

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

Thèse-TOU3-3056

THESE

Pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par
Alexandre CHATINIÈRES
Le 21 octobre 2019

**Instauration du « RAC 0 » en odontologie,
les différents points de vue exprimés.**

Directeur de thèse : Pr Olivier HAMEL

JURY

Président	:	Pr Olivier HAMEL
1 ^{er} assesseur	:	Dr Jean-Noël VERGNES
2 ^{ème} assesseur	:	Dr Paul MONSARRAT
3 ^{ème} assesseur	:	Dr Mathieu MARTY



Faculté de Chirurgie Dentaire

→ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONNIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

Mr Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

Mr Franck DIEMER (*Formation Continue*)

Mr Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

Mr Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

→ PERSONNEL ENSEIGNANT

→ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER +

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

→ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIET-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mr. BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants : Mme ARAGON, Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES,

Assistant : Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD, Mme FOURNIER

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL

Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeurs d'Université : Mme COUSTY,
Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS,
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI, Mr. SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mme. RAPP, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr. FISSE Mr. GAILLAC,
Assistant Associé : Mme BEN REJEB,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mr. HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : Mr. FLORENTIN, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE,
Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mr. SOLYOM,
Mr. KNAFO, Mr. HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU,
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 05 septembre 2019

Je souhaite remercier au travers de cette thèse,

Mes **parents**, de m'avoir toujours poussé à travailler ; sans vous je n'en serai certainement pas là aujourd'hui. Cette réussite est la vôtre. Je prends aujourd'hui ma revanche sur les facultés qui ont refusé mon dossier scolaire.

Eric, de m'avoir constamment soutenu, comme un fils.

Ma sœur **Claire**, de garder ton esprit critique pour me faire réfléchir, je te souhaite de réussir !

Ma **famille**, pour tous ces moments passés ensemble et tous ceux à venir.

Les copains de la **faluche** dentaire, d'être devenu des amis, rencontrés sur les terrains avec la **DREAM** : Pagès, Crap, Francis, Théo, JV, Ludo, Aurel, Paulo, Flash, Benji ; ou rencontrés **partout ailleurs** Juliette, Maxence, Olympe, Chloé, Emma, Marie, Charlotte et Yona.

Mention spéciale à mes **roses** préférés !

L'**AECDT**, notre belle corpo, de m'avoir fait découvrir le milieu associatif (et ses soirées) en occupant différents postes ainsi que de m'avoir permis de rencontrer d'autres étudiants de par la France.

Ma **binôme**, Aurélie, d'avoir eu la patience et la réflexion qui me manquait parfois (souvent).

Mes copains de **promo**, que j'espère ne pas perdre de vue, Clémence, Flora, Tom, Bruno, Elsa, Quentin, pour ces belles années passées ensemble.

Aux **amis** d'avant la fac, que j'ai pu continuer à voir malgré la distance parfois, d'avoir fait ce bout de chemin avec moi. Je ne vous oublie pas.

Enfin, toutes les personnes que j'apprécie qui ont pu assister à ma soutenance.

Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive (le but n'étant pas de faire un catalogue) et je remercie toutes celles et ceux qui me connaissent et avec qui j'ai pu partager des bons moments.

A notre président de jury et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur **Olivier HAMEL**

- Professeur des Universités,
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires,
- Chef de Service - Service d'Odontologie du CHU de Toulouse,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire »,
- Docteur en Ethique Médicale et Biologique de l'Université Paris Descartes,
- Habilitation à Diriger des Recherches,
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté la présidence de notre jury de thèse en sus d'avoir dirigé ce travail.

Nous avons grandement apprécié votre investissement et votre aide pour trouver et creuser le sujet de cette thèse. Nous vous remercions également pour toutes ces années où vous nous avez partagé votre esprit critique.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profonde estime.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur **Jean-Noël VERGNES**

- Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier en Odontologie,
- Docteur en Épidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master 2 Recherche – Épidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Nous souhaitons vous remercier pour tout ce que vous nous avez apporté tout au long de nos études, sur les bancs de la faculté comme en consultation au CHU. Vos conseils et votre écoute nous ont permis de débiter sereinement notre métier de soignant.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner notre sincère reconnaissance.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur **Paul MONSARRAT**

- Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier en Odontologie,
- Master 1 Recherche – Biosanté et Méthodes d'Analyse et de Gestion en Santé Publique,
- Master 2 Recherche –Biosanté spécialité Physiopathologie,
- Lauréat de la faculté de Médecine Rangueil et de Chirurgie Dentaire de l'Université Paul Sabatier,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier - Spécialité Physiopathologie,
- Diplôme Universitaire d'Imagerie 3D maxillo-faciale,
- CES Biomatériaux en Odontologie.
- Diplôme universitaire de Recherche Clinique en Odontologie

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de participer à ce jury.

Tout au long de nos études nous avons pu admirer votre réelle implication à la faculté. Nous tenons également à vous remercier pour vos conseils avisés et votre aide dans l'apprentissage de notre art tant dans sa réalisation que dans sa cotation.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur **Mathieu MARTY**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciales
- Master 2 "Sciences de l'éducation Université" Paul VALÉRY Montpellier 3

*Nous vous remercions d'avoir spontanément
accepté de siéger dans ce jury.*

*Nous sommes reconnaissants de votre aide,
autant théorique que pratique. Nous ne saurons
oublier votre disponibilité, votre humilité et votre
humour. Vous avez réussi à nous faire
apprécier la pédodontie.*

*Veillez trouver ici l'assurance de notre profond
respect et notre profonde reconnaissance.*

Table des matières

Introduction et problématique	15
1. Description du processus	17
1.1. La nouvelle convention	17
1.1.1. Historique.....	17
1.1.2. Objectifs principaux.....	19
1.1.3. Le rééquilibrage.....	19
1.1.3.1. Description.....	19
1.1.3.2. Enjeux.....	20
1.1.4. Le reste à charge 0.....	21
1.1.4.1. Avant l'application effective de la mesure.....	23
1.1.4.2. Après l'application intégrale de la mesure.....	23
1.1.5. Récapitulatif des objectifs de la convention.....	24
1.1.6. Evolution prévue.....	25
1.2. Les paniers de soins	26
1.2.1. Le panier au reste à charge 0.....	27
1.2.1.1. Les reconstitutions corono-périphériques fixes.....	27
1.2.1.2. Les autres reconstitutions prothétiques.....	29
1.2.2. Le panier au reste à charge modéré.....	30
1.2.2.1. Les reconstitutions corono-périphériques fixes.....	30
1.2.2.2. Les autres reconstitutions prothétiques.....	31
1.2.3. Le panier au reste à charge Libre.....	32
1.2.3.1. Les reconstitutions corono-périphériques fixes.....	32
1.2.3.2. Les autres reconstitutions prothétiques.....	33
1.3. Application de la convention	34
1.4. Réévaluation du RAC 0	35
1.4.1. Clause d'indexation.....	35
1.4.2. Clause de revoyure.....	36
1.5. Récapitulatif	37
2. Les réactions	38
2.1. La presse grand public	38
2.1.1. Financement de la mesure.....	38

2.1.2. Les chirurgiens-dentistes	39
2.1.3. Les assurances complémentaires santé privées.....	41
2.2. La presse spécialisée	43
2.2.1. Avant la signature	43
2.2.2. Après la signature	43
2.2.3. Les syndicats dentaires.....	44
3. Analyse et discussion	45
3.1. Accès aux soins	45
3.2. Gratuité des soins ?	45
3.3. Dépenses de santé.....	46
3.4. Changement de modèle économique.....	46
3.5. Clause de revoyure	47
3.6. Politique de soins.....	48
3.7. Qualité des soins.....	49
Conclusion	50
Tables	51
Table des illustrations	51
Table des tableaux	51
Bibliographie.....	52

Avant-propos

« **Reste à charge des ménages** : Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire » DREES, 2017 [1]

Initialement ce travail devait être dédié à évaluer l'influence des **remboursements** du patient (régimes obligatoire et complémentaires) dans le **choix** de son plan de traitement. En effet, dans notre exercice, le reste à charge des ménages guide souvent la décision thérapeutique. J'ai véritablement pris conscience de cette pression économique avec la **pratique hospitalière**, lors de mes vacances en tant qu'externe au CHU (alors qu'en tant que salarié, nous n'étions pas soumis aux contraintes que peuvent rencontrer les praticiens libéraux).

Notre priorité en qualité de soignant est d'assurer la **pérennité** du traitement choisi tout en respectant le **gradient thérapeutique**. Nous proposons donc des plans de traitements en fonction de leurs adaptations au cas clinique et non de leurs valeurs pécuniaires. Pour le patient, ne saisissant pas nécessairement les enjeux des différents traitements, le **facteur financier** est un levier décisionnel majeur.

J'ai donc eu l'occasion de suivre au CHU un patient pour un traitement important (une augmentation de la DVO), nous avons étudié avec lui différentes solutions prothétiques. En opposant des restaurations prothétiques ayant la même finalité (dans notre cas, l'onlay/la facette face à la couronne périphérique) le choix a été porté sur l'option non pas la moins onéreuse strictement, mais la mieux remboursée, laissant le **moins de reste à charge**. Ceci même en lui faisant comprendre que la **mutilation** des tissus dentaires serait plus importante avec cette solution et que donc nous ne la recommandions pas.

Ne pouvant nous accorder, nous avons opté avec le patient pour une solution transitoire de **compromis** (résines composites occlusales importantes couplées à des résines autopolymérisables sur faces occlusales des dents prothétiques de PPAC). Ce qui devait permettre au patient d'épargner en attendant de réaliser le plan de traitement le **moins invasif**.

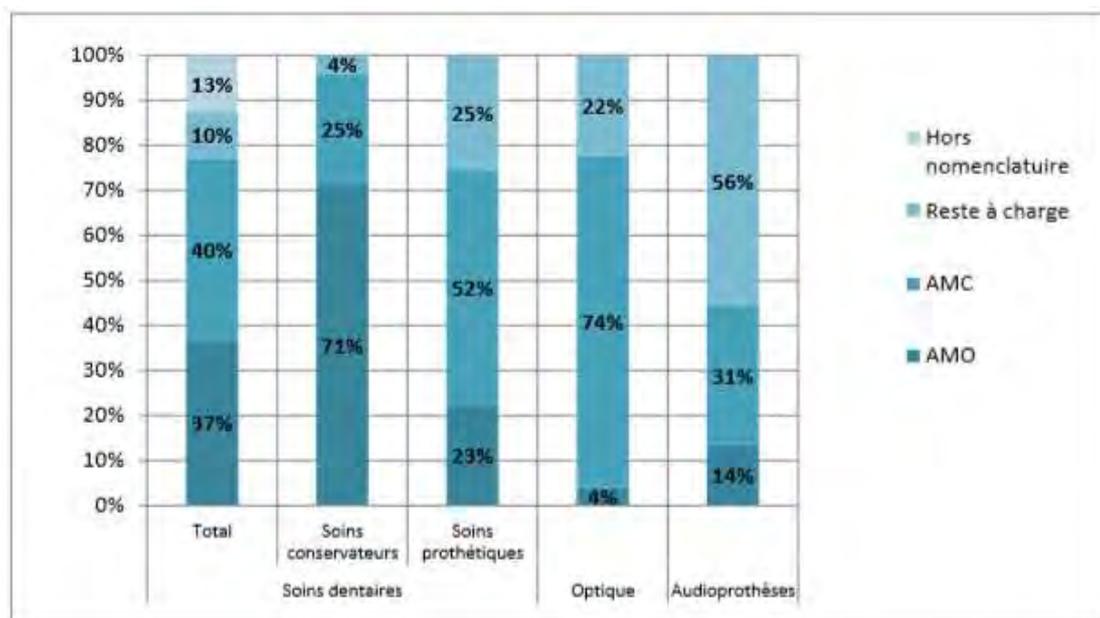
L'influence des remboursements dans notre **pratique quotidienne** est un véritable enjeu de **santé publique** que je souhaitais développer dans une thèse d'exercice. Au travers de la **nouvelle convention** et du principe de « reste à charge zéro », mon sujet de thèse a simplement trouvé un cadre de rédaction plus actuel.

Introduction et problématique

Le « reste à charge zéro », abrégé « **RAC 0** » ou encore appelé « **100% santé** », est une des **propositions de loi** concernant la santé que M. Emmanuel MACRON a avancé durant sa campagne électorale pour les présidentielles de **2017**.

Elle a pour but de prendre **intégralement** en charge certains soins prothétiques (jusqu'alors peu remboursés) pour 2022 afin de faciliter l'**accès aux soins**. Cette prise en charge concerne le domaine dentaire mais également l'optique et l'audioprothèse.

En effet, selon l'Assurance Maladie, **1 assuré sur 6** renonce encore aux soins dentaires, notamment lorsqu'il s'agit de restaurations prothétiques. [2], [3] Avant l'application de cette loi santé, la prise en charge moyenne des soins prothétiques dentaires n'était **pas intégrale** (au même titre que pour l'optique et l'audioprothèse), et ceci même pour des bénéficiaires d'une couverture santé complémentaire, soit 95% de la population française. [4]



Source : commission des comptes de la santé 2017

Figure 1 : Graphique représentant la part du reste à charge dans les secteurs ciblés par le RAC 0 [5]

Lors de l'annonce du projet de loi du reste à charge zéro, un **accueil mitigé** lui a été réservé, du côté des **soignants** notamment, mais aussi de celui du **grand public**.

A l'heure de l'écriture de ce manuscrit, nous assistons à une **accalmie**, mais les réactions devraient être plus nombreuses dès le 1^{er} janvier 2020, date de mise en place effective (pour le patient) de la mesure. Il nous a tout de même semblé intéressant d'observer dès à présent les **réponses** au dispositif. Il sera probablement pertinent de comparer une fois que la mesure sera intégralement mise en œuvre.

Quels sont les réactions à l'instauration du RAC 0 en odontologie, pour la population générale ainsi que pour les soignants ?

1. Description du processus

1.1. La nouvelle convention

La réforme du RAC 0 intervient pendant la **renégociation** de la convention qui lie les chirurgiens-dentistes à la caisse d'assurance maladie. Après l'**échec** des négociations conventionnelles du 4^{ème} avenant (2018), c'est le **règlement arbitral** (abrégé RA) qui a régi la pratique des chirurgiens-dentistes. Une **nouvelle convention** devant être négociée, la mesure annoncée s'y est simplement inscrit.

1.1.1. Historique

Les **chirurgiens-dentistes** signataires de la convention sont de fait liés à la **sécurité sociale** (depuis un peu moins de 50 ans), ladite convention organisant les rapports entre les deux partis cités. Elle permet notamment aux patients de prétendre au **remboursement** d'une majorité de soins prodigués par les praticiens concernés en échange d'une **opposabilité** des honoraires de ces mêmes soins.

La dernière **convention** était appliquée depuis le 14 juin **2006**. [6], [7] Elle a été reconduite tacitement à deux reprises en juin 2011 et 2016, s'enrichissant au passage de 3 avenants conventionnels. Ceux-ci ont été négociés par les partenaires conventionnels, qui sont :

- l'**UNCAM** (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie),
- l'**UNOCAM** (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire)
- les **syndicats représentatifs** de la profession ; à savoir la FSDL (Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux), l'UD (Union Dentaire) ainsi que la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) récemment renommée les CDF (Chirurgiens-Dentistes de France).

En septembre **2016**, la négociation d'un **4ème avenant** débute dans un ambitieux objectif de **rééquilibrage** de l'activité des chirurgiens-dentistes et de diminution du reste à charge des patients. Etant donné l'enjeu de cet avenant, le législateur a prévu qu'à **défaut de signature** avant le 1er février 2017, un règlement arbitral interviendra, mettant en place ce principe, notamment un plafonnement des actes prothétiques fréquents.

Dans ces conditions l'**UNCAM** fait une première **proposition** en décembre 2016, une seconde le 6 janvier 2017 et une troisième le 19 du même mois, toutes trois **rejetées**. Au constat de l'échec des négociations l'assurance maladie nomme un arbitre qui a alors un mois pour proposer, seul, un texte imposant les différents plafonnements et revalorisations via un **règlement arbitral**. [8]

Ce **règlement arbitral** est porté par l'arbitre Bertrand Fragonard, sa mise en place est reportée pour n'être effective qu'au 1^{er} janvier **2019**. Parallèlement, pour remplacer le règlement arbitral, une **nouvelle convention** commence à être négociée, celle-ci intègre alors dans ses textes le **RAC 0** qui nous intéresse. Elle a finalement été **signée** par 2 des syndicats représentatifs (>60%) de la profession : la CNSD et l'UD le 21 juin 2018 après que la FSDL ait quitté la table des négociations. [9]

La **nouvelle convention** voit alors son application débiter au 1^{er} avril **2019** et verra sa mise en œuvre **échelonnée** jusqu'au 1^{er} janvier **2023**. [10]

1.1.2. Objectifs principaux

Suivant la même politique de santé que le 4^{ème} avenant précédemment proposé pour enrichir la convention de 2006, la nouvelle convention vise principalement à **rééquilibrer** l'activité des chirurgiens-dentistes et permettre de diminuer le reste à charge des patients sur les soins prothétiques, facilitant par là-même la mise en place du **RAC 0**.

Les autres objectifs de la réforme, s'inscrivant dans la ligne directrice de la précédente convention seront énumérés au 1.1.4.

1.1.3. Le rééquilibrage

1.1.3.1. Description

Dans leur projet, les tutelles souhaitaient « rééquilibrer l'activité bucco-dentaire en faveur des soins précoces et conservateurs » [9], c'est-à-dire orienter encore plus la pratique actuelle vers une médecine bucco-dentaire moderne axée sur la **prévention** et la **conservation**. En volume d'**activité**, le déséquilibre est largement en faveur de ces **soins** dits « courants » (**80%** [11]), les soins prothétiques quant à eux sont bien moins souvent réalisés. C'est donc le **déséquilibre économique** liés à ces actes qui est réellement pointé du doigt, comme c'était déjà le cas depuis plus de 10 ans. [12]

Pour comprendre cette volonté de changement de **modèle économique** il faut se replacer dans le contexte de sa mise en place. En 1978 [3], les partenaires conventionnels ont convenu de ne revaloriser que faiblement les soins conservateurs **opposables** (qui tendent à conserver la dent). En contrepartie de cette limitation imposée, les chirurgiens-dentistes bénéficient d'une liberté tarifaire sur les actes dits à **entente directe** (principalement la prothèse, que l'on proposera pour remplacer l'organe dentaire, c'est-à-dire quand la dent est trop délabrée pour pouvoir la restaurer autrement). [13]

La valorisation de la **prévention**, de l'éducation thérapeutique ainsi que la favorisation de la mise en place de plans de traitements **moins mutilants** pour les patients (respect du **gradient thérapeutique**) doivent permettre de retarder voire d'**éviter** le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux (prodigués en **dernier recours**). [9] Une volonté de changement, en profondeur cette fois, de la politique de santé publique en faveur de la santé bucco-dentaire du patient semble avoir lieu.

1.1.3.2. Enjeux

Les nouveaux protocoles des **soins conservateurs** (matériaux, outils, ...) qui respectent les données acquises de la science [14] ne peuvent pas être réalisés dans les conditions tarifaires actuelles. Ces soins opposables (prévention, diagnostic, soin précoce, conservateur et chirurgie), n'ayant pas été revalorisés à hauteur des avancées technologiques, s'effectuent le plus souvent **à perte**. [13] Les partenaires conventionnels s'accordent pour reconnaître que les rémunérations actuelles ne **favorisent pas** les pratiques conservatrices pour l'organe dentaire. [9] Un cabinet dentaire ne pourrait pas se permettre de réaliser **uniquement** ce type de soin car ils ne recouvrent pas les charges liées au fonctionnement de l'entreprise. [13]

Les soins **prothétiques**, s'ils étaient **opposables** et facturés selon les bases de remboursements actuelles (au même titre que les autres soins opposables remboursés intégralement), ne **permettraient pas** non plus, pour les mêmes raisons l'**exercice** de l'art dentaire. C'est la possibilité d'entente directe sur les actes de prothèse notamment, qui permet actuellement de gommer les pertes économiques ; si ces actes sont minoritaires en **volume** d'activité (11%), ils représentent une source de **revenu** majoritaire pour le cabinet dentaire (64%). [9]

En l'absence de valorisation des soins courants, et avec un remboursement par la sécurité sociale des soins prothétiques qui n'a pas suffisamment évolué afin de suivre l'évolution de leurs coûts, les patients se retrouvent donc avec un **reste à charge élevé** (2,5 milliards en 2016 [1]). Pour rappel, la dernière revalorisation de la base de remboursement de la couronne dentoportée date de **1988**, permettant le passage de la **BRSS** (base de remboursement de la Sécurité Sociale) de 675F à 705F (**107,50€**). [15] La part de la prise en charge par la sécurité sociale est devenue de plus en plus faible (35% dans le secteur du dentaire, face aux 40% supportés par la complémentaires [3]). De ce fait, même avec une participation plus importante des régimes complémentaires, l'assuré se retrouve avec un **reste à charge** non négligeable (**23%** constatés sur les soins dentaires en moyenne, et **40%** sur les soins **prothétiques** spécifiquement [3]).

En imposant une limitation progressive de l'entente directe, et en réévaluant à la hausse la valeur de certains actes courants, les partenaires conventionnels espèrent **rééquilibrer** la balance du volume d'activité en regard des revenus engendrés.

1.1.4. Le reste à charge 0

« Le principe est de faire travailler ensemble les régimes obligatoires et complémentaires afin d'**augmenter les remboursements** ainsi que de faire jouer la **concurrence** [entre les mutuelles] et d'augmenter leur **transparence** [via des contrats types qui augmenterait leurs lisibilités] » annonçait le parti politique *En marche !* lors de la campagne pour les présidentielles de 2017. [16]

Concrètement, pour permettre une meilleure prise en charge des soins prothétiques, le RAC 0 s'appuie sur **3 acteurs** différents :

- le **praticien** de santé, ici le chirurgien-dentiste, qui voit une majorité (70%) de ses actes prothétiques – auparavant à honoraires libres fixés avec tact et mesure [17] – **plafonnée** dans leur tarification.

- l'**AMO**, assurance maladie obligatoire, qui doit relever sa **base** de remboursement sur les actes concernés (pour rappel, 70% de la base de remboursement est prise en charge par cet organisme [18]). La **part couverte** actuellement dans le secteur dentaire y est significativement plus **faible** que dans les autres domaines du soin, exceptés pour l'audioprothèse et l'optique. [5]

- l'**AMC**, assurance maladie complémentaire, qui devra rembourser le restant, c'est-à-dire la **part la plus importante**, tout en étant tenu de ne **pas augmenter** ses cotisations au-delà de l'inflation normale.

C'est par le biais d'une augmentation de la prise en charge des soins prothétiques que l'Assurance Maladie espère améliorer l'**accès aux soins**. La mesure touchera l'ensemble de la population, et devrait plus particulièrement permettre aux français renonçant actuellement aux soins pour raison financière (**16,8%** en moyenne) d'être suivi. [5]

A travers un **exemple concret**, voici une illustration des changements apportés :

1.1.4.1. Avant l'application effective de la mesure

Avant le 1^{er} avril 2019, les honoraires pour la réalisation et la pose d'une **couronne** céramo-métallique sur une incisive revenaient à **541€** en moyenne pour le patient. [5]

L'**AMO** couvrait 70% de sa base de remboursement, soit **75,25€** (un peu moins de 14% des honoraires). L'**AMC** (Assurance Maladie Complémentaire) et le **patient** se partageaient alors les $541€ - 75,25€ = 465,75€$ en fonction de la couverture que celui-ci a choisi de souscrire. En l'absence de couverture complémentaire, les 465,75€ étaient à sa charge.

Avant l'application de la nouvelle convention, dans les faits, il restait en moyenne **136€**[5] **à charge** du patient.

1.1.4.2. Après l'application intégrale de la mesure

Dès le 1^{er} janvier 2020, l'honoraire pour la réalisation et la pose de cette même couronne, appartenant désormais au panier au **RAC 0**, sera de **500€**

L'**AMO** couvrira 70% de sa nouvelle base de remboursement (augmentée de 12,50€) soit **84€**. L'organisme complémentaire prendra cette fois **intégralement** en charge les $500€ - 84€ = 426€$. Sans couverture complémentaire, les 426€ seront à la charge du patient.

Après l'application de la convention, pour un acte appartenant à ce panier RAC 0, le patient n'aura plus aucun **reste à charge**.

1.1.5. Récapitulatif des objectifs de la convention

La nouvelle convention tend principalement à **rééquilibrer** l'activité des chirurgiens-dentistes et permettre l'application du **RAC 0** qui facilitera l'**accès financier** aux soins prothétiques (**70%** de ces actes sont désormais limités dans leurs facturation [3], [19]).

Toujours dans une démarche d'accessibilité aux soins, les **mesures incitatives** à l'installation, notamment dans les **zones sous dotées**, restent en place.

D'autres objectifs d'accès aux soins et de conservation de l'organe dentaire sont également inscrits dans la nouvelle convention :

- une **revalorisation** progressive des soins **conservateurs** courants (obturations de lésions carieuses, traitements endodontiques, chirurgies simples, ...), afin de favoriser leur mise en œuvre, **échelonnée** sur 5 ans,
- une **revalorisation** de la base de remboursement des **inlays/onlays** (reconstitutions prothétiques qui pallient aux limites d'indications des reconstitutions foulées),
- une continuité dans la stratégie de **prévention** et l'**éducation sanitaire** (examen de prévention bucco-dentaire dès 3 ans et jusqu'à 24 ans),
- une continuité dans la politique d'**accès aux soins** dans les zones sous-dotées en praticiens avec des mesures incitatives à l'**installation**,
- une mise en place de remboursements sur de **nouveaux actes** (coiffage pulpaire direct, consultation d'urgence, pose de couronne provisoire),
- une **incitation** financière à la prise en charge des patients les **plus fragiles** :
 - x à besoins spécifiques (bénéficiant de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé abrégée **AEEH** ou de la **PCH**, Prestation de Compensation du Handicap),
 - x **diabétiques** (remboursement des bilans et assainissements parodontaux),
 - x sous **anticoagulants oraux** ou **AVK** (pour les actes chirurgicaux, nécessitant de prendre des précautions supplémentaires).

1.1.6. Evolution prévue

La nouvelle convention prévoit une **évolution** pour la CCAM, un groupe de travail ayant été créé afin de hiérarchiser les évolutions par leurs nécessités, la liste suivante n'étant pas exhaustive :

- l'intégration de **nouveaux actes** (prothèses fixes sur implants, prothèses transvissées, endocouronne,...) après avis de la HAS,
- la prise en charge de **nouveaux matériaux**,
- l'inscription des bridges cantilever et bridges collés qui ont déjà fait l'objet d'un avis HAS (tarifs et plafonds...) ;
- l'aménagement de certaines **règles** de facturation et d'association.

1.2. Les paniers de soins

Dans sa démarche pour **réguler la tarification** des soins prothétiques, la mesure prévoit de séparer les actes en **3 paniers** de soins distincts, un panier de soin étant un ensemble d'actes médicaux. A chaque situation sera adapté un panier. [9], [10]

- Le premier panier, est dit « **100% santé** » ou « **RAC 0** », ses honoraires sont plafonnés et les matériaux des reconstitutions sont imposés suivant la situation des éléments prothétiques. Celui-ci sera **intégralement remboursé** pour le patient (devrait concerner **45%** des actes prothétiques effectués aujourd'hui). L'orientation vers les différents paniers se fait par le choix de la technique, du matériau et de la localisation des éléments prothétiques.
- Un second panier aux **tarifs libres**, « **RAC libre** », permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (**30%**),
- Un troisième panier aux **tarifs modérés**, le « **RAC modéré** » avec **plafond** tarifaire, qui concerne les actes qui ne rentrent dans aucun des 2 paniers précédemment cités (**25%**).

Le choix de la prise en charge prothétique entre les différents paniers qu'ils soient sans reste à charge, à tarifs modéré ou libres, varieront selon la nature des matériaux utilisés et la localisation des dents concernées. Le principe retenu est qu'une **dent visible** doit pouvoir être remplacée par des matériaux qui garantissent une qualité **esthétique**, mais que cela est moins nécessaire pour une dent non visible comme une molaire. [2] C'est le choix du **remboursement** qui indiquera donc les matériaux et la technique à adopter dans le **traitement** du patient.

Il existe déjà actuellement un panier de soin aux honoraires prothétiques limités, celui-ci est réservé aux bénéficiaires de la **CMU-C** (Couverture Médicale Universelle Complémentaire) et de l'**ACS** (Aide au paiement d'un Couverture Santé) qui fusionneront au 1^{er} novembre 2019 pour former la **CMU contributive**. [20] Ces paniers provenant de la réflexion sur un dispositif de **solidarité** pour une population plus démunie, les plafonds sont plus bas que ceux du panier sans reste à charge. [21]

1.2.1. Le panier au reste à charge 0

1.2.1.1. Les reconstitutions corono-périphériques fixes

Pour les reconstitutions corono-périphériques fixes, ou plus simplement couronnes, le panier « RAC 0 » propose des **reconstitutions** métalliques, céramo-métalliques, en zircone monolithique, et enfin en céramique monolithique (non-zirconiennes) suivant leur **localisation** dans la bouche. C'est avec ce panier de soin que le patient n'aura pas de reste à charge ; **tout sera pris en charge** par l'assurance obligatoire et sa complémentaire s'il en a une. Le panier à RAC 0 représente **45%** des actes prothétiques nouvellement plafonnés. [3]

	Dents concernées	Avant application	Au 1 ^{er} avril 2019	Au 1 ^{er} janvier 2020
		BRSS 107,50€		BRSS 120,00€
Métallique HBLD 038	Toutes	/	320€	290€
Zircone Monolithique HBLD 350	1-2-3-4-5	/	480€	440€
Céramo Métallique HBLD 534	1-2-3-4	/	530€	500€
Céramique Monolithique HBLD 680	1-2-3-4	/	530€	500€
		BRSS 122,55€*	BRSS 90,00€	
Inlay core HBLD 090	Toutes	/	230€	175€
		∅ BRSS	BRSS 10,00€	
Provisoire HBLD 490	Toutes	/	60€	

*pour inlay core sans clavette, sinon 144,05€

Tableau 1 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques unitaires du panier au RAC 0 ainsi que leurs reconstitutions associées, selon leur matériau et le calendrier.

En ce qui concerne la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS), on note bien une **augmentation** pour les couronnes au 1^{er} janvier **2020**, ainsi qu'une prise en charge de la **couronne transitoire** –bien qu'elle reste très faible– dès le 1^{er} avril **2019**. Inversement on note une diminution de la prise en charge de l'**inlay core** liée à sa **dévalorisation** due à une volonté de favoriser des techniques **moins invasives**. [12], [22]

Pour les **reconstitutions plurales fixes**, plus communément appelées **bridges**, dans le panier RAC 0, le choix de la technique et du matériau se fait également en fonction de la localisation des dents à couronner pour permettre un remplacement esthétique des dents les plus visibles.

	Dents concernées	Avant application	Au 1 ^{er} avril 2019
		BRSS 285,00€*	BRSS 279,50€
Métallique HBLD 033	Toutes	/	870€
Céramo-Métallique HBLD 785	1-2	/	1465€

*Pour une reconstitution similaire de 3 éléments

Tableau 2 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques plurales du panier au RAC 0, selon leur matériau et le calendrier.

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, la **BRSS au n'augmente pas** au 1^{er} janvier 2020 comme les couronnes unitaires pour ces actes. Elle a même **diminué** au 1^{er} avril **2019**. Pour la calculer il faut additionner les BRSS des couronnes unitaires pour les piliers (soit 120,00€ (x2)) et de l'intermédiaire (70,00€ s'il n'augmentait pas). La base dans la **nouvelle** convention (279,50€) est donc bien **inférieure** à celle calculée (310,00€) ainsi qu'à celle de l'ancienne convention (285€).

1.2.1.2. Les autres reconstitutions prothétiques

Pour les reconstitutions prothétiques autres que les couronnes, il existe également des paniers de soin même s'ils ont semble-t-il été beaucoup **moins médiatisés**. Le but de cette thèse étant de mettre en lumière les **réactions** au dispositif, cette partie sera *de facto* moins fournie.

Pour la **prothèse adjointe** on assiste également à une « **opposabilité** » des soins prothétiques autant dans leurs réalisations que dans leurs réparations. Ici c'est le matériau qui les catégorise. La confection de prothèse amovible partielle ou complète, transitoire ou non, à **base résines**, leur réparation ainsi que l'adjonction à cette prothèse d'éléments prothétiques (dent résine ou contreplaquée ainsi que crochet) sont des actes appartenant au panier sans reste à charge.

1.2.2. Le panier au reste à charge modéré

1.2.2.1. Les reconstitutions corono-périphériques fixes

Dans le panier RAC **modéré** ou encore **maîtrisé**, les honoraires sont **plafonnés** mais les complémentaires ne sont **pas** tenues d'offrir une **prise en charge intégrale**. C'est une **entente directe limitée**. On retrouve les Zircone monolithiques du premier panier, mais pour le secteur molaire cette fois, la couronne céramo-métallique sur 2nde prémolaire, et la céramique monolithique non zirconiennne sur tout le secteur postérieur (de la 2nde prémolaire à la dent de sagesse).

Ce panier de soin **complète** en grande partie le **panier RAC 0**. En effet il contient des secteurs non pris en charge par ce dernier pour les mêmes matériaux.

	Dents concernées	Avant application	Au 1 ^{er} avril 2019	Au 1 ^{er} janvier 2020
		BRSS 107,50€		BRSS 120€
Zircone Monolithique HBLD 073	6-7-8	/		440€
Céramo-Métallique HBLD 491	5	/		550€
Céramique Monolithique HBLD 158	5-6-7-8	/		550€
		BRSS 122,55€*	BRSS 90€	
Inlay core* HBLD 745	Toutes	/	230€	175€
		∅ BRSS	BRSS 10€	
Provisoire HBLD 724	Toutes	/	60€	

*pour inlay core sans clavette, sinon 144,05€

Tableau 3 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques unitaires du panier au RAC modéré ainsi que leurs reconstitutions associées, selon leur matériau et le calendrier.

Pour les **restaurations plurales**, on constate comme pour les restaurations unitaires, une continuité du panier RAC 0 pour les localisations non prises en charge.

	Dents concernées	Avant application	Au 1 ^{er} avril 2019	Au 1 ^{er} janvier 2021
		BRSS 285,00€**	BRSS 279,50€	
CM – M – M* HBLD 040	Toutes	/	/	1170€
CM – CM – M HBLD 043	Toutes	/	/	1635€
Céramo-Métallique HBLD 227	3-4-5-6-7-8	/	/	1635€

*CM= Céramo Métallique / M= Métallique

**Pour une reconstitution similaire de 3 éléments

Tableau 4 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques plurales du panier RAC modéré, selon leur matériau et le calendrier.

1.2.2.2. Les autres reconstitutions prothétiques

A l'instar du panier à RAC 0, on retrouve la **prothèse amovible** dans ce panier. Ici, il s'agit de la réalisation, réparation et adjonction (dent résine ou contreplaquée ainsi que crochet) de prothèse amovible, partielle ou non, transitoire ou non, comprenant un **châssis métallique**.

Les **inlays/onlays** en **composite** ou **métal** de 2 faces ou plus, ainsi que les appareils de **propulsion mandibulaires** se retrouvent également dans ce panier de soin.

1.2.3. Le panier au reste à charge Libre

1.2.3.1. Les reconstitutions corono-périphériques fixes

Ce dernier panier permet au patient de choisir les « techniques et les matériaux les **plus sophistiqués** » et le chirurgien-dentiste n'a **aucune** autre **limite** dans la fixation de ses honoraires que le respect du tact et de la mesure. [17] La **base de remboursement** y est augmentée 2 ans **plus tard** que pour les autres reconstitutions corono-périphériques et les assurances complémentaires ne sont pas tenues de compléter la prise en charge de l'assurance maladie au même titre que pour le panier au reste à charge modéré.

	Dents concernées	Avant application	Au 1 ^{er} avril 2019	Au 1 ^{er} janvier 2022
		BRSS 107,50€		BRSS 120€
Céramo-Métallique HBLD 734	6-7-8		/	
Céramique Stratifiée HBLD 403	Toutes		/	
Métal précieux* HBLD 318	Toute		/	
		BRSS 122,55€*	BRSS 90€	
Inlay core** HBLD 245	Toutes		/	
		∅ BRSS	BRSS 10€	
Provisoire HBLD 486	Toutes		/	

*avec ou sans recouvrement de céramique
**pour inlay core sans clavette, sinon 144,05€

Tableau 5 : Remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques unitaires du panier au RAC libre ainsi que leurs reconstitutions associées, selon leur matériau et le calendrier.

La réalisation de couronnes céramo-métalliques en secteur molaire, de couronnes céramiques stratifiées ou en métal précieux tout secteur ainsi que de

couronnes implantoportées (HBLD 418, pas d'augmentation de la BRSS pour cet acte) est incluse dans ce panier de soin.

Pour les **bridges**, la céramique stratifiée (HBLD 785) ainsi que le métal précieux (HBLD 178) sont également à honoraires libres au même titre que l'adjonction d'**éléments supplémentaires** des bridges. En effet, les bridges appartenant aux paniers précédents, sont des reconstitutions plurales comportant 3 éléments : 2 piliers et 1 intermédiaire.

1.2.3.2. Les autres reconstitutions prothétiques

Dans le panier à reste à entente directe, on retrouve les **inlays/onlays**, déjà présents dans le panier à RAC modéré, mais en céramique cette fois. On note également la présence des **facettes** (céramiques) ainsi que des prothèses amovibles **supra-implantaires** ou **implantoportées**, et les **actes implantaires** associés (guide chirurgical, pose chirurgicale, adjonction de barre de jonction ou d'un moyen de liaison sur implant et enfin révision piliers implantaires sur prothèse)

1.3. Application de la convention

Le déploiement de la convention est décomposé en plusieurs dates clefs.

Son entrée en vigueur a eu lieu le 1^{er} **avril 2019**. A cette date entrent en jeu, les **premiers plafonds** pour la prothèse conjointe éligible au RAC 0 (sans évolution de remboursement pour le patient) et les **premières revalorisations** sur les soins conservateurs (notamment). De plus, de nouveaux actes se voient remboursés sous certaines conditions.

Au 1^{er} janvier **2020**, les différents **paniers de soin** entrent en jeu, et le **RAC 0** se voit appliqué. Les plafonds pour la prothèse répondant aux RAC 0 et RAC modéré atteignent donc leurs valeurs cibles tandis que les **restaurations foulées** se voient revalorisées.

Au 1^{er} janvier **2021**, les paniers de soin **RAC 0** et **M** se voient complétés par les actes prothétiques qu'ils doivent contenir (partiellement pour le RAC modéré), les actes **endodontiques** ainsi que les **restaurations foulées** se voient revalorisés.

Au 1^{er} janvier **2022**, dernière salve de **revalorisation** des actes conservateurs et **dévalorisation** du reste des actes appartenant au panier RAC modéré.

Enfin, au 1^{er} **janvier 2023**, les dernières **revalorisations** prévues par la convention seront totalement mise en œuvre avec une **dévalorisation** des extractions multiples (si >9 avulsions dans la séance).

1.4. Réévaluation du RAC 0

Des **ajustements** par négociations d'**avenants** à la convention ont été prévus dans les textes. Deux **clauses** en particulier permettent d'agir sur les plafonds et les revalorisations en cas de besoins : la clause d'**indexation** et la clause de **revoyure**.

1.4.1. Clause d'indexation

La convention prévoit une clause d'indexation pour revoir annuellement à la **hausse** les **plafonds** une fois leur valeur cible atteinte. Elle s'appuie sur un indicateur économique basé sur « l'évolution des **charges** liées à l'**activité** dentaire ».

C'est un groupe de travail (issu de la Commission Paritaire Nationale ou CPN) qui s'occupera de définir cet indice ainsi que sa méthode de calcul avant la prochaine date anniversaire de la nouvelle convention.

Pour **déclencher** la clause, les **charges considérées** (frais de personnel, achat de consommable et matériel, loyers, et autres locations,...) doivent voir une **augmentation de plus de 1%** par rapport à 2018 (année de référence initiale). A ce moment-là, cette évolution sera reportée sur les plafonds tarifaires par avenant et l'année de référence deviendra celle qui aura déclenché ladite clause. [22]

1.4.2. Clause de revoyure

Cette clause est aussi appelée clause de **sauvegarde**. Elle vise à **corriger** un éventuel **déséquilibre** significatif de la **répartition observée** des actes prothétiques entre les 3 paniers décrits. L'examen de cette répartition se fera annuellement en juin à partir de 2021.

Pour **déclencher** la clause, la part des actes du panier au **reste à charge 0** doit s'écarter d'**au moins 5%** (10% les 2 premières années) de la **part estimée** pour l'année 2019 (du premier avril 2019 au 1^{er} janvier 2020) qui sert de référence. A ce moment-là, la négociation d'un avenant permettant de corriger le déséquilibre débutera.

Pour rappel, en se basant sur les constats des pratiques actuelles, la part des actes dans le panier RAC 0 est de **45%**, de **25%** dans le panier à coûts maîtrisés et **30%** dans le panier à reste à charge libre. [9], [22]

1.5. Récapitulatif



Figure 2 : Schéma récapitulatif du processus de mise en place de la nouvelle convention [12]

2. Les réactions

Après l'annonce de l'application de la mesure promise, les médias s'adressant à la population générale comme ceux qui ont un public plus ciblé, car spécialisé, ont entrepris d'analyser la situation à venir.

2.1. La presse grand public

Le président de la république a lui-même déclaré que cette mesure était une « conquête sociale essentielle » [23], même si les médias semblent relayer ce même message, quelques interrogations sont également soulevées.

2.1.1. Financement de la mesure

Seulement **3 mois** après l'investiture du nouveau président de la république, le problème du **financement** de la mesure à venir est soulevé par la presse grand public. En effet, le ministère des solidarités et de la santé entend **supprimer 2,4 Mds€** (4,5 Mds€ en comptant les 2 autres secteurs visés par la mesure) de reste à charge annuel liés à des actes de chirurgie dentaire. [24]



Santé : la promesse à 4,5 milliards du candidat Macron

Le candidat Emmanuel Macron a promis le remboursement à 100 % des soins dentaires, d'optique et d'audioprothèses. Qui va payer les 4,5 Mds€ que coûtera la mesure ?

Par Daniel Rosenweg

Le 19 août 2017 à 10h01

Figure 3 : Titre d'un article du journal Le Parisien publié le 29 août 2017

Permettre au patient de réaliser de telles économies est un réel défi, d'autant plus que le **climat économique conjecturel** se veut **rigoureux** ; en effet, Édouard Philippe, 1^{er} ministre, souhaite « remettre la Sécurité sociale à l'équilibre d'ici 2020 ». [25], [26]

2.1.2. Les chirurgiens-dentistes

Nicolas Revel, directeur de la **CNAM** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), affirme que les **cabinets** dentaires devraient sortir globalement **bénéficiaire** à l'application de la nouvelle convention. [19] Une augmentation nette de 287 millions d'euros sur les honoraires de leurs soins opposables est prévue selon l'UNCAM présent à la table des négociations.



Figure 4 : Titre d'un article du journal Le Point publié le 4 juin 2018

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 », affirme la **CNAM**, qui a négocié l'accord avec les professionnels. Celle-ci va donc devoir déboursier 717 millions d'euros en cinq ans et les complémentaires 505 millions. Ce qui pose – comme pour les audioprothèses ou l'optique – la question d'une éventuelle **augmentation** du **tarif** des complémentaires santé.

Au même titre que les assureurs privés, les tutelles souhaiteraient faire jouer la **concurrence** entre les **chirurgiens-dentistes** (peu probable avec les honoraires opposables inhérents à la convention) et leurs **fournisseurs**. [27]



Figure 5 : Titre d'un article du journal *Le Point* publié le 11 juillet 2017

Un rapport évaluant la **mise en œuvre** de la mesure dans la prise en charge doit être émis par un comité de **suivi** pour l'année 2019 (mandaté le 12 janvier, rapport à rendre avant le 30 septembre). [22]

2.1.3. Les assurances complémentaires santé privées

Les organismes d'assurances maladie complémentaires, sont appelé à ne **pas répercuter** les pertes liées à l'application de la mesure sur les **cotisations** de leurs clients. Cette promesse, n'est selon eux **pas tenable**. [28], [29]



Figure 6 : Titre d'un article du journal Marianne publié le 18 juin 2018



Figure 7 : Titre d'un article du journal Le Parisien publié le 22 octobre 2018

En effet, ces mêmes organismes d'**assurance privées** ont évalué le **coût de la mesure** à 3 fois ce que prévoyait le gouvernement (plus de 800 millions par an en lieu et place des 250 estimés). L'évaluation de l'**impact** économique de la **convention** ne pouvant être défini précisément (accès à la prothèse pour les patients qui y renonçaient alors), les **primes** d'assurance risquent d'**augmenter** pour compenser cette perte à venir (en plus de l'inflation normale de 2,5%). [30] Cette hausse des cotisations se fera surtout chez les seniors. [28]

Pour pallier à ce problème, les tutelles avaient prévu notamment de faire jouer la **concurrence** entre les **assureurs**, comme proposé dans le programme électoral [16], [27], en simplifiant la lecture des contrats pour gagner en **transparence**

Déjà en **2011**, l'**UNOCAM** entreprenait de faciliter la compréhension des garanties proposées et de simplifier la comparaison des offres pour le grand public. De nouveaux travaux débutant dès le premier semestre de **2018**, à la demande du ministre des finances, sur l'« harmonisation de l'intitulé des garanties, les seconds sur la mise en place d'une base commune d'exemples de remboursement » donnent suite à cette entreprise. Mise en application le 19 juin et **suivi annuel** de l'effectivité de l'**engagement** des complémentaires sur la lisibilité des contrats. [31]

En réponse au **désengagement** des complémentaires santé face aux attentes ministérielles, Agnès Buzyn accuse de « **sabotage** politique » ces organismes. [32] Ceux-ci devant déjà répondre de leurs frais de gestions élevés. [23], [33]



ACCUEIL > SANTÉ

Santé: La ministre dénonce le «sabotage» des mutuelles augmentant leurs prix

MUTUELLES Agnès Buzyn a prévenu les mutuelles santé qu'elle refusait l'augmentation des prix prévus...

JLD avec AFP | Publié le 13/12/18 à 14h18 — Mis à jour le 13/12/18 à 15h51

Figure 8 : Titre d'un article du journal 20 minutes publié le 13 décembre 2018

2.2. La presse spécialisée

2.2.1. Avant la signature

Avant la mise en place du RA, lors des négociations en janvier 2018, la CNSD montre des inquiétudes face à la « **précipitation affichée** » des tutelles pour corriger le déséquilibre (des revenus face à l'activité) désormais installé depuis 3 décennies. Notamment, concernant la **situation économique** des cabinets, l'activité **opposable**, largement majoritaire mais ne représentant qu'un tiers des revenus était déjà étendue à la **prothèse** et aux soins d'**ODF** pour les bénéficiaires de la **CMU-C** et de l'**ACS**. Cette opposabilité élargie du panier de soin engendre déjà des **frais** de fonctionnement plus importants. [11]

2.2.2. Après la signature

Dans le magazine de presse centré sur l'activité dentaire, *le fil dentaire*, il est mis en avant de favoriser les soins conservateurs prothétiques que sont les **inlay/onlays**. Avant la convention, ces soins n'étaient que peu remboursés (40,97€ pour les plus gros soins, soit un remboursement réel de 28,68€) [9] donc moins réalisés que leurs homologues opposables (même parfois en dehors de leurs indications). Désormais avec des restes à charges diminués, la pratique de l'art dentaire se voit pourvue d'un nouvel outil utilisable. [34]



Figure 9 : Titre d'un article du journal *le fil dentaire* publié le 29 janvier 2019

Face aux **pertes économiques** à venir (les plafonds prothétiques seront effectifs avant la fin des revalorisations), les praticiens auront probablement tendance à **facturer** des actes auparavant effectués **gracieusement** car compris dans les honoraires (analyse modèle plâtre, désobturation canalaire, dépose ancrage ou couronne, analyse occlusale,...). Ces actes, **non pris en charge** par l'Assurance Maladie, resteront donc à la charge du patient. [34]

2.2.3. Les syndicats dentaires

Depuis la signature de la convention régissant l'activité de l'ensemble de la profession, des tensions se font sentir entre différents syndicats représentatifs. D'un côté les signataires de la nouvelle convention qui ont « acceptés » et de l'autre ceux qui ont quittés la table des négociations car selon eux la dentisterie moderne avait trop à y perdre.

A la signature de la nouvelle convention le 1^{er} juin 2018, la **CNSD** insiste sur sa volonté de travailler à l'évolution du système plutôt que « d'[y] assister passivement ». Le syndicat signataire déplore cependant des revalorisations encore **insuffisantes** face au coût réel pour les praticiens. [35]

Contrairement à la CNSD qui juge que la convention va dans le bon sens (libé), la **FSDL**, premier syndicat et non signataire, dénigre le « **modèle** d'efficiences **low cost** » qui nous est désormais imposé. [36]

3. Analyse et discussion

La nouvelle convention, le projet de **RAC 0** qui s'y intègre ainsi que les **réactions** à ce dispositif recueillies dans **différents médias** méritent d'être analysés.

3.1. Accès aux soins

Pour **95%** de la population française, l'accès aux soins prothétiques pour **raison économique** est désormais facilité par l'Assurance Maladie. C'est-à-dire qu'il existe un panier de soin, représentant **45% de l'offre** en prothèse, qui ne donne pas lieu à un reste à charge pour tous les assurés ayant une **complémentaire** santé.

Les 5% de la population française n'ayant pas souscrit à un organisme privé d'assurance de santé, sont plus représentés (**12%**) dans les populations les plus pauvres. [33]

En sus, les **hausse**s des primes d'assurances les plus importantes devraient toucher les contrats d'**entrée de gamme**, précisément les contrats des assurés susceptibles de renoncer aux soins pour raisons financières. En effet, ces contrats ne comprenant que peu de garanties, l'obligation de permettre un remboursement intégral des actes en RAC 0 va engendrer des surcoûts plus importants (pour les assureurs) que pour les contrats aux garanties élevées. [29]

3.2. Gratuité des soins ?

Le remboursement intégral des honoraires prothétique des soins du panier à RAC 0, peut être perçu par la patientèle comme une forme de **gratuité**. Certains **média** grand public font eux aussi à tort l'**amalgame** entre des soins entrant dans le panier **sans reste à charge** et des soins prodigués gratuitement. [23], [27], [37]

Contrairement à ce que leurs articles laissent croire, les soins prodigués ont une **valeur**, même si elle est désormais plafonnée. Cette valeur, pour les patients, est perçue économiquement. Le remboursement intégral de ces soins peut tendre à les **déresponsabiliser**, d'autant plus s'il s'accompagne d'un **tiers payant** (plus rien à déboursier à la fin de la séance de soin).

Cette déresponsabilisation peut mener à un risque d'**abus** de la part de patients peu scrupuleux, qui profiteraient de l'apparente gratuité pour (re)faire des traitements prothétiques (surtraitement) car ceux-ci leurs paraîtraient légitimes (cotisation à la SS). Il reviendra aux praticiens la lourde tâche d'expliquer et de **refuser** de réaliser ces **traitements injustifiés**.

3.3. Dépenses de santé

Les **tutelles** de la profession affirment que les cabinets dentaires sortiront globalement **bénéficiaires** avec l'application de la nouvelle convention, les **syndicats** de la profession quant à eux semblent penser le **contraire**.

Pour que les soignants ressortent gagnant, les **recettes** (issues des soins opposables revalorisés compensant la dévaluation des actes prothétiques) devront **augmenter**. Cette hausse implique obligatoirement une **dépense supérieure** pour la Sécurité Sociale, qui remboursera plus (les complémentaires également), ceci n'est **pas cohérent** avec la volonté économique affichée du gouvernement pour la **réduction des coûts du système**. D'autre part cette volonté est communiquée par le gouvernement qui assure **réduire les coûts** en mettant l'accent sur la prévention notamment. [38]

3.4. Changement de modèle économique

La nouvelle convention, semble vouloir **changer le paradigme** actuel en privilégiant la **conservation** de l'organe dentaire. Afin d'atteindre cet objectif, des changements importants dans l'organisation économique des cabinets vont avoir lieu.

En **diminuant** les **rémunérations** liées aux soins prothétiques, l'entreprise que représente le cabinet dentaire devra trouver une **compensation** financière suffisante dans les autres soins pour subsister.

Une **valorisation importante** des soins courants, suffisante pour ne **pas** réaliser ces actes ni **à perte** ni même simplement à l'équilibre, est donc nécessaire pour proposer plus aisément des tarifs prothétiques accessibles.

Si les revalorisations ne sont pas à la hauteur des pertes que le cabinet rencontrera avec l'instauration d'honoraires limités, alors ce seront des **actes non pris en charge** qui risqueront d'être facturés. [34] Dans ce cas, il existera un reste à charge pour des actes intégrés dans le panier 100% santé.

3.5. Clause de revoyure

Un **biais** dans la **répartition** des actes surveillés par la **clause de revoyure** est à prévoir, en effet l'année de **référence** pour sa première application (en 2021) est l'année **2019**. Celle-ci est marquée par la mise en place de plafonds sans modification des remboursements. Le RAC 0 ne se verra appliqué qu'à partir de 2020, donc il prévisible d'assister à un **phénomène d'anticipation** (reconnu par la CNAM); en **2019** la réalisation de **prothèses** entrant dans le panier à reste à charge nul sera possiblement **minorée** (consentement éclairé du patient) tandis qu'en 2020 une recrudescence des actes prothétiques est attendue. [19]

De plus des campagnes d'**information** auront probablement lieu afin de toucher au maximum la population, ce qui semblerait logique étant donné que la réforme vise à faciliter l'**accès aux soins** d'un maximum de la population.

Les **10%** de **marge** d'évolution prévus pour les 2 premières années sont donc justifiés mais peut être insuffisant. En cas de **gel des revalorisations** des soins tout en conservant la mise en place de plafonds dans les honoraires prothétiques le modèle économique proposé deviendrait **caduque**.

3.6. Politique de soins

Dans les cas où une restauration corono-radicaire est indiquée, l'inlay-core peut être **préféré** à d'autres reconstitutions présentant moins de risque (de fracture de l'organe dentaire notamment [39], [40]). Ici encore l'**argument économique** peut être avancé car la pose d'un inlay-core donne droit à un remboursement supérieur à celui de la reconstitution qu'il supporte (contrairement à une **endocouronne** par exemple).

Sa **dévalorisation**, semble en **cohérence** avec la politique de conservation que la convention semble promouvoir, mais nécessite de favoriser l'utilisation d'autres traitements moins invasifs. [22]

La prise en charge des **bridges collés, peu mutilant** pour les dents adjacentes à l'édentement à traiter (contrairement à son homologue scellé), serait une **avancée** qui s'inscrit dans la **logique** de la convention au même titre que la dévalorisation de l'inlay-core.

En revanche, une prise en charge des **bridges cantilever** en secteur postérieur n'irait, selon moi, **pas** dans le sens du reste de la réforme. En effet, le **risque d'échec** notamment par mobilité et fracture des piliers est reconnu par la littérature scientifique. [41], [42]

Enfin, le panier à RAC 0 facilite l'accès à la **prothèse** c'est-à-dire aux soins effectués lorsque les **soins** conservateurs ne sont **plus indiqués**. Il est étonnant de rencontrer cette mesure alors que les soins en faveur de la **conservation** (une préparation pour couronne est délabrante mais celle-ci voit sa base de remboursement augmenter) de la dent semblent avoir été au cœur des dernières **négociations**. Cependant, cet accès facilité à la prothèse laisse penser qu'il permettra de traiter les patients n'ayant pas pu recevoir les soins conservateurs.

3.7. Qualité des soins

En ce qui concerne les prothèses appartenant au panier RAC 0, la mise en **concurrence** entre les **fournisseurs** du secteur de la prothèse dentaire est prévue par les **tutelles** pour les cabinets. [27], [38] Cette annonce ne semble pas cohérente avec les annonces précédentes des ministères (solidarités et santé ainsi que économie et finances) quant à la **qualité** promise [5] des soins inhérents à ce panier.

Conclusion

Comme nous le pressentions en commençant ce travail, les avis divergent à propos de l'arrivée de la nouvelle convention porteuse du « RAC 0 » en odontologie. Ainsi, la presse explique généralement que son instauration va permettre un accès aux soins facilité tout en mettant en garde face à l'augmentation des frais d'assurance complémentaire à venir.

Il convient de reconnaître un mérite à cette démarche conventionnelle, celui d'enfin réformer un système que tous les acteurs s'accordaient à qualifier d'obsolète.

Les **avantages** de ce nouveau texte, au même titre que ses **inconvenients**, seront très certainement décrits dès sa mise en œuvre au 1^{er} janvier 2020. Une **évaluation** de l'évolution sera nécessaire et un prochain étudiant aura peut-être la chance de trouver des réponses aux questions que nous nous posons encore.

Vu, le président et directeur,


12 septembre 2019

Tables

Table des illustrations

Figure 1 : Graphique représentant la part du reste à charge dans les secteurs ciblés par le RAC 0 [5]	15
Figure 2 : Schéma récapitulatif du processus de mise en place de la nouvelle convention [12].....	37
Figure 3 : Titre d'un article du journal Le Parisien publié le 29 août 2017	38
Figure 5 : Titre d'un article du journal Le Point publié le 4 juin 2018	39
Figure 6 : Titre d'un article du journal Le Point publié le 11 juillet 2017.....	40
Figure 7 : Titre d'un article du journal Marianne publié le 18 juin 2018.....	41
Figure 8 : Titre d'un article du journal Le Parisien publié le 22 octobre 2018	41
Figure 9 : Titre d'un article du journal 20 minutes publié le 13 décembre 2018	42
Figure 10 : Titre d'un article du journal le fil dentaire publié le 29 janvier 2019	43

Table des tableaux

Tableau 1 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques unitaires du panier RAC 0 ainsi que leurs reconstitutions associées, selon leur matériau et le calendrier.	27
Tableau 2 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques plurales du panier RAC 0, selon leur matériau et le calendrier.	28
Tableau 3 : Plafonnements et remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques unitaires du panier RAC modéré ainsi que leurs reconstitutions associées, selon leur matériau et le calendrier.	30
Tableau 4 : Remboursements des différentes reconstitutions corono-périphériques unitaires du panier RAC modéré ainsi que leurs reconstitutions associées, selon leur matériau et le calendrier.....	32

Bibliographie

- [1] Jean-Louis Lhéritier, « Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé », DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), nov. 2017.
- [2] « Des prothèses dentaires bientôt remboursées à 100 % », Assurance Maladie, juin 2018.
- [3] « Accord avec les chirurgiens-dentistes au service d'une meilleure santé buccodentaire en France », CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), juin 2018.
- [4] Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau, « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), rapport 566, sept. 2017.
- [5] « Amélioration de l'accès aux soins « Reste à charge zéro » optique, audioprothèse, dentaire. », Ministère de la solidarité et de la santé, janv. 2018.
- [6] Véronique Suhard, « Historique des conventions médicales », IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), sept. 2018.
- [7] « 2017, le point sur la convention dentaire », SFCD (Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes), janv. 2017.
- [8] « Convention dentaire de l'Assurance maladie : si les chirurgiens-dentistes se sont cassés les dents sur la négociation, les patients risquent, eux, de continuer à grincer... des dents ! », France Assos Santé, mars 2017.
- [9] « Une convention qui réoriente la prise en charge et la rémunération des soins dentaires », Ministère des solidarités et de la santé, août 2018.
- [10] « 100% santé : des soins pour tous, 100% pris en charge », Ministère des solidarités et de la santé, juin 2018.
- [11] « Concertation RAC 0 », CDF (Chirurgiens-Dentistes de France), janv. 2018.
- [12] « Arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie - Légifrance », Ministère de la solidarité et de la santé, juin 2006.
- [13] Jean Savard, « Évolution du système de prise en charge des soins et prothèses dentaires par rapport à l'évolution des connaissances et de la pratique odontologique. », Thèse d'exercice, juin 2014.
- [14] *Code de la santé publique - Article R4127-233*, vol. R4127-233. .
- [15] Marie Théobald, « Combien gagnent réellement les dentistes ? », Le Figaro, avr. 2015.
- [16] « Santé Premières Propositions », En Marche!, 2017.
- [17] *Code de la santé publique - Article R4127-240*, vol. R4127-240. .
- [18] « Soins et prothèses dentaires », Assurance Maladie, avr. 2019.
- [19] « « Reste à charge zéro » : la Sécu annonce un accord gagnant pour les dentistes », Le Point, juin 2018.
- [20] « La convention dentaire : Paniers de soins, traitements prothétiques et espaces de liberté », L'information Dentaire, mars 2019.
- [21] Thierry Beaudet, Florence Jusot, Didier Balsan, Marianne Cornu-Pauchet, Dominique Polton, Carine Franc, Denis Raynaud, Stéphane Le Bouler, « La lettre

- du Collège n°3 - La réforme du RAC 0 », Collège des Économistes de la Santé, mai 2019.
- [22] « Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie - Légifrance », Ministère de la solidarité et de la santé, août 2018.
- [23] Eric Favereau, « «Reste à charge zéro», un point pour l'exécutif », Libération, juin 2018.
- [24] Daniel Rosenweg, « Santé : la promesse à 4,5 milliards du candidat Macron », Le Parisien, août 2017.
- [25] « « Age d'équilibre » à 64 ans, fin des régimes spéciaux: ce que préconise Delevoye pour la réforme des retraites », Le Monde, juill. 2019.
- [26] Daniel Rosenweg, « La fin du trou de la Sécu, c'est pour 2019 », Le Parisien, sept. 2018.
- [27] Quentin Soubranne, « Optique, dentaire, auditif: l'illusion de la gratuité », Le Point, juill. 2017.
- [28] Daniel Rosenweg, « Reste à charge zéro: les retraités vont payer le prix fort », Le Parisien, sept. 2018.
- [29] Alexandra Saviana, « Reste à charge zéro: Macron peut-il promettre qu'il n'y aura pas de hausse des cotisations de mutuelle ? », Marianne, juin 2018.
- [30] « Reste à charge zéro: le conte de fée n'aura pas lieu », Contrepoints, déc. 2018.
- [31] « Avis du Comité consultatif du secteur financier sur la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé », CCSF (Comité Consultatif du Secteur Financier), juin 2018.
- [32] JLD avec AFP, « La ministre de la santé dénonce le « sabotage » des mutuelles », 20minutes, déc. 2018.
- [33] Oihana Gabriel, « Quatre questions pour comprendre la réforme du «reste à charge zéro» », 20minutes, déc. 2018.
- [34] « Comment aborder la nouvelle convention des avril 2019 ? », Le Fil Dentaire, janv. 2019.
- [35] « Convention: La CNSD dit oui », CDF (Chirurgiens-Dentistes de France), juin 2018.
- [36] Eric Favereau, « Des prothèses dentaires bientôt remboursées à 100% », Libération, juin 2018.
- [37] Daniel Rosenweg, « Reste à charge zéro: ce que Macron a prévu pour l'optique et les audioprothèses », Le Parisien, juin 2018.
- [38] Marc Vignaud, « «Reste à charge zéro»: ce qui va changer », Le Point, juin 2018.
- [39] Wang X, Shu X, Zhang Y, Yang B, Jian Y, Zhao K., « Evaluation of fiber posts vs metal posts for restoring severely damaged endodontically treated teeth: a systematic review and meta-analysis. », PubMed - NCBI, 2019.
- [40] Abdelaziz KM, Khalil AA, Alsalhi IY, Almufarrij AJ, Mojathel AY., « Fracture Resistance of Tilted Premolars Restored with Different Post-Core Systems. », PubMed - NCBI, 2017.
- [41] Ashu Sharma, G. R. Rahul, Soorya T. Poduval, and Karunakar Shetty, « Assessment of Various Factors for Feasibility of Fixed Cantilever Bridge: A Review Study », PubMed - NCBI, 2012.
- [42] « Evaluation des prothèses plurales fixées en extension (bridges cantilever) et des prothèses plurales fixées à ancrages coronaires partiels », HAS (Haute Autorité de Santé), sept. 2015.

TITRE : INSTAURATION DU « RAC 0 » EN ODONTOLOGIE, LES DIFFERENTS POINTS DE VUE EXPRIMES

RESUME : Le reste à charge zéro est une mesure devant permettre un accès facilité aux soins prothétiques. En odontologie, elle correspond notamment à la mise en place d'un panier de soin pour lequel, de nombreux actes prothétiques seront intégralement pris en charge par les assurances obligatoires et complémentaires du patient. Cette mesure est intégrée dans la nouvelle convention qui régit l'exercice de la majorité des praticiens.

L'enjeu de ce travail est de mettre en lumière les réactions faisant suite à la mise en place du « RAC 0 ».

TITLE : INTRODUCTION OF « RAC 0 » IN ODONTOLOGY, VARIOUS POINTS OF VIEW EXPRESSED

MOT CLES : Reste à charge zéro, RAC 0, 100% santé, panier de soins, convention, remboursement, prothèse, couronne, rééquilibrage, soin conservateurs, soin prothétiques, réactions, médias.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE:

Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Chirurgie Dentaire
3 Chemin des Maraîchers
31062 TOULOUSE Cedex 09

DIRECTEUR DE THESE: Pr Olivier HAMEL