

UNE NOUVELLE CONVENTION AVEC LES CHIRURGIENS- DENTISTES AU SERVICE D'UNE MEILLEURE SANTE BUCCODENTAIRE EN FRANCE

Votre interlocuteur :

Dr Philippe DEZEQUE

Chirurgien-dentiste-conseil régional



CONTACT PRESSE

Alain MAZEREUW, pôle communication

Coordination de la gestion du risque région Hauts-de-France
tél : 03 59 08 55 09 - alain.mazereeuw@assurance-maladie.fr

Dossier de presse

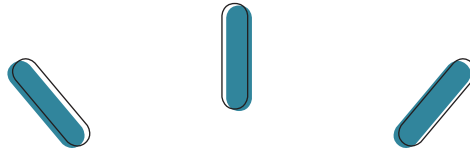
juin 2018



Retrouver l'actualité sur les fils twitter @ameli_actu

Sommaire

- **Communiqué de synthèse** **5**
- **Un tournant dans la prise en charge des soins dentaires en France** **6**
 - *Un constat de départ qui fait consensus : un modèle en déséquilibre*
 - *Une ambition forte portée par un investissement sans précédent*
- **La réorientation des soins dentaires vers les soins courants** **7**
- **Un effort accru dans le champ de la prévention** **8**
 - *Priorité donnée aux enfants et aux jeunes...*
 - *... Et aux patients vulnérables et fragiles*
- **Réduire le reste à charge des assurés** **9**
 - Mise en place de trois paniers de soins prothétiques dont un à reste à charge 0*
 - Le calendrier prévu*
- **Annexe** **15**



Accord majeur sur les soins dentaires en France

Deux syndicats représentant 60 % des chirurgiens-dentistes ont signé hier une nouvelle convention avec l'Assurance Maladie. Ce texte, négocié depuis septembre 2017, porte une réforme majeure des conditions de valorisation et de remboursement des soins dentaires en France.

L'accord permettra de **favoriser l'accès aux soins dentaires**, de réduire le reste à charge des assurés (23 % sur l'ensemble des frais dentaires mais plus de 40 % sur les actes prothétiques) et donc les phénomènes de renoncement aux soins (estimé à 17 % de la population).

Plus largement, cet accord s'attache à réorienter durablement le cadre économique d'exercice des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une **médecine bucco-dentaire plus préventive et conservatrice** en programmant un effort sans précédent de revalorisation des soins courants.

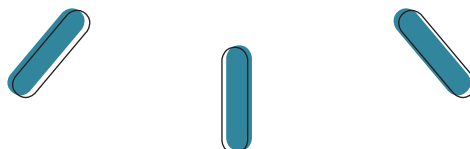
Le texte s'organise autour de 4 mesures clés :

- La **création de plafonds de prix opposables pour 70 % des actes prothétiques** réalisés, intégrant toutes les techniques et les matériaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Une large partie de ces actes (45 %) seront remboursés intégralement, sans aucun reste à charge pour l'assuré (**panier dit RAC 0**) ;
- Des **soins courants considérablement revalorisés** (entre 40 et 60 %) pour encourager les traitements qui visent à conserver et soigner les dents (ex. traitements des caries) ;
- De nombreuses **mesures de prévention** destinées à préserver la santé buccodentaire, notamment chez les enfants ou les jeunes ;
- Des **dispositions pour une meilleure prise en charge des populations plus fragiles**, comme les patients diabétiques, sous traitement anticoagulants ou en situation de handicap mental.

Au regard de l'ampleur des changements, ces dispositions vont se déployer progressivement sur 5 ans, en s'échelonnant entre 2019 et 2023. Les premières mesures entreront en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019, le temps que les délais légaux nécessaires à la mise en place de telles dispositions soient passés.

L'accord implique un **investissement financier très important** de la part de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires : il représente **1,2 milliard d'euros sur 5 ans**, dont plus de 700 millions pour les revalorisations des soins courants, 500 millions d'amélioration des bases de remboursement pour les assurés et 100 millions pour de nouveaux actes de prévention.

Cet investissement bénéficiera à la fois aux patients (899 millions d'euros) et aux chirurgiens-dentistes (287 millions d'euros).



Chiffres clés soins dentaires

- 11 milliards de dépenses en 2016
- Un état de santé bucco-dentaire moindre que celui de nos voisins européens
- Un taux de recours aux soins dentaires de 43 %, soit moins d'un assuré sur deux
- Un reste à charge de 23 % sur les soins dentaires
- Un taux élevé de renoncement aux soins (17 %)

I – Un tournant dans la prise en charge des soins dentaires en France

1. Un constat de départ qui fait consensus : le modèle est en déséquilibre

Cet accord avec les chirurgiens-dentistes résulte d'un constat initial partagé par les pouvoirs publics, les financeurs des dépenses de soins, les dentistes et les assurés : la prise en charge et donc l'accès aux soins dentaires peut être améliorée en France.

Le modèle économique retenu à la fin des années 70 a aujourd'hui atteint ses limites : il reposait sur l'autorisation d'un espace de liberté tarifaire sur les actes dit 'à entente directe' depuis 1978, en contrepartie d'une faible revalorisation des soins courants dits conservateurs (ceux qui conservent et soignent les dents).

Cette situation a conduit les praticiens à accroître leurs tarifs sur les soins prothétiques (couronnes et bridges). Progressivement, la part de ces actes dans les revenus des chirurgiens-dentistes est devenue prépondérante (64%) alors qu'ils ne représentent que 11% du volume de leur activité. A l'inverse, le temps consacré à la prévention et aux soins n'a pas été suffisamment valorisé au regard de l'évolution des charges des cabinets dentaires et des technologies innovantes.

De fait, on a observé une diminution de la part des soins dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (35%), une hausse de la part prise en charge par les complémentaires (40%) mais également un reste à charge (montant que doit payer l'assuré sur ses finances personnelles) conséquent : il se situe à 23%.

Ce reste à charge observé se concentre sur les soins prothétiques¹ qui donnent lieu, par ailleurs, à un niveau important de renoncement aux soins, plus d'une personne sur six² (17%), plus élevé que celui observé sur les lunettes (10%)³.

Or, ces renoncements peuvent avoir des conséquences néfastes sur la vie professionnelle et sociale des assurés⁴ et la santé dentaire constitue d'ailleurs un champ sur lequel les inégalités de santé sont élevées dans notre pays.

Enfin, les assurés vont moins souvent chez le dentiste en France que dans d'autres pays européens, la France se situant en 9^e position si on prend en compte le nombre de personnes consultant un dentiste au moins une fois par an. C'est moins d'un assuré sur deux contre plus de deux assurés sur trois en Allemagne et au Royaume-Uni.

	Taux de recours au chirurgien-dentiste selon les pays (pourcentage des personnes ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année)
France	43%
Allemagne	71%
Angleterre	71%
Danemark	85%
Pays-Bas	80%
Suède	72%

Source - Council of European Chief Dental Officers, CECDO data sheet 2014 - <http://www.cecdo.org/oral-healthcare/cecdo-database/>

¹ Baromètre de renoncement aux soins Odenore – chiffre de 2015

² Selon l'enquête Irdes - ESPS – juin 2014 renoncements aux soins en 2012

³ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rac0-2.pdf

⁴ Cf. baromètre Odenore sur les renoncements aux soins pour le compte de l'Assurance maladie.

2. Une ambition forte portée par un investissement sans précédent

L'objectif prioritaire de ce texte est de conduire **une réorientation profonde et durable de l'exercice professionnel des chirurgiens-dentistes pour encourager à davantage de prévention et le recours plus fréquent aux soins conservateurs, plus respectueux des dents et des tissus dentaires.**

Pour y parvenir, l'effort financier total de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires se situera à un **niveau sans précédent de 1,2 milliard d'euros sur 5 ans⁵**, dont 717 millions pour l'assurance maladie obligatoire et 505 millions pour l'assurance complémentaire.

Cet investissement se répartira, pour les principales mesures, en :

- 704 millions d'euros pour les revalorisations des soins courants ;
- 371 millions d'amélioration des remboursements des assurés (y compris 51 millions consacrés à la prise en charge nouvelle de soins jusqu'à présents non remboursés – comme le coiffage pulpaire qui permet d'éviter la dévitalisation de la dent - ou les bilans et les traitements parodontaux pour les patients diabétiques) ;
- 108 millions consacrés au renforcement des actions de prévention en direction des enfants et des jeunes.

Par l'effet conjugué de l'amélioration des prises en charge (371 M€), de l'effet des plafonnements de tarifs sur les prothèses venant en contrepartie des revalorisations tarifaires (417 M€) et du renforcement des actions de prévention (108 M€), ce sont au total près de 900 M€ qui seront consacrés à l'amélioration de l'accès aux soins des patients.

Les chirurgiens-dentistes libéraux bénéficieront d'une augmentation nette de leurs honoraires de 287 millions d'euros au terme des 5 années de la convention.

II – La réorientation des soins dentaires vers les soins courants

Sur toute la durée de la convention (jusqu'en 2023), l'accord prévoit donc une revalorisation conséquente des tarifs des soins conservateurs et la prise en charge d'actes nécessaires non pris en charge actuellement.

606 millions sont consacrées aux revalorisations tarifaires (477 millions d'euros sur les seules restaurations coronaires) et 78 millions d'euros M€ d'amélioration des tarifs pour les assurés en CMU-C et ACS.

Exemples de soins	Tarifs actuels	Nouveaux tarifs	% de hausse	Investissement en M€ (AMO+AMC)
Restauration avec ancrage	79,53 euros	100 euros	+25,7%	43
Restauration 2 faces	33,74 euros	50 euros	+48,2%	136
Restauration 3 faces	40,97 euros	65,50 euros	+59,9%	189
Inlay/Onlay 3 faces	40,97 euros	100 euros	+144,1%	29
Coiffage pulpaire	Non pris en charge	60 euros	/	15
Scellement de sillons (4 dents)	86,76 euros	104,11 euros	+20%	3

A noter, la séance de détartrage de soins ayant déjà bénéficié d'une revalorisation de 50% en 2014, elle ne fait pas partie des soins concernés par les hausses de tarifs prévues dans l'accord.

⁵ Pour les cabinets libéraux et les centres de santé

Bon à savoir : pour les assurés bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS

Si l'accord prévoit un effort financier pour mieux prendre en charge les soins de ces 7 millions d'assurés, il convient de rappeler que ceux-ci bénéficient déjà de tarifs maîtrisés. De même, les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés chez ces patients.

III. Un effort accru dans le champ de la prévention

Pour améliorer la santé bucco-dentaire, un des leviers clés consiste à **favoriser les actes de prévention**, pour éviter ou retarder le recours à des actes prothétiques.

1. Priorité donnée aux enfants et aux jeunes ...

La rénovation et l'extension de l'accès à l'**examen buccodentaire** proposé en France par l'Assurance Maladie a été décidée. La prise en charge intégrale de cet examen buccodentaire permet en effet non seulement de détecter les besoins de soins mais surtout de faire en sorte que les soins qui en découlent soient pris en charge.

Dès lors, l'**examen buccodentaire s'inscrit au cœur des actions de prévention, notamment pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.**

Initialement prévu pour les enfants de 6 à 18 ans, puis élargi depuis le 1^{er} janvier aux jeunes de 21 et 24 ans, l'accord prévoit, et c'est une nouveauté, de l'ouvrir aux enfants dès 3 ans, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. En effet, on constate qu'en maternelle, 23% des enfants d'ouvriers ont des caries non soignées contre 9% seulement des enfants de cadres.

L'autre nouveauté est que ces bilans seront adaptés en fonction de l'âge des patients : en effet, un enfant de 3 ans qui a ses dents de lait n'a pas les mêmes besoins (apprentissage des techniques de brossage) qu'un jeune commençant ses études (besoin d'information sur la prévention des infections ou des conséquences de l'alcool et du tabac sur la santé bucco-dentaire).

Ainsi, tous les enfants et les jeunes en France, de 3 ans à 24 ans, pourront voir un dentiste pour un dépistage et les soins qui en découlent, intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire *a minima* une fois tous les trois ans.

Bon à savoir - L'examen buccodentaire pris en charge par l'Assurance Maladie

Depuis 2007, l'Assurance Maladie propose à tous les enfants d'effectuer un bilan dentaire gratuit tous les trois ans. Elle envoie pour cela des courriers d'invitation pour en informer les parents ou les jeunes qui peuvent en bénéficier.

Au-delà de cet examen bien identifié sous le nom de M'T dents, ce qui est moins connu, c'est que les soins qui en découlent sont intégralement remboursés.

En France, depuis son lancement, ce sont en moyenne 1,9 million d'enfants par an qui en bénéficient, conduisant à 18 millions de consultations et de soins chez les dentistes depuis le lancement du dispositif.

Par ailleurs, de **nouveaux types de soins seront remboursés** : c'est le cas de la prise en charge de l'application de vernis fluorés chez les enfants présentant un risque carieux élevé⁶, qui a fait la preuve de son efficacité en termes de prévention des caries. Il sera valorisé 25€ par séance à une fréquence biannuelle.

2. ... Et aux patients fragiles ou vulnérables

L'accord prévoit également la **prise en charge d'examens de bilan de santé des gencives et du traitement nécessaire** (assainissement parodontal) chez les patients diabétiques dont la pathologie

⁶ En fonction du risque carieux individuel (RCI) tel que défini par la Haute Autorité de santé
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/risque_carieux_synthese_recos.pdf

Par ailleurs, une **expérimentation de prise en charge globale de la prévention** sera mise en place. Elle prévoit de créer un **forfait de prévention couvrant plusieurs séances** au cours desquelles le dentiste réaliserait des soins et prodiguerait des conseils et recommandations. Elle sera déployée dans le cadre du fonds pour l'innovation du système de santé créé par la loi pour le financement de la sécurité sociale pour 2018.

Enfin, un groupe de travail étudiera les modalités d'une meilleure valorisation des soins réalisés dans les établissements médico-sociaux et les conditions de mise en place de téléconsultation de dépistage auprès de personnes en situation de dépendance résidant dans ces établissements.

IV. Réduire le reste à charge des assurés

L'accord vise également à rendre **le prix de soins dentaires plus accessible au plus grand nombre, notamment quand il s'agit de prothèses**. En effet, sur ce type de soins, il n'est pas rare qu'un assuré se retrouve à devoir financer une part importante de son coût (cf. exemples ci-dessous).

Exemple 1 - Reste à charge sur une couronne en céramique* selon les prix pratiqués

Sur ce type de prothèse, la base de remboursement 'Sécurité sociale' est de 107,50€, impliquant un remboursement par l'Assurance Maladie de 75,25€, le ticket modérateur étant de 32,25€.

Le remboursement par les complémentaires s'élève en moyenne à 247,25€ (selon un taux de remboursement moyen hors ticket modérateur à 230%),

Facturée à 550 euros (son prix moyen), elle implique aujourd'hui un reste à charge moyen pour l'assuré de 195€.

Facturée à 900 euros (exemple dans la fourchette haute observée à Paris), le reste à charge moyen pour le patient monte alors à 545,25€.

**Pour une couronne en métal recouverte de céramique*

Exemple 2 - Reste à charge sur un dentier*

Pour un patient ayant besoin d'une prothèse amovible (dentier), son reste à charge moyen passera de 572€ (actuellement facturé en moyenne 1 175€) à 0€ après remboursement de la part sécu (128€) et par sa complémentaire (55€ pour le ticket modérateur + 420€ au titre la prise en charge par la complémentaire).

**Prothèse amovible complète uni-maxillaire à base de résine*

Exemple 3 - Reste à charge sur une couronne en zircon (nouveau matériau blanc)

Sur une molaire, une couronne céramique monolithique en zircon, plafonnée à 440 € dans le panier modéré permet, par son côté esthétique et sa robustesse, d'offrir une alternative intéressante à la couronne métallique qui figure dans le panier RAC O.

Le relèvement de la base de remboursement AMO de 107,50 à 120 €, auquel s'ajoute la part des complémentaires, conduit à une meilleure prise en charge totale de 41,25€ (354,75 € à 396 €) pour l'assuré.

Avec un contrat moyen d'une complémentaire (230% hors ticket modérateur), un patient aura un reste à charge maximum de 45€ sur cet acte.

L'ambition est donc de mettre à disposition des assurés une offre complète de soins, couvrant tous les actes, toutes les techniques et tous les types de matériaux sur lesquels vont s'appliquer des plafonds tarifaires sur les deux tiers des actes prothétiques aujourd'hui pratiqués en France.

De plus, ces tarifs maîtrisés auront l'intérêt de rendre les prix pratiqués plus homogènes et donc plus compréhensibles pour les assurés.

Un nombre croissant d'actes prothétiques sera plafonné, au fur et à mesure de l'application des revalorisations opérées sur les soins conservateurs, permettant ainsi aux dentistes de réorienter leurs pratiques.

Acte	Panier	Exemples de plafonds				
		1 ^{er} avril 2019	1 ^{er} janvier 2020	1 ^{er} janvier 2021	1 ^{er} janvier 2022	1 ^{er} janvier 2023
Couronne céramo-métallique (incisives, canines, 1 ^{ères} prémolaires)	RAC 0	530	500	500	500	500
Couronne céramique monolithique en zircon (incisives, canines, prémolaires)	RAC 0	480	440	440	440	440
Bridge céramo-métallique	RAC 0	1 465	1 465	1 465	1 465	1 465
Couronne céramo-métallique (2 ^{èmes} prémolaires)	RAC modéré	Pas de Plafond	550	550	550	550
Prothèse amovible complète bi-maxillaire à base résine (dentier)	RAC 0	Pas de Plafond	Pas de Plafond	2 300	2 300	2 300
Inlay - Onlay composite	RAC modéré	Pas de Plafond	Pas de Plafond	350	350	350

1. Mise en place de trois paniers de soins dont un à reste à charge 0

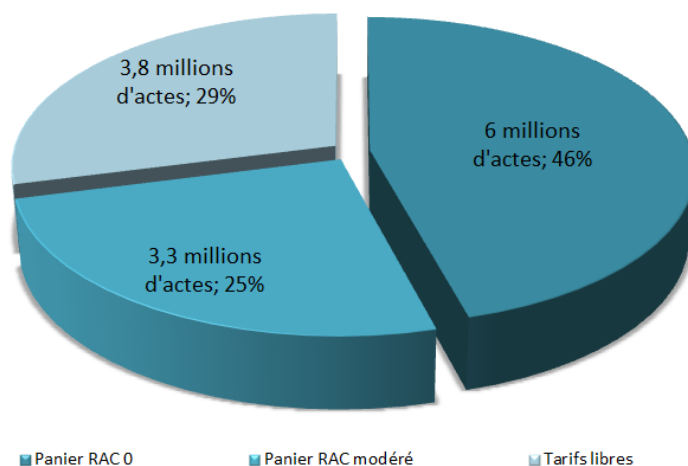
L'instauration de ces plafonds tarifaires s'appliquera sur un certain nombre d'actes (dit panier) pour lesquels le reste à charge sera maîtrisé dès 2019.

Parmi ces actes, certains seront pris en charge à 100% dans le cadre de la mise en œuvre du reste à charge 0, par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Concrètement, grâce à cet accord, tout patient nécessitant des soins prothétiques pourra demander à son dentiste plusieurs devis, selon trois paniers de soins définis :

1. Le **panier dit 'Reste à charge 0'**, intégralement remboursé, (qui devrait concerner 46 % des actes effectués aujourd'hui),
2. Un **panier aux tarifs maîtrisés**, via des prix plafonnés (25 %),
3. Un **panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (29 %).

Calculée sur la base des actes effectués en 2017, la répartition de soins effectués par paniers en nombre d'actes serait la suivante d'ici 5 ans⁷.



Le tableau ci-dessous détaille la répartition des paniers, en nombre d'actes mais également en honoraires pour les chirurgiens-dentistes.

	Quantité d'actes		Honoraires totaux	
	Millions	%	Millions d'euros	%
Reste à charge 0	6,0	46%	1837,4	35%
Tarifs plafonnés	3,3	25%	1767,7	34%
Tarifs libres	3,8	29%	1597,8	31%
Total	13,1	100%	5202,9	100%

Des tarifs qui varieront selon le matériau et la localisation de la dent

Les tarifs proposés dans le panier de soins à RAC 0 ou à tarifs maîtrisés varieront selon la nature des matériaux utilisés et selon la localisation de la dent.

En effet, une dent visible doit pouvoir être remplacée par des matériaux qui garantissent une qualité esthétique, moins nécessaire pour une dent non visible comme une molaire.

Exemples d'actes de prothèse	Plafonds fixés dans l'accord	Prix actuels (prix moyen)
Couronne métallique	290 €	Prix moyen 327 euros
Couronne céramique en zircon	440 €	Pas coté
Couronne céramo-métallique (hors zircon)	500 € et 550€ (selon la localisation de la dent)	542€
Bridge céramo-métallique	1 465 € en RAC 0	1 576 €
Prothèse amovible (dentier) en résine	1 100€ en RAC 0 1	1 175€

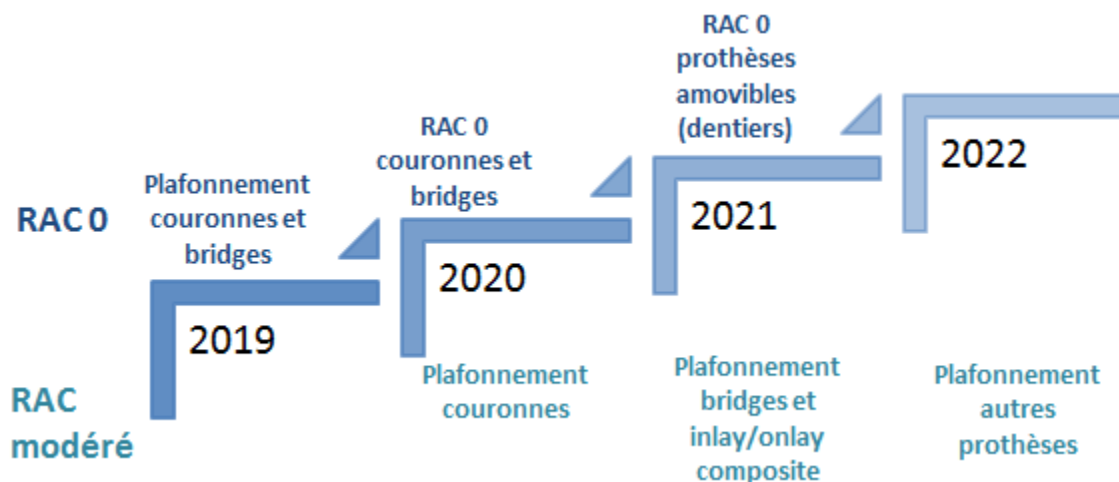
Enfin, ce dispositif doit permettre de laisser la possibilité aux patients et aux dentistes le choix de recourir aux techniques innovantes ou à des exigences esthétiques particulières (couronnes céramo-céramique).

⁷ Source : Cnam ; données France entière, tous régimes 2017 en date de remboursement, y compris données estimées sur les couronnes transitoires.

2. Le calendrier prévu

Dès l'année 2019, le **plafonnement des couronnes va se mettre en place**, constituant la première étape de cette évolution des tarifs, concomitante aux premières revalorisations des soins courants.

Pour le **RAC 0**, il va **pouvoir s'appliquer en deux temps**, en commençant par les couronnes et bridges en 2020 quel qu'en soit le matériau, puis à partir de 2021 sur les prothèses amovibles en résine.



Les grandes étapes de l'accord conventionnel

Aujourd'hui, le cadre conventionnel en vigueur repose sur un accord qui date de 2006 et qui a été reconduit sans modifications importantes en 2011 puis en 2016.

Pour aboutir à l'accord, les travaux conventionnels ont démarré en septembre 2016 débouchant en janvier 2017 sur un premier projet d'accord, qui a été alors rejeté par une majorité des représentants des syndicats professionnels.

Suite à cette décision, le Gouvernement a instauré le recours à un règlement arbitral, dont le texte a été finalisé en mars 2017.

Lors de l'arrivée du nouveau Gouvernement, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a décidé de reporter son application.

Elle a en effet demandé aux partenaires conventionnels de recommencer la négociation avec les mêmes ambitions générales mais en y intégrant la traduction de l'engagement gouvernemental d'un reste à charge 0 sur les prothèses dentaires.

Une nouvelle séquence de négociations a repris à partir du 15 septembre 2017, qui s'est achevée le 26 mai 2018.

Elle a abouti à l'accord, qui vient d'être approuvé par deux syndicats sur trois, l'Union dentaire (le 31 mai) et la Confédération nationale des syndicats dentaires, (CNSD) le 1^{er} juin, qui représentent 60% des chirurgiens-dentistes.

Les prochaines étapes sont une signature officielle prévue à partir de la 2nde quinzaine de juin pour une publication au Journal officiel vraisemblablement avant fin juillet.

Annexe



Hauts-de-France



SUPERFICIE DE LA RÉGION

31800 km²

Un peu plus que le territoire de la Belgique

POPULATION DES HAUTS-DE-FRANCE



6 millions
d'habitants

3^e région de France

la plus peuplée et l'une des plus denses (189 habitants par km² contre 116 en métropole).

DÉPENSES DE SANTÉ (Chiffre 2017*)

16,54 

milliards d'euros

Montant des dépenses de santé en 2017 dans les territoires constituant la nouvelle région (+2.7% par rapport à 2016).



115

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

53 publics / 62 privés



17 959
MÉDECINS

parmi lesquels 8 865 médecins généralistes et 9 094 médecins spécialistes.



2 865
CHIRURGIENS-DENTISTES



58 538
INFIRMIERS



6 448
PHARMACIENS



7 356
MASSEURS-
KINÉSITHÉRAPEUTES

*Source DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

