

<p>LIGNES DIRECTRICES</p> <p>POUR UNE REFORME DENTAIRE</p>
--

Rapport à l'intention de

Madame Elisabeth GUIGOU,
ministre de l'Emploi et de la Solidarité

et de M. Bernard KOUCHNER,
ministre délégué à la Santé

Michel YAHIEL
Inspecteur général des affaires sociales

INTRODUCTION

La présente note vise à synthétiser les principaux constats opérés par la mission, éclairés par les très nombreux entretiens et auditions auxquels elle a procédé.

Son objectif, conformément à la lettre de mission des deux ministres, n'est pas d'élaborer des propositions complètes sur l'ensemble du champ, mais de tracer des lignes directrices précises qui, compte tenu à la fois des besoins identifiés et des moyens envisagés, permettraient d'aboutir à un équilibre aussi satisfaisant que possible.

Dans un souci d'opérationnalité, les développements consacrés ci-après aux constats, par ailleurs déjà nettement établis, ont été volontairement réduits au profit d'orientations aussi précises que possible à ce stade.

Les axes de travail ainsi avancés, sans avoir fait l'objet d'un accord formalisé avec l'ensemble des parties prenantes, dont la recherche aurait constitué une dénaturation de la mission, sont toutefois fondés sur des analyses largement partagées, entre les financeurs, publics et privés et les deux principales organisations représentatives.

C'est pourquoi, si cette approche était validée par les pouvoirs publics, le principe retenu pourrait être d'indiquer, ex ante, aux parties conventionnelles, c'est-à-dire aux négociateurs potentiels d'un nouveau dispositif, une sorte de « cap », leur permettant de s'engager en toute connaissance de cause.

I - Les contraintes

Elles sont à l'évidence multiples, cumulatives et peuvent être synthétisées comme suit.

A/ Institutionnelles

Aucun accord ne peut être trouvé et surtout pérennisé sans les deux principales organisations professionnelles¹, dont la représentativité vient d'être confirmée. La recherche d'une voie moyenne entre la convention de 1997, conclue avec la CNSD et le projet de nomenclature « passerelle » élaboré à partir de 1999 avec l'UJCD, s'est d'ailleurs révélée techniquement justifiée. Il va de soi qu'elle constitue aussi un levier « politique » qui ne peut être négligé dans un exercice contractuel de ce type.

Par ailleurs, le rôle des régimes complémentaires, sensiblement divisés sur cette question, est incontournable, puisqu'ils assurent un tiers des dépenses totales², soit une proportion sans véritable équivalent dans le domaine de la santé, de sorte que les enjeux économiques du secteur dentaire, en apparence modestes, sont en réalité très sensibles en termes de concurrence.

Enfin, chaque partie a tendance à douter des intentions de réforme manifestées par les autres, étant remarqué que le statu quo observé dans ce secteur depuis des décennies a manifestement profité à l'ensemble de protagonistes, au seul détriment des patients, singulièrement les plus exposés d'entre eux: la nomenclature des actes date, pour l'essentiel, de 1972; depuis 1978, la profession aura connu plus de dix ans de vide conventionnel, notamment entre 1987 et 1994.

A l'évidence, favoriser le retour d'une certaine « confiance » entre les acteurs d'une part, entre ceux-ci et l'État d'autre part, constitue donc un préalable auquel la mission a pu concourir, mais qui requiert une grande attention.

B/ Economiques

Dans toutes les hypothèses, le coût spontané de la « passerelle », dans sa dernière version, oscille entre 5 et 7 milliards pour l'assurance maladie, en année pleine.

De fait, le retard pris dans la valorisation des soins conservateurs et la prise en considération d'actes les plus médicalement justifiés est tel, que toute refonte de la nomenclature se révèle devoir être substantielle et donc assez coûteuse, dans un contexte financier exigeant. Or, au terme de l'ensemble de ses investigations, la mission a clairement mis en lumière qu'un tel investissement était inenvisageable, de surcroît en visant une application immédiate.

Sur le plan « micro-économique », il est aussi important de ne pas déséquilibrer brutalement l'activité des quelque 35000 cabinets : compte tenu de la stratification des

¹ Les rencontres organisées par la mission avec les organisations «non conventionnelles» ont démontré la persistance d'une approche fondée, pour l'essentiel, sur le statu quo en matière de liberté tarifaire, qui laisse peu de place, à l'évidence, pour une réforme dont l'un des objets essentiels est de pallier les défauts majeurs de ce système.

² En quinze ans, les « dépenses dentaires » des régimes de base ont en revanche chuté de 7% à 2%.

activités, elle-même induite par les dérives du dispositif conventionnel actuel, cet écueil n'est pas secondaire, étant entendu que les situations sont fort contrastées au sein de la profession, dont les taux de charge (plateau technique, consommables...) se sont sensiblement accrus et avoisinent 60%³. Ainsi, le seuil d'équilibre d'un cabinet disposant d'une assistante serait aujourd'hui de 700 000 francs par an (chiffre d'affaires). Or, ce niveau est atteint par seulement la moitié de la profession environ, dont 20% dégagent un bénéfice inférieur à 175 000 francs annuels.

Au cours des deux dernières décennies (1980 à 1998), alors que le total des honoraires conventionnels est resté à peu près stable en francs courants (19 milliards contre 17), que le montant moyen des honoraires conventionnels a en réalité diminué, sous l'effet de la progression du nombre de cabinets libéraux (39%) et que les tarifs des actes ont été sensiblement érodés⁴, les chirurgiens dentistes⁵ ont compensé la baisse de leurs ressources conventionnelles en pratiquant des dépassements sans cesse plus élevés (de 34% des honoraires totaux en Mayenne jusqu'à 62% à Paris, soit en moyenne 450 000 francs par an et par praticien).

Bien que cette progression connaisse un palier depuis 1992, tout comme d'ailleurs le nombre d'actes, ce relatif équilibre apparaît donc fortement insatisfaisant.

C/ Juridiques

Même si un support législatif peut être trouvé, certains des principes évoqués par les signataires potentiels restent problématiques : l'approche optionnelle pour les praticiens, voire les assurés ; une montée en charge territoriale de la réforme ; les modalités de prise en charge partielle des cotisations sociales, etc.

Or, ces différents leviers sont autant de moyens sinon de diminuer, du moins de lisser le coût économique de la revalorisation.

Un autre problème tient au champ de la convention. En effet, plusieurs questions d'importance (formation continue, qualité, notamment) doivent y être évoquées, faute d'autre cadre disponible à ce jour, ce qui est paradoxal, dans la mesure où ces questions ne mettent pas uniquement en cause les intérêts des signataires et devraient être, en grande partie, d'ordre public.

Sur un autre registre, on observera que le projet de « passerelle », en dépit de son intérêt technique indéniable, ne s'appuie pas sur des lettres-clé, ce qui, dans le cadre actuel des règles de nomenclature, paraît peu opératoire.

A supposer que la réforme soit engagée après qu'aient été levées certaines de ces hypothèses, ce qui est le sens des propositions ci-après, d'autres questionnements juridiques ne pourront, au moins à terme, être évités, notamment au regard des évolutions générales envisagées pour les relations conventionnelles avec les

³ La lourdeur des frais fixes rend particulièrement sensible le « coût » des diverses formalités administratives, particulièrement au sein des petits cabinets faiblement orientés vers la prothèse et freine l'exercice à temps partiel auquel aspirent notamment certaines professionnelles. Elle alimente aussi une série de revendications fiscales (taxe professionnelle, taxe sur les salaires, régimes des plus-values professionnelles...) non examinées dans ce cadre et relevant, en large part, de problématiques communes aux professions libérales.

⁴ -36% sur la période pour les soins conservateurs, -32% pour les soins prothétiques, tandis que la valeur du C des médecins augmentait dans le même temps de 20% en francs réels

⁵ L'inclusion dans les statistiques des spécialistes en ODF, dont le revenu moyen est nettement supérieur, le plateau technique plus réduit, mais les effectifs en personnel plus nombreux, ne contribue pas à clarifier ces données.

professions de santé, les mécanismes de régulation⁶, la démographie professionnelle, l'opposabilité des objectifs de qualité, etc.

D/ Techniques

Le maintien d'une cohérence d'ensemble ne va pas de soi. Ainsi, l'idée d'équilibrer revalorisation des soins et opposabilité totale des tarifs prothétiques est justifiée, mais semble peu réaliste : difficulté de concevoir un système « étanche », compte tenu de l'apparition de nouveaux actes ; volonté légitime des régimes complémentaires de développer leur présence, etc.

Ceci conduit donc à mieux sérier le champ de l'opposabilité mais aussi, par voie de conséquence, le périmètre et/ou le niveau des revalorisations. Si la réforme ne saurait se limiter à des aspects strictement tarifaires, compte tenu de l'ampleur des besoins, il est tout aussi patent qu'elle doit reposer sur une hiérarchisation des objectifs multiples, sinon contradictoires, qui la sous-tendent : égalité d'accès aux soins et prise en compte des différences locales; incitation de professionnels à pratiquer des soins précoces et nécessité de maîtriser la revalorisation des honoraires; promotion des comportements "responsables" des assurés et recherche de mécanismes de prise en charge plus simples, etc.

Sur un autre plan, la notion de « passerelle » a quelque peu perdu de son sens, maintenant que la codification générale des actes est lancée et la CCAM publiée.

Une première piste consisterait, ici, à ajuster les libellés de la future nomenclature à ceux retenus par la CCAM. Au-delà, il conviendra de prendre la « tarification » CCAM, dépendant d'un choix de valeur du point, non encore disponible, comme référence, dans toute la mesure du possible. La mission n'a pas été en état de retenir ce schéma, puisque l'exercice d'ensemble n'est pas achevé.

Plus encore, la faiblesse et l'hétérogénéité des informations exploitables⁷, constituent un handicap certain dont la mission a pu mesurer la persistance, étant observé qu'une part importante de l'activité de praticiens, correspondant aux actes hors nomenclature, est, par définition, très mal appréhendée.

E/ «Psychologiques»

Outre les contentieux accumulés avec une profession traversée par un sentiment assez dominant de frustration⁸, davantage rétive au changement, quoique désormais sensibilisée à sa nécessité, la question se pose de la perception de la réforme par les assurés.

Ces derniers, autant que l'on puisse en juger, expriment des attentes relativement simples et convergentes : éviter la douleur, ne pas éprouver de difficulté pour

⁶ Singulièrement le mode d'actualisation de la valeur des lettres-clé, dont la profession souhaite majoritairement qu'elle repose, à l'avenir, sur des bases « objectives »

⁷ Pour l'essentiel, la RIM de 1995 (portant sur des données de 1992) et le SNIR 1998

⁸ Quoique complexes, les causes de ce « repli professionnel » sont assez largement spécifiques et fortement cumulatives, sur fond d'inquiétude pour l'avenir et de relative nostalgie d'un âge d'or encore récent, mais révolu. Plus largement, un effort de définition de « l'odontologie » permettrait probablement de mieux asseoir une profession dont les contours restent ambivalents, notamment la portée et les limites de l'omnipratique.

s'alimenter, ne pas supporter de troubles esthétiques. Symétriquement, ils s'accordent à considérer le coût qu'ils assument, en grande partie, excessif pour les prothèses et les modalités de prises en charge incompréhensibles⁹.

Or, la seule revalorisation des soins, certes indispensable, ne se traduira pas par une amélioration de cette prise en charge¹⁰, mais d'abord par une meilleure rémunération des praticiens.

Un tel résultat n'est pas contestable en soi, puisqu'il s'agit bien de réorienter les pratiques actuelles, donc d'y inciter. En revanche, la réforme ne saurait reposer sur ce seul postulat.

F/ Organisationnelles

Faute de décisions majeures prises depuis des années, une série de chantiers sont à conduire de front, avec des partenaires rarement identiques et une ingénierie administrative pour le moins réduite : l'exercice conventionnel ; la mise en œuvre de la CCAM ; le codage des actes et le développement de la télétransmission¹¹ ; la réflexion sur la prévention collective ; la qualité et ses « dérivés » (formation continue ; référentiels ; sécurité sanitaire...); la transparence économique, notamment les relations avec les prothésistes, en sont autant d'exemples.

L'Etat étant pour sa part appelé à jouer un rôle central dans ces évolutions, en premier lieu au titre du développement et de la coordination des actions de prévention, il lui faudra rapidement mettre en place un minimum de moyens administratifs à cet effet.

II – LES OBJECTIFS

Une réforme ne sera pas possible si elle ne prend pas en compte le triangle assurés/financeurs/professionnels.

Toutefois, à l'heure des choix, il doit être clair que l'objectif central est d'une part d'améliorer la prise en charge actuelle sur le plan qualitatif (approche de santé publique), d'autre part de réduire le reste à charge des patients, certes dans des conditions financièrement viables, y compris au niveau microéconomique de la profession.

Exprimé en termes de santé publique, cet objectif doit donc être proposé aux patients et accepté par eux. A cet égard, indiquer qu'à l'avenir, l'enjeu est que chacun puisse « conserver ses dents toute sa vie » constituerait certainement une approche à la fois fondée et compréhensible, permettant de rendre les patients acteurs de leur propre

⁹ Ce constat vaut à la fois pour l'assurance-maladie, notamment dans le cadre de l'entente préalable et les régimes complémentaires, dont les garanties sont, selon les cas, fondées sur la tarification de la sécurité sociale, le tarif conventionnel, le ticket modérateur...

¹⁰ En fait, la portée financière du ticket modérateur, à taux inchangé, sera par hypothèse supérieure si la valeur des actes augmente

¹¹ La médiocre montée en charge de Sesame Vitale dans le secteur dentaire, pourtant de longue date équipé sur le plan informatique, relève certes d'obstacles techniques réels, en partie résolus, mais aussi en grande part de réticences des professionnels : c'est pourquoi la perspective d'une réforme autorise, sur ce plan aussi, un certain optimisme.

santé, tout en prenant en compte leurs caractéristiques propres : cliniques (accompagner et maintenir l'état des personnes ne présentant aucun trouble, notamment les jeunes; soigner les autres dans des conditions améliorées); financières (la mise en place de la CMU créant un contexte nouveau, mais n'ayant pas levé toutes les difficultés) ; comportementales, la question du rapport à la santé dentaire relevant aussi de facteurs psychologiques et culturels particulièrement prégnants.

Or, les soins odontologiques présentent des caractéristiques sur lesquelles il est indispensable de s'appuyer :

- les incidences favorables de la prévention et des soins précoces sont internationalement reconnues et non contestées, les soins bucco-dentaires étant l'un des rares domaines de la santé où l'alliance entre hygiène, prévention et suivi a des effets scientifiquement démontrés,
- on observe une sous-consommation globale de ces actes mal rémunérés¹² aux professionnels mais convenablement remboursés aux patients;
- ils permettent pourtant d'éviter des traitements tout à la fois lourds, coûteux et mal pris en charge.¹³
- si, compte tenu des besoins actuels de la population¹⁴ et de la faiblesse de la prise en charge, on ne peut envisager un retrait de l'assurance maladie en matière de soins prothétiques¹⁵, il serait en revanche injustifié que son investissement dans ce secteur soit alourdi.

A/ Améliorer et simplifier la prise en charge

Le reste à charge des assurés, soit 1/3 de la dépense dentaire totale, est donc considérable, compte tenu de la liberté des tarifs prothétiques. Cette situation pèse évidemment lourdement sur les catégories de population à revenus faibles et moyens, notamment au-dessus du seuil de la CMU, où les prises en charge complémentaires sont peu développées. Pour d'autres catégories, au contraire, le coût des prothèses est davantage supporté. Or, réduire le reste à charge suppose d'abord une maîtrise des prix, sauf à admettre un surcoût considérable pour l'assurance-maladie.

D'un point de vue plus général, le système actuel se traduit surtout par la plus grande opacité¹⁶ et une complexité administrative inutile : les patients souffrent d'un manque d'information particulièrement criant ; le système d'entente préalable pèse lourdement sur eux (et dans une mesure moindre sur les professionnels), engendrant incompréhension et bureaucratie inutile, au détriment d'un véritable suivi « médical »

¹² Bien que sommaires, les données suivantes sont éloquentes : en moyenne, un praticien réalise les deux tiers de ses actes en soins conservateurs, mais n'en tire que le tiers de son revenu.

¹³ Une dent cariée ne guérit jamais, au sens médical du terme et une lésion est toujours irréversible. Réparation et guérison sont donc clairement dissociées dans cette discipline.

¹⁴ Des données convergentes indiquent qu'à l'horizon 2015, seulement 20% de la population devront recourir à des techniques prothétiques

¹⁵ L'assurance-maladie assure aujourd'hui moins de 20% des dépenses de prothèse

¹⁶ La liberté tarifaire n'étant que faiblement « compensée » par la notion de « tact et mesure » en vigueur, fort peu contraignante en droit et en fait.

par les praticiens-conseils et de leur déploiement vers des tâches à plus forte valeur ajoutée.

Dans la mesure du possible, il convient aussi de rechercher une meilleure implication des patients, étant observé que la notion de « responsabilisation » n'apparaît pas aisément opératoire, notamment si elle se résume à des incitations négatives.

B/ Répondre à des besoins de santé spécifiques et favoriser l'accès aux soins

La santé dentaire des français s'est considérablement améliorée, pour des raisons en grande partie exogènes aux soins : ainsi, sous l'effet notamment des nouveaux modes de vie et d'une meilleure hygiène générale¹⁷, du développement du brossage des dents, des apports fluorés aux jeunes enfants, la France a d'ores et déjà enregistré un recul spectaculaire de la carie dentaire. On ne saurait donc assimiler le contenu « sanitaire » de la réforme à celui qui prévaut pour les grandes pathologies, a fortiori quand le pronostic vital est engagé.

En revanche, il est patent que certaines catégories de populations restent à l'écart des soins, quelles que soient les améliorations de prise en charge, notamment au travers de la CMU : ces inégalités expliquent que la France, en dépit des progrès mentionnés, présente encore un indice CAO de 2,1 pour les enfants de 12 ans, de sorte que l'objectif cible fixé par l'OMS (1 en 2010) demeure exigeant (les pays nordiques mais aussi le Royaume-Uni disposant déjà de meilleurs profils)¹⁸.

Ainsi, d'après le CREDES, 43% des cas de renoncement aux soins relèvent du secteur dentaire. La question est donc ici « d'aller » vers ces publics, qui fréquentent peu ou pas les cabinets libéraux et la réponse ne passe pas uniquement par la nomenclature, mais, plutôt, par des actions de prévention bien conduites.

Plus généralement, s'agissant de la CMU, la mission estime que la question du panier de soins doit être traitée par référence au droit commun qui résultera, le cas échéant, de la réforme ici évoquée.

C/ Privilégier des mesures « coût-efficaces »

L'une des difficultés de la réforme tient à l'importante substitutivité de certains actes, de sorte que la revalorisation de l'un peut rapidement induire une déformation des pratiques dans cette direction (exemple : projet actuel de revalorisation des obturations avec ancrage radiculaire afin de « prévenir » une éventuelle dérive vers l'inlay-core). Le même raisonnement vaut d'ailleurs pour les prothèses, s'agissant notamment de déterminer la mise en place, progressive, de tarifs-plafonds.

En second lieu, si l'apport de certaines techniques de prévention ou de soin en matière de risque carieux est avéré¹⁹ (exemple : scellement des sillons), deux biais

¹⁷ Au sens strict, l'hygiène alimentaire tend plutôt à se dégrader, avec notamment une surconsommation de glucides, qui explique que la carie dentaire soit d'abord un mal des pays industrialisés...

¹⁸ Cf notamment « la santé dentaire en France », rapport de l'UFSBD, 1998

¹⁹ la densité et la concordance des informations disponibles sur ce point contrastent avec la relative pauvreté des données économiques sur le secteur : outre les travaux du CREDES et du « COME », pilotés pour ces derniers par le CRESG de

doivent être évités. D'abord, une systématisation d'actes ne correspondant pas ipso facto à un besoin de santé universel; d'autre part, la multiplication de mécanismes incitatifs, de type BBD, dont l'intérêt, très réel, est compensé par une concentration inéluctable sur les publics les moins rétifs à la consultation, surtout parmi les jeunes, dont une large part aurait, en toute hypothèse, consulté un praticien²⁰.

De ces constats, découle la nécessité de cerner au maximum les priorités, et donc l'affectation des moyens nouveaux investis par la collectivité dans ce secteur.

Dans cette optique, il ne serait pas fondé d'accepter que les régimes d'assurance maladie supportent une charge accrue au titre des prothèses, ce qui réduit le champ des possibilités de réforme (cf. ci-après). A terme, mais à terme seulement, on peut en revanche estimer que ce poste diminuera sensiblement, si la prévention joue son rôle.

Au total, par un redéploiement des ressources entre soins prothétiques et soins conservateurs, il s'agit de permettre une évolution des pratiques conforme à celle des besoins, qui résulte de l'amélioration générale de la santé bucco-dentaire. Cet objectif cible justifie une meilleure rémunération et une perspective pluriannuelle, compte tenu des coûts exposés mais aussi d'une nécessaire période d'adaptation des praticiens.

D/ Anticiper des évolutions de moyen terme

Comme d'autres secteurs de la santé, le domaine dentaire est soumis à des évolutions rapides, peu anticipées à ce jour²¹ : évolution des comportements des patients, des technologies, des exigences de sécurité sanitaire, des modes d'exercice (féminisation, RTT...).

En outre, la définition d'une démarche de prévention ambitieuse (cf. infra) nécessite une réflexion de portée générale, qui concerne la formation initiale et continue, mais aussi l'environnement technique des cabinets (moindre orientation vers les soins prothétiques, développement des actions relevant dans d'autres pays de profils d'hygiénistes, réorientation des locaux et besoins en nouveaux matériels...).

Ces évolutions profondes doivent aussi être prises en considération sur le plan de la démographie professionnelle, l'ensemble de ces facteurs conditionnant le devenir de la réforme tout autant qu'ils seront induits par sa mise en place.

Lille, le domaine dentaire reste encore un champ relativement vierge pour la médico-économie, au regard d'autres compartiments de l'offre de soins.

²⁰ Surtout, aucun programme facultatif, même ambitieux, ne permet d'atteindre plus de 30 à 40% de sa « cible » : cf. en particulier l'évaluation des programmes précurseurs mis en œuvre, respectivement, par la CANAM et la CCMSA.

²¹ Les milieux professionnels ont encore faiblement investi ces questions de prospective, à la notable exception du Syndicat des Femmes Chirurgiens Dentistes.

III – Les voies de progrès

A/ Un cadre général mais progressif

En premier lieu, une approche « optionnelle » autrement dit le conventionnement individuel sélectif des praticiens, qui conditionnerait, de fait, le régime de prise en charge du patient, si elle présente une certaine logique et une voie efficace de « programmer » financièrement la réforme, soulèverait de sérieux problèmes : absence de lisibilité ; risque de créations de zones d'ombre, notamment en milieu rural, à titre principal ; aléa majeur dans le degré d'adhésion des professionnels et des patients.

Il semble donc préférable de s'en tenir à l'édiction d'une nouvelle nomenclature « de droit commun », sans préjudice d'une réflexion sur les modalités d'accès à un exercice hors convention, pour quelques cas particuliers. Ainsi, il pourrait, être raisonnablement recherché un « palier » de qualité, à franchir par toute la profession ou presque, et dont bénéficieraient alors tous les patients, en tournant le dos à deux écueils opposés : « réserver » la qualité aux seuls optants ; ne pas s'en préoccuper, en laissant le terrain libre, sur ce plan, aux seuls assureurs complémentaires. Cette approche ne serait pas incompatible avec la recherche d'un engagement individuel des praticiens à l'égard des objectifs conventionnels, notamment de transparence et de qualité.

S'agissant de l'impératif de « lissage » des coûts, une démarche par étape, s'inspirant de la progressivité de la convention de 1997, paraît donc plus réaliste, étant entendu que son contenu serait aussi un peu plus ambitieux.

En première analyse, un minimum de trois étapes, étagées entre 2002 et 2004 (avec une variante en 4 phases) constitue une hypothèse raisonnable, fondée sur un principe d'équilibre entre la montée en charge de la revalorisation des soins conservateurs et celle des tarifs de référence pour les soins prothétiques.

B/ Soins prothétiques : privilégier la transparence

Du côté des prothèses, la question centrale est celle du champ de « l'opposabilité ». Outre l'inadéquation de ce concept, qui conduit à lui préférer ci-après, les notions de « tarifs plafonds » et de « tarifs de référence »²², il s'agit d'abord de rappeler qu'il ne s'agit pas d'un objectif de la réforme, mais d'un moyen d'aboutir à une véritable transparence, en réduisant l'opacité complète de ce secteur, due à la fois à la liberté tarifaire et à un mode de calcul des prises en charge fort peu compréhensible, puisque cotation et prix sont totalement déconnectés.²³

En effet, il ne saurait être question de laisser perdurer sans dommage le système actuel, dans lequel la part des honoraires avec dépassement atteint 50% du total de

²² On définira le tarif plafond comme le tarif de référence auquel s'ajoute le dépassement autorisé.

²³ Avec l'exemple emblématique de la couronne métallique, cotée à 705 francs (SPR 50), donc prise en charge à 493,5 francs (70%), pour un tarif de référence de 1300 francs et un tarif plafond de 1950 francs. De fait, seul l'inlay-core bénéficie d'une prise en charge effective de 70%, la cotation SPR 57 correspondant bien à un l'honoraire de référence de 803 francs...

la dépense dentaire, supportées à 31% par les seuls ménages. A l'inverse, généraliser des prix administrés sur l'ensemble du champ serait irréaliste et n'aboutirait, une nouvelle fois, qu'à déplacer les pratiques vers de nouveaux actes.

Dans une optique de montée en charge de la réforme, par étape, il peut donc être envisagé de s'inspirer du schéma de 1997, en le renforçant, sous forme de périmètres successifs d'opposabilité (prothèses conjointes, les plus courantes, puis adjointes, etc.), avec application de règles identiques : ticket modérateur fixé à 60%, en général; possibilité de dépassement limitée à 50%; non-prise en compte de la nature des matériaux²⁴. La démarche aurait l'intérêt de préserver un certain « équilibre » dans la montée en charge pluriannuelle de la réforme ; en revanche, il n'est pas exclu qu'elle provoque des « fuites » vers les actes non encore inclus dans le périmètre opposable.

Une autre voie pourrait consister à mettre d'emblée en place des honoraires de référence, pour la quasi-totalité des actes (faute de véritables critères d'analyse, les implants ne seraient, à ce stade, pas concernés) sur la base desquels seraient définie la prise en charge de l'assurance-maladie. Elle permettrait d'atteindre immédiatement l'objectif central visé ici, à savoir un catalogue financier à peu près exhaustif des actes.

D'une part, serait définie une série d'actes « de base » (couronne métallique, une couronne esthétique²⁵, inlay-core, prothèses adjointes résine) pour lesquels des références existent déjà soit dans le cadre conventionnel, soit au titre de la CMU, soit encore dans le projet « passerelle » : la prise en charge de l'assurance-maladie pourrait ici être portée à 50%²⁶ du tarif de référence; les dépassements autorisés ne pourraient excéder 50% (ils sont nuls dans le cadre de la CMU par hypothèse).

L'amélioration, même limitée, de la prise en charge de base, présenterait, au titre de ce premier panier de soins, un surcoût non négligeable pour l'assurance-maladie, ce qui ne peut être accepté, sauf à ruiner la cohérence même de la réforme. Ceci revient donc à redéployer l'effort au sein de la même enveloppe, en limitant a priori les tarifs retenus pour les autres soins, à due concurrence (soit environ 17% en retenant la grille tarifaire issue du projet de passerelle).

Il conviendrait ainsi de bien évaluer l'impact des actes en cause²⁷, ce que la RIM ne permet pas par définition : aussi, une enquête sur échantillon auprès des services médicaux de certaines CPAM doit être rapidement initiée afin de mieux appréhender les réalités actuelles correspondant à chaque type de prothèse.

D'autre part, l'ensemble des autres actes serait assorti de niveaux financiers relativement supérieurs (sous la réserve indiquée plus haut), en partant, là encore, en première analyse, du projet de nomenclature passerelle, avec des seuils de

²⁴ A cet égard, il serait utile d'appliquer la notion de service médical rendu (SMR), afin de faire reposer sur des bases solides des tarifs ad hoc selon les matériaux. Faute de cet outil, il serait sage, dans l'immédiat, de refuser une différenciation hâtive.

²⁵ CIV résine, couronne céramique pour les dents antérieures, autre : ce point ne peut être défini qu'au cours de la discussion, en tenant compte à la fois des implications financières, de l'état de l'art et des besoins, tels qu'ils peuvent être approchés en 2001, y compris du point de vue de l'esthétique

²⁶ Il serait alors logique d'aligner l'inlay core sur le nouveau taux « privilégié » de 50%, alors que le niveau de prise en charge retenu en 2001 est de 70%, par construction. Il en résulterait une économie difficile à évaluer faute de recul.

²⁷ Ainsi, les couronnes représentent environ 72% des coefficients SPR. La part relative, dans cet ensemble, de la couronne métallique unitaire (la moitié à première vue) est incertaine, au regard des autres types de matériaux, des piliers de bridge...

dépassement portés le cas échéant à 70%²⁸, mais un ticket modérateur plus important (70% a priori)

Cette tolérance ouvrirait dans une certaine mesure la voie à des ajustements régionaux²⁹ et supposerait, bien entendu, une approche conjointe RO/RC : elle est probablement la seule voie réaliste et efficiente pour intégrer une certaine différenciation locale³⁰.

Afin de cadrer l'exercice, les principes suivants pourraient être retenus :

- réduire autant que possible le reste à charge des patients, au moins dans le cadre du panier de base ;
- ne pas augmenter l'enveloppe totale des honoraires prothétiques au regard de la situation actuelle, dépassements compris ;
- ne pas alourdir la prise en charge des régimes légaux.

Dans ce cadre, la valorisation de chacun des deux paniers reposera sur trois items : le niveau de prise en charge différenciée pour les patients (50%-30% ou autre combinaison) ; celui des tarifs de référence (projet de passerelle avec un abattement relatif) et des niveaux maximums de dépassement autorisés (50%-70% ou un niveau inférieur pour ne pas dépasser la « borne » de 54%), pour ce qui concerne les professionnels.

Du point de vue des assurés, cette tarification, de portée générale, introduirait un premier élément tout à fait significatif de repérage. D'autres contreparties, en termes de transparence, pourraient être fixées, comme la transmission aux caisses des devis³¹ d'ores et déjà établis par les professionnels et obligatoirement remis aux patients.

Cette avancée décisive permettrait aussi de porter solution plus aisément aux controverses traditionnelles sur le monopole de la prothèse en bouche (denturologie) et la fixation des tarifs (prothésistes), dont la profession dentaire est traversée.

Outre la transparence, les assurés bénéficieraient aussi de la levée de certaines restrictions administratives³², particulièrement incomprises, expliquant aujourd'hui la majeure partie des refus d'entente préalable³³ ; ceci permettrait de moderniser cette

²⁸ Si le principe retenu est de ne pas augmenter la masse des honoraires prothétiques (ce que préconise la mission), une première approximation fait ressortir à 54% le niveau maximum admissible de dépassement, sur la base des tarifs de la passerelle. Compte tenu de la répartition globale 50/50 retenue par la mission comme poids respectif des deux paniers, les bornes de dépassement avancées ici pour chacun d'eux, soit 50% et 70%, feraient ressortir une moyenne de 60%, quelque peu supérieure à l'optimum de 54%. Il va de soi qu'à ce degré de finesse, le réglage de ce paramètre constituera l'un des leviers de la négociation.

²⁹ Si l'existence de disparités tarifaires régionales n'est pas contestable, on observe que le principal facteur de différenciation demeure le niveau de ressources et le type de prise en charge de la patientèle : compte tenu de l'importance du reste à charge pesant sur les patients, cette situation ne saurait étonner.

³⁰ A régime juridique constant, il est en effet difficile d'imaginer pour le seul secteur dentaire une tarification véritablement "régionalisée"

³¹ Ces données renforceraient puissamment un système d'information aujourd'hui très incomplet, les mécanismes déjà mis en place par la MSA prouvant que des avancées importantes sont possibles dans cette voie.

³² Plus globalement, les «conditions générales d'attribution» devraient reposer, par priorité, sur ces critères médicalisés.

³³ Seuil des «5 couples» pour la capacité de mastication, problème des plaques «base-métal», prise en charge des bridges...

procédure largement obsolète et maintes fois dénoncée³⁴ et de simplifier les procédures imposées aux patients.

Au surplus les services médicaux se trouvent confrontés à un dilemme : répondre aux organismes complémentaires dont la prise en charge est fréquemment déclenchée par le refus notifié d'entente préalable, ce qui constitue une certaine charge en gestion ; le refuser, au risque de pénaliser les assurés, puisque les règles appliquées sont manifestement obsolètes et que les intéressés risquent de se trouver finalement privés de toute prise en charge.

La difficulté tient ici à l'insuffisance des données disponibles, qui rendent nécessaire un chiffrage plus précis de la mesure, au-delà d'une première approximation à 400 MF. Il est cependant à noter que ces dispositions sont implicitement actées dans le projet de nomenclature passerelle. Plus encore, la récente modification (JORF du 22 juin 2001) de l'article R162-52 du Code de la sécurité sociale, au terme de laquelle le silence gardé pendant 15 jours par la caisse vaut acceptation de l'entente préalable, semble rendre encore plus inévitable ces simplifications, sauf à se contenter d'une suppression, de fait, du mécanisme de contrôle.

Cet effort permettrait en outre de réinvestir le contrôle médical (plus de 300 praticiens-conseils spécialisés) sur le suivi a posteriori et qualitatif des actes³⁵, ainsi que l'animation et le suivi de certains programmes de prévention dans lesquels les CPAM seraient appelées à jouer un rôle central. De ce point de vue d'ailleurs, l'assurance-maladie se doterait de moyens de contrôle beaucoup plus efficaces, y compris dans la perspective de renforcer de manière effective les sanctions conventionnelles, outre la possibilité de mobiliser ce corps dans l'accompagnement de la réforme auprès des professionnels et des patients (nouvelle nomenclature, utilisation des outils épidémiologiques, etc.). Sans qu'il soit non plus possible de chiffrer avec rigueur les gains à en attendre, cette réorientation viendrait donc, sensiblement, en atténuation des charges nouvelles supportées par l'assurance-maladie.

En termes économiques, le coût de la prise en charge d'une partie des cotisations d'assurance-maladie et d'assurance-vieillesse se trouverait réduit, puisque l'assiette actuelle inclut la totalité des honoraires, y compris les dépassements par hypothèse non plafonnés : dans des proportions à évaluer, cette « économie » viendrait donc aussi en réduction des dépenses nouvelles induites par la réforme.

C/ les soins conservateurs : viser la cohérence

Du côté des soins conservateurs, la logique par « public » (cf. point suivant) conduit à privilégier la revalorisation de certaines obturations coronaires (1 face, 2 faces, 3 faces et plus avec ou sans ancrage). Toutefois, le coût des mesures prévues par la passerelle (3,3 mds sur ce poste pour une hausse uniforme de 80 % s'appliquant à l'ensemble des professionnels), mais aussi l'impossibilité technique de discriminer valablement entre ces actes, rendent certainement inéluctable le choix d'un coefficient d'augmentation homogène, mais dès lors plus modeste.

³⁴ Notamment le rapport établi en octobre 1990 par Mme MAUGÜE, conseillère d'État, qui conserve toute son actualité

³⁵ Y compris en matière de CMU, où leur intervention actuelle est des plus limitées, notamment au titre de la vérification de « l'impérieuse nécessité médicale », ainsi que l'a clairement démontré la récente analyse du Pr ZELLIG

Cette nécessité se trouve encore accentuée si l'on souhaite, ce qui serait cohérent, ne pas renvoyer à des étapes ultérieures la revalorisation de certains soins très sensibles et particulièrement sous-côtés³⁶, comme les traitements canaux et les extractions³⁷ et surtout conserver l'un des principes intéressants du projet CNAM/UJCD, la continuité des soins, via une prise en charge améliorée des moins de 20 ans.

Enfin, on peut ajouter qu'une revalorisation plus modérée et sur un « front » plus large permettrait d'éviter des déplacements de pratiques toujours à craindre si un écart brutal de cotation est créé entre certains actes, qui sont autant de solutions alternatives possibles pour les professionnels.

A l'inverse, procéder par étapes homogènes (par exemple une séquence soins coronaires/soins canaux/soins chirurgicaux) serait une approche plus lisible, en tout cas pour la profession, mais financièrement moins aisément paramétrable, compte tenu de la dissymétrie des volumes d'actes concernés dans chaque cas.

Un compromis équilibré pourrait, sur ces bases, consister à engager d'abord la revalorisation des actes les moins valorisés à ce jour, à savoir les extractions chirurgicales et les traitements endodontiques : c'est la solution ici préconisée.

Quant au partage du coût, sensible, de ce volet de la réforme, la question reste posée du « curseur » entre RO et RC, les bases de la nomenclature passerelle reposant à la fois sur une revalorisation forte des soins conservateurs et le maintien d'un ticket modérateur de 30%. L'hypothèse ici faite est que ce taux ne change pas.

Enfin, on rappelle que l'ensemble de ces soins resterait régis par des honoraires fixes, strictement opposables³⁸. En effet, bien que réclamée par certains assureurs au motif « d'aérer » un secteur de soins prioritaire, dans une démarche de recherche d'excellence, une liberté tarifaire, même relative, en matière de soins conservateurs, ne semble pas pouvoir être envisagée : autoriser des dépassements reviendrait immanquablement à recréer une certaine opacité dans un domaine sensible, où l'enjeu consiste, précisément, à motiver les patients, singulièrement parmi les catégories sociales les plus éloignées de la prévention.

D/ Les jeunes

La réforme doit donc reposer sur un triptyque prévention/soins conservateurs/jeunes. Ceci appelle à la fois un effort de « ciblage » des priorités, comme pour l'ensemble du projet mais, au surplus, une recherche d'articulation entre des mécanismes et initiatives aujourd'hui disparates et surtout inégalement accessibles aux usagers.

Compte tenu de cette situation, un préalable consisterait à un cadre par les autorités de santé publique³⁹, en liaison, prioritairement, avec l'Éducation nationale,

³⁶ Ce critère justifiant d'écarter à ce stade une nouvelle revalorisation des soins de détartrage, qui représentent près de 20% des soins conservateurs et dont la cotation a été portée de SC 5 à SC12 depuis 1997.

³⁷ Le risque d'inflation des actes étant, en matière d'extraction, quasiment nul

³⁸ A l'heure actuelle, une certaine prolifération d'actes nouveaux, voire de dépassements est constatée dans le champ des soins conservateurs, que les services médicaux des caisses n'ont pas vocation à appréhender.

³⁹ Incidemment, la mission a permis de mesurer l'absolue nécessité de la présence, au sein de l'administration centrale (DGS en l'occurrence), d'une compétence technique sur ces sujets, dont l'État se trouve à ce jour totalement dépourvu. A défaut d'être disponible pour la conception de la réforme, cet apport permettrait, au minimum, d'en assurer un véritable suivi.

dans un souci de lisibilité pour les acteurs concernés mais surtout pour les familles. 40% des enfants de 12 ans sont d'ores et déjà indemnes de caries, quoique cette moyenne masque d'importantes disparités selon les catégories sociales. En toute hypothèse, il est acquis qu'un effort de prévention bien conduit doit permettre d'améliorer très sensiblement encore cet indicateur.

Aussi, à faute de pouvoir justifier véritablement de la mise en place d'une continuité des soins pour toute la population, il est fondé de l'appliquer, ab initio, aux moins de 20 ans, en posant le principe de la gratuité des soins et de la dispense d'avance de frais. Or, compte tenu du coût de cette mesure, une première étape visant les enfants scolarisés, visés par le projet de dépistage présenté ci-après (classes de Cp, de 6^{ème}) serait préférable à première vue, sur la base des données acquises relatives à la "dent de 6 ans" en particulier. Cette prise en charge serait clairement articulée sur un nouveau principe : l'obligation faite d'un « certificat de bonne santé dentaire »⁴⁰, gratuit pour tous, pour ces deux catégories d'élèves, avec mention au carnet de santé, à ce jour totalement lacunaire sur ce plan.

Ce dispositif appelle une tarification spécifique, correspondant à un contenu de consultation adapté aux objectifs visés : codification épidémiologique⁴¹, remplissage du carnet de santé, éducation à l'importance et aux gestes de l'hygiène bucco-dentaire, outre la prise en charge des soins éventuels consécutifs.

Au-delà, il est évidemment indispensable d'opérer une remise à plat des actions de prévention, en cohérence avec cette avancée conventionnelle : BBD ; actions directes en milieu scolaire (éducation pour la santé ; intervention auprès des communes pour promouvoir le recours au sel fluoré dans les cantines⁴², etc.); mobilisation des mécanismes de la politique de la ville. Ainsi pourrait être recherchée une articulation véritable entre les fonds de l'assurance-maladie, le FNPEIS, les crédits et moyens d'État, voire l'implication d'autres partenaires naturels que sont les régimes complémentaires et les collectivités locales.

S'agissant de l'orthodontie (ODF), non-prise en compte jusqu'à présent dans les discussions, il serait souhaitable d'inclure, à tout le moins, le principe d'une grille tarifaire reposant, à l'instar de plusieurs exemples étrangers tels que la Norvège, sur un indice « de sévérité », afin d'instaurer une certaine hiérarchie des besoins.

On relève d'ailleurs que les effectifs de cette spécialité ont augmenté 10 fois plus que ceux de la profession dentaire en 12 ans, tandis que le montant moyen des honoraires reste deux fois plus élevé que celui des omnipraticiens pour un volume d'acte en constante progression.

La conclusion d'un accord conventionnel pourrait être l'occasion de se fixer un objectif de court terme (6 mois) pour reprendre et finaliser les travaux initiés par l'assurance-maladie en ce sens et en tirer les conséquences dès 2003. Dans la mesure du

⁴⁰ Le parallèle avec le dispositif vaccinal semble pertinent, y compris pour la mobilisation des organismes d'assurance-maladie qui pourraient se charger, comme c'est déjà le cas pour le vaccin ROR, des rappels réguliers et fort utiles en direction des familles.

⁴¹ De telles données seraient alors traitées par les services médicaux des caisses, afin d'alimenter les informations disponibles sur l'état de santé dentaire de ces publics (par exemple la prévalence des caries sur dents de lait), lesquelles, croisées avec des études relatives aux comportements des assurés, pourraient permettre d'orienter plus précisément des actions ultérieures en fonction des besoins.

⁴² On se réfère particulièrement, ici, à l'expérience du département de la Seine Saint-Denis et aux nombreuses évaluations qui en ont été tirées.

possible, cette approche devrait tenir compte des résultats attendus de l'ANAES en matière d'indications et viser, prioritairement, la mise en place d'une approche de service médical rendu, qui se justifie prioritairement dans ce secteur.

Une hypothèse plus rigoureuse et conservatoire consisterait à inclure immédiatement l'ODF dans le nouveau mécanisme de prix de référence prévu pour les prothèses, avec, par exemple, un cadrage à 2500 francs par semestre, prise en charge à 50% et possibilité de dépassement maximal alignée sur les actes hors «soins de base», i.e 70%.

E/ Qualité

La profession a initié, qui plus est dans un consensus certain, via l'ADF, des initiatives qui méritent l'attention, qui visent l'auto-évaluation des professionnels et la structuration de la formation continue.

Toutefois, ces initiatives ne disposent pas d'un ancrage suffisant faute de lien avec le cadre conventionnel et risquent donc de tourner court. Leur reprise dans un accord permettrait de mettre en perspective ces nouveaux outils, en les articulant, notamment, sur l'ANAES tout en envisageant d'étendre le champ aujourd'hui très réduit des références médicales

Outre les questions « traditionnelles » liées à la qualité (en particulier le chantier, complexe, de la sécurité sanitaire), il conviendrait d'obtenir des engagements précis sur les points suivants :

- les ressources humaines du cabinet dentaire (6 chirurgiens dentistes sur 10 travaillent sans assistante⁴³ et moins sans doute avec un personnel véritablement qualifié)
- la mise en place et la diffusion de référentiels médicaux où la coopération RO/RC pourrait aussi trouver à s'appliquer dans l'esprit de l'accord de mars 1999.
- l'obligation de FMC⁴⁴ (là encore, en intégrant les avancées en cours de la profession, dans un sens volontariste)

F/ Démographie professionnelle

La profession est traditionnellement très attentive à sa démographie. Comme d'autres, elle est sensible aux difficultés attendues du vieillissement, en particulier dans le cadre d'un régime de retraite dont le rapport actifs/inactifs se détériore rapidement.

Sous réserve d'inventaire plus précis, il semblerait cependant prématuré, voire paradoxal, de relever le *numerus clausus*, alors que tout l'effort de la réforme vise à réduire la fréquence des soins prothétiques et devrait se traduire, à moyen terme, par

⁴³ Alors que les actes de la CCAM ont été définis en tenant compte de la présence d'une assistante (soins «à quatre mains»)

⁴⁴ Il n'est pas fait mention, ici, de la formation initiale, qui ne relève pas de la même approche. Il reste que cette question conserve toute son acuité, notamment la dérive observée dans le déroulement de la 6^{ème} année d'études, récemment mise en place, dont les objectifs initiaux sont loin d'être atteints. Ainsi, la faiblesse des enseignements en santé publique ou en économie de la santé reste par trop criante, ce qui appelle de remettre ce chantier sur le métier, au bénéfice du mouvement de réforme.

une certaine surcapacité, que les départs naturels en retraite viendraient utilement compenser. Dans le cas contraire, les revenus des praticiens risqueraient fort de s'en trouver affectés.

De même, si des écarts de densité géographique sont constatés dans ce secteur, comme dans d'autres professions de santé, il reste que les exigences croissantes d'équipement et de qualité, combinées à la faible fréquence des urgences, plaident plutôt en faveur de regroupements que d'un nouvel essaimage des cabinets.

En revanche, il est certain que dans un secteur davantage caractérisé par la « sous-consommation » de certains soins, notamment prophylactiques, phénomène dont les effets sur les besoins sont probablement supérieurs à ceux résultant du seul vieillissement de la population, il convient de ne pas réduire brutalement une offre libérale aujourd'hui sans alternative.

C'est la raison pour laquelle le dossier de la démographie professionnelle doit être abordé rapidement et faire l'objet d'un suivi organisé.

G/ Lutte contre l'exclusion

Pour mémoire, outre l'importance déterminante de la prévention (avec les opportunités offertes par les nouveaux dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions⁴⁵) et l'assouplissement éventuel du plafond de 2 600 F dans le cadre de la CMU⁴⁶, il va de soi que le « panier de soins » CMU devra, à l'avenir, correspondre au droit commun, et donc être actualisé en fonction de la réforme générale, seules les modalités de prise en charge étant différentes, par hypothèse.

H/ Suivi

Si possible dans le cadre conventionnel, lequel serait conçu sur une base pluriannuelle, il est fondamental de mettre en place un dispositif de suivi, en particulier fondé sur le SNIR.

En effet, si des augmentations moins fortes et plus linéaires de la valeur de certains actes doivent favoriser une montée en charge harmonieuse de la réforme, y compris pour les professionnels, il reste essentiel d'observer, en grandeur réelle, son impact véritable : évolutions des revenus, des types d'actes et de leurs volumes, etc. Ces éléments objectifs sont seuls de nature à ouvrir la voie à une régulation concertée de l'offre, par le biais du *numerus clausus*, au cours des cinq à dix années à venir, particulièrement stratégiques à cet égard.

Plus généralement, dans le cas où le processus de réforme serait résolument engagé, il conviendrait de prévoir un « dispositif-projet », pluridisciplinaire, permettant aux pouvoirs publics d'accompagner le processus et d'impulser les mesures relevant de leur ressort, sur une certaine durée.

⁴⁵ En particulier le recours aux PRAPS et à la formule du PASS, prévue par la loi de 1998, voire des projets plus ambitieux de fonctionnement en réseau ville-hôpital, dont celui développé par le département du Val de Marne, en liaison avec les professionnels, les centres de santé et l'AP-HP, est probablement le plus abouti à ce jour.

⁴⁶ Sur un autre registre, il est patent que l'un des points de blocage actuels avec la profession doit pouvoir être rapidement levé et faciliter ainsi une approche plus sereine du dossier, à savoir les délais administratifs des CPAM, qui aboutissent à payer les honoraires des praticiens avec des retards parfois considérables.

En outre, cette organisation permettrait de jeter les bases, au plan national, d'une concertation qui fait défaut entre les divers « opérateurs » d'un tel programme (financeurs, professionnels, structures de soins, universités, collectivités territoriales, etc), dont les interventions restent très cloisonnées.

Faute de cette précaution de méthode, l'ampleur et la sensibilité des sujets à traiter de front risqueraient de multiplier les risques de blocage.

I/ Communication

Sans préjuger de l'aboutissement de la réforme, il est certain que son succès dépendra, en grande partie, de la pertinence de l'information délivrée aux patients, lesquels, on l'a déjà souligné, sont dans l'ensemble mal renseignés sur les aspects les plus essentiels de leur santé dentaire.

L'effort de transparence prévu en matière de prothèses y contribuera grandement, de même que les dispositions qui pourraient être prise dans le cadre de la scolarisation des enfants, qui trouveront tout leur sens dans le cadre d'une démarche volontariste d'éducation à la santé bucco-dentaire, conduite en étroite liaison avec l'Education nationale.

À cette fin, il sera indispensable de mobiliser d'autres acteurs essentiels du système de santé, comme les médecins généralistes et les pédiatres, les services de santé scolaire, les spécialistes de santé publique, etc.

CONCLUSION

Le retard pris dans l'actualisation des modalités de prise en charge de soins dentaires, en France, permet à la fois de mesurer l'intérêt, voire l'urgence d'une remise à plat complète du système et la difficulté de l'exercice.

Plus que d'autres, pourtant, ce secteur présente des traits originaux, qui laissent entrevoir des leviers de changement à la fois puissants et pérennes :

- Une consommation de soins qu'il s'agit moins de réduire que d'étendre en la réorientant, sans risque de nomadisme des patients
- Une motivation des organisations professionnelles affermie mais au fond modérée pour une réforme, dont le principal ressort ne peut être l'amélioration générale de la situation des chirurgiens-dentistes, ce qui contraint financeurs et pouvoirs publics à un véritable effort de conviction ;
- Un domaine médical où le consensus est établi sur les soins les plus coût-efficaces
- Une économie où financeurs de base et complémentaires jouent un rôle équivalent
- Une pertinence particulière, de ce fait, d'une approche fondée sur la définition de paniers de soins
- Un besoin de coordination des soins moins sensible que dans d'autres secteurs, compte tenu de la place quasi exclusive des cabinets libéraux
- Un point d'application exemplaire de la synergie entre prévention individuelle et collective.

En d'autres termes, la santé dentaire peut constituer, à bien des égards, une sorte de banc d'essai pour des approches innovantes dans l'organisation du système de soins et, plus généralement, la politique de santé : tel n'est pas le moindre paradoxe d'un secteur et d'une profession qui, pendant longtemps, ont paru condamnés, par choix autant que nécessité ou résignation, à un durable immobilisme.

Michel YAHIEL

HYPOTHESES FINANCIERES DE BASE

- levée des restrictions administratives à la prise en charge des prothèses : à préciser (estimation à préciser de 10% des honoraires sans dépassement = 400MF) :
- revalorisation de 40% à 50% des soins coronaires (65,2% du total des soins conservateurs) : 1.6 à 1.7 Md :
 - obturations coronaires 1 face : passage de SC6 à SC9
 - obturations coronaires 2 faces : passage de SC 9 à SC 13
 - 3 faces et plus avec ou sans ancrage : passage de SC 15 à SC 18
- revalorisation de 40% des soins canalaires (15,5% du total) : 0.9 md :
 - incisives et canines : passage de SC 10 à SC15
 - prémolaires : passage de SC15 à SC25
 - molaires : passage de SC25 à SC35
- gratuité des soins et dispense d'avance de frais pour deux classes d'âge soumises à examen obligatoire : 1,4 million * 250 francs (coût CNAM bilan d'entrée avec radio) = 0.35 Md /an
- revalorisation de 50% des extractions (soit hausse de 35% du poste soins chirurgicaux) : 0.3 md
 - dents permanentes : passage de DC 10 à DC15
 - dents temporaires : passage de DC8 à DC10
- opposabilité : mise en place de deux paniers de soins, à coût nul pour l'assurance maladie
 - soins essentiels : prise en charge portée à 50%, soit un surcoût de 1,5 Md⁴⁷ sur la base des tarifs de la passerelle⁴⁸; dépassement limité à 50%, sans variation tarifaire selon le matériau ;
 - autres soins (hors implants) : prise en charge de 30% sur la base des tarifs de la passerelle avec réfaction de 1,5 Md (soit environ 17%⁴⁹) ; dépassement limité à 70%.

Sur une durée de quatre ans, le coût pour l'assurance maladie pourrait se présenter comme suit, compte tenu de la séquence de décisions proposée dans la présente note et des principes sur lesquels elle repose :

⁴⁷ Les couronnes représentent 72% des soins prothétiques hors dépassement, dont la moitié, a première vue (hypothèse a priori élevée, dans l'attente de données sur échantillon), pour la couronne métallique « de base », soit 1,7 Md. Un ticket modérateur limité à 50% du tarif de référence réduirait le reste à charge de 30%, soit un surcoût de $0,3 \times 1,7 = 0,5$ Md sur ce poste. Le même raisonnement appliqué aux prothèses résine (prise en charge doublée sur 10% des coefficients) aboutirait à un surcoût de 960 MF, soit un total établi prudemment à 1,5 Md, ne tenant pas compte de l'économie proposée relative à l'inlay core (réduction de la prise en charge de 70% à 50% par cohérence)

⁴⁸ Couronne métallique : 1300 F ; prothèse amovible 6 dents en résine : 1800 F ; prothèse complète 14 dents en résine : 3800 F ; inlay : 803.70 F...

⁴⁹ Le projet de passerelle se traduit par une hausse moyenne de 170% des honoraires hors dépassements, qui passeraient ainsi de 4,8 Md à 13 Md. Redéployer 1,5 Md conduit donc à limiter cette progression à 140%, soit une décote de 17%

Scénario en 3 ans :

Millions F	2002	2003	2004
Soins coronaires			1700
Soins canalaires		900	
Extractions	300		
Jeunes	350		
Prothèses : entente préalable		400	
Report		650	1950
TOTAL	650	1950	3650

Scénario en 4 ans (revalorisation sur deux ans des soins canalaires et coronaires) :

Millions F	2002	2003	2004	2005
Soins coronaires			850	850
Soins canalaires		450	450	
Extractions	300			
Jeunes	350			
Prothèses : entente préalable		400		
Report		650	1500	2800
TOTAL	650	1500	2800	3650

Si le coût en base de la réforme peut être estimé à 3,65 Mds en régime de croisière, il doit être observé que sa durée de montée en charge d'une part, et l'ampleur de la première étape, d'autre part, reposent essentiellement sur des considérations d'opportunité, tenant à la plus ou moins grande réceptivité des négociateurs.

ANNEXES

1/ Lettre de mission

2/ Résumé des propositions : 12 lignes directrices pour la réforme dentaire

3/ Conclusions des réunions de concertation du 14 juin et du 9 juillet 2001

ANNEXE 1 : lettre de mission

REPUBLIQUE FRANCAISE

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

*La Ministre de l'Emploi
Et de la Solidarité*

*Le Ministre délégué
à la Santé*

Paris, le 5 avril 2001

Monsieur l'Inspecteur général,

Par lettre du 24 mai 2000, une mission vous a été confiée visant à identifier les axes de progrès en matière d'amélioration de la qualité des soins dentaires, de l'accès à ces soins et leur prise en charge.

Au terme de cette réflexion, alimentée par de nombreux échanges avec l'ensemble des acteurs concernés, vous nous avez fait part des premières orientations générales qui vous paraissent souhaitables pour y parvenir, en tenant compte des besoins de santé et de l'intérêt des assurés sociaux, des contraintes financières des régimes sociaux et des conditions d'exercice des professionnels. En outre, les discussions conduites sous l'égide de la CNAMTS entre les partenaires conventionnels se poursuivent.

Compte tenu de ces éléments et de l'attente qu'ont exprimée les diverses parties que vous avez consultées, je souhaite prolonger votre mission. Il nous apparaît effectivement nécessaire de cerner maintenant de façon précise les principes et les outils qui permettront d'opérer les évolutions souhaitées et rappelées dans votre dernière lettre de mission.

Cette seconde étape de votre mission, qui amènera à poursuivre vos échanges avec l'ensemble des parties intéressées, devra notamment faire émerger :

- les mécanismes paraissant les plus appropriés pour développer une prévention bucco-dentaire efficace et favoriser, par l'incitation, un comportement de recours précoce aux soins conservateurs ;
- les outils de nature à favoriser le développement des démarches « qualité » au sein de la profession dentaire ;
- les enjeux d'évolution de la nomenclature des actes dentaires au regard des besoins en soins des assurés sociaux, en analysant la place respective des soins conservateurs et des soins prothétiques (prothèses dentaires et orthopédie dento-faciale) en fonction de la réalité de l'état de santé bucco-dentaire actuel des patients ; vous intégrerez à votre réflexion une analyse de l'ensemble des facteurs de coût en matière dentaire ;
- les conséquences de l'évolution envisagée pour les chirurgiens-dentistes en vous attachant notamment à évaluer les difficultés liées aux disparités régionales et les moyens de les prendre en compte ;

- les conséquences d'une telle évolution d'ensemble pour l'assurance maladie, en particulier dans ses enjeux financiers et dans ses rapports avec les organismes complémentaires.

Votre analyse devra par ailleurs apporter un éclairage particulier sur les conditions qui permettraient un large rapprochement des points de vue, notamment sur les aspects techniques, juridiques et financiers de la réforme. Vous m'exposerez en conséquence les scénarios qui vous semblent les plus adaptés au regard de l'objectif principal d'amélioration de la prise en charge pour les assurés, les calendriers associés, en détaillant notamment les périodes transitoires qu'il vous paraîtrait utile de mettre en place.

De façon complémentaire, je souhaiterais que vous consacriez une partie de votre analyse aux conditions actuelles de prise en charge des soins dentaires délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle, en établissant un premier bilan de la montée en charge du dispositif, en recensant les difficultés rencontrées et en traçant les pistes de solution qui pourraient être envisagées.

Vous examinerez par ailleurs les voies et moyens d'une politique de prévention individuelle et collective. Nous estimons en effet qu'il est de la responsabilité de l'Etat, en liaison avec les partenaires, de promouvoir cet effort, en direction notamment des publics jeunes et des personnes en difficulté. C'est dans cet esprit que nous avons d'ores et déjà inscrit à la nomenclature et le scellement des sillons, dont l'apport pour la santé publique est reconnu.

Nous souhaitons, au terme de cette mission, fixé au 30 juin 2001, être en mesure de pouvoir proposer, sur ces bases, un programme pluriannuel pour la santé dentaire, consacrant l'adaptation de la prise en charge et des techniques disponibles aux besoins des Français dans ce domaine essentiel de notre politique sanitaire et sociale.

Pour votre réflexion, vous vous appuyerez sur un groupe technique comprenant la direction générale de la santé et de la direction de la sécurité sociale en association avec les service de l'assurance maladie.

Nous vous prions de croire, Monsieur l'Inspecteur général, à nos sentiments les meilleurs.

Elisabeth GUIGOU

Bernard KOUCHNER

Monsieur Michel YAHIEL
Inspecteur général des affaires sociales

25-27 rue d'Astorg
75008 PARIS

ANNEXE 2 : résumé des propositions

12 LIGNES DIRECTRICES POUR LA REFORME DENTAIRE

LES OBJECTIFS

- **clarifier les objectifs suivis** : une **réforme centrée sur la santé dentaire des français**, nécessitant de **réduire le reste à charge** des assurés, de **renforcer la prévention** pour limiter le recours à la prothèse; revaloriser la rémunération des soins pour **orienter en conséquence les pratiques** professionnelles; **articuler** le versant conventionnel de la réforme et son contenu de santé publique.

LE CADRE

- mettre au point un **dispositif de portée générale** (ensemble des praticiens, ensemble des assurés)
- **privilégier la progressivité de la démarche**, impliquant une montée en charge pluriannuelle (au minimum 4 ans, avec première étape en 2002) et la recherche d'un climat de **confiance** ente les acteurs.
- promouvoir une **démarche commune régimes obligatoires/régimes complémentaires**, qui prenne en compte, dans une approche de type **panier de soins**, à la fois les soins conservateurs et les prothèses.

LA DIMENSION DE SANTE PUBLIQUE

- **revaloriser** significativement et de manière cohérente **les soins conservateurs** courants les plus faiblement honorés, en particulier les soins canalaires, les extractions et les obturations coronaires.
- renforcer l'effort de **prévention en direction des jeunes** et mieux coordonner les dispositifs existants **dans une approche de santé publique en milieu scolaire** : dès 2002, instaurer la généralisation d'un **bilan-diagnostic gratuit** pour l'entrée en **classes de Cp et de 6^{ème}**.
- au titre de la **lutte contre l'exclusion**, s'appuyer sur les mécanismes de la politique de la ville et de la **loi de 1998** ; améliorer le traitement des honoraires versés aux professionnels par les caisses dans le cadre de la CMU.

PROTHESES : TRANSPARENCE TARIFAIRE ET SIMPLIFICATION

- en matière de soins prothétiques, viser la **transparence**, par la mise en place de **tarifs-plafonds**, ou de référence, pour l'ensemble des actes référencés à ce jour, distinguant un « **panier de soins essentiels** » pour lequel la prise en charge serait améliorée (50%), les dépassements maximums réduits (50%), les autres actes étant aussi dotés de tarifs, avec possibilité de dépassements supérieurs (70%) et prise en charge de 30%; prévoir la **transmission des devis** aux caisses.
- **simplifier les règles applicables** aux soins prothétiques, en particulier par la **suppression des critères administratifs de refus de prise en charge**, liés à l'entente préalable

LA QUALITE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA REFORME

- donner toute sa place à la **démarche qualité** dans le dispositif conventionnel, en prévoyant des engagements clairs en matière de **référentiels médicaux, de ressources humaines et de FMC, articulés sur l'ANAES**
- mettre en place des **moyens de communication et d'information** des patients, notamment des familles et des enfants, au bénéfice de la réforme
- parallèlement aux mécanismes de suivi conventionnel, créer un **dispositif « projet », piloté par l'État**, afin de coordonner les différentes facettes de la réforme, y compris les actions relevant des autorités de santé publique, afin d'en renforcer l'impact.

ANNEXE 3 : Conclusions des réunions de concertation

Michel YAHIEL

Inspecteur général des affaires sociales

CONCLUSIONS DES REUNIONS DE CONCERTATION
DU 14 JUIN ET DU 9 JUILLET 2001

Au terme de ces rencontres conduites en présence des huit organisations et institutions conviées⁵⁰, les éléments suivants de convergence on pu être identifiés

1/ Nécessité de la réforme

Le constat est partagé d'une **insuffisante place des soins dentaires** dans la politique de santé et, en moyenne, de **l'importance excessive du reste à charge** des assurés en matière de soins prothétiques. La réduction tendancielle du niveau de prise en charge par l'assurance-maladie est génératrice **d'inégalités persistantes voire grandissantes** dans l'accès aux soins. Cette situation contraste avec l'amélioration réelle de la santé dentaire des français au cours des vingt dernières années, progrès qui masque toutefois de fortes disparités selon les publics.

De même, l'intérêt d'un **renforcement de l'effort de prévention**, en particulier en direction des jeunes, n'est aucunement remis en cause.

2/ Conditions préalables à la recherche d'un accord

Sur ces bases, les différents acteurs estiment indispensable que soit restaurée, entre eux d'une part et avec les pouvoirs publics de l'autre, au-delà du seul cadre de la mission, un **véritable climat de confiance, supposant un engagement fort et mutuel de respect des accords conclus**.

Il est estimé que l'un des facteurs clé est lié à la méthode et au calendrier : au terme d'une seconde réunion de concertation, le chargé de mission remettra au gouvernement ses conclusions assorties d'éclairages émanant des partenaires, dans le but de permettre aux pouvoirs publics de fournir à ceux-ci un éclairage liminaire sur ces « **lignes directrices** » afin que puissent s'engager les discussions, **si les parties en décident ainsi**, en toute connaissance de cause

3/ Approche générale de la réforme

Aucun partenaire ne remet en question :

- l'intérêt d'une démarche visant, a priori, à mettre au point un **dispositif de portée générale** (ensemble des praticiens, ensemble des assurés), faisant le **lien entre approche de santé publique, qui relève au premier chef des pouvoirs publics et conditions de prise en charge**
- l'importance d'une meilleure solvabilisation des assurés par l'assurance-maladie obligatoire, certains partenaires estimant d'ailleurs les **niveaux de prise en charge des soins** comme un élément déterminant de la « valeur » des soins, l'opposabilité

⁵⁰ CNSD et UJCD ; CNAMTS, CANAM et CCMSA ; FNMF, FMF ; FFSA

supposant un taux de couverture de 70%, qui peut toutefois être partagé entre RO et RC

- le souci d'une **démarche commune RO/RC**, s'inscrivant dans un partenariat clair avec l'État et les professionnels
- la prise en compte, dans une approche de type **panier de soins**, de l'ensemble des soins, notamment conservateurs et des prothèses, dans l'optique de **limiter le reste à charge** des patients et, globalement, de parvenir à une meilleure prise en charge par les régimes légaux.
- l'impératif d'une **revalorisation significative** des soins conservateurs, dès la première étape, supposant notamment **un effort de promotion auprès des assurés**, afin de développer leur propre démarche préventive
- celui de mesures visant à renforcer l'effort de **prévention en direction des jeunes** et à mieux coordonner les dispositifs existants, en particulier en milieu scolaire, complétée par des mécanismes conventionnels et des programmes incitatifs, favorisant tant la prévention individuelle que ses aspects collectifs, en partenariat avec l'ensemble de parties prenantes (État, caisses, organismes complémentaires, collectivités locales, associations...)
- le principe d'une **progressivité de la démarche**, impliquant une montée en charge pluriannuelle et un **dispositif d'évaluation et de suivi permanent, s'appuyant sur l'ensemble des outils existants (notamment les travaux de l'ANAES, de la commission de la nomenclature, etc.)**
- **l'irréalisme d'une opposabilité totale de tarifs prothétiques de faible niveau,**
- la nécessité d'une **réforme d'ensemble**, à défaut de laquelle se sont développées des démarches contractuelles entre la profession et les régimes complémentaires, dont la portée ne peut être la même;
- la justification d'une **montée en charge équilibrée** dans le temps, la revalorisation des soins et les objectifs recherchés en matière prothétiques devant progresser parallèlement
- la pertinence d'une adaptation du **panier de soins CMU dont le contenu ne devrait pas être différent du panier de droit commun, afin de mieux garantir les choix thérapeutiques et les besoins du patient.**
- l'importance des questions liées à la **qualité** : plateaux techniques et effectifs des cabinets, références médicales, FMC...supposant de mettre en place des obligations claires et des incitations adaptées.
- la **renovation de l'entente préalable**, jugée indispensable, s'agissant surtout des conditions « administratives » de refus de prise en charges de soins prothétiques et compte tenu du nouveau contexte créé par le décret publié le 22 juin 2001

4/ Points de discussion principaux

Dans ce cadre général, plusieurs questions ne peuvent être tranchées d'emblée et doivent être approfondies dans le cadre des discussions à venir :

- certains interlocuteurs, en particulier la FFSA, considèrent qu'il est **malaisé de chiffrer le coût d'une réforme avant de connaître tous les éléments de la CCAM**, notamment la liste des actes remboursables, la valeur du facteur de conversion monétaire et les tarifs de responsabilité. Ceci n'exclut pas **d'adopter dès à présent les libellés de la CCAM** dans la réflexion. Par ailleurs, ils souhaitent disposer d'un **bilan chiffré des mesures récentes** de nomenclature (notamment sur l'inlay core), dont ils estiment le coût plus élevé que prévu ;
- la possibilité de **dépassements d'honoraires** de certains soins conservateurs est avancée, notamment, par la FFSA, ce qui soulève, de l'avis général, la question de l'adaptation régulière de la nomenclature en fonction de l'évolution des techniques ;
- sans que des chiffres précis aient été cités, la **notion de « première étape significative »** est diversement interprétée, bien que chacun estime que le **réalisme doit prévaloir** tant du point de vue des dépenses publiques, que des charges des organismes complémentaires et de l'évolution des revenus des praticiens.
- il en ira a priori de même quant au(x) périmètre(s) à prévoir pour **définir des tarifs plafonds** en matière de prothèse (soins de base ou essentiels ; autres types de soins) et les marges admises de dépassement

Conclusions :

Sans mésestimer la sensibilité des questions préalables et l'ampleur des questions techniques à traiter à un stade plus avancé des discussions, relevant par définition de la liberté des parties, ces rencontres collective ont permis de confirmer les constats établis par la mission à l'occasion de ses multiples rencontres bilatérales, sur les enjeux, les priorités et la méthode pouvant permettre de déboucher sur un large accord.