation des informations publiques » dans un standard ouvert et facilement réutilisable. Elle devrait être appliquée par priorité au secteur dentaire.

Par ailleurs, il conviendrait de rétablir les dispositions de la loi du 21 juillet 2009, qui rendaient obligatoires l'information du patient sur le prix d'achat de sa prothèse dentaire. La disparition de cette information et l'opacité du calcul du prix de vente, qui comporte, sans qu'on puisse en distinguer les composantes, le prix d'achat, des quotes-parts d'autres frais variables et de frais fixes et la marge du dentiste font reculer la transparence des prix au détriment des patients.

Enfin, l'information à destination des financeurs sur les actes pratiqués et les montants facturés est également insuffisante. La classification commune des actes médicaux mise en œuvre en 2014 améliore en principe la connaissance des pratiques professionnelles et de leurs évolutions. Tous les actes doivent désormais être codés, qu'ils soient pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ou pas. Or seuls sont à ce jour transmis à l'assurance maladie les codes des actes qu'elle rembourse. Les autres actes financés exclusivement par les assureurs complémentaires ou par les patients restent inconnus.

Le progrès par rapport à la situation antérieure est donc ténu. L'information de l'assurance maladie reste insuffisante, celle des pouvoirs publics aussi. La codification des actes non pris en charge devrait être obligatoirement transmise à l'assurance maladie. En cas de non-respect de cette obligation, la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes devrait être suspendue. Cette mesure doit également bénéficier aux organismes d'assurance maladie complémentaire qui ne disposent toujours pas aujourd'hui de l'information détaillée sur les soins qu'ils remboursent.

²⁷⁵ Le nouvel article L. 1461-2 du code de santé publique ne fait plus référence à l'alinéa 1 de l'article 13 de la loi de 1978 sur l'accès aux documents administratifs.

B - Faire évoluer l'organisation de la profession

Le modèle du cabinet dentaire comportant un unique praticien, exerçant sans assistant et se fournissant auprès d'un artisan prothésiste est appelé à évoluer.

L'évolution du métier de prothésiste dentaire

Les prothésistes dentaires ne sont pas des professionnels de santé, mais ont le statut d'artisan. Sous la pression des syndicats dentaires, leur activité a été étroitement circonscrite par la jurisprudence²⁷⁶. En 2013, on dénombrait 3 800 laboratoires de prothèses et 17 900 prothésistes, dont $\frac{3}{4}$ de salariés. Le secteur connaît une concentration croissante : en dix ans, le nombre de prothésistes a baissé de 16 % et celui des laboratoires de 28 %.

L'activité des prothésistes est également confrontée à une évolution technologique rapide (numérisation, impression 3D). 41 % des laboratoires sont équipés d'un dispositif de conception et de fabrication assistée par ordinateur (CFAO) et 38 % utilisent au moins une usineuse²⁷⁷.

Si aujourd'hui 2 % seulement des chirurgiens-dentistes sont équipés de technologies similaires de numérisation 3D, 38 % envisagent de s'équiper prochainement en CFAO. Le nombre de prothésistes dentaires et l'organisation de la profession pourraient s'en trouver sensiblement modifiés dans les prochaines années.

1 - Élargir le champ de compétence des assistants dentaires

Les assistants dentaires ont un statut de salarié et exercent leur profession sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste. Seuls deux tiers des cabinets dentaires emploient un ou plusieurs assistants.

²⁷⁶ Ont ainsi été considérés, par la Cour de cassation, comme un exercice illégal de l'art dentaire : l'adaptation, la poste et la réparation de prothèses dentaires, la prise d'empreinte et la vente directe de prothèses. En revanche, le nettoyage des prothèses amovibles, dès lors qu'il peut être effectué au quotidien par les porteurs d'appareils eux-mêmes, peut être proposé par les prothésistes.

²⁷⁷ UNPPD, rapport 2015 « *Unir pour tracer notre avenir* ».

Avant 2016, la profession d'assistant était encadrée par la convention collective nationale des cabinets dentaires qui en définissait les tâches (décontamination, nettoyage, stérilisation et rangement des instruments, assistance opératoire du praticien quel que soit le type de soin, développement des clichés radiologiques, collaboration à l'éducation des patients en matière d'hygiène bucco-dentaire, etc.).

Elle est désormais définie par le code de la santé publique. L'assistant dentaire assiste le chirurgien-dentiste dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif. Dans ce cadre, il contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé. La liste des activités ou actes qu'il peut se voir confier est fixée par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

Pour autant, l'assistant dentaire n'est pas un auxiliaire médical qui pourrait exercer en pratique avancée, à l'instar des infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, etc. L'inscription de la profession dans le code de la santé publique n'a pas conduit à étendre ses attributions. Elle constitue à cet égard une occasion manquée de redéfinir les actes, non médicaux, susceptibles de lui être délégués. Cette question mériterait d'être rouverte à l'avenir.

2 - Favoriser le développement des réseaux de soins dentaires

Le développement des réseaux de soins dentaires est de nature à rendre le secteur plus transparent et plus concurrentiel, dans un domaine où la formation du prix des actes prothétiques n'obéit pas à des mécanismes de marché efficients et conduit à des niveaux de tarification qui ne sont pas supportables par la majorité des patients.

La loi du 27 janvier 2014²⁷⁸ a conforté les réseaux de soins en étendant aux mutuelles le droit, déjà reconnu aux sociétés d'assurance et aux institutions de prévoyance, de pratiquer des remboursements bonifiés pour les adhérents qui choisissent librement de se faire soigner dans le cadre des réseaux qu'elles ont constitués avec des professionnels de santé.

²⁷⁸ Loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

Les contraintes pesant sur le fonctionnement des réseaux seraient cependant à desserrer afin de leur garantir un accès intégral à l'ensemble des données de facturation, de leur permettre de s'assurer de la réalité des actes facturés aux organismes d'assurance complémentaire et de les autoriser à contacter directement leurs adhérents.

3 - Introduire un conventionnement sélectif

La CNAMTS, dont les efforts pour obtenir la modération des tarifs des soins prothétiques et l'amélioration de l'accès aux soins n'ont pas été payés de retour, devrait se saisir de la possibilité d'un conventionnement sélectif de chaque praticien ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 72)²⁷⁹.

Cette modalité nouvelle de conventionnement devrait prendre appui sur un cahier des charges précis garantissant l'adéquation territoriale et sanitaire de l'offre de soins aux besoins de la population, facilitant l'accès de celle-ci aux soins bucco-dentaires et organisant le contrôle du respect de l'obligation légale de formation continue. Le non-respect éventuel de ses dispositions devrait être effectivement sanctionné.

C - Envisager, en cas de persistance des dérives constatées, un scénario de nouvelle répartition des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires

Si les partenaires de la négociation conventionnelle ne parvenaient pas à enrayer les dérives constatées, c'est le cadre conventionnel lui-même qui serait en cause. Il pourrait alors être envisagé d'examiner comment l'assurance maladie pourrait s'inscrire pleinement à moyen terme dans un nouveau cadre, fondé sur un partage clair et assumé des compétences et des financements avec les assurances complémentaires, l'une responsable de la prévention et des soins conservateurs et chirurgicaux, les autres des soins prothétiques à tarifs plafonnés.

²⁷⁹ L'article L.162-9 du code de la sécurité sociale prévoit désormais que la convention nationale des chirurgiens-dentistes a, entre autres objets, de fixer « les conditions à remplir... pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé », dans le cadre du projet régional de santé, en fonction de l'excès ou de l'insuffisance de l'offre de soins.

1 - Confier à l'assurance maladie obligatoire le financement d'un parcours obligatoire de prévention et de soins

Des parcours de soins pourraient être organisés par l'assurance maladie obligatoire, dont le respect par les patients conditionnerait le niveau de remboursement par les assurances maladie complémentaires de soins prothétiques ultérieurs.

La France s'inspirerait en cela des politiques mises en œuvre en Allemagne et en Suède qui visent au maintien en bonne santé dentaire et au dépistage précoce afin d'éviter ou de différer le plus longtemps possible des soins plus lourds.

Deux exemples européens de parcours de prévention

L'Allemagne a introduit un suivi dentaire annuel obligatoire tout au long de la vie, dont le respect conditionne le niveau de couverture des soins prothétiques par l'assurance maladie : la prise en charge est maximale pour le patient qui respecte ce suivi et minimale pour celui qui s'y soustrait. La caisse d'assurance-maladie légale assure une prise en charge forfaitaire qui couvre la moitié des coûts usuels. Si le patient démontre qu'avant le démarrage des soins, il s'est soumis régulièrement à des contrôles et soins de prévention durant les 5 (ou 10) années précédentes, cette prise en charge peut aller jusqu'à 70 %, voire 80 %.

En Suède, la loi garantit la gratuité des soins dentaires pour les moins de 20 ans. Après cet âge, la prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie est modulée et assortie d'une franchise : sur la base d'un panier de soins dentaires qui comprend le traitement des caries, la pose de plombages, les couronnes dentaires et autres prothèses, les dépenses sont à la charge du patient en deçà de 320 € de soins dentaires par an (franchise), couvertes à hauteur de 50 % pour un montant de soins annuels compris entre 320 et 1 600 € et à 85 % au-delà de ce montant.

Ces parcours pourraient prendre la forme de visites périodiques permettant un suivi régulier par le praticien et la mise en place d'un programme de soins individualisé obligatoire (détartrage, traitement des caries, soin des gencives). Ces visites, ainsi que les soins conservateurs correspondants, pourraient être prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les moins de 18 ans, la France pourrait s'inspirer des mesures de gratuité instaurées dans plusieurs pays européens. Un premier pas pourrait concerner la prise en charge du ticket modérateur des soins dentaires de cette catégorie de patients, qui représente aujourd'hui 90 M€

si l'on exclut les soins prothétiques et orthodontiques. Un pas supplémentaire consisterait à dispenser les familles de l'avance de frais pour tous les soins des moins de 18 ans (hors prothèses et orthodontie). Cette dernière mesure ne comporte pas de surcoût pour l'assurance maladie, mais nécessite un engagement de sa part à respecter des délais de remboursement rapide des professionnels.

2 - Confier aux assurances maladie complémentaires le financement au premier euro des soins prothétiques

En contrepartie de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de soins conservateurs et d'exams de prévention pour tous, les assurances complémentaires se verraient confier celle des soins prothétiques et orthodontiques au premier euro, dans la limite d'un plafond tarifaire.

Une telle redistribution des rôles donnerait à chacun des partenaires, sur son champ propre de compétences, un poids accru face aux professionnels de santé.

Pour l'assurance maladie obligatoire, la moindre dépense induite par le transfert intégral des soins prothétiques et orthodontiques aux assurances complémentaires (dont le coût est estimé à 930 M€) ne compenserait que partiellement les dépenses supplémentaires quelle devrait assumer, soit 1,3 Md€ par an (dont 750 M€ pour les visites et soins de prévention obligatoires et 550 M€ au titre du ticket modérateur actuellement financé par les assurances complémentaires).

Le financement du surcoût en résultant pour l'assurance maladie (370 M€ auxquels s'ajoutent les 90 M€ précités de la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les moins de 18 ans, soit 460 M€ au total) pourrait emprunter plusieurs voies.

Dans le champ des soins bucco-dentaires, il pourrait être envisagé de transférer, de l'assurance maladie obligatoire aux organismes d'assurance complémentaire, la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes (soit 289 M€ en 2015).

Au-delà, il serait envisageable de resserrer le « panier de soins » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans d'autres domaines comme le médicament, l'optique, les transports sanitaires ou les cures thermales²⁸⁰.

Enfin, une autre évolution possible pourrait consister à augmenter la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations d'assurance maladie²⁸¹, assise sur les primes et cotisations versées au titre de la souscription de contrats d'assurance santé, dont la recette est déjà pour partie affectée à la CNAMTS. Cette mesure serait justifiée par le fait que les souscripteurs de contrats d'assurance santé, dont les soins conservateurs et chirurgicaux seraient mieux pris en charge par l'assurance maladie, devraient en toute logique bénéficier de baisses de tarifs de la part des organismes d'assurance à due concurrence des dépenses de soins que ces derniers n'auraient plus à assurer.

À moyen terme, ce décroisement des financements entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire pourrait améliorer sensiblement l'état de santé bucco-dentaire, avec pour corollaire un moindre recours aux soins prothétiques.

Pour qu'il soit soutenable dans la durée pour les assurances maladie complémentaires, il devrait s'accompagner dans le même temps de la mise en œuvre des mesures de maîtrise des dépenses de soins prothétiques précédemment évoquées, en particulier le plafonnement des contrats dits « responsables » et le développement des réseaux.

²⁸⁰ Voir le chapitre IV du présent rapport : la participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.

²⁸¹ Pour mémoire, 0,1 point de taux de cette taxe représente 30 M€ environ.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2010, la Cour avait appelé l'attention sur le désengagement de la puissance publique du secteur dentaire et les inégalités d'accès aux soins qu'elle favorise. Six ans plus tard, elle constate que ce désengagement s'est poursuivi, avec des conséquences préjudiciables sur l'état de santé bucco-dentaire de la population, souvent médiocre par rapport aux pays européens comparables. Les difficultés d'accès aux soins et le renoncement aux soins, principalement pour des raisons financières, qui les accompagne demeurent très répandus. À cet égard, l'incapacité des partenaires conventionnels à obtenir une modération tarifaire effective des soins prothétiques, en dépit des engagements pris par la profession, marque un échec persistant.

Ces constats appellent les pouvoirs publics et l'assurance maladie à renforcer la prévention, à améliorer l'information du patient et des financeurs, à élargir les contrôles de l'assurance maladie et à assurer l'effectivité des sanctions en cas d'irrégularités détectées, à encourager le développement des réseaux de soins et à renforcer la maîtrise du coût des soins prothétiques.

Plus fondamentalement, il conviendrait de mettre en place, dans le cadre des négociations aujourd'hui engagées sur la nouvelle convention, un conventionnement sélectif des professionnels, conditionné par des engagements précis et contrôlables sur la modération des tarifs, notamment prothétiques, la limitation des dépassements, le codage de l'ensemble des actes et le respect des obligations en termes de transparence, d'organisation et de qualité des soins.

Si des engagements conventionnels appropriés et contrôlables ne venaient pas remédier aux difficultés multiples relevées par la Cour dans l'accès aux soins bucco-dentaires, il pourrait alors être envisagé de définir un nouveau cadre de prise en charge. Ce dernier pourrait notamment être fondé sur le scénario d'un décroisement des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie et les assurances complémentaires, dans le prolongement des analyses de la Cour sur les évolutions envisageables des modalités de prise en charge des dépenses de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

19. *définir et mettre en œuvre une stratégie globale en faveur de la santé bucco-dentaire, appuyée sur des enquêtes épidémiologiques périodiques et déclinée en plans d'action ;*
20. *instaurer une procédure d'accréditation garantissant la qualité et la sécurité des soins délivrés dans les cabinets dentaires, en lien avec l'établissement d'indicateurs pertinents par la Haute Autorité de santé ;*
21. *instaurer par une disposition législative une obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation ;*
22. *mettre en place, à partir des bases de données de l'assurance maladie, des requêtes standardisées et automatisées permettant de détecter les actes et facturations atypiques et de sanctionner effectivement les praticiens fautifs ;*
23. *plafonner par la voie législative les tarifs des actes prothétiques les plus fréquents ;*
24. *mettre en place un conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes, comme le permet la loi de financement pour 2016 ;*
25. *publier sans délai le décret fixant, dans les contrats responsables, des plafonds aux tarifs pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire en matière de soins bucco-dentaires ;*
26. *lever les obstacles au développement et au fonctionnement des réseaux de soins bucco-dentaires, notamment en leur garantissant un accès intégral aux données de facturation.*

En reconsidérant plus profondément l'organisation actuelle, la Cour propose l'orientation suivante :

(i) réorganiser à moyen terme les responsabilités et les financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, à la première revenant de financer à 100 % un suivi annuel obligatoire et les soins conservateurs associés, aux secondes de prendre en charge le financement des soins prothétiques au premier euro, en veillant à la neutralité financière pour l'assurance maladie obligatoire de ce nouveau modèle.