



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES DE LA
POPULATION ?**

– thème n° 10 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

(3 IASS, 2 MISP, 1 PHISP, 2 EDH, 1 D3S, 1 IG)

Animateur : Dr Gérard DURAND

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
<i>LES SIGLES UTILISÉS DANS L'ÉTUDE</i>	<i>1</i>
INTRODUCTION	2
Méthodologie de la recherche	3
1 Malgré une amélioration continue de son état bucco-dentaire, la population française ne bénéficie pas d'une prise en charge optimale	
1.1 <i>Evolution de l'état bucco-dentaire de la population</i>	4
1.1.1 Présentation des données	4
1.1.2 Les facteurs explicatifs	8
1.2 <i>Le système français n'offre pas une prise en charge optimale</i>	10
1.2.1 De fortes inégalités devant l'offre de soins	10
1.2.2 Une profession très autonome, bien structurée et peu soumise au contrôle	12
2 Les insuffisances de la prise en charge des soins dentaires justifient une réforme du système qui ne doit CEPENDANT Pas en bouleverser l'EQUILIBRE GENERAL	
2.1 <i>Les principes retenus pour l'élaboration de réformes visant à améliorer la prise en charge des soins dentaires</i>	14
2.1.1 Les enjeux : les soins dentaires comme véritable priorité de santé publique	14
2.1.2 Les hypothèses retenues	14
2.2 <i>Définition de propositions au regard des contraintes actuelles</i>	14
2.2.1 Une réforme du cadre institutionnel	14
2.2.2 L'organisation des soins	16
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE	19
PERSONNES RENCONTRÉES	21
LEXIQUE	22

LES SIGLES UTILISÉS DANS L'ÉTUDE

ADF : Association Dentaire Française

AMG : Aide Médicale Gratuite

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ATNC : Agent Transmissible Non Conventionnel

CAOD : Dents permanentes Cariées, Absentes et Obturées.

COD : Dents temporaires Cariées et Obturées.

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOCD : Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes

CNSD : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires

COME : Centre Odontologique de Médiométrie et d'évaluation

CREDES : Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ODF : Orthopédie Dento-Faciale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RMO : Référence Médicale Opposable

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

UJCD : Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes

INTRODUCTION

Le système de soins dentaires occupe une place particulière au sein des dispositifs de soins tels qu'ils sont organisés en France, notamment par rapport aux médecins généralistes. En amont, tout comme en aval des soins, ce secteur libéral obéit à des règles propres déterminées tant par l'histoire de la profession que par celle de la protection sociale.

Cette profession a une histoire dont l'essor suit celui des techniques et de sa formation au début des années cinquante. Une autorité ordinaire gère cette profession qui obéit également à un Code de déontologie propre.

Très organisée, cette profession libérale a institué très tôt des organismes dévolus à la protection de ses intérêts et au développement de campagnes de prévention en matière de santé bucco-dentaire. A la différence de la médecine générale, les pouvoirs publics ne sont que très modérément intervenus pour définir une politique de santé publique que les dentistes auraient eu à appliquer. De ce point de vue, la profession a toujours été très autonome. L'autre caractéristique majeure des soins dentaires réside dans son mode de financement.

La faible implication de l'Assurance Maladie a permis l'instauration d'un système mixte reposant pour un tiers sur le principe de solidarité (remboursements), un tiers sur une logique d'assurance individuelle et enfin un dernier tiers à la charge du patient. Un *statu quo* a permis à tous les acteurs du système d'en tirer profit, au prix cependant d'inégalités croissantes d'accès aux soins dentaires dans la population. A côté de l'optique, les soins dentaires occupent une place unique dans le système de soins français puisque 20% de la population renoncent aux soins pour des raisons exclusivement financières.

Cette situation impose d'analyser la logique qui prévaut à l'organisation actuelle de la profession et surtout les logiques des différents acteurs intervenant dans ce domaine. La faible part de l'Assurance Maladie dans les remboursements de ce type de soins, le développement d'un secteur concurrentiel reposant sur des sociétés d'assurance privées, les insuffisances de la prévention et de la continuité des soins conservateurs sont-ils des dysfonctionnements du système ou bien s'agit-il d'un véritable choix de société ?

En plus de la fonction masticatoire et éventuellement esthétique, la denture peut avoir un retentissement sur l'état général. Il ne semble pas, pourtant, que la prise en charge financière des soins ait fait l'objet d'un débat. Or le *statu quo* qui prévaut encore aujourd'hui semble contesté. Il ne le serait pas de l'extérieur du système mais bien de l'intérieur : par les assurances privées et les mutuelles qui ont solvabilisé une demande dont le coût n'a cessé de croître.

Le secteur des soins dentaires n'échappe pas au développement des techniques et, par conséquent, aux surcoûts induits par l'utilisation de pratiques nouvelles. Mais celles-ci doivent pouvoir être légitimées médicalement par les bienfaits qu'elles génèrent. Or l'évaluation des pratiques dentaires est difficile étant donné l'absence d'un organisme indépendant. De plus, il est parfois nécessaire d'attendre dix à vingt ans pour connaître les effets d'une pratique nouvelle. La grande autonomie de la profession, à l'heure de l'accréditation, du contrôle des pratiques, de la qualité des soins et du droit des patients suscite des questions sur le positionnement des pouvoirs publics dans un secteur qui mériterait plus d'attention en termes d'équité sociale.

Elaborer des propositions de réformes du système actuel implique d'en présenter les ressorts, les oppositions et la dynamique qui sous-tendent les relations entre acteurs. Seule une bonne compréhension du système actuel, d'où les développements préliminaires aux propositions qui suivront, peut mener à des solutions pertinentes. En outre, si cette étude a

pour principe de vouloir comprendre ce qui existe avant de le changer, elle a aussi pour parti pris de proposer des réformes réalistes, financièrement acceptables et politiquement tenables.

Après une description détaillée du secteur des soins dentaires présentant à la fois l'état de santé bucco-dentaire de la population, l'offre de soins et la stratégie des différents acteurs en présence, des propositions concrètes de réformes seront développées pour améliorer la prise en charge des soins dentaires, non seulement au plan financier mais aussi au niveau de la qualité des soins.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Notre travail a d'abord consisté en la recherche et l'exploitation de documents bibliographiques. Face à la rareté des travaux spécifiques sur le sujet de notre recherche, nous nous sommes particulièrement orientés vers des revues professionnelles. Ces recherches ont été complétées par les différentes rencontres et entretiens téléphoniques que nous avons eus et dont la liste est établie en fin de mémoire.

1 MALGRE UNE AMELIORATION CONTINUE DE SON ETAT BUCCO-DENTAIRE, LA POPULATION FRANÇAISE NE BENEFICIE PAS D'UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

1.1 Evolution de l'état bucco-dentaire de la population

1.1.1 Présentation des données

➤ Observations méthodologiques

- Choix des indices

L'indice de gravité de l'atteinte carieuse, ou CAOD, est très largement utilisé pour mesurer à la fois qualitativement et quantitativement l'état de santé bucco-dentaire de la population. Cet indice comprend le nombre de dents cariées, le nombre de dents absentes pour cause de carie et le nombre de dents obturées. Chacune de ces trois composantes peut être utilisée seule afin de connaître sa contribution à l'indice global.

Dès l'éruption des dents permanentes, il faut évaluer non seulement l'indice CAOD mais aussi l'indice COD, réservé aux dents temporaires ¹.

- Etudes utilisées

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) a mené trois enquêtes chez les enfants de 6, 9 et 12 ans en 1987, 1990 et 1993. Pour chacune d'entre elles, le nombre de caries de dents permanentes augmente avec l'âge, à partir de 6 ans ².

L'évolution de l'indice CAOD est également confirmée par d'autres études : les enquêtes transversales répétées menées à Nancy de 1978 à 1991, sur différents groupes de population d'âges variés, montrent une augmentation progressive de l'indice CAOD avec l'âge.

Le recueil des données étant moins aisé chez les adultes, les enquêtes épidémiologiques sont moins fréquentes et souvent réalisées sur des groupes restreints de population. Les chiffres que nous interpréterons sont issus de l'enquête ICS II France. Menée dans la région Rhône-Alpes, elle est toutefois considérée comme représentative de la santé bucco-dentaire de la population française en général.

Enfin, l'enquête ICS II a évalué, outre l'état de santé bucco-dentaire, la situation de la santé parodontale, l'état prothétique et la perception de l'état de santé bucco-dentaire des adultes de 34-45 ans et de 65-74 ans.

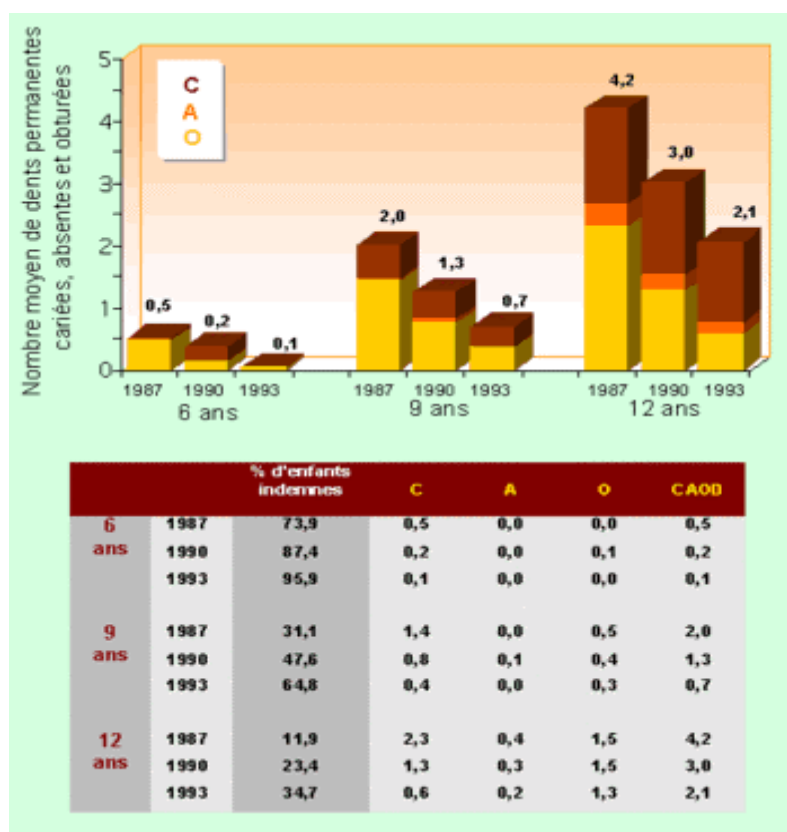
¹ Selon l'étude menée par Cahen et *alii*, l'indice CAOD augmente avec l'âge, pour atteindre un pic vers 7-8 ans, puis il diminue naturellement avec la perte des dents temporaires. La comparaison entre les années 1987 et 1991 révèle une nette diminution de cet indice à chaque âge, particulièrement chez les 6-7 ans (28,6%).

² En effet, les dents sont particulièrement fragiles pendant la phase de minéralisation postéruptive ce qui se traduit par une incidence de la carie très élevée pendant les deux années suivant leur éruption. Elle atteint un maximum pendant l'adolescence où le déséquilibre alimentaire et une hygiène bucco-dentaire insuffisante accentuent le risque carieux.

➤ Résultats obtenus

- Une amélioration sensible chez les enfants

L'indice CAOD à 6 ans, déjà très faible en 1987, est devenu quasiment nul en 1993, tandis que le nombre moyen de dents cariées a diminué de 90% au cours de la même période. A 9 et 12 ans, le nombre moyen de dents cariées a chuté d'environ 75% entre 1987 et 1993. L'indice global à 12 ans a diminué de moitié entre les trois enquêtes (UFSBD, ICS II, enquêtes transversales de Nancy). Ainsi, 34,7% des enfants de 12 ans avaient un indice CAOD de 0 en 1993. La proportion d'enfants indemnes a augmenté entre 1987 et 1993, quels que soient l'âge et la denture considérés.



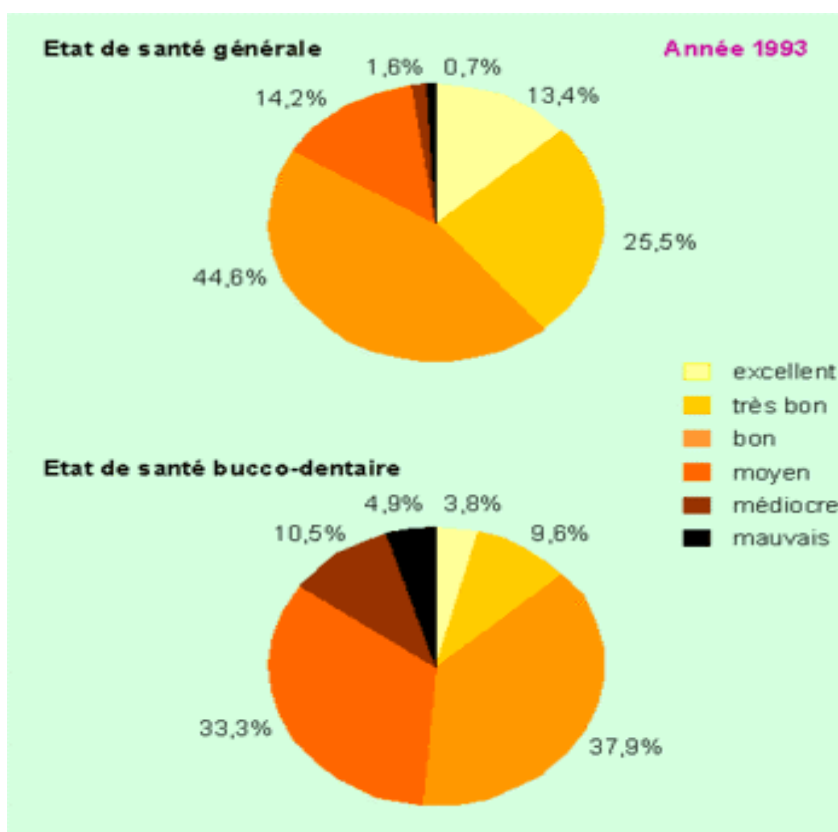
Source : *La santé bucco-dentaire en chiffres, Etude COME / ADF, Paris, 1998.*

- Une amélioration moins rapide chez les adultes

Entre 1978 et 1991, si les sujets de 9 et 15 ans ont pu voir leur indice CAOD diminuer progressivement avec le temps, il n'en est pas de même pour les adultes de 25-35 ans et de 45-55 ans pour lesquels les valeurs de l'indice semblent s'être relativement stabilisées. Ainsi, la diminution de la carie observée chez les enfants ne suit pas une évolution aussi rapide chez les adultes.

Cette situation peut s'expliquer, en France, par la mise en place, comme dans la plupart des pays industrialisés, de programmes de prévention centrés sur le fluor. Dans un contexte de promotion de la santé et d'élévation du niveau de vie des populations, ces programmes ont prioritairement ciblé les enfants. Le bénéfice attendu pour les adultes sera donc décalé d'une génération.

- Une perception globalement satisfaisante de l'état de santé bucco-dentaire



La santé bucco-dentaire en chiffres, Etude COME / ADF, Paris, 1998.

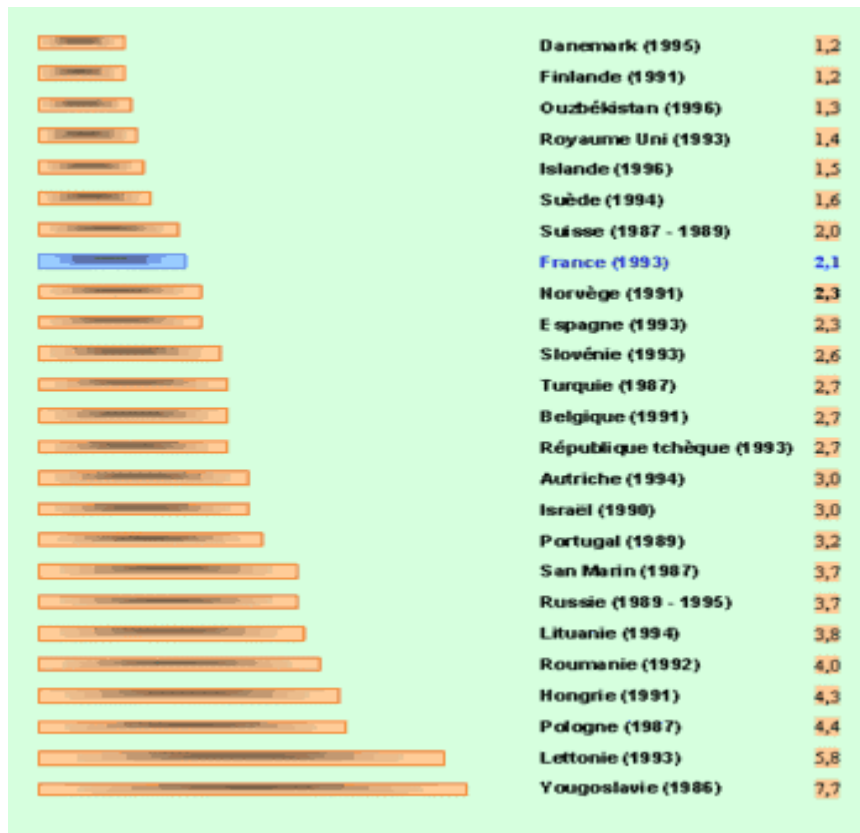
➤ Eléments de comparaison internationale

- Généralités

La prévalence de la carie a diminué, selon un rythme plus ou moins soutenu, dans la majorité des pays industrialisés, depuis la fin des années 70. Le nombre de caries par enfant a aussi diminué de manière significative. Actuellement, les différences entre le nord et le sud de l'Europe, très nettes à la fin des années 80, ont tendance à s'estomper. La France et l'Espagne, par exemple, rattrapent progressivement les pays du Nord. Ce sont désormais ceux d'Europe de l'Est qui obtiennent les indices carieux les plus élevés.

L'efficacité des programmes de prévention dans les pays industrialisés a amené les indices CAOD à 12 ans, auparavant très élevés, notamment à cause d'une alimentation trop riche en hydrates de carbone, à s'améliorer considérablement. Dans le même temps, les pays en voie de développement accusent une augmentation sensible de l'indice à 12 ans, du fait de la difficulté à sensibiliser des populations pour lesquelles la santé bucco-dentaire n'est pas une priorité.

Indices CAOD à 12 ans : données de la région OMS-Europe (1986-1996)



Source : *Caries prevalence in 12-year-old children. An overview of the national oral health surveys in the WHO GODB between 1986-1996. Bulletin of the World Health Organization.*

- Typologie

L'analyse des statistiques "Eco-Santé" de l'OCDE permet de distinguer trois groupes de pays caractérisés par un état de santé bucco-dentaire différent :

- les meilleurs indices sont obtenus par la Finlande et le Danemark. Avec le Royaume-Uni et l'Irlande, la Suède et les Pays-Bas, ces pays constituent un groupe de tête dont les systèmes de santé dentaire ont comme dénominateur commun de privilégier l'accès régulier, organisé et gratuit aux services dentaires des enfants et des adolescents ;

- un deuxième groupe est constitué de la France, du Luxembourg, de l'Espagne, de la Belgique et de l'Italie ;

- enfin, un troisième groupe composé du Portugal, de l'Autriche, de l'Allemagne et de la Grèce obtient des résultats inférieurs.

1.1.2 Les facteurs explicatifs

1.1.2.1 Une meilleure solvabilité de la demande de soins dentaires

- En 1945, l'instauration d'un système de protection sociale généralisé a permis de solvabiliser la demande potentielle de soins dentaires
- Cependant, la multiplicité des régimes a longtemps conduit à des inégalités de prise en charge des soins médicaux. Afin de limiter ces inégalités et permettre aux personnes démunies d'accéder à l'offre de soins, l'Aide Médicale Gratuite a été instituée en 1953. Elle a été modernisée en 1992. Depuis le 1^{er} janvier 2000, l'instauration de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) a pris le relais et devrait permettre à toute personne défavorisée d'accéder à des soins de qualité. Concernant les soins dentaires, il a été institué une somme forfaitaire (plafond) s'élevant à 2 600 francs pour deux ans par bénéficiaire de la C.M.U. complémentaire. Néanmoins, ce plafond peut être dépassé dans certains cas : des dérogations existent dans le domaine de l'orthodontie et des prothèses de plus de dix dents. De plus, l'article premier, alinéa 3, de l'arrêté du 31 décembre 1999 évoque aussi la possibilité de dépasser ce plafond en cas « d'impérieuse nécessité médicale ».

1.1.2.2 Au niveau de l'offre de soins

- Démographie médicale et prise en charge des patients

En 1952, le nombre de chirurgiens-dentistes s'élevait à 8 000. Il s'agissait de praticiens généralement peu formés.

L'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes et l'amélioration de leur formation depuis les années cinquante ont contribué à une meilleure prise en charge des patients.

Nombre d'inscrits à l'ordre

Année	Effectif	Année	Effectif	Année	Effectif
1986	38044	1991	41198	1996	42091
1987	38980	1992	41409	1997 ³	42192
1988	39705	1993	41598	1998	42255
1989	40333	1994	41725	1999	42533
1990	40871	1995	41999		

Source : Ordre des chirurgiens-dentistes

Le pourcentage de praticiens spécialisés en ODF tend à s'accroître : le taux d'évolution entre les années 1990 et 1997 montre une progression beaucoup plus marquée pour les spécialistes (+ 36.3%) que pour les omnipraticiens (+ 0.3%).

³ Dont 40 648 sont omnipraticiens et 1544 sont spécialistes en Orthopédie Dento-Faciale (ODF), soit 3.7% du total. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses, représentant 55.3% des orthodontistes.

➤ Une modernisation constante des techniques

Les soins dentaires se sont considérablement améliorés ces trente dernières années. Auparavant, l'extraction de la dent douloureuse constituait l'unique soin proposé. Il a fallu attendre les années 70 pour assister à la naissance d'un véritable « art dentaire » regroupant de multiples disciplines (cf. lexique).

➤ Les « politiques » de prévention

Les démarches de prévention mises en œuvre par les chirurgiens-dentistes, en dépit de leur caractère ponctuel, se sont souvent révélées efficaces. En effet, la profession a créé en 1966 l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) structure originale et sans équivalent dans le milieu médical. Dans le même temps, ces actions de prévention ont cependant pu constituer, dans une certaine mesure, un obstacle à la définition d'une politique globale de santé publique. Déléguant implicitement la responsabilité de la politique de prévention à un secteur libéral prédominant⁴, l'Etat a pérennisé le statu quo qui prévalait depuis le début des années 60 aux dépens de relations conventionnelles qui auraient permis une adaptation progressive de la profession aux besoins exprimés par la société.

La prévention fut prise en charge à partir de 1966 par l'ensemble de la profession dentaire au travers de l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire. Les chirurgiens-dentistes prennent de plus en plus conscience de leur rôle en matière de prévention (distribution de plaquettes de sensibilisation, explications données sur le brossage, etc). Au travers de l'UFSBD, 15 000 chirurgiens-dentistes participent à l'effort de prévention. De nombreux supports publicitaires contribuent à faciliter la propagation de l'information chez les jeunes (distribution de tee-shirts, puzzles, bandes dessinées, autocollants, jeux, etc).

En 1967, le Ministère de l'Education Nationale a permis la mise en place progressive de l'éducation sanitaire dans les écoles. Les jeunes enfants et les adolescents sont devenus la population cible des campagnes de prévention. L'enjeu d'une bonne santé bucco-dentaire se joue durant l'enfance.

A partir de 1975, des dépistages systématiques ont été mis en place dans les écoles primaires. Dès lors, des enquêtes épidémiologiques et statistiques ont commencé à être réalisées.

A partir de 1986, afin de lutter contre les caries dentaires, la France a choisi d'opter pour la fluoration du sel de cuisine et non pas celle de l'eau potable comme dans d'autres pays (24 pays).

Le fluor, un brossage régulier et efficace des dents et l'hygiène alimentaire demeurent les seuls moyens efficaces de lutte contre les caries.

L'objectif donné par l'U.F.S.B.D. pour 2010 est d'avoir 80 % des enfants de moins de 12 ans indemnes de toute carie. Cet objectif est louable mais certaines données permettent de douter de sa réalisation. En effet, en 1997, 81,7 millions de brosses à dents ont été commercialisées en France, soit 1,5 par an et par habitant. L'utilisation annuelle de 4 brosses est préconisée. De même parallèlement, 198,5 millions de tubes de dentifrice ont été vendus, soit 3,5 par an et par habitant. Or six seraient nécessaires au maintien d'une bonne hygiène dentaire.

⁴ Cependant, les relations entre l'Etat et l'UFSBD tendent à se structurer par conventionnement (Ministère de l'Education Nationale) ou par commande d'enquêtes (Ministère des Affaires sociales).

1.2 Le système français n'offre pas une prise en charge optimale

Malgré l'amélioration globale de l'état bucco-dentaire, de nombreux rapports soulignent les lacunes de la prise en charge financière des soins dentaires. A ces défaillances du système de protection sociale s'ajoutent aussi des insuffisances dans l'offre de soins.

1.2.1 De fortes inégalités devant l'offre de soins

Au regard d'études menées par le CREDES, les Français ne seraient pas égaux devant l'accès aux soins dentaires. Dans ce domaine, les remboursements ne représentent plus aujourd'hui que 2,7% du total des remboursements de l'Assurance Maladie.

1.2.1.1 Les motifs de renoncement aux soins

Les motifs de non recours aux soins dentaires sont multiples, variables selon l'âge, et ne se limitent pas à des raisons financières.

- En ce qui concerne l'âge, le renoncement est maximal entre 30 et 40 ans. Il s'agit du premier besoin médical non satisfait pour cette partie de la population. En effet, c'est à cet âge que les besoins prothétiques sont les plus élevés.
- Le renoncement aux soins dentaires suit, en second lieu, l'échelle sociale. Une analyse plus poussée à partir des enquêtes du CREDES de 1988 à 1991, montre que ce taux de renoncement est de 12,9% chez les ouvriers non qualifiés et de 9,4% chez les cadres supérieurs.
- En troisième lieu, le niveau de la protection complémentaire a des incidences non négligeables sur le non recours aux soins. Le taux de renoncement augmente quand la prise en charge des soins dentaires par la couverture complémentaire est moins bonne.
- Enfin, le niveau de recours aux soins dentaires est directement corrélé au revenu. Les classes de revenus les plus bas dépensent 2,6 fois moins pour les soins dentaires que les classes de revenus les plus élevées.

Au total, tous ces facteurs sont liés entre eux, et les effets peuvent se cumuler pour aboutir à des taux de renoncement relativement élevés ⁵.

1.2.1.2 Les carences du régime de base

- Le taux de remboursement des soins prothétiques par l'Assurance Maladie demeure relativement bas au regard du prix fixé par les praticiens. Par exemple, la couronne, indispensable quand la dent est très délabrée, est remboursée 493 francs pour un prix variant entre 2 000 et 8 000 francs ; la dent à pivot, quand la carie a infecté la majeure partie de la dent, est également remboursée 493 francs pour un prix de 4 000 à 5 000 francs.
- En outre, certains actes ne bénéficient d'aucun remboursement : greffes de gencives, orthodontie au-delà de 16 ans, maladies rares, etc .

⁵ CREDES, Ibid., p.13.

- Enfin, l'Assurance Maladie fixe le seuil de 3 500 francs mensuels pour une personne seule pour pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite, ce qui laissera en dehors du système des gens peu fortunés mais dépassant le seuil.

1.2.1.3 Une nomenclature obsolète

Depuis 1972, la nomenclature n'a pas été modifiée à l'exception d'une revalorisation très limitée des soins conservateurs précoces et des extractions. Mais les techniques et les indications thérapeutiques ayant considérablement évolué⁶, des actes qui n'existaient pas en 1972 n'ont jamais été inscrits dans cette nomenclature.

L'absence d'une revalorisation globale des soins conservateurs a incité les chirurgiens-dentistes à pratiquer davantage de soins prothétiques contribuant ainsi à accroître les inégalités d'accès aux soins. Les actes hors nomenclature représentent en moyenne un tiers des actes des cabinets dentaires mais contribuent pour deux tiers à leur chiffre d'affaires. Les marges de rentabilité sont donc souvent recherchées sur la pose de prothèses non assujettie à l'opposabilité.

1.2.1.4 Une tarification opaque et mal équilibrée

L'abandon de l'opposabilité au milieu des années 80 a accru la complexité du système de tarification et favorisé l'arrivée sur le marché des remboursements dentaires de nombreuses mutuelles et sociétés d'assurance privées.

L'Assurance Maladie ne remboursant que très partiellement les soins dentaires, le secteur assurantiel privé a fait de l'odontologie un véritable produit d'appel en développant des politiques marketing spécifiques sur ce créneau. Une forte concurrence est rapidement apparue au sein de ce secteur, aboutissant à des surenchères dans les taux de remboursement. Ainsi, profitant de la non-opposabilité des actes, ces sociétés mutualistes ou privées ont alimenté une dynamique inflationniste des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes. La fixation du prix final des soins est donc en partie déterminée par une donnée exogène sans rapport avec le coût réel de l'acte et le prix de revient des matériaux.

A cet égard, l'exemple de la tarification des actes prothétiques est très significatif. Pour une couronne coulée, le prix des soins facturés au patient dépend d'un coefficient multiplicateur appliqué par le praticien au tarif déterminé par le laboratoire du prothésiste. Ce prix n'est donc pas lié exclusivement à la préparation, la prise d'empreinte et la pose en cabinet. Le tarif du prothésiste n'est jamais porté à la connaissance du patient. Le coût de la façon d'une prothèse partielle amovible varie entre 1 000 et 2 000 francs alors qu'elle est facturée jusqu'à 6 000 francs au patient.

1.2.1.5 Les effets ambivalents de la Couverture Maladie Universelle

Comme il a été montré au début de cette analyse, le recours aux soins dentaires dépend largement du revenu des ménages. L'institution de la C.M.U. avait donc pour objectif principal, en matière de soins, de solvabiliser une demande non satisfaite tout en remédiant

⁶ A titre d'exemple, une incisive manquante sera plus facilement remplacée par un bridge, mutilant deux dents saines, mais remboursé en partie par la Sécurité Sociale, plutôt que par un implant (coût : 12 000 francs non remboursés). Le choix n'est plus médical, mais économique.

aux disparités de traitement induites par l'application du dispositif départemental de l'Aide Médicale Gratuite.

Cependant, la substitution de la C.M.U. à l'A.M.G. a fait naître certains dysfonctionnements, tels que le refus d'accueillir des bénéficiaires du nouveau dispositif ou leur transfert vers des centres de santé⁷.

De plus, la CMU complémentaire permet de prendre en charge les frais engagés en sus des tarifs de responsabilité pour les prothèses dentaires et les traitements d'orthodontie. Mais cette prise en charge est plafonnée à 2 600 francs pour une période de deux ans. Au vu des tarifs pratiqués par la profession, cette somme s'avère irréaliste.

Enfin, le régime dérogatoire tel qu'il est prévu par l'arrêté du 31 décembre 1999, notamment ses dispositions fondées sur la notion d' « impérieuse nécessité médicale », est contesté par de nombreux chirurgiens-dentistes⁸.

1.2.2 Une profession très autonome, bien structurée et peu soumise au contrôle

➤ Liberté d'installation et inégalités de répartition

La répartition géographique des cabinets dentaires est caractérisée par une préférence des praticiens pour le Sud de la France et pour les grands centres urbains.

En France, la densité moyenne des chirurgiens dentistes est de 1 pour 1 435 habitants. Les densités régionales⁹ varient de 1 à 2,3. A l'issue des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, il semble que ces disparités sont susceptibles d'être génératrices de pratiques abusives, motivées par un souci de rentabilité du cabinet dentaire aux dépens d'une prise en charge optimale du patient.

➤ Une profession indépendante et relativement homogène

Les chirurgiens-dentistes constituent une profession plus homogène que les autres professions médicales. En effet, elle est constituée de 96,3% d'omnipraticiens et de 3,7% de spécialistes ODF¹⁰ avec une forte prédominance du mode d'exercice libéral qui représente 88% de l'effectif pour 5,6% en exercice salarié. Le nombre de praticiens conventionnés atteint 98%¹¹. Il existe par ailleurs peu de différences entre la pratique libérale et la pratique hospitalière. Néanmoins, il existe de fortes disparités de revenus entre chirurgiens-dentistes et spécialistes comme en témoignent indirectement les chiffres d'affaires respectifs : soit en moyenne un million de francs pour les chirurgiens-dentistes et entre deux et trois pour les O.D.F.

Cette profession a pour caractéristique d'être bien structurée. L'Ordre des chirurgiens-dentistes y est moins contesté que celui des médecins. Le taux de syndicalisation y est important. La Conférence Nationale des Syndicats Dentaires (C.N.S.D.) regroupe environ 18 000 adhérents, soit 50% des effectifs de la profession¹². L'Association dentaire française (ADF) fédère l'ensemble de la profession : syndicats, sociétés scientifiques, collèges d'enseignants, Union française de santé bucco-dentaire (UFSBD). La profession organise sa formation continue en toute indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics et de l'Ordre.

⁷ *Le chirurgien-dentiste de France*, n°997, 14 septembre 2000, p10

⁸ Ibid.

⁹ En région Provence - Alpes - Côte d'Azur, cette densité est d'un praticien pour 960 habitants, un sur 2 230 en Basse et Haute Normandie. (Source : Supplément au B.O. du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, 3^{ème} trimestre 1997).

¹⁰ B.O. du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, 3^{ème} trimestre 1997.

¹¹ *Bloc-notes statistiques*, Le secteur libéral des professions de santé, CNAMTS, 1995-96.

¹² COME, Situation de la Santé dentaire en France, avril 1995.

La particularité du remboursement des soins dentaires par rapport aux autres soins médicaux renforce la spécificité de l'exercice. Cette spécificité s'illustre par l'entente directe avec le patient pour la fixation de certains tarifs¹³, la non opposabilité de nombreux actes, la participation financière importante des mutuelles et compagnies d'assurances privées et une participation de l'Assurance Maladie de plus en plus faible. Alors que l'Assurance Maladie remboursait 43,8% des soins en 1985, elle prend en charge 31,6% des soins en 1996¹⁴. Cette spécificité a créé une situation originale par rapport aux soins médicaux. Les soins dentaires peu coûteux sont mieux remboursés que les soins les plus onéreux.

De plus, le *modus vivendi* qui prévaut encore aujourd'hui suite à un accord tacite entre les pouvoirs publics et les syndicats professionnels permet de compenser la sous-cotation des soins conservateurs par une grande liberté de tarification des soins prothétiques. Ceci a contribué à renforcer un sentiment d'autonomie poussant certains praticiens à des attitudes commerciales¹⁵ incompatibles avec le Code de déontologie qui recommande de déterminer les honoraires « *avec tact et mesure* ».

Cette situation a également rendu difficiles l'approfondissement des contrôles et l'émergence d'une culture de l'évaluation des pratiques. Il n'existe pas d'organisme indépendant chargé de l'évaluation des soins et des techniques et de l'accréditation de la formation continue. De plus, le contrôle dévolu aux dentistes-conseil du Service Médical de la CNAMTS est limité en raison de l'obsolescence de la nomenclature et de l'échec d'une maîtrise médicalisée par l'intermédiaire des références médicales opposables (RMO). En outre, ces contrôles se heurtent à la complexité des procédures administratives lors d'une mise en cause des pratiques d'un praticien libéral. Les dentistes-conseil n'ont, de toutes façons, qu'une influence très modérée sur l'évolution des dépenses globales de soins dentaires du fait de la non opposabilité de nombreux actes.

Néanmoins, l'autonomie et l'homogénéité relative de la profession ont permis des actions coordonnées de prévention et de dépistage à l'initiative des praticiens eux-mêmes. Leurs démarches se sont révélées efficaces par le biais de l'UFSBD. Dans le même temps, ces actions de prévention ont cependant pu constituer, dans une certaine mesure, un obstacle à la définition d'une politique globale de santé publique comme nous l'avons vu précédemment.

La prévention et le dépistage reposent sur une association financée par des fonds privés provenant pour une part de sociétés industrielles du secteur bucco-dentaire. Ces modalités de financement peuvent éventuellement poser le problème de l'indépendance de l'UFSBD.

En définitive, même si la disparité de l'offre de soins dentaires sur le territoire ne semble pas être directement préjudiciable aux patients, elle peut susciter des pratiques très différentes d'un praticien à un autre. En effet, le souci légitime d'effectuer des soins rentables pour faire face aux contraintes économiques supportées par les cabinets dentaires peut inciter des chirurgiens-dentistes à privilégier des soins prothétiques plutôt que des soins conservateurs. Or l'histoire et la structure de cette profession n'a pas permis la mise en place d'un contrôle strict et l'institution d'un organisme d'évaluation indépendant. Parallèlement, cette situation a aussi donné aux dentistes une marge de manœuvre suffisante pour mettre en place des mesures de prévention à l'échelle nationale dès les années 60 alors que les pouvoirs publics ne considéraient pas la prévention bucco-dentaire comme une priorité de santé publique.

¹³ Les tarifs fixés peuvent être influencés par le niveau de prise en charge complémentaire des patients.

¹⁴ Comptes nationaux de la santé, SESI, 1997.

¹⁵ Essentiellement au niveau du coefficient appliqué au prix de la façon de la prothèse qui déterminera le montant total des honoraires facturés au patient.

2 LES INSUFFISANCES DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES JUSTIFIENT UNE REFORME DU SYSTEME QUI NE DOIT CEPENDANT PAS EN BOULEVERSER L'EQUILIBRE GENERAL

2.1 Les principes retenus pour l'élaboration de réformes visant à améliorer la prise en charge des soins dentaires

2.1.1 Les enjeux : les soins dentaires comme véritable priorité de santé publique

Il s'agit de mettre en place une réelle politique de santé publique dans le domaine des soins dentaires, politique à laquelle seront assignées plusieurs finalités.

Les réformes envisagées doivent en effet viser à améliorer l'état de santé bucco-dentaire, lutter contre l'exclusion des soins, garantir l'accessibilité à tous de soins de qualité, stabiliser la contribution directe des ménages et maîtriser le volume total de dépenses de soins dentaires.

2.1.2 Les hypothèses retenues

Nos propositions reposent sur les hypothèses suivantes :

- une réforme à coût zéro ou à coût modéré ;
- le maintien de l'assurance maladie dans la prise en charge des soins dentaires ;
- la prise en charge des soins dentaires (préventifs et curatifs) reste assurée par le secteur libéral.

2.2 Définition de propositions au regard des contraintes actuelles

2.2.1 Une réforme du cadre institutionnel

- Une redéfinition des principes de valorisation des soins dentaires s'avère nécessaire

L'objectif d'une politique de santé publique étant de conserver en bon état la denture naturelle des populations par la prévention et les soins conservateurs, il apparaît légitime qu'ils soient réévalués au même titre que les soins de parodontopathies.

Cette revalorisation aurait également pour effet de lutter contre le déséquilibre croissant entre soins conservateurs et soins prothétiques dans la structure du chiffre d'affaires du cabinet dentaire.

Le principe d'opposabilité devrait être appliqué à l'ensemble des soins dentaires (hors O.D.F.), afin de garantir le principe d'égalité d'accès aux soins ; des mesures transitoires de plafonnement seraient probablement nécessaires pour permettre aux praticiens de s'adapter. Une évaluation de la tarification et des pratiques professionnelles devrait être réalisée. En tout état de cause, dans un contexte de réforme à coût zéro, étant donné le

principe de revalorisation des soins conservateurs, les prix opposables de la prothèse seront inférieurs à la moyenne des prix actuellement pratiqués.

Dans ce contexte, la transparence des devis est indispensable : le prix de la prothèse et le montant des honoraires des dentistes doivent être clairement spécifiés sur les devis. A terme, les honoraires applicables à ces actes devraient être déterminés par des coefficients inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et valorisés par des lettres-clés.

En ce qui concerne l'ODF, nous proposons la mise en place d'un panier de soins avec définition de plusieurs indices de gravité allant des problèmes fonctionnels aux considérations purement esthétiques ; chacun de ces indices de gravité définirait un niveau de prise en charge avec refus dans certains cas.

➤ La mise en place d'un système de recueil d'informations pourrait passer par la création d'observatoires régionaux de soins dentaires prenant en partie exemple sur les observatoires régionaux de la santé (ORS) et fédérés au niveau national par un observatoire national des soins dentaires (ONSD).

- Ces observatoires participeraient au recueil de données en vue d'études épidémiologiques.

- La transparence de l'information est une des conditions nécessaires à la régulation économique du marché. La recherche d'information concerne deux variables : le prix et la qualité. Cette recherche suppose des investigations complexes, qui nécessitent du temps et une certaine expertise. Cette structure de recherche et d'expertise serait donc entièrement dédiée à la réflexion relative aux soins dentaires.

- Un tel dispositif pourrait contribuer à réduire le degré d'asymétrie d'information entre le chirurgien-dentiste et le patient. Dans le domaine des soins dentaires, en effet, le patient dispose d'une information faible ou biaisée¹⁶.

➤ L'évaluation des soins pourrait être prise en charge par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'ANAES pourrait notamment s'appuyer sur les travaux menés par ces Observatoire des Soins Dentaires.

➤ Une structure indépendante serait chargée d'accréditer la formation continue en odontologie (F.C.O.). Le dispositif envisagé pourrait s'appuyer sur le Comité National de Formation Permanente en Odontologie (C.N.F.P.O.), déjà en place et co-présidé par le C.N.O.C.D et l'A.D.F. Le renforcement de l'indépendance de cette structure serait souhaitable. L'ANAES, l'ONSD ainsi créé et le ministère chargé de la santé participeraient à ce dispositif. La mise en œuvre de cette formation serait assurée par les associations de formation continue existant actuellement au niveau départemental. Cette formation devrait recevoir une accréditation de la part du C.N.F.P.O. pour être validante et pour bénéficier d'un financement de la part du Fond Interprofessionnel de Formation pour les Professions Libérales (F.I.F.P.L.) déjà alimenté par les cotisations obligatoires des praticiens. Une formation continue minimale serait obligatoire pour tous les praticiens avec validation du suivi par les Ordres départementaux ou régionaux.

➤ La Couverture Maladie Universelle, en introduisant la notion positive d'opposabilité, apparaît cependant financièrement limitative pour le praticien. De plus, par le biais des dérogations consenties (O.D.F. et « impérieuse nécessité médicale »), elle peut être

¹⁶ Comme l'information médicale, l'information en matière de soins dentaires est complexe. Cette complexité conduit le patient à s'en remettre au dentiste dont la fonction consiste alors à décider à sa place et dans son intérêt. Le praticien devient par conséquent le mandataire ou l'agent du malade.

paradoxalement source d'inégalités pour l'accès aux soins et générer des dérapages financiers. Si l'opposabilité était introduite pour l'ensemble des soins dentaires (hors O.D.F.), il ne serait probablement plus nécessaire de maintenir une tarification propre à la C.M.U.

2.2.2 L'organisation des soins

Il semble possible d'améliorer l'état bucco-dentaire de la population en agissant dans plusieurs domaines :

➤ La prévention et le dépistage

Actuellement l'essentiel de la prévention est assuré bénévolement par les praticiens libéraux par le biais de l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire. L'acte de dépistage prévu par la convention de 1997 est un premier pas dans le renforcement des actes de prévention et de dépistage en cabinet qu'il serait souhaitable d'étendre à d'autres âges de la vie.

Par ailleurs il serait souhaitable d'insister sur l'examen bucco-dentaire lors d'autres visites de prévention :

- visites médicales scolaires ;
- visite médicale prénuptiale ;
- visites médicales effectuées par la médecine du travail.

Certains pays comme l'Allemagne ont choisi de responsabiliser les usagers en instaurant l'obligation de procéder chaque année à un dépistage dentaire. L'utilisateur qui ne respecte pas cette procédure est moins bien remboursé par la suite des soins dentaires coûteux. En revanche, s'il effectue cette visite annuelle, tous les soins donnent lieu à un remboursement conséquent. C'est une disposition sur laquelle il convient de s'interroger en France où les habitudes culturelles laissent à penser que l'incitatif tend souvent à donner de meilleurs résultats que le répressif.

L'action de prévention du chirurgien-dentiste devrait davantage s'inscrire dans une logique de partenariat avec le pédiatre, le médecin généraliste et la Protection Maternelle Infantile. Cette action est en effet essentielle pour les enfants de 0 à 6 ans. Le fluor est considéré comme un agent carioprophyllactique efficace. Les prescriptions de suppléments de fluor doivent être établies en fonction du bilan fluoré qui prend en compte l'eau de boisson, le sel fluoré, le dentifrice, les habitudes alimentaires et l'analyse du risque carieux chez l'enfant de moins de 6 ans¹⁷. L'information des professionnels de santé est ici fondamentale.

Certaines mesures préventives comme le scellement de sillons peuvent être envisagées. Une évaluation de cette pratique semble néanmoins nécessaire.

➤ L'hygiène et le dossier médical

Actuellement, aucun contrôle d'hygiène n'est réalisé dans les cabinets dentaires. Les risques liés aux maladies transmissibles comme le SIDA, les hépatites C et D, ainsi que les ATNC (agents transmissibles non conventionnels), devraient pourtant conduire les autorités sanitaires à vérifier la bonne stérilisation des matériels utilisés d'une part et le respect des

¹⁷ « Le point sur le fluor » UFSBD, juin 2000.

procédures en vigueur d'autre part. L'affichage des consignes d'hygiène (masque, port de gants stériles, désinfection) est de nature à rassurer les usagers.

Plusieurs mesures pourraient être envisagées pour pallier ces problèmes d'hygiène. Il est d'une part possible d'instaurer des visites régulières de contrôle à la charge des médecins ou pharmaciens inspecteurs de santé publique. D'autre part, la mise en place d'une certification pour chaque cabinet constituerait un « label », une garantie de qualité et de sécurité des soins et pourrait s'inscrire dans une démarche d'accréditation prévue par l'ANAES.

Un accroissement du nombre de dentistes-conseil permettrait un meilleur contrôle des dossiers médicaux. Les 350 dentistes-conseil de l'Assurance Maladie essaient actuellement de procéder aux contrôles des actes. Il est cependant fort probable que par manque de temps et de personnel, bon nombre d'abus ne soient pas détectés et sanctionnés. L'opposabilité devrait permettre de renforcer leur action.

➤ Les réseaux

Au sens de l'article L. 712-3-2 du Code de la Santé Publique, « *un réseau de soins est un ensemble organisé et agréé de plusieurs personnes physiques ou morales, dites acteurs du réseau. De compétences complémentaires, elles agissent pour l'amélioration de la prise en charge d'un ensemble de patients dans une zone géographique déterminée et sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades* »

Les ordonnances n° 96-345 relative à la maîtrise des dépenses de soins et n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996 soulignent l'importance des réseaux comme moyens d'une meilleure prise en charge des usagers.

La circulaire¹⁸ du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, fait le point sur les réseaux actuellement en exercice en France. Il n'y a pas de réseaux de soins dentaires dans notre pays.

Par le biais de tous ces textes, les pouvoirs publics pourraient tenter de mettre en place un réseau de soins dentaires. Deux types de réseaux pourraient être envisagés :

- un réseau fondé sur une logique de prévention et de collaboration entre acteurs de santé : chirurgiens-dentistes, les pédiatres, les médecins généralistes, la médecine scolaire et la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- l'organisation de gardes pour les urgences pourrait entrer dans le cadre du fonctionnement des réseaux.

¹⁸ Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999.

CONCLUSION

Au terme de cette analyse du système de soins dentaires français, il apparaît que la prise en charge des patients n'est actuellement pas satisfaisante. Même si l'amélioration de l'état bucco-dentaire a été très nette au cours de ces dernières décennies, une partie de la population n'a toujours pas accès aux soins pour des raisons financières. Même si la création de la CMU a favorisé l'accès aux soins pour les plus démunis, des réajustements profonds du système s'imposent.

Pourtant, en dépit de l'évolution de la demande des patients, l'organisation des soins dentaires ne constitue pas aujourd'hui un enjeu politique majeur. Cependant, un débat public s'impose pour définir les conditions d'une réforme qui prendrait en compte les logiques des différents acteurs.

Cette analyse a montré qu'un certain nombre de mesures peuvent être mises en œuvre sans que l'économie du système en soit bouleversée. Ces mesures doivent demeurer dans une logique de négociations conventionnelles avec, pour objectif, d'assurer aux patients un accès à des soins de qualité. Aussi, comme il a été développé dans cette étude, deux axes de réformes peuvent être privilégiés : le cadre institutionnel de l'exercice dentaire et l'organisation des soins. La revalorisation des soins conservateurs, une meilleure information des patients, l'inscription des soins dentaires dans une logique de réseaux, l'institution d'instances d'évaluation et de contrôle et la définition d'indices de gravité en matière d'ODF sont autant de mesures qui peuvent améliorer la prise en charge des soins dentaires.

En définitive, cette étude a montré la place originale occupée par le domaine des soins dentaires dans le système sanitaire et dans celui de la protection sociale. Toute réforme devra être fondée sur la concertation des acteurs et le souci de rendre compatibles des logiques actuellement soumises à des forces centrifuges. Les pouvoirs publics n'ont-ils pas désormais l'obligation de mettre en œuvre une nouvelle logique partenariale ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

CHATAGNER F., « *La protection sociale, des réformes inachevées* » Le Monde Éditions, 1998.

« *Convention Nationale des chirurgiens-dentistes* » avril 1997.

HESCOT P., ROLAND E., « *La santé dentaire en France* » enquête de l'UFSBD, 1998.

« *La santé bucco-dentaire en chiffres* » Étude COME/ADF, ADF Paris 1998.

MIZRAHI An. , MIZRAHI Ar. , « *Évolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins* » étude du CREDES, Paris, 30P, décembre 1993.

PHELPS C., « *Les fondements de l'économie de la santé* » PubliUnion Éditions 1995.

SAILLY J.C., LEBRUN T., MENNERAT F., « *Situation de la santé dentaire en France. État des lieux, orientations stratégiques* » rapport du COME, Paris, 173P, avril 1995

TANTI-HARDOUIN N., « *Economie de la santé* » A. Colin Paris 268P, 1994.

Revues :

« *Actualité. Enquête : Soins dentaires* », magazine « 60 millions de consommateurs », n°324, P20 à 23, janvier 1999.

DUFOUR F., « *Analyse comparée des systèmes de santé dentaire de l'Union européenne* » revue Médicale de l'Assurance Maladie, CNAMTS, Paris, n°3, P98 à 111, 1998.

« *La CMU : la mise en route s'annonce délicate* », Protection sociale Informations, n°222, P1 à 3.

« *La protection sociale et la santé des français* », Questions de sécurité Sociale, n°554, P21 à 27, janvier 2000.

« *Le Chirurgien-Dentiste de France* » n°988/989, 95P, juin 2000.

MAYARD-PONS M.L., « *Prévention de la carie dentaire, problème de santé publique* » Revue Médicale de l'Assurance Maladie, CNAMTS, Paris, n°2, P92 à 102, 1996.

MICHEL J. C., « *Traitements dentaires dans le cadre de la couverture maladie universelle* » Le Chirurgien-Dentiste de France, n°997, P10, septembre 2000.

« *Presse : Dépêches sélectionnées : La CMU* » Le Chirurgien-Dentiste de France, n°994/995, P23, juillet 2000.

Thèses et mémoires :

BARTHES D. et collaborateurs « *Précarité et soins odontologiques* » module interprofessionnel de santé publique, ENSP, 1999.

« *Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins* », Étude de la CNAMTS, 166P, juillet 1999.

LE GALL D, « *Conditions d'exercice de l'odontologie dans la CCE : l'existant en 1993* » Thèse de doctorat de l'université de Bretagne occidentale, mai 1993.

Sites consultés :

www.ccomptes.fr

www.cnsd.com.fr

www.galeriesociales.com.fr

www.mutualite.com.fr

www.ordre.chirurgiens.dentistes.fr

www.patrimoine.com/professions/liberales/profdent.

www.ujcd.com.fr

www.ufsbd.com.fr

www.webdent.com.fr

PERSONNES RENCONTREES

Dr AUGER C.
Secrétaire général de l'UFSBD à Paris

Dr BUGET
Consultant en ingénierie dentaire

Dr BURLAT J.P.
Chirurgien-dentiste, praticien libéral

Dr CHARTON
Caisse Nationale de Prévoyance. Assurances Générales de France

Dr CUENIN
Vice-président du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens dentistes à Rennes

Pr DELATTRE J.P.
Chirurgien dentiste, chef de service du centre de soins dentaires au CHU de Rennes

Dr HANACHOWICZ Léo
Conseiller dentaire auprès du Ministre de la Santé de 1969 à 1993
Président fondateur de l'UFSBD de 1966 à 1991
Secrétaire Général de l'ADF de 1970 à 1991

Dr KRISCHER J.M.
Chirurgien-dentiste, ancien président de l'UJCD

Dr MAGNIERE
Maître de conférence à la faculté d'odontologie de Rennes

Dr. MICHEL J.C.
Vice-président de la CNSD

Dr PILVEN
Chirurgien dentiste conseil. Service médical de la CPAM à Rennes

Dr PREHEL J.
Dentiste conseil national, CNAM, responsable de la mission chirurgie dentaire

Dr. WOIMANT H.
Stomatologiste, Unité de stomatologie hôpital Saint Antoine, AP.HP.

YAHIEL M.
Inspecteur Général des Affaires Sociales, IGAS
Chargé par le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité d'une mission sur l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires

LEXIQUE

Consommation médicale : valeur des biens et services médicaux utilisés sur le territoire métropolitain, pour la satisfaction directe des besoins individuels. La consommation médicale comprend les services de soins médicaux acquis sous une forme marchande ou non marchande.

Consommation médicale totale : agrégat utilisé par les comptes nationaux de la santé qui regroupe la consommation de services et de biens médicaux ainsi que la consommation de services individualisés de médecine préventive.

Convention médicale : texte réglementaire approuvé par arrêté ministériel, fixant les termes d'un accord qui unit les professionnels de santé français à exercice libéral aux caisses primaires d'assurance maladie.

Enquêtes transversales : forme d'étude qui porte sur une population définie, dans laquelle on recueille des informations une seule fois pour chaque individu. Elles sont destinées à compléter le système d'information constitué par les statistiques sanitaires et à répondre à des questions ou des hypothèses scientifiques.

Epidémiologie : étude des rapports existant entre les maladies ou tout autre phénomène biologique, et divers facteurs (mode de vie, milieu ambiant ou social, particularités individuelles) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution.

Honoraires : mode de rétribution d'un professionnel de santé lorsqu'il exerce sa pratique en secteur libéral.

Implantologie : elle réunit les mêmes considérations que la partie précédente. Elle est une avancée pour les personnes privées de dents. Cette discipline exige le recours à un plateau technique chirurgical.

Lettre-clé : signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP): système de valorisation français de l'activité des professionnels de santé exerçant en secteur libéral fondé sur l'utilisation de lettres-clés.

Numerus clausus : mode de contrôle des dépenses de santé basé sur la limitation du nombre d'étudiants autorisés à intégrer une filière de formation à une profession de santé.

Odontologie chirurgicale : elle nécessite le recours à un plateau technique et à de nombreux matériels (asepsie, matériel à usage unique...) Cette chirurgie peut être préventive (germectomie), conductrice (dégagement chirurgical) ou parcellaire (amputation ou hémisection). Cette discipline tend à être de plus en plus délaissée. Cependant, elle demeure nécessaire dans certaines pathologies. Actuellement, il peut même être pratiqué des greffes de gencives.

Odontologie conservatrice : au fil de l'amélioration des connaissances, des matériels, des matériaux (amalgames, résines, traitements anti-infectieux....) et des techniques, les soins

de conservation se sont considérablement développés. Traiter la dent « malade » afin d'aboutir à sa conservation devient un enjeu progressivement réalisé car réalisable. Sans oublier que les soins prodigués sont de plus en plus durables et esthétiques.

Offre de soins : ensemble des services et des biens mis à disposition par les producteurs de soins de santé.

Orthopédie dento-faciale ou orthodontie : cette discipline a connu depuis les 25 dernières années une formidable progression. En effet, de nombreux progrès sont à souligner autant sur le plan diagnostic que sur le plan des connaissances mais aussi de la science des matériaux. Cependant si les traitements semblent moins contraignants que par le passé, leur efficacité semble difficilement prouvable dans de nombreux cas.

Parodontologie (traitement des maladies des gencives et de l'os alvéolaire) : cette discipline est enseignée dans les facultés dentaires depuis 1972. Elle a largement contribué à la conservation durable et croissante de la denture naturelle.

Prévalence : nombre de cas de maladie, ou de tout autre événement médical, enregistré dans une population déterminée, et englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

Prise en charge : contribution de la collectivité au financement que doit assumer l'individu pour répondre aux aléas de l'existence tels que maladie, invalidité, accidents du travail, maternité, famille, vieillesse.

Programme de santé : ensemble des moyens mis en œuvre pour fournir à une population donnée des services organisés en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé qui aura été identifié.

Prothèse : Il existe différents types de prothèses (amovibles ou fixes). Le recours à la prothèse est un constat d'échec car il signifie l'impossibilité de conserver la dent d'origine. Elle permet cependant d'offrir aux patients la reconstitution d'une dentition nécessaire à la mastication dans le respect de normes esthétiques.

Soins ambulatoires : soins dispensés sans hospitalisation. Ils peuvent être dispensés par des médecins, des auxiliaires médicaux ou des dentistes. Ils comprennent également les analyses de biologie médicale et les cures thermales.

Techniques d'investigations : la radiographie et la radiovisiographie ont contribué à améliorer la qualité du diagnostic. L'apparition de la radiographie tridimensionnelle et son application en chirurgie maxillaire devrait se développer.

Ticket modérateur (TM) : part des frais non pris en charge au titre de l'assurance maladie par les régimes de sécurité sociale laissée à la charge de l'assuré.