

THESE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Tristan TABOUEL

le 25 Novembre 2013

RÉFLEXION SUR L'AVENIR DE LA PRISE EN CHARGE DES
SOINS ORTHODONTIQUES

Directeur de thèse : Monsieur HAMEL Olivier

Président
Directeur
Assesseur
Assesseur

Professeur Michel SIXOU
Docteur Olivier HAMEL
Docteur Karim NASR
Docteur Patricia OBACH-DEJEAN

REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail tout d'abord à ma mère qui a contribué de tout son cœur à ce que je suis aujourd'hui, et à ce titre mérite toute la reconnaissance du monde. Et pas seulement pour m'avoir supporté pendant 27 ans !

A ma chérie, Nohalée pour avoir croisé ma route et m'avoir offert le plus cadeau du monde : notre fille adorée Cléo. Puisse-t-il y avoir d'aussi merveilleux cadeaux ! Ce travail t'est aussi dédié mon ninou car sans toi et sans tout l'investissement du « back office », je n'y serais jamais arrivé !

A Lilou, ma petite sœur habitante de la « Contrée ».

A mon dentiste, le Docteur Joseph qui je pense a eu un impact certain sur mon avenir professionnel en odontologie. Merci pour votre gentillesse et conseils avisés.

A tous mes amis :

Robin, le plus vieil ami d'enfance, mon frère.

Gerty, « grand fou » et partenaire de tout instant.

Layou, pour ces « menthe-à-l'eau » en « sreude » et ta fife.

Max, pour m'avoir appris à siffler comme un oiseau et finir par me faire détester « Muse ».

Thibaut, que dire tellement il y en a... Ai-je besoin d'énumérer tous les moments pépites ?

Rémy, « Doudou » qui nous remet en place, nous qui sommes montés en « KIT ».

A **Laurent**, tu as aussi une place particulière dans mon cœur, tu es parti trop loin de moi !

Elo, Mat et Fla, merci de votre amitié et pour les moments de copains où vous nous laissez gagner au « Times Up ».

Paul, « Kiki » qui me permet de voir comme la vie est douce tellement elle apparaît terrible pour toi. Je dédie ce travail à ta « tuche ».

A **Julie**, l'expatriée d'Allemagne, tu as toujours été présente, mon autre sœur.

A **Flop**, qui me fait rire depuis mon premier souvenir de fou rire, à toi ma canaille.

A **Nat, Lolo, Zouzou et Marie**. Luttons contre la déshydratation.

A tous ceux qui n'apparaissent pas ici mais mon cœur y est.

Mes amis sont comme ma deuxième famille, vous comptez énormément pour moi.

Mention spéciale à **Pierro et Gilou** : Vous avez participé à l'aboutissement de ce travail, je vous le dédie également. Vous avez su rendre la vie plus douce. Merci à toi Pierro pour le coup d'accélérateur que tu as mis dans le travail.

Philippe et Patricia merci de m'accueillir dans votre nid ! La vie nous amène à de chouettes rencontres parfois !

Merci à **Véro** qui a permis de dessiner une ébauche de mon avenir et qui a partagé avec moi des moments ô combien difficiles ! On s'accroche Caliméro !

Enfin, je remercie, Monsieur Pierre-Jean Gracia, Monsieur Jean-Claude Albinet, Madame Véronique Soiro, Monsieur Alain Rey et Monsieur Jean-Luc Daubagnan pour leur contribution précieuse lors des entretiens. Chaleureux remerciements pour votre disponibilité.

A tous les opossums.

A notre Président de thèse,

Monsieur le Président Michel SIXOU

- Administrateur Provisoire de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Responsable de la sous-section Sciences Biologiques,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Direction du Laboratoire « Parodontites et Maladies Générales »,
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

*Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse et nous vous en remercions.
Veuillez recevoir l'expression de notre plus profonde gratitude.*

À notre Directeur de thèse,

Monsieur Olivier HAMEL

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Chef de Service du Service d'Odontologie – Hôtel Dieu, Pôle Odontologie du C.H.U.,
- Responsable de la sous-section "Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale",
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes (EA 4569),
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies en Ethique Médicale et Biologique,
- Docteur de l'Université Paris Descartes.

Nous vous remercions d'avoir inspiré ce sujet de thèse et de nous avoir guidé avec bienveillance, compétence et efficacité. Ce fut pour nous un grand honneur de travailler à vos côtés et j'ai pu apprécier dans la précision de vos corrections tout le dévouement et les efforts consentis pour donner à ce travail ce qu'il a de qualité. Veuillez trouver ici, le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de toute notre gratitude.

À notre jury de thèse,

Monsieur Karim NASR

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Je suis honoré de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury. Vous m'avez transmis votre savoir toujours avec sérieux et gentillesse, soyez assuré de mon profond respect.

À notre jury de thèse,

Docteur Patricia OBACH-DEJEAN

-Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
-Docteur en Chirurgie Dentaire, Certificat d'Etudes Spéciales – mention : Orthodontie
(CECSMO)

Je suis très reconnaissant pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

Table des matières

INTRODUCTION	11
I. ORTHODONTIE : GENERALITES	12
I.1) DEFINITIONS	12
1.1.1) OMS :	12
1.1.2) L'ordre national des chirurgiens dentistes :	13
1.1.3) Société française d'orthopédie dento-faciale :	13
I.2) LE SOIN ORTHODONTIQUE	13
1.2.1) Santé dentaire, orthodontie et esthétique dentaire :	13
1.2.1.1) Ojectifs de l'orthodontie	13
1.2.1.2) Esthétique dentaire	14
1.2.2) L'orthodontiste	15
1.2.3) Le traitement orthodontique	15
1.2.4) Orthodontie chez l'enfant	19
1.2.5) Orthodontie de l'adulte	19
1.2.6) Hygiène dentaire	21
I.3) PRISE EN CHARGE	21
1.3.1) Coût du traitement orthodontique	21
1.3.2) NGAP et CCAM	22
1.3.2.1) NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels)	22
1.3.2.2) CCAM	23
1.3.3) Remboursement dentaire	24
1.3.4) Barèmes de prise en charge : quelques exemples.	26
Tableau comparatif de prise en charge dentaire sur les premiers niveaux de remboursements :	26
Tableau comparatif de prise en charge dentaire sur les plus hauts niveaux de remboursements	27
Remarques:	32
En résumé :	33
II. SECURITE SOCIALE ET MUTUALITE FRANCAISE.....	34
II.1) HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE (ASSURANCE MALADIE)	34
2.1.1) Origine.....	34
2.1.2) De 1945 à nos jours.....	35
II.2) HISTOIRE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE	36

II.3) ETAT DES COMPTES	37
2.3.1) <i>Régime obligatoire (RO) et comptes nationaux de la santé (CNS)</i>	37
2.3.1.1) EFFECTIFS de chirurgiens-dentistes, SEXE ET SITUATION PROFESSIONNELLE au 1er janvier 2013 : (en France métropolitaine).....	37
2.3.1.2) ACITIVITE LIBERALE EN France EN ODF :	38
2.3.1.3) RAPPORTS NATIONAUX DE LA SANTE	38
2.3.2) <i>Régime complémentaire</i>	43
2.3.2.1) Données chiffrées :	43
2.3.2.2) Quel avenir pour les mutuelles ?	46
2.3.3) <i>Généralisation de la complémentaire santé : actualités</i>	51
2.3.3.1) Complémentaires santé collectives :.....	51
2.3.3.2) Réseaux de soins : « Proposition de loi Leroux ».....	52
En résumé :	54
III. ENQUETE :	56
IV. ANALYSES, DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	82
IV. 1) LE POINT DE VUE DES MUTUELLES	82
IV. 2) POINTS DE VUS DES SYNDICATS (CNSD)	86
4.2.1) <i>La proposition de loi Bruno Le Roux (PPL Le Roux)</i>	87
4.2.2) <i>L'Accord National Interprofessionnel (ANI)</i>	89
4.2.3) <i>La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)</i>	90
IV. 3) REVUES DE PRESSE ET OPINIONS PUBLIQUES	93
4.3.1) <i>Opinions publiques</i>	93
4.3.2) <i>Revue de presse</i>	97
En résumé :	99
CONCLUSION :	100
BIBLIOGRAPHIE.....	102

INTRODUCTION

La Sécurité sociale a depuis 1945 pour vocation de protéger toute la population des risques sociaux, quelque soit son niveau de vie. Parallèlement au régime obligatoire, le régime complémentaire tente de limiter le reste à charge des patients en particulier quand les bases de prise en charge par la Sécurité sociale sont très modestes. Les mutuelles proposent ainsi de mieux rembourser les patients et prônent l'égalité aux soins pour tous, bien que le niveau de prestation soit modulé par le montant des cotisations.

L'accès aux soins pour tous, la prise en charge de ces soins, constituent une problématique sociétale régulièrement évoquée dans le débat public. Dans le domaine de la médecine bucco-dentaire, l'orthodontie, comme les soins prothétiques, l'implantologie ou encore la parodontologie, est pratiquée avec des dépassements d'honoraires où le reste à charge est souvent non négligeable pour les familles. Ce sujet est-il au cœur des préoccupations sociales et gouvernementales ?

L'état des lieux du système de santé et de la prise en charge par les organismes complémentaires des soins d'orthodontie ne saurait se passer d'une réflexion sur l'évolution des lois, des politiques de fonctionnement des régimes complémentaires et du positionnement des syndicats dentaires.

Au cours de ce travail de thèse, seront abordés les éléments suivants : quelques généralités sur l'orthodontie, les grands principes de la Sécurité sociale et de la Mutualité française, le recueil de points de vue de personnes impliquées en matière de prise en charge complémentaire et enfin, l'analyse et la discussion des données recueillies.

L'objet de ce travail est d'appréhender l'avenir des prises en charges en odontologie et tout particulièrement en orthodontie ; ceci en s'appuyant sur l'état actuel des comptes de la santé, sur l'évolution des textes de loi, et enfin, sur le positionnement des organismes complémentaires et des syndicats dentaires.

I. ORTHODONTIE : GENERALITES

I.1) DEFINITIONS

Larousse : « Spécialité médicale visant à prévenir ou à corriger les anomalies de position des dents. »

1.1.1) OMS :

L'Organisation Mondiale de la Santé précise que la thérapeutique doit (1):

- diminuer les handicaps ;
- amener le patient vers un état de bien-être ;
- augmenter ses chances de durabilité fonctionnelle et tissulaire
- permettre l'adaptation à toutes les modifications futures, sans récurrence, des acquis obtenus.

Ainsi, l'orthopédie dento-faciale (ODF) est une discipline de l'art dentaire qui associe « orthopédie » (redressement d'une difformité du corps chez l'enfant - Petit Larousse. Paris, Larousse, 1980) et orthodontie (redressement des dents). Cette dénomination est internationale.

(2)

1.1.2) L'ordre national des chirurgiens dentistes :

L'ODF est «la partie de l'odontologie et de la stomatologie consacrée à l'étude et au traitement des troubles liés aux anomalies de la forme des mâchoires et de la position des dents».

1.1.3) Société française d'orthopédie dento-faciale :

C'est une discipline qui « permet le traitement des malformations maxillo-dento-faciales. Elle consiste à rétablir un équilibre fonctionnel, restaurer une bonne fonction masticatrice et aider à prévenir les maladies des dents et de leur support. » (ANAES)

I.2) LE SOIN ORTHODONTIQUE

1.2.1) Santé dentaire, orthodontie et esthétique dentaire :

1.2.1.1) Objectifs de l'orthodontie

Le traitement orthodontique a pour but (3):

- d'aligner les dents, de sorte à améliorer l'apparence mais aussi les fonctions masticatoires et plus généralement les fonctions oro-faciales. Son rôle est autant préventif qu'esthétique.
- d'amener le patient vers un état de bien-être : par la restitution d'une occlusion dentaire équilibrée, qui permet l'élimination du paramètre occlusal très important dans les désordres cranio-mandibulaires, et facilite le repositionnement lingual correct ;
- d'augmenter les chances de durabilité fonctionnelle et tissulaire et de permettre l'adaptation à toutes les modifications futures, sans récurrence, des résultats acquis. L'ODF permet une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire, une stabilisation des dents soumises aux forces occlusales et une répartition des contraintes occlusales compatible avec l'homéostasie des tissus de soutien des dents.

En effet, des dents mal alignées sont plus sujettes aux caries, aux maladies parodontales, car elles sont plus difficiles à nettoyer... Elles peuvent rendre difficile la mastication de certains aliments et provoquer une usure prématurée de l'émail. Dans certains cas graves, le mauvais alignement des dents entraîne des troubles de l'élocution ou même de la respiration.

Une approche, dite orthodontie fonctionnelle, permet de centrer le travail orthodontique sur les fonctions, tout en tenant compte de l'ensemble de la structure du corps.

1.2.1.2) Esthétique dentaire (3)

L'aspect esthétique est un motif important de traitement d'orthodontie (premier motif de traitement chez l'adulte), mais il existe aussi des raisons fonctionnelles.

Si les problèmes dentaires sont surtout un motif d'orthodontie chez l'enfant, les adultes ont plus souvent recours à l'orthodontie pour des raisons esthétiques.

En effet, les dents sont un élément central du visage et la beauté joue un rôle majeur dans les relations sociales, amoureuses et professionnelles : des dents mal positionnées, versées, ou très avancées, peuvent donc être une source de gêne importante. Ainsi de plus en plus d'adultes entreprennent un traitement orthodontique. C'est un processus long, coûteux et douloureux, mais cela peut améliorer considérablement la qualité de vie.

Il arrive parfois malgré tout que l'orthodontie ne suffise pas. En effet, certaines anomalies sont liées aux mâchoires, soit mal développées, ou très décalées l'une par rapport à l'autre.

Dans ce cas, la simple orthodontie ne permet pas de remédier au problème. Un traitement plus lourd, d'**orthopédie dento-faciale**, est alors nécessaire :

- . chez l'enfant, il est plus facile de rectifier ce type de défaut, car les os restent malléables.
- . en revanche chez l'adulte, cela nécessite parfois des opérations lourdes allant bien au-delà de l'orthodontie (**chirurgie maxillaire**).

1.2.2) L'orthodontiste

L'orthodontiste a une formation en odontologie, souvent complétée par une spécialisation en orthodontie. Créé en 1987, le Certificat d'Études Cliniques Spécialisées Mention Orthodontie (CECSMO) est resté jusqu'en 2011 la seule spécialité reconnue. Depuis 2012, l'internat classant en odontologie a entraîné la suppression du CECSMO créant les diplômes d'études supérieures (DES) d'orthodontie, de chirurgie buccale et de médecine buccale.

Il peut être chirurgien dentiste ou détenir donc le CECSMO. Bientôt, il pourra détenir aussi le DES d'orthodontie.

Généralement, il est soit chirurgien-dentiste, soit stomatologiste.

Le choix de l'orthodontiste implique un engagement important (18 à 24 mois de traitement, avec des visites régulières) pour le patient.

Pour que le traitement soit efficace, il faut toutefois garder à l'esprit que l'implication et la motivation du patient occupent une part prépondérante.

1.2.3) Le traitement orthodontique

L'orthodontie est un processus long qui se déroule en plusieurs étapes.

- Diagnostic et moulage :

Il procède d'un examen exo-buccal suivi d'un examen endo-buccal, souvent à l'aide de clichés radiographiques (orthopantomogramme et téléradiographie de profil pour la plupart, voire en 3D aujourd'hui) et de photographies (4). Puis, il procèdera à un examen fonctionnel.

Cela dans le but de comprendre et d'étudier l'articulation des mâchoires et l'engrènement des dents afin de proposer un traitement adapté.

Les éléments exo-buccaux tels que la forme du visage, sa symétrie et la position des mâchoires doivent être pris en compte.

Une étude effectuée en Australie sur 505 patients de plus de 18 ans montre que le patient n'exprime pas son besoin de traitement orthodontique uniquement pour des raisons esthétiques mais aussi en raison d'une difficulté à mastiquer, à parler lié, à ventiler etc... Cet examen doit repérer les dysfonctions et para-fonctions. (5) (6) (7)

Si un traitement est justifié, on procède ensuite à la prise des empreintes pour réaliser un moulage, afin de créer un appareil dentaire. (4)

Dans certains cas, le manque de place fera l'objet d'extractions pour permettre le réalignement des dents.

- Types d'appareils orthodontiques

Il existe plusieurs types d'appareils dentaires, adaptés à chaque type de problème et à chaque personne. On trouve essentiellement deux types principaux d'appareils :

- amovibles :

Ils sont indiqués chez les enfants, lors d'un traitement interceptif pour corriger des occlusions inversées, des décalages des mâchoires ou pour aider à la rééducation fonctionnelle (mauvais positionnement de la langue, respiration buccale). Ils sont également utilisés lors des traitements de malpositions légères et en contention pour stabiliser les résultats obtenus en fin de traitement orthodontique fixe.



- fixes : bague ou traitement multi-bagues

Les traitements multi-attaches sont les plus fréquemment utilisés en orthodontie car ils restent les plus efficaces pour corriger des malpositions dentaires ainsi que les décalages des mâchoires.



- Traitement invisalign ® : consiste en une série de gouttières transparentes à changer toutes les deux semaines. Les dents se déplacent peu à peu jusqu'au résultat voulu par l'orthodontiste.
- Comment se fait le choix de l'appareil ?

Le choix de l'appareil se fait selon plusieurs critères : nature du problème à corriger, âge du patient, critères esthétiques, durée et coût du traitement.

Chez le jeune enfant, un traitement d'orthodontie est envisageable dès que la première molaire permanente et les quatre incisives maxillaires et mandibulaires évoluent.

- La pose de l'appareil dentaire

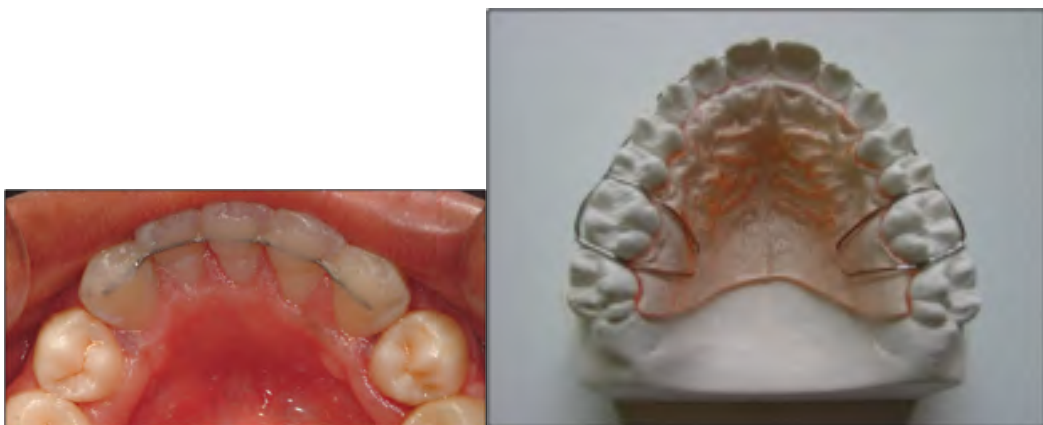
Elle vient après les étapes d'empreintes, de moulage, et des éventuelles extractions. La pose peut prendre plusieurs rendez-vous (le collage est une séance longue, il peut y avoir des réglages éventuels)

- Orthodontie : suivi

Du fait de la longueur du traitement, en moyenne 18 mois à 2 ans et parfois davantage si l'anomalie à corriger est très importante, le suivi régulier est nécessaire pour s'assurer de la bonne progression du traitement et/ou effectuer des réglages pour adapter l'appareil.

- Contention

Une fois le traitement abouti, le risque est ce qu'on appelle la récurrence. C'est à dire qu'une fois libérées de l'appareil, les dents peuvent se déplacer de nouveau. La contention permet d'éviter ce phénomène à l'aide soit d'un appareil amovible, soit d'un fil collé derrière les incisives mandibulaires (temporairement ou de manière définitive)



1.2.4) Orthodontie chez l'enfant (8) (9)

Le but est de prévenir les défauts acquis liés par exemple à la succion tardive de la tétine ou du pouce. Cela peut en effet entraîner des défauts de croissance, de position des dents, de palais...

En principe les premiers signes de malpositions dentaires sont dépistés entre 6 et 8 ans, lorsque les incisives apparaissent sur l'arcade.

Vers 11-14 ans, l'évolution des canines peut aussi s'accompagner de défauts gênants.

Toutefois, des dents mal alignées ne nécessitent pas systématiquement un traitement. Parfois, les dents se mettent en place progressivement. Il est toutefois nécessaire d'attendre que toutes les dents définitives soient en fonction sur l'arcade pour que le traitement puisse être efficace.

Enfin, certaines déformations des arcades dentaires imposent un traitement précoce pour permettre aux autres dents et à la mâchoire de se développer harmonieusement.

En raison de la nature encore « souple » et plus malléable de l'os chez l'enfant et l'adolescent, le traitement est plus efficace et les résultats sont plus rapides que lors du traitement orthodontique de l'adulte.

Comme nous l'avons vu précédemment, le manque de place impose parfois de passer par des extractions. Aussi, certains traitements prennent en compte le port d'un casque la nuit ou la mise en place de mini-vis pour réaliser des tractions.

1.2.5) Orthodontie de l'adulte (10)

Il existe plusieurs types d'appareils dentaires, adaptés à chaque situation clinique et à chaque patient.

La pensée commune associe volontiers l'appareil dentaire aux années d'adolescence. Cependant l'orthodontie se pratique de plus en plus chez les adultes où pour la majorité d'entre eux, le motif premier de consultation est d'ordre esthétique.

Un traitement incomplet à l'adolescence, des dents qui se sont à nouveau déplacées (cf. récurrence), un complexe lié à une dentition disgracieuse sont autant de raisons évoquées pour entreprendre un traitement orthodontique à l'âge adulte.

Liés à ces problèmes, on constate souvent des troubles de la fonction masticatrice (parfois même de la phonation), des chevauchements dentaires rendant difficile le contrôle de plaque, des atteintes du parodonte pouvant entraîner des pertes d'attaches et des mobilités.

- Les appareils invisibles

En raison des difficultés sociales que peut présenter le port d'un appareil multi-bagues « métallique » pendant plusieurs mois, de nombreux adultes sont séduits par un traitement orthodontique mettant en jeu des appareils plus discrets.

- Les risques de l'orthodontie chez l'adulte

Chez l'adulte, l'os est plus dense et les dents bien implantées dans la mâchoire. Il n'est donc pas anodin de les forcer à se déplacer.

Dans certains cas, cela peut entraîner des pertes d'attaches. Par ailleurs, les appareils collés sur les dents (multi-bagues ou orthodontie linguale) peuvent altérer l'émail et gêner le nettoyage.

Enfin, le fait de forcer les dents à bouger selon un schéma non naturel peut modifier l'équilibre du corps et avoir des conséquences sur toute la posture, et sur les articulations temporo-mandibulaires en particulier.

1.2.6) Hygiène dentaire

- Hygiène dentaire et appareils fixes

Avant le traitement, l'examen de l'hygiène bucco-dentaire et de l'état du parodonte permet de déterminer si elle est compatible avec le traitement orthodontique. (4)

Un appareillage fixe favorise la formation de plaque et donc de tartre. En effet, les bagues retiennent mécaniquement la plaque et limitent l'accès de la brosse à dents. Ainsi, une hygiène correcte est plus difficile à obtenir.

Le risque carieux est en conséquence accru et une hygiène rigoureuse s'impose.

- Hygiène dentaire et appareils amovibles

Les appareils amovibles posent moins de difficultés d'hygiène car on les retire pour les repas et pour le brossage des dents, qui s'effectue donc normalement.

Même si le risque carieux est moindre, une bonne hygiène dentaire reste indispensable, tout comme le nettoyage régulier de l'appareil.

I.3) Prise en charge

1.3.1) Coût du traitement orthodontique

Le coût d'un traitement orthodontique est libre et varie en fonction de la nature du « travail » à effectuer, et également en fonction du type d'appareil dentaire.

Chez les adultes, ce dernier aspect compte énormément. Comme vu précédemment, la plupart des personnes sont séduites par un appareil dentaire discret, voire invisible.

Dans ces cas, les tarifs sont plus élevés.

Ainsi, les appareils multi-bagues en céramique coûtent plus chers que les appareils à attaches métalliques ; il en est de même pour les traitements en technique linguale, invisibles et pouvant entraîner un surcoût allant jusqu'à deux fois celui d'un appareil classique.

Malheureusement, la sécurité sociale (régime obligatoire) ne rembourse les traitements orthodontiques que jusqu'à l'âge de 16 ans. À l'âge adulte, un tel traitement peut donc se révéler assez onéreux, surtout si la mutuelle ne couvre pas l'orthodontie.

1.3.2) NGAP et CCAM

1.3.2.1) NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels) (11)

- La nomenclature est la liste avec leur cotation des actes professionnels. Les actes ne figurant pas dans cette liste sont hors nomenclature (« HN »).
- Les nomenclatures établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.
- Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

➔ Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.

Lettre clé :

‘La lettre clé est un 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.’

Ainsi, pour les traitements orthodontiques, nous utilisons :

TO - Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqué par le chirurgien-dentiste. Sa valeur est de 2,15€.

Coefficient :

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Cependant, la NGAP est amenée à disparaître. En effet, elle est décrite comme obsolète et peu évolutive, c'est pourquoi la CCAM ou Classification Commune des Actes Médicaux devrait la remplacer.

1.3.2.2) CCAM

C'est un instrument de hiérarchisation des actes médicaux établi, en dissociant le travail médical calculé en nombre de points et le coût de la pratique.

C'est un outil plus précis et qui reflète mieux l'activité professionnelle. De plus, il permet de donner une existence aux actes non remboursables. C'est aussi un outil de dialogue évolutif, c'est à dire que les tarifs peuvent évoluer et certains actes non pris en charge peuvent le devenir.

Elle procède également d'un codage fait de 4 lettres et de 3 chiffres (type : AA AA NNN).

Les lettres précisent la topographie de l'acte (le système, l'organe et la fonction), l'acte principal du libellé et enfin le mode d'accès ou de la technique utilisée.

Le compteur de 3 chiffres qui n'a pas de signification particulière est utilisé pour différencier les actes ayant le même code en 4 lettres. Si le code est de 900 ou supérieur, cela signifie que l'acte n'est pas remboursable par l'assurance maladie.

La CCAM devrait se mettre progressivement en place en chirurgie dentaire mais l'orthodontie en est exclue pour le moment car la facturation au semestre l'en empêche.

1.3.3) Remboursement dentaire

Les traitements d'orthodontie sont remboursés par la sécurité sociale chez les enfants et adolescents de moins de 16 ans (début du traitement avant le 16e anniversaire) sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie. Après l'anniversaire des 16 ans, si un traitement orthodontique a débuté et que tous les semestres n'ont pas été utilisés, la sécurité sociale couvre les semestres restants.

À titre exceptionnel, les enfants de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie pour un semestre de traitement, préalablement à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires.

Les traitements d'orthodontie sont remboursés à 70 % (actes inférieurs à 91 euros) ou à 100 % (actes supérieurs à 91 euros) sur la base de tarifs dits « de responsabilité » sur une période de 3 ans, très souvent inférieurs à leur coût réel. En effet, les tarifs des traitements orthodontiques sont libres.

Comme vu précédemment, la lettre clé correspondant aux actes d'orthodontie est TO (valeur = 2,15€). Le traitement des dysmorphoses, par semestre est coté TO90 avec

un plafond de 3 ans. La première année de contention est cotée TO 75, la deuxième année, si elle est nécessaire TO 50.

Les séances de surveillance, entre deux phases de traitement actif sont cotées TO5. Deux séances sont possibles par semestre.

Chez les adultes, en revanche, l'Assurance Maladie ne prend aucun traitement en charge et il faut donc compter sur sa mutuelle ; mais toutes ne proposent pas les mêmes tarifs de remboursement.

1.3.4) Barèmes de prise en charge : quelques exemples.

En suivant, figurent des tableaux où sont confrontés montants de cotisations et niveaux de prestations de diverses mutuelles. Ces valeurs et informations sont issues de documentations papiers ou de simulations réalisées sur internet recueillies mi-2013.

Le profil de patient représenté ici est celui d'un homme d'environ 30 ans, célibataire et sans enfant pour la majorité des exemples. (12 à 22)

Tableau comparatif de prise en charge dentaire sur les premiers niveaux de remboursements :

<i>mutuelle</i>	<u>cotisation/ mois en €</u>	<u>soins dentaires</u>	<u>prothèse</u>	<u>Orthodontie /semestre</u>
<i>IDMACIF</i>	16	100%	70%	70%
<i>MUTUELLE BLEUE</i>	16	-	-	
<i>CARDIF</i>	21	100%	-	
<i>MAAF</i>	23	100%	-	
<i>ALLSECUR</i>	27	100%	100% avec plafond 500€ la première année, puis 1000€	100%
<i>SOS MUTUELLE</i>	28	100%	prothèse amovible : 100%, prothèse fixée visible : 150%, non visible 125%	100%
<i>ALPTIS</i>	29	100%	100%	100%
<i>MMA</i>	32	100%	100%	100%

Les forfaits minimum correspondants aux mutuelles ci-dessus, s'échelonnent de 16€/mois allant jusqu'à 32€/mois.

Les couvertures attachées à ces forfaits d'entrée de gamme remboursent en moyenne seulement 100% de la base de remboursement pour les soins, la prothèse et les traitements orthodontiques.

Certaines ne prennent même pas en charge l'orthodontie.

Tableau comparatif de prise en charge dentaire sur les plus hauts niveaux de remboursements :

<u>mutuelle</u>	<u>cotisation/mois en €</u>	<u>soins dentaires</u>	<u>prothèse</u>	<u>orthodontie/ semestre</u>
<i>SOS MUTUELLE</i>	48	150%	Prothèses : Prothèses mobiles: 150 % Prothèses fixes sur dents visibles: 250 % 265 % après 1 an 280 % après 2 ans 300 % après 3 ans Prothèses fixes sur Dents non visibles: 200 % 215 % après 1 an 230 % après 2 ans 250 % après 3 ans limité à 1 100 €/pers par an	350€/pers/an Idem si non remboursé
<i>ALL SECUR</i>	49	200%	Prothèses : 200 % limité à: 500 €/pers par an 1 000 €/pers après 1 an	200€/semestre pas de prise en charge si pas de régime obligatoire

<i>CPLUS SANTE</i>	49	200%	Prothèses : 100 % 150 % après 1 an 200 % après 2 ans + Forfait commun Dentaire: 250 €/pers par an	Orthodontie : 100 % 150 % après 1 an 200 % après 2 ans + Forfait commun Dentaire: 250 €/pers par an Si non remboursé : 250€/pers/an
<i>MAAF</i>	49	100%	Prothèses : 100 €/couronne 120 €/couronne après 2 ans et 100 % + 120 €/prothèse sur les prothèses amovibles limité au plafond commun dentaire: 500 € par an	non
<i>MMA</i>	67,08	200%	Prothèses : 300 % + 50 % si partenaire du réseau MMA	200%
<i>ID MACIF</i>	52	150%	Prothèses : 100 %+ Forfait Dentaire (1 200 €/pers par an)	Orthodontie : 100%+ Forfait Dentaire(1 200 €/pers par an). Idem si non remboursé.
<i>OCIANE</i>	57	100%	Prothèses : 300 % limité à 1 200 €/an 2 200 €/an après 2 ans	Orthodontie : 300% limité à 1 200 €/an 2 200 €/an après 2 ans Si non remboursé : 230€/an/personne
<i>ALPTIS</i>	65	200%	200%	200% ou 200€/pers/an si non remboursé

AMAGUIZ	68	100%	Prothèses : Couronnes céramiques et appareils dentaires amovibles: 100 % + 200 € Inlay-core: 150 % Autres prothèses: 200 % limité à un plafond commun prothèses/implants en réseau partenaire: 700 € limité à un plafond commun prothèses/implants hors réseau: 600 €	200%
---------	----	------	---	------

Il est notable que le facteur âge est un paramètre important qui influe sur le montant des cotisations. En effet, après 65 ans le montant de ces cotisations augmente nettement. Cela est dû au fait qu'en France, les personnes de plus de 65 ans sont les plus malades. Le tableau comparatif ci-dessous rend compte de ces éléments pour les cotisations les plus élevées et inclue les plafonds de remboursements.

MUTUELLE	COTISATIONS / mois (en euro)	SOINS	PROTHÈSE	PLAFONDS	ORTHODONTI
MGEN	29,7	100%	151€/dent + 75,25€/an ou 381,13€/an si dentiste conventi onné	non	100% + 38,70€/semest ou 270,5€ si orthodontiste conventionné
MYRIADE	25,63	100%	150%	750€ la première année puis 1000€ la suivante et 1500 la troisième année	100%
SWISSLIFE	45,16	150%	150%		300€/an
CNM	31,32	150%	200%		200% + 100€ après 3 ans d'adhésion
SOLLY AZAR	64,69	250%	350%	1ère année 1050€	700€/an
APRIL	67,62	225%	300%	1ère année 1600€	300%
SMAM	68,06	150%	250%	1ère année 800€	250%
ASAF-AFPS	84,04	175%	300%	1ère année 800€	300%
ALPTIS	99,9	300%	300%	1ère année 1500€	300%
APICIL	113,01	370%	470%	1ère année 1000€	470%
SWISSLIFE	114,99	175%	400%	1ère année 1553€	1242/an en plu du remb. Sécu.
AVIVA	52,33	100%	220%	Prot. Et ortho 180% année 1 puis 205% année 3	220%
SMIP	31,2	90%	290%	458€année 1/ 763€ année 2	300%

EURO ASSURANCE	47,46	200%	200% + 200€/an après 2ans	année 1-2-3 : 600-900-1200€	200%
INNOVA	75,67	300% 375% si > 3ans	300%	1 000 €	300% puis 375 après 3ans
ALLIANZ	191 (sénior) sinon 116	500%	500%	1000€ pendant 2 ans, puis 2000€	400€/an
GMF	104,30 (sénior)	150%	350%	400€/an en +	250%
MALAKOFF	55	100%	70% + 300€/p rothèse	néant	100% + 200€/semestre
GAN	52,89	100%	250% ou 200% dent non-visible. Forfait 300€/an si conventionnée	600€/an	250%
HARMONIE	15,9	100%	215€ par dent visible	néant	290€/semestre
Mutuelle Générale de Paris	68,42	300%	400%	800€ pendant 2 ans puis 1600€	250%, si pas de RO: 300€/an
Mutuelle en ligne	37,78	100%	150%+100€ si >2ans	néant	150% + 100€/an après 2a
MORNAY SERVICE	77,18	220%	300%	2500€/an	300%
UNIPREVOYANCE	entreprise	300%	600% dents visibles, sinon 450%	2500€/an	500%, si pas de RO 750€/semestre
GROUPAMA	78,89	100%	Prothèse amovible : 100%+ 630€ Prot. Fixée : 300%	700€ pendant 2 ans	400%, si pas de RO 600€/an

Remarques:

D'une part, pour des hauts niveaux de prestations des traitements orthodontiques, les montants des cotisations mensuelles sont logiquement élevés. (La simulation avec un homme de plus de 65 ans montre que les cotisations augmentent considérablement).

D'autre part, le rapport cotisation/niveau de prestation n'est pas linéaire. En effet, les mutuelles proposent en majorité des « formules » de prise en charge. Ainsi, quand le patient souhaite un niveau de prise en charge élevé dans un domaine de santé, il ne peut pas se contenter d'un faible niveau de prise en charge dans les autres secteurs.

Donc même si les tendances indiquent que la cotisation augmente avec le niveau de prestations, ce ne sont pas forcément les cotisations les plus élevées qui offrent les meilleurs remboursements des traitements orthodontiques.

On remarque que certaines prestations sont meilleures au fur et à mesure du traitement.

Aussi, les plafonds de remboursement ne sont pas un paramètre à négliger au moment de la souscription et il convient d'y prêter attention à cause de la libre pratique du tarif des traitements orthodontiques.

Enfin, ces tarifs sont modulables en raison du nombre variable de paramètres. Selon que le patient ait plus de 65 ans, s'il souhaite couvrir ses enfants ou toute sa famille etc... les cotisations vont évoluer.

En résumé :

l'ODF se fixe pour objectif l'établissement :

- de contacts dento-dentaires corrects pour assurer la fonction masticatoire ;
- d'une occlusion fonctionnelle et statique non pathogène ;
- de facteurs assurant un déroulement normal des fonctions oro-faciales ;
- d'un équilibre musculaire de l'appareil stomatognathique ;
- de la protection de l'articulation temporo- mandibulaire ;
- d'une esthétique acceptable par le patient ;
- de la pérennisation des résultats.

L'orthodontie n'est remboursée par la sécurité sociale que pour les enfants dont la demande d'entente préalable a été transmise avant le 16ème anniversaire.

- La demande d'accord est à renouveler tous les 6 mois.
- La durée des soins d'orthodontie est de 3 ans en moyenne.
- Le coût moyen pour un semestre est d'environ 600 €.
- La base de remboursement est de 193,50 € pour un semestre. Ce qui est bien au dessous du tarif réel du traitement. Ainsi, des formules proposent des remboursements spécifiques pour l'Orthodontie :
 - Orthodontie Enfant jusqu'à 1 935 €/an soit 967,50 €/semestre
 - Orthodontie Adulte jusqu'à 1500 €/an.

II. SECURITE SOCIALE ET MUTUALITE FRANCAISE

Il s'agit dans ce chapitre d'appréhender ce que pourrait être la prise en charge des besoins de santé en France, plus précisément celle des traitements orthodontiques : par le régime obligatoire (RO) d'une part, et surtout par les régimes complémentaires (RC) d'autre part.

Une connaissance de l'histoire de ces deux régimes et de l'économie de santé de l'Etat Français est un préalable indispensable pour répondre à l'objet de notre étude.

II.1) Histoire de la sécurité sociale (Assurance maladie)

Depuis 1945, l'Assurance Maladie s'est construite sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. (24)

2.1.1) Origine

La solidarité est restreinte au cadre familial et au sein des corporations de métier. Mais depuis 1789, la Révolution et la Déclaration des droits de l'Homme, ont insufflé une nouvelle conception de l'assistance.

Ainsi à l'origine, le régime général de l'Assurance Maladie était réservé aux salariés et à leur famille. Puis, il s'est progressivement élargi à d'autres catégories de populations telles que les jeunes libérés du service militaire, les femmes divorcées sans emploi, anciens détenus etc...

Et grâce à l'Assurance Maladie, chacun peut se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources.

La loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite, la loi du 27 juin 1904 le service départemental d'aide sociale à l'enfance et la loi du 14 juillet 1905 l'assistance aux personnes âgées infirmes et incurables.

2.1.2) De 1945 à nos jours

Les 4 et 19 Octobre 1945 sont promulguées par le gouvernement De Gaulle des ordonnances qui créent une organisation de la Sécurité sociale. Ces dernières fusionnent toutes les anciennes assurances et marquent une rupture avec un régime social d'avant-guerre. Elles prévoient le principe d'une « *gestion des institutions de Sécurité sociale par les intéressés* ».

Pour faire face aux difficultés financières inhérentes à l'allongement de l'espérance de vie, aux progrès médicaux et à l'amélioration des retraites, l'ordonnance de 1967 instaure une séparation en branches autonomes : maladie, famille et vieillesse. Chacune d'elle est responsable de ses ressources et de ses dépenses.

Les acteurs du système de protection sociale, gouvernement, parlement, gestionnaires des systèmes de Sécurité sociale, professions de santé et assurés sociaux se voient impliqués en une nouvelle chaîne de responsabilité avec la réforme de 1996.

En 2004 le Parlement adopte une réforme visant à sauvegarder le régime d'Assurance maladie tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux (cf. introduction du paragraphe 2.1)).

Le 4 Octobre 2005 : la Sécurité sociale a 60 ans. Elle assure aujourd'hui la couverture de près de 55 millions de personnes.

« Elle est le produit de l'histoire du peuple français, des luttes sociales qui à un moment donné modèlent le type de réponses, le type de régulation, en fonction des rapports de forces. Elle joue un rôle actif sur la base économique, elle agit à la fois sur la consommation et sur la production, articulant prestations et mode de financement. » (25)

II.2) Histoire de la Mutualité Française (26)

La mutualité, premier mouvement social de notre pays, forge ses origines au dix-septième-siècle dans l'entraide solidaire rurale des ouvriers de toutes les corporations. S'organisant en sociétés de secours mutuels le 15 juillet 1850, se réunissant ensuite en unions départementales, puis régionales, le mouvement mutualiste est devenu au fil des siècles un maillon essentiel du système français de protection sociale.

Née avec le vingtième siècle, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (**FNMF**) a constitué l'une des forces motrices de cette évolution.

Elle donne vie aux valeurs mutuelles de **liberté**, de **démocratie**, **d'indépendance** et de **solidarité** qui constituent les quatre piliers de la doctrine sur laquelle se sont toujours appuyés les mutualistes.

- Les mutuelles sont aujourd'hui divisées en trois organismes. Deux sont à but non lucratif :
 - mutuelles ou groupes mutualistes : ils relèvent du Code de la Mutualité et représentant 86 % des organismes complémentaires santé (mais 59% du marché)
 - Institutions de prévoyance : Elles relèvent du Code de la Sécurité sociale et représentent 4 % du nombre des organismes complémentaires (mais 17% du marché)

- Et une à but lucratif que sont les sociétés d'assurances qui relèvent du Code des Assurances. Elles représentent près de 10 % des organismes complémentaires santé mais 25% du marché. Elles n'ont pas de mission sociale comme les précédents et sont donc exclues des comptes de protection sociale. Elles appliquent cependant les mêmes règles prudentielles des régimes complémentaires.

II.3) Etat des comptes

2.3.1) Régime obligatoire (RO) et comptes nationaux de la santé (CNS)

Afin de cerner au mieux les enjeux de cette recherche, la démographie médicale, les chiffres de l'activité en chirurgie-dentaire et en orthodontie d'une part, et un point sur les rapports nationaux de la santé en France d'autres part, sont des éléments importants à étudier.

2.3.1.1) EFFECTIFS DE CHIRURGIENS-DENTISTES, SEXE ET SITUATION PROFESSIONNELLE au 1er janvier 2013 : (en France métropolitaine).(27)

Libéral ou mixte :	H : 22247	F : 13847	H+F : 36094
Salarié :	H : 1579	F : 2327	H+F : 3906
Total :	H : 23826	F : 16174	H+F : 40000

On peut voir qu'une minorité de la profession est exclusivement salariée, et que dans ce secteur, la majorité est représentée par des femmes.

Enfin, 59,57% du total de la profession sont des hommes.

2.3.1.2) ACTIVITÉ LIBÉRALE EN FRANCE EN ODF : (28)

Années	Nombre global d'actes (milliers)	Nombre d'actes/praticien	Tarif moyen de la lettre-clé, prix courants (EUR)	Tarif moyen de l'acte, euros courants
2003	1627	44,4	2,15	106,40
2004	1678	45,7	2,15	106,40
2005	1718	46,8	2,15	106,40
2006	1743	47,6	2,15	106,40
2007	1789	51,7	2,15	106,40
2008	1841	50,6	2,15	106,40
2009	1889	52,1	2,15	106,40
2010	1990	54,0	2,15	106,40

2.3.1.3) RAPPORTS NATIONAUX DE LA SANTÉ (29)

Les Comptes de la Santé sont l'un des comptes satellites des Comptes Nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2005 » de la Comptabilité Nationale qui a remplacé la précédente « base 2000 ». Les données correspondent aux données provisoires de l'année 2011, aux données semi-définitives de l'année 2010 et aux données définitives des années 2000 à 2009.

Ces comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Ces comptes servent de base à l'élaboration des Comptes de la Santé présentés dans les instances internationales. Ils permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

Ce rapport décrit les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2011.

Ainsi donc, les Comptes Nationaux de la Santé évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé.

Leur composante la plus importante est la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), et ils décrivent également le mode de financement.

En 2011, la DCS s'élève à 240 milliards d'euros (12% du PIB) pendant que la CSBM est estimée à 180 milliards d'euros, soit 2762 euros par habitant. Elle représente ainsi 9% du PIB en 2011, alors qu'elle représentait 9,1% en 2009 et 2010. (Attention, une augmentation de cette part ne veut pas nécessairement dire que la CSBM augmente mais peut signifier que le PIB baisse).

Le rapport révèle en outre que l'évolution de la CSBM ralentit et est inférieure à celle observée dans les années 2000. Et en 60 ans, sa part dans le PIB est passée de 2,6 % en 1950 à 9 % en 2011.

Taux de croissance de la CSBM et du PIB



La CSBM en 2011 est répartie comme suit :

La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1- Soins hospitaliers	79,2	81,4	83,6	3,9	2,8	2,6
publics	60,5	62,1	63,8	3,9	2,7	2,7
privés	18,7	19,3	19,8	4,0	3,1	2,5
2- Soins de ville	43,3	44,1	45,7	2,9	1,7	3,7
médecins	18,6	18,5	19,2	2,1	-0,8	3,9
dentistes	9,7	10,0	10,3	1,9	2,6	2,6
auxiliaires médicaux	10,4	11,0	11,5	5,9	5,4	4,8
analyses	4,2	4,3	4,4	2,2	1,7	2,6
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,1	3,4	1,4
3- Transports de malades	3,6	3,8	3,9	6,4	5,4	3,0
4- Médicaments	34,1	34,5	34,7	2,0	1,3	0,5
5- Autres biens médicaux	11,0	11,6	12,2	2,9	5,6	5,0
CSBM (1 à 5)	171,1	175,4	180,0	3,3	2,5	2,7

Les données chiffrées ci-dessus amènent à une réflexion sur les parts respectives prises par les différents acteurs économiques dans le financement de santé : Etat, assurance maladie, organismes complémentaires et ménages (« reste-à-charge »). (30)

L'étude de ce rapport montre qu'avec une part s'élevant à 135,8 milliards d'euros en 2011, la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est de 75,5% contre 75,7% en 2010. Pendant dix ans, de 1995 à 2005, cette part est restée globalement stable, résultant de plusieurs évolutions contraires. En effet, d'une part la CSBM se modifiait en faveur de produits moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments ou optique par exemple) et comprenait une part croissante de dépassement d'honoraires ; et d'autre part, le nombre d'assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection longue durée n'a cessé d'augmenter.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale a diminué en raison de certaines mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie.

Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale reste de l'ordre de 75,7 %. Elle recule légèrement en 2011.

La part de contribution des organismes complémentaires (OC) ajoutée au fonds CMU s'élève à 14,5% de la CSBM (contre 13,7 % sans prise en compte de cette taxe).

Le **reste à charge des ménages** atteint 17,3 milliards d'euros en 2011, soit 9,6 % de la CSBM. Il est plus élevé pour les dépenses telles que l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

Alors que ce reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2004, du fait d'une importante participation des OC, et dans une moindre mesure de la création de la CMU complémentaire ; il a augmenté en passant de 9% en 2005 à 9,7% en 2008 en raison de mesures économiques prises pour limiter le déficit de l'Assurance maladie, du déremboursement de médicaments et du parcours de soins.

Cette part s'est stabilisée de 2009 à 2011 du fait de l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur.

La consommation de soins dentaires s'élève 10,3 milliards d'euros en 2011. Sa croissance en valeur, qui avait ralenti en 2009 (+1,9%), a repris en 2010 (+2,6%) et se maintient au même rythme en 2011 : +2,6 %. Cette hausse est uniquement due à celle des actes pour lesquels les tarifs sont supérieurs aux tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire les soins prothétiques essentiellement ; les soins conservatoires n'ont en effet pas été revalorisés depuis plusieurs années.

Les évolutions des six dernières années restent néanmoins en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004. Les prix progressent de 1,1 % en 2011 après +1,2 % en 2009-2010. (31)

2.3.2) Régime complémentaire

2.3.2.1) Données chiffrées : (26)

Les remboursements des soins de l'Assurance maladie obligatoire dépendent du risque maladie. Son financement dépend des revenus, via les contributions sociales et les cotisations. De ce fait, l'Assurance maladie obligatoire induit une réduction des inégalités de niveau de vie de près de 19%, tandis que l'Assurance maladie complémentaire les réduit très peu (-0,5 %).

La part des **organismes complémentaires** (OC) dans le financement de la CSBM est croissante en raison de la diffusion régulière de la couverture complémentaire au sein de la population (94% des ménages disposaient d'une couverture complémentaire en 2008 selon l'enquête «Santé et protection sociale» de l'IRDES). Cette part s'élève à 24,6 milliards d'euros en 2011, soit 13,7% de la CSBM contre 13,5% en 2010.

Cette progression est inhérente aux soins de ville (dépassements des médecins et des dentistes, relèvement du seuil d'application de la participation forfaitaire 18 €), aux soins hospitaliers, ainsi qu'à la dynamique de croissance des biens médicaux pris en charge par les OC. En 2013, les versements des mutuelles représentent 59 % des

versements des OC (61% en 2000), ceux des sociétés d'assurance 25 % et ceux des institutions de prévoyance 17 % (selon les données de l'IRDES avril 2013)

Entre 2005 et 2008, la part des OC dans le financement des dépenses de santé était passée de 13 % à 13,3%. Cette progression résultait de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des OC dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments. Depuis 2009, la part des OC augmente à nouveau: 13,5% en 2010 puis 13,7% en 2011: ce sont les soins hospitaliers et les autres biens médicaux qui contribuent le plus à cette hausse.

L'augmentation des postes «Soins hospitaliers» et «Autres biens médicaux» dans les prestations des OC a plus que compensé la baisse de leur prise en charge des médicaments. Avec les mesures de dé-remboursement intervenues depuis 2006 et l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs.

La part des OC pour les médicaments est ainsi passée de 17,6 % en 2005 à 15,1 % en 2011.

Parmi les prestations versées par les OC, la première place revient encore aux médicaments, qui représentent 21,3 %. Viennent ensuite les autres biens médicaux (18,4 %), les soins hospitaliers (18,2 %), les soins de dentistes (16,0 %) et les soins de médecins (15,0 %).

La structure de prestations par type d'OC montre le poids important des soins hospitaliers et des médicaments dans les versements des mutuelles et des sociétés d'assurance. Les institutions de prévoyance montrent quant à elles une prise en charge relativement plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux tels que l'optique.

Si l'on ajoute la contribution nette des OC au Fonds CMU (1,5 milliard d'euros en 2011), la part des OC dans le financement de la **CSBM** passe de 13,7 % à **14,5 %**.

Remarque : les OC prennent également en charge des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambres particulières, frais de longs séjours...) et versent aux ménages des prestations annexes aux soins de santé (contraception, acupuncture, primes de naissance, etc.). Ces compléments, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,5 milliard d'euros en 2011 : 0,8 milliard d'euros pour les mutuelles, 0,4 milliard d'euros pour les sociétés d'assurance, 0,3 milliard d'euros pour les institutions de prévoyance.

Financements des organismes complémentaires en 2011

En millions d'euros

Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 412	6 736	4 456	24 604	13,7
Soins hospitaliers	2 528	1 353	598	4 480	5,4
Soins de ville	5 410	2 772	2 007	10 190	22,3
Médecins	1 923	1 034	726	3 683	19,1
Dentistes	1 968	1 063	894	3 926	38,3
Auxiliaires médicaux	892	356	225	1 473	12,5
Laboratoires d'analyses	627	319	162	1 108	25,4
Médicaments	3 105	1 389	748	5 242	15,1
Autres biens médicaux **	2 271	1 164	1 083	4 518	37,1
Transports de malades	98	58	18	175	4,5
Hors champ de la CSBM					
Autres prestations liées à la santé	785	434	261	1 480	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour...)	608	360	178	1 147	
Prestations diverses	176	74	83	333	

* Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

** Optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Enfin, une enquête annuelle de la DREES permet d'observer les garanties offertes par les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires.

La grande majorité des bénéficiaires de ces contrats sont remboursés au moins à hauteur du tarif de base de la Sécurité sociale. En cas de dépassement, notamment pour l'optique et la prothèse dentaire, le remboursement va souvent au delà. Le niveau de prise en charge de ces dépassements varie fortement selon le type de contrat souscrit.

Les contrats collectifs offrent à la plupart de leurs bénéficiaires des garanties parmi les plus élevées, alors que les contrats individuels proposent à 65% leurs bénéficiaires des garanties de milieu de gamme. (32)

2.3.2.2) Quel avenir pour les mutuelles ?

Le jeudi 30 août 2013 est annoncé la naissance d'une mutuelle géante : Harmonie Mutuelle, qui illustre la réduction considérable du nombre de mutuelles en France. En effet, ce mouvement de concentration des mutuelles santé est spectaculaire. Elles étaient 790 en 2004, elles ne seront que 260 en 2016.

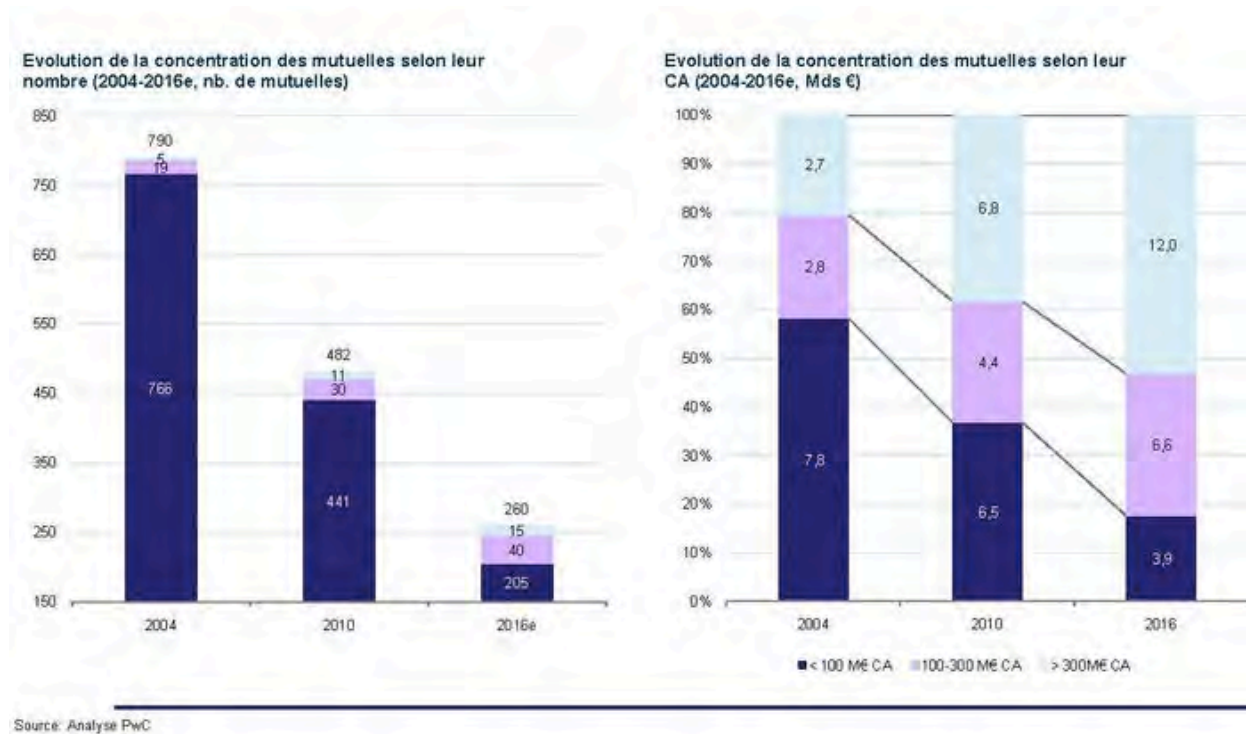
Harmonie Mutuelle est issue de la fusion de cinq mutuelles (Harmonie Mutualité, Prévadiès, Mutuelle Existence, Santévie et Spheria Val de France) et devient la première de France avec 2 milliards de chiffre d'affaires et 4,5 millions de personnes protégées dépassant ainsi la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale).

Le poids global sur le marché de l'assurance n'est pas menacé par cette évolution car la plus grande taille des mutuelles va leur permettre de mieux résister à la concurrence en complémentaire santé et de se diversifier en prévoyance.

→ Disparition des petites mutuelles

Les mutuelles dont le chiffre d'affaires (CA) était inférieur à 100 millions d'euros en 2004 seront divisées par quatre en 2016. D'après les estimations de Mutré (société de réassurance dédiée aux mutuelles santé) leur poids de 58% en 2004 au sein des mutuelles tombera à 17% en 2016 selon ces prévisions.

A l'inverse, les grandes mutuelles (de 300 millions d'euros et plus) qui n'étaient que 5 en 2004 seront multipliées par 3 en 2016 et représenteront plus de la moitié du CA de l'ensemble des mutuelles.



Analyse du cabinet PricewaterhouseCoopers (PwC).

➔ Se regrouper pour faire face à la réglementation et à la concurrence

La concurrence en assurance santé a accéléré le phénomène de concentration. En effet, jugé comme un marché porteur à forte croissance, les assureurs traditionnels y ont intensifié leur développement. Les « bancassureurs » ont, quant à eux, vu dans la complémentaire santé une stratégie du multi-équipement de clients pour leur offrir davantage de produits d'assurance. Les institutions de prévoyance (IP) ont pour leur part consolidé leurs positions.

Entre 2003 et 2007, les mutuelles santé ont maintenu un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 4% comme pour les IP. Dans le même temps, les assurances ont augmenté de 7% par an.

Taille et structure du marché de l'assurance complémentaire santé en France (2003-2010, Mds €)



Source : Fonds CMU, entretiens PwC

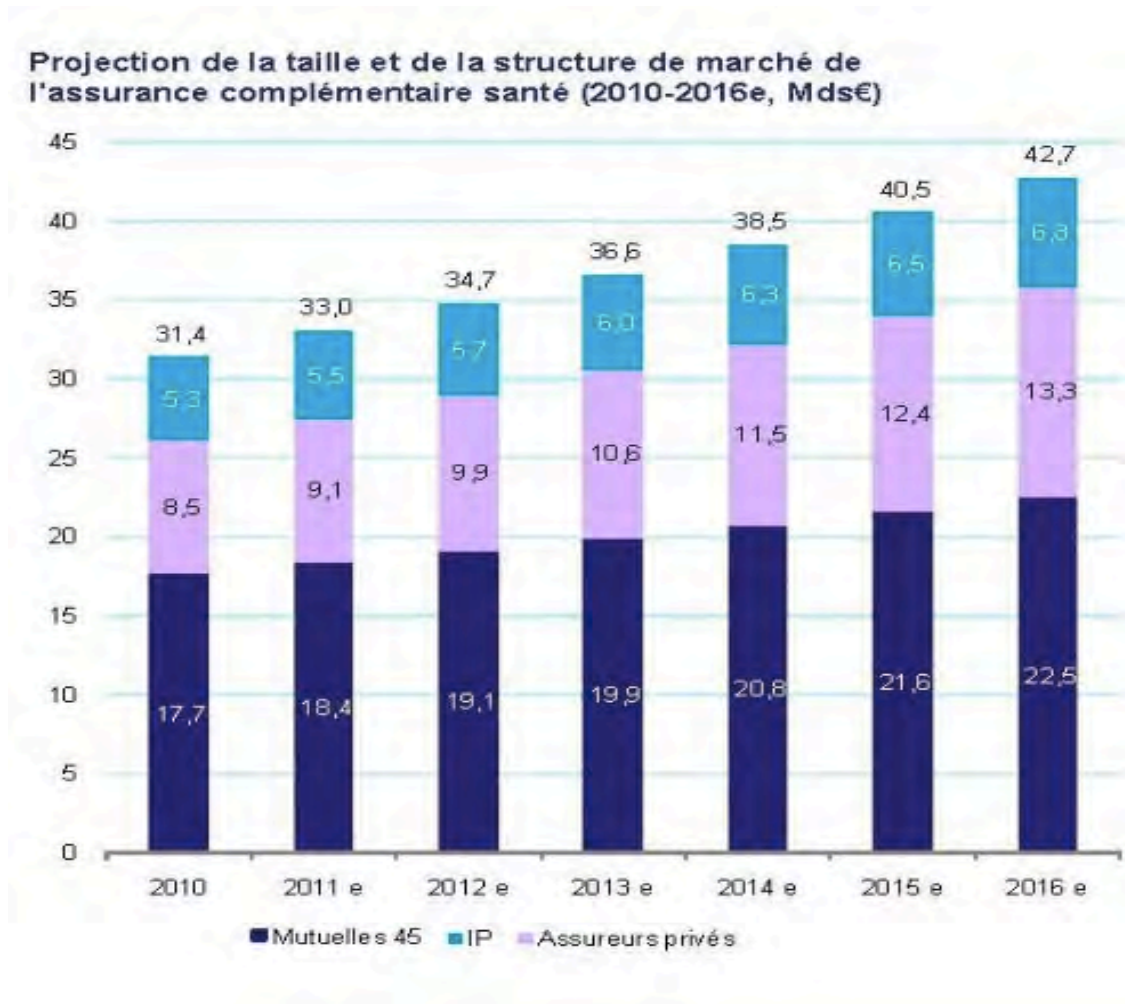
Sous l'effet d'une forte compétition tarifaire et d'une hausse du coût d'acquisition des clients (accentuées par la volatilité accrue des assurés), les marges des mutuelles se sont réduites.

Ces dernières ont adopté des règles de gouvernances plus contraignantes et appliquent des calculs de besoins de fonds propres de plus en plus complexes en raison des changements réglementaires successifs.

C'est donc pour faire face à ces contraintes et à ces coûts, mais aussi pour chercher des perspectives de croissance en assurance santé collectives ou en prévoyance, que les mutuelles

se regroupent et mettent en commun leurs moyens et ainsi, réaliser des économies à grande échelle.

La croissance du marché de l'assurance santé va aussi profiter aux mutuelles comme le montre le tableau ci-dessous, d'après une étude réalisée par Mutré sur les projections pour 2016 :



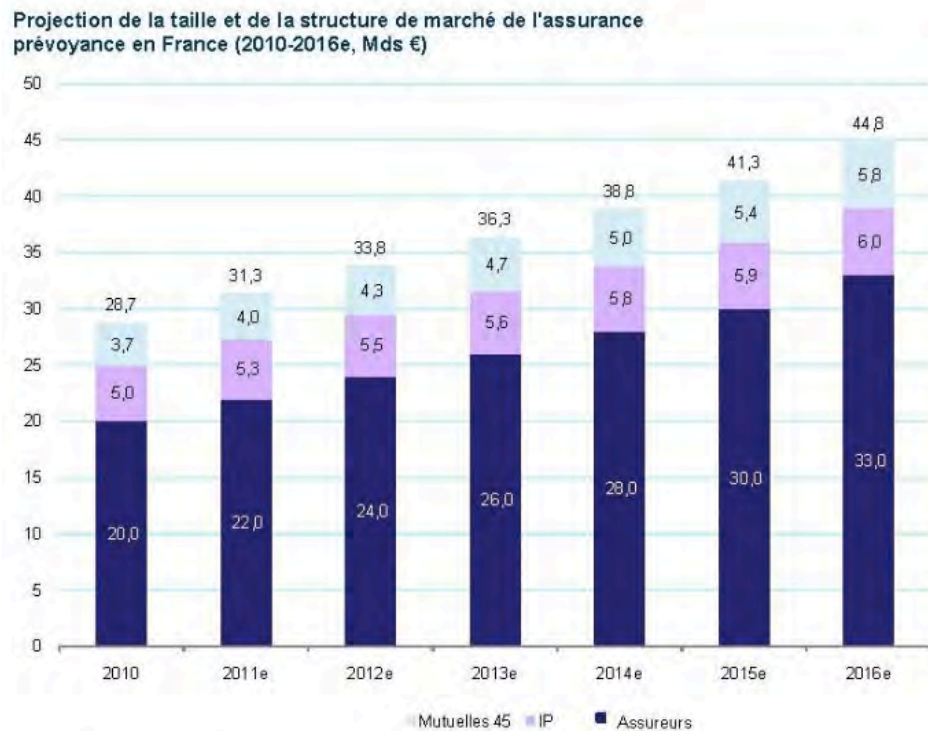
Remarque : cette projection suppose que l'assurance maladie ne reformera pas en profondeur son rythme de déremboursement sur la période considérée.

→ La prévoyance : une piste de diversification pour les mutuelles

La prévoyance est un marché sur lequel les mutuelles sont encore peu présentes, bien qu'étant très dynamique et offrant de bonnes perspectives de croissance et de rentabilité.

Entre 2006 et 2010, elles ont néanmoins augmenté leur CA dans cette branche de 5% par an, contre seulement 2% par an en moyenne pour les IP. Mais les assureurs et « bancassureurs » l'ont augmenté plus rapidement encore, de 6% par an en moyenne.

Se développer davantage en assurance dépendance est un risque où les mutuelles pourraient avoir un rôle important à jouer. Elles restent cependant très prudentes car ce marché est encore réduit.



Source : Modélisation PwC sur la base de données publiques, entretiens PwC

2.3.3) Généralisation de la complémentaire santé : actualités

2.3.3.1) Complémentaires santé collective :

Définitivement voté par le sénat le 14 mai 2013, le projet de loi de sécurisation de l'emploi, issu de l'Accord national interprofessionnel (ANI), rend obligatoire l'instauration d'une couverture santé collective dans toutes les entreprises. La mutuelle collective sera obligatoire d'ici 2016 et couvrira ainsi 3,5 millions de salariés du secteur privé au travers de contrats collectifs mis en place dans les petites et moyennes entreprises.

Critiqué par le fait que le projet de loi n'était pas le « *reflet exact du texte signé par les partenaires sociaux* » (Déclare le président de la Mutualité Française, Etienne Caniard), de nombreux débats contre la 'clause de désignation' (il était prévu que les entreprises d'une branche professionnelle n'aient pas la liberté de choix de leur assureur.) ont finalement abouti sur des négociations. Les branches professionnelles ont eu pour but de définir les garanties, le financement et le ou les organismes désignés pour la mutuelle. Ces négociations de branche devront aboutir au plus tard le 01/07/2014. A défaut, les entreprises devront organiser des négociations internes afin que tous les salariés bénéficient d'une mutuelle obligatoire au 01/01/2016.

Après de longs mois, même si la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés au 1er janvier 2016 a suscité des débats parfois houleux, la volonté d'ajouter des clauses de désignation au texte a généré une levée de boucliers de la part des courtiers et assureurs. Une opposition avalisée par le Conseil constitutionnel, le 7 juin, a jugé cette clause contraire à la Constitution. De plus, les institutions de prévoyance dominant déjà le marché des contrats collectifs, et cette clause leur profiterait essentiellement ; et ce, au détriment des assureurs, mutuelles et intermédiaires d'assurance.

Ainsi les entreprises bénéficient donc maintenant du libre choix de l'organisme de complémentaire santé.

2.3.3.2) Réseaux de soins : « Proposition de loi Leroux »

Le mercredi 24 juillet 2013, le Sénat a adopté en séance plénière la proposition de loi du député Bruno Leroux (« la PPL Leroux »), relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles.

Le texte a recueilli 173 votes pour et 137 votes contre, sur 343 votants. La ministre de la santé, Marisol Touraine a rappelé que l'objectif premier du texte était de « *placer sur un pied d'égalité tous les organismes complémentaires* », en permettant aux **mutuelles** de constituer des réseaux de soins comme peuvent déjà le faire les assureurs et les institutions de prévoyance.

Quelles conventions ?

Ce texte détermine les modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé.

La chambre haute précise que « *cette proposition de loi a pour objet de donner la possibilité aux **mutuelles** d'être des acteurs de la négociation entre l'offre et la demande de soins, en actant la possibilité pour elles d'instaurer des **différences dans le niveau des prestations** lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins* ».

Quelles clauses tarifaires ?

D'une part, les organismes complémentaires pourront se conventionner avec l'ensemble des professions de santé, mais ces conventions ne pourront comporter de **clauses tarifaires** que pour les trois professions pour lesquelles « *la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie est minoritaire* », c'est-à-dire les **chirurgiens-dentistes**, les opticiens et les audioprothésistes. A l'inverse, les clauses ne seront pas possibles pour les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmiers ou les sages-femmes.

Ensuite, les conventions conclues avec les professionnels de santé ne devront pas avoir pour effet une **modulation du remboursement** aux assurés.

Enfin, les réseaux de soins devront être ouverts à tous les professionnels qui remplissent les conditions fixées, « *sauf pour l'optique où la démographie des professionnels justifie à ce stade d'utiliser cet outil de régulation* ». Un numerus clausus sera donc fixé pour les réseaux d'opticiens.

La PPL Leroux devra encore être examinée en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale.

En résumé :

- **Histoire**

- de la sécurité sociale :

D'un cadre de solidarité restreinte, la Révolution de 1789 et la Déclaration des Droits de l'Homme ont substitué une nouvelle conception de l'assistance. Ses limites et insuffisances donneront naissance dès le début du XXème siècle aux premières tentatives de création d'une sécurité sociale. Sa forme et ses principes en vigueur encore aujourd'hui verront le jour en 1945. Aujourd'hui, le système de sécurité sociale se définit comme une protection contre les risques sociaux étendue à l'ensemble de la population mais séparée entre plusieurs institutions à financement propre.

- De la mutualité française :

C'est le premier mouvement social de notre pays (XVIIème siècle). S'organisant petit à petit en sociétés puis en unions départementales et régionales, la FNMF a donné vie au XXème siècle aux valeurs mutuelles de liberté, de démocratie, d'indépendance et de solidarité. Les mutuelles sont aujourd'hui divisées en trois organismes dont deux sont à but non-lucratif et un à but lucratif.

- **Etat des comptes :**

- RO et CNS :

Les CNS sont l'un des comptes satellites des Comptes Nationaux et estiment la consommation finale de soin en santé et leur financement. Au travers de la DCS, les CNS évaluent la CSBM qui en est la composante majoritaire. En 2011, la DCS représente 12% du PIB et la CSBM 9%. Même si le taux de croissance de la CSBM est en baisse, elle n'a cessé d'augmenter en 60 ans.

Le RO prend part à environ 76% du financement de la CSBM au sein de laquelle le reste à charge représente près de 10%.

La consommation de soins dentaires s'élève à près de 10 milliards d'euros/an soit environ 5,5% de la CSBM.

- RC :

Ils ne prennent pas en compte le risque maladie ni les revenus et donc ne réduisent pas les inégalités de niveaux de vie.

94% des ménages possèdent une couverture complémentaire qui finance près de 14% de la CSBM. Cette part n'a cessé d'augmenter du fait de la diffusion des RC au sein de la population, d'une meilleure prise en charge de soins hospitaliers et de soins de ville entre autres.

Les médicaments occupent la première place des parts de prestations versées par les RC soit 21,3%.

Leur avenir pointe vers la naissance de mutuelles géantes entraînant la disparition des petites structures. Une des pistes de diversification se tourne vers la prévoyance, marché encore limité mais très dynamique.

- Actualité :

- Voté le 14 mai 2013, l'ANI des mutuelles rend obligatoire l'instauration d'une couverture santé collective dans toutes les entreprises d'ici 2016.

- Adopté en séance plénière le 24 juillet 2013 la « PPL Leroux » permet aux mutuelles de se constituer en réseaux de soins devenant acteurs de l'offre et de la demande de la consommation de soin. Les conventions avec les professionnels médicaux ne pourront comporter de clauses tarifaires qu'avec les chirurgiens-dentistes, opticiens et audioprothésistes (dont la part de financement par l'assurance maladie est minoritaire).

La PPL Leroux devra encore être examinée en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale.

III. Enquête :

Cette partie du travail présente les entretiens semi-dirigés réalisés auprès de cinq personnes compétentes en matière de prise en charge complémentaire. Chaque entretien s'articule autour de cinq questions afin de recueillir des données qualitatives plutôt que quantitatives.

Ces cinq questions sont :

- Que pouvez-vous dire sur la prise en charge (PEC) actuelle des traitements orthodontiques ?
- Considérez-vous l'ODF (orthopédie dento-faciale) comme un soin ou comme une préoccupation esthétique ou de confort ?
- Au regard de l'adoption de récentes lois (ANI, Le Roux, CCAM) comment voyez-vous l'avenir de ces prises en charge ?
- Pensez-vous qu'une opposabilité des soins orthodontiques est souhaitable ?
- Enfin, avez-vous des remarques personnelles ?

Elles ont toutes pour objet d'apporter des éléments de réponse à l'objectif de ce travail de recherche : construire et argumenter une réflexion pluridisciplinaire sur l'avenir de la prise en charge de l'orthodontie.

Vendredi 6 septembre

Monsieur A, Président de la mutualité Midi-Pyrénées et Directeur MGEN Toulouse

1) Q1 : Que pouvez-vous dire sur la prise en charge (PEC) actuelle des traitements orthodontiques ?

« Nous sommes sur un niveau de PEC financière où le régime principal est le régime complémentaire, alors que ce devrait être le régime obligatoire. Le constat que nous faisons ces dernières années est que de façon générale, la mutualité fait un effort considérable sur l'orthodontie, souvent par le biais du conventionnement. Son idée (la mutualité) est d'avoir un partenariat avec les professionnels de santé dans le cadre d'une PEC de qualité avec 2 notions : on surenchérit la PEC par la mutuelle et on y inclut le tiers payant sur cette partie complémentaire.

Les traitements d'orthodontie sont relativement onéreux. On sait que c'est une spécialité où les praticiens ne font que ça en majorité et on sait qu'ils vivent plutôt bien de leur métier.

Lorsqu'on regarde la courbe d'évolution d'une certaine tranche d'âge, des 12 à 16 ans, on a un pic au niveau des organismes complémentaires. Ce pic est exclusivement dû à la PEC de l'orthodontie. Ce qui est assez paradoxal, quand on est dans une continuité, on a tendance à penser que plus on est plus âgé, plus on coûte plus cher. Mais ici, le pic (en prestation complémentaire) est exclusivement dû à la PEC orthodontique. Sinon on aurait quelque chose d'assez linéaire.

On a une tranche importante d'adolescents qui bénéficient d'un traitement orthodontique. On devrait se poser la question : je ne suis pas sûr que toutes les PEC orthodontiques ont une légitimité médicale. »

2) Q2 : Considérez-vous l'ODF (orthopédie dento-faciale) comme un soin ou comme une préoccupation esthétique ou de confort ?

« Je fais toujours confiance à la profession médicale sur la légitimité du soin, mais mon constat est que le dictat de l'esthétique [bouche hyper alignée, sourire, critère de beauté] fait que les mères, plus que les pères, vis à vis de leurs enfants souhaitent avoir un traitement

orthodontique. Mais je suis intimement persuadé qu'il y a un bien fondé à avoir une dentition équilibrée, comme je suis intimement persuadé que dans l'ensemble des soins orthodontiques il y a une partie qui relève du soin et une autre qui n'est pas justifiée. Et ce, sans pouvoir l'étayer scientifiquement. C'est un sentiment.

Je continue tout de même à penser que l'orthodontie est du soin.

Je remarque également qu'il y a un déséquilibre entre le soin et la nécessité du soin. Et j'ose espérer que les dentistes conseils voient tous les dossiers. »

3) Q3 : Au regard de l'adoption de récentes lois (ANI, Le Roux, CCAM) comment voyez-vous l'avenir de ces prises en charge ?

« La PPL Leroux est une mise à niveau législative entre mutuelles, instituts de prévoyance et assurances. Sur le fond, et sur la base du texte qui a été voté au sénat, on est sur une possibilité de réseaux fermés en optique où on peut limiter le nombre de professionnels accédant au conventionnement : indispensable car trop d'opticiens en France. Et plus il y a d'opticiens, paradoxalement, plus les prix montent.

Sur le dentaire on n'est pas dans le réseau fermé. Mon avis : je pense qu'à partir du moment où c'est l'organisme complémentaire qui prend en charge plus que la sécurité sociale, c'est à lui d'établir les règles avec la profession médicale [partenariat] sous réserve d'une réciprocité responsable, sans dévaloriser la profession médicale qui a un certain nombre d'années d'étude, une responsabilité médicale, et qui a en charge des patients. Derrière, il faut arriver à trouver des partenaires. Je pense qu'il faudra continuer à aller vers ce système. Et je pense que, toujours dans le cadre d'un partenariat, il faudra qu'on soit de plus en plus contraignants sur ces sujets car nous aurons une logique de mariage territorial. Cette logique peut être parfois délicate, notamment si on est dans un réseau ouvert. Pour le dentaire on n'aura pas pour le moment de réseau fermé. Mais je n'ai pas d'inquiétude pour la profession d'orthodontie mais je suis pour l'idée qu'on ait des réseaux de soins responsables sur ce point. Je suis plus inquiet pour l'implantologie.

D'après moi, ça ne risque pas franchement d'impacter la PEC en orthodontie. Mais la question à se poser est celle du renoncement au soin : quel est le seuil pour lequel le patient va

renoncer au soin ? Elle se pose pour celui qui est dans la classe moyenne et celui qui n'a pas de revenu. D'ailleurs, la dentition est un facteur qui montre un peu le niveau social de certaines personnes.

Concernant la CCAM, je suis tout à fait favorable à une opposabilité de la majorité des actes. Il faudrait qu'on puisse codifier pour la charge en soin, le matériel, la technicité, le SAV... et quantifier même si c'est du HN. Le conventionnement dentaire est né dans cette maison ici. C'était le professeur GIBERT de la faculté de Toulouse qui nous avait aidé à mettre en place des points pour payer la prothèse. On est arrivé à établir comment on pouvait payer la prothèse. En faisant un comparatif sur les prix de la prothèse dans les régions, on fait partie des moins chers, et avec un service de qualité.

Concernant la naissance de mutuelles géantes, je n'ai pas d'appréhension. Dans les années 90 il y avait dans les 6000 mutuelles, dans les années 2000, dans les 1800. A L'heure actuelle, environ 530, et on prévoit qu'en 2020, il y aura peut-être moins de 100 mutuelles. Ce phénomène de concentration est lié au fait qu'on doit répondre à des exigences par rapport à l'autorité de contrôle prudentiel. Un organisme complémentaire doit être assuré d'avoir un ratio de solvabilité qui permette d'assumer plus d'un an de prestation pour les adhérents en cas de problèmes. C'est une obligation légale.

Par ailleurs, en ce qui concerne les mutuelles, et à la différence des assureurs, nous ne sommes pas à la recherche de capitaux sur les marchés financiers, nous avons nos fonds propres.

Il y avait des petites mutuelles basées sur l'activité de leurs adhérents. Par exemple, avant il y avait le régime minier. Il n'y a plus de mine en France donc c'est un régime dans lequel tous les mineurs vieillissent. Si vous êtes dans une catégorie dans laquelle tout le monde vieillit, nécessairement vous allez vous regrouper.

Il y a aussi des statuts qui ont changé : la poste est devenue une entreprise privée, le statut change, et donc on a nécessairement un changement important.

Aussi, les mutuelles doivent avoir un rayonnement national, car le monde bouge.

Le fait que ce phénomène crée de gros organismes complémentaires qui auront un certain contrôle sur l'offre et la demande du soin n'est pas une crainte à avoir, c'est une réalité. Cette réalité est aussi paradoxalement demandée par les professionnels de santé. En effet, dans une

logique de gestion, quand un professionnel de santé fait du tiers payant et qu'il y a 600 mutuelles, il est plus simple de n'en gérer qu'une cinquantaine. Mais il n'y aura pas de régime complémentaire unique, ça n'arrivera pas.

Mais on arrivera à un seuil, comme les banques et assurance voiture.

La crainte est une perte de proximité selon moi dans ces grosses agences. »

4) Q4 : Pensez-vous qu'une opposabilité des soins orthodontiques est souhaitable ?

« On voit poindre un désengagement de la sécurité sociale ces dernières années. On n'a pas vu de revalorisation significative concernant les soins dentaires. C'est ça qui détermine l'ensemble de la suite d'après moi.

Il faudrait selon moi qu'on passe par une revalorisation des soins dans un premier temps.

A été mise en place une formule selon laquelle le bilan laisse pas mal de questions concernant le BBD. De quelque chose qui paraissait être une bonne chose, je ne suis pas sûr qu'on ait un bilan positif d'un point de vue santé publique. Et est-ce que derrière, ça pourrait générer que nous ayons trop de soin d'orthodontie, je n'en sais rien.

Ce que je constate, on a trois fortes tendances : explosion de l'orthodontie, de tout ce qui est en lien avec la prothèse dentaire et l'implantologie qui elle n'est pas soumise à l'entente préalable.

On est donc dans une certaine évolution liée à la demande des patients pour du soin mais aussi pour du confort.

Pour nous, le soin est codifié. La prothèse aussi, même si un peu abandonnée car le SPR n'a pas été revalorisé depuis quelques années et le fait qu'il n'y ait aucune adéquation entre le tarif de PEC de la sécurité sociale et la réalité du prix de la prothèse. Mais on reste dans des choses qui sont « nomenclaturées » alors que dans l'implantologie, on est dans le HN. »

Vis-à-vis de l'orthodontie nous sommes dans une logique conventionnelle. Il y a une PEC si on a réussi à avoir une convention. Et la convention, elle est dans un contexte d'encadrement des tarifs donc pas de surprise sur la PEC. Nous avons un plafonnement tout de même.

On est parfois dans la difficulté que certains chirurgiens-dentistes ne veulent pas signer de convention au nom de la célèbre liberté d'entreprendre. »

5) Q5 : Enfin, avez-vous des remarques personnelles ?

« Donc pour répondre à votre problématique, les réseaux de soins : j'en suis intimement persuadé. Ca n'est rien d'autre qu'une pratique conventionnelle et partenariale entre des professionnels de santé et des financeurs. Je pense qu'on n'est pas simplement là pour verser des prestations. Nous sommes là aussi pour défendre les intérêts des adhérents qui nous payent une cotisation. Cet intérêt se défend par le biais des conventions.

Dans ce réseau de soins il y a une prestation différenciée dès lors qu'il y a une convention. Je suis convaincu du système et pour peu qu'on comprenne que le soin n'est pas une marchandise.

Enfin d'après moi, de la part des complémentaires : pas de gros changements à prévoir sur la PEC selon moi. J'émet toutefois une réserve quant à l'évolution des techniques qui peuvent modifier le prix du soin. »

Lundi 9 septembre
Monsieur B, Président MUTAERO

1) Q1 : Que pouvez-vous dire sur la prise en charge (PEC) actuelle des traitements orthodontiques ?

« Je pense que toute façon il a y une insuffisance de PEC par le régime de base c'est à dire le régime obligatoire. Malheureusement cette tendance ne semble pas pouvoir s'inverser spontanément. Pour moi c'est problématique car cela veut dire que c'est un transfert automatique vers les complémentaires santé et qu'une fois ce constat fait, si on n'a pas d'accords conventionnels avec notamment les chirurgiens dentistes, ça peut être l'anarchie y compris dans les tarifs. Donc aujourd'hui, vu comment est gérée cette affaire-là, ça ne me paraît pas satisfaisant, même si je crois savoir qu'il y a quand même eu des évolutions. Ceci dit, je suis de ceux qui pensent que le problème dentaire peut avoir des conséquences sur tout l'organisme, notamment l'orthodontie, et je trouve dommageable que ça ne soit pas traité comme ça devrait l'être.

De manière globale je pense que un : se reposer la question de l'organisation du système de santé et notamment dans ce cadre-là [dentaire] ; deux : même si c'est avec regret, je pense que le régime obligatoire devrait reconsidérer son positionnement en matière et PEC et de conditions de PEC ; et troisièmement : on ne fera pas l'impasse d'un accord avec les complémentaires santé sur ces questions. Et parce que la majorité des PEC se fait par les complémentaires, cela passera par des accords conventionnels. Nous devons maîtriser les coûts et veiller à une garantie en terme de qualité puisque nous prenons en charge lourdement ce type de frais. Il faut qu'il y ait une régulation, c'est notre position de fond.

Le risque qu'il y a avec les désengagements successifs du régime obligatoire est d'instaurer dans un autre lieu ce qui devrait se faire avec le régime de sécurité sociale ; avec une différence fondamentale sur le mode de financement bien sûr. On voit bien qu'il y a un transfert au niveau du financement, avec toutes les inégalités et les incertitudes que ça peut générer. Ce n'est pas forcément rassurant. Pour nous, c'est soit le décrochage complet de gens

qui ne pourront plus se soigner parce que malheureusement de plus en plus de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté. On parle de neuf millions de personnes concernées et malheureusement cette tendance ne va pas vers la diminution. Ou soit, il y a une complémentaire santé généralisée obligatoire, ce vers quoi on risque de tendre. Mais d'ici combien de temps et dans quelles conditions ? Et en tout état de cause avec un transfert de financement avec une tendance à l'appauvrissement des moins pauvres pour les retrouver chez les plus pauvres. On tire vers le bas. »

2) Q2 : Considérez-vous l'ODF (orthopédie dento-faciale) comme un soin ou comme une préoccupation esthétique ou de confort ?

« Pour moi le traitement orthodontique est une forme de prévention évidente dans la mesure où c'est fait dans les conditions où ça doit être fait. On sait que des problèmes orthodontiques génèrent des troubles dans l'organisme et dans des zones où on a du mal à imaginer que ce soit possible. Donc oui pour moi, pris tel que ça doit être pris, c'est une forme de prévention évidente et ça fait partie des soins de premier niveau.

A côté de cela, il y a toujours une part de dérive évidente sur la nécessité réelle du soin. Je pense que là aussi il peut y avoir un encadrement assez strict sur ce qui doit être pris en charge ou sur ce qui relève de l'avis personnel. Cela demande de la communication, de la transparence, une vulgarisation de l'information concernant les « plus » que ça peut apporter, c'est à dire jusqu'où c'est de la prévention ou du confort. Là on arrive dans la déraison du culte de l'image. Et on y tend de plus en plus. C'est pour ça que je crois en l'importance d'un encadrement très fort mais qui se fasse en même temps avec un éclairage grand public. Il faut que les choses soient expliquées car bien sûr, la dérive peut y être. Alors même si sur le quantitatif ce n'est pas énorme, le qualitatif joue sur le fonctionnement. »

3) Q3 : Au regard de l'adoption de récentes lois (ANI, Le Roux, CCAM) comment voyez-vous l'avenir de ces prises en charge ?

« Sur ce qui est de l'ANI, on veut aller vers une généralisation de la complémentaire santé mais telle qu'elle est évoquée là, elle s'adresse à ceux qui ont un emploi malheureusement ça n'est pas le cas de tout monde. Il y a déjà une insuffisance même si c'est une avancée. Quelque part elle maintient [l'avancée] les inégalités. Le positif est qu'elle permet d'accéder à un certains niveau de complémentaire qu'on ne pourrait pas avoir si on avait à se la payer tout seul. Mais je répète que les inégalités persistent et que ça ne règle pas tout le problème, et de loin. Sur ce qui est du contenu, on ne sera pas dans des niveaux qui vont toucher au dentaire au plan orthodontique. Au regard du contenu du contrat responsable et solidaire, ça ne me paraît pas aller très loin en terme de garanties et de prestations. Probablement, il y aura une part de sur-complémentaire, ce qui est terrible car cela peut régénérer et alimenter des dérives qu'on essaie d'enrayer avec des accords conventionnels. De ce point de vue là, on ne va pas au fond du problème.

Sur la PPL Le Roux, j'y suis très favorable. Je trouve dommage qu'elle ne soit valable que sur la partie optique, dentaire et audioprothèse, et qu'elle n'aille pas plus loin. Je suis un fervent convaincu de l'efficacité du réseau. C'est à dire que je considère que c'est une manière de trouver l'équilibre et d'éviter des dérives, qui viennent certes de la part d'une minorité mais qui gangrènent. Et deuxièmement surtout, ça permet à ceux qui sont moins bien lotis, d'accéder à une complémentaire santé dans des coûts un peu plus raisonnables. Forcément, à partir du moment où il y a une négociation sur les prix, sur la qualité, ça fait baisser les cotisations, ou du moins ça les évite d'augmenter. Et puis, les assureurs ont des réseaux conventionnés, les institutions de prévoyance (IP) ont des réseaux conventionnés alors pourquoi pas nous ? Ceux qui sont les plus « social » dans la démarche, sont ceux qui ont le moins de droit ! C'est quand même aberrant même si on comprend pourquoi derrière. Alors, cette PPL tenait ces promesses sauf que dans les faits, ça n'est pas vrai. En effet, entre ce qui anime un assureur, un IP ou une mutuelle ça n'est pas la même chose, voire tout à fait opposé. Une assurance est là pour faire du business, développer et créer du marché. Et plus elle en crée, mieux c'est. Nous, nous sommes là pour répondre à un besoin de santé et il faut répondre à la capacité de solvabilisation de ceux qui sont couverts. Notre intérêt, c'est la meilleure qualité au moindre

coût, mais avec une dimension axée beaucoup sur la prévention et sur la responsabilité des acteurs. Et tout ceci, ça n'est pas du tout l'état d'esprit qui anime l'assureur. [...]

La fusion des mutuelles entre dans ce cadre de préservation de nos intérêts. Mais il y a aussi des partenariats avec des mutuelles vouées à disparaître, mais qu'on souhaite préserver dans le cadre de leur savoir-faire et de leur capacité et qui leur donne des moyens qu'elles n'auraient jamais pu avoir si elles étaient restées seules.

A long terme on va avoir des pôles de protection sociale, en sachant que le vrai challenge à relever est la perte de proximité avec le client. Alors on essaie de bien faire mais d'une part, cette proximité a un coût de fonctionnement, et d'autre part elle a ses limites aussi. C'est peut-être plus la même proximité qu'attendent nos adhérents aujourd'hui mais il y a quand même quelque chose d'historique qui rend ce rapport particulier. Maintenant dans les entreprises, ce sont davantage les directions financières et d'achat qui décident et qui négocient au lieu des ressources humaines.

Concernant la CCAM, il y a des discussions sur le bien fondé de son fonctionnement dans certains secteurs comme à l'hôpital par exemple.

Au sujet du passage de la NGAP vers la CCAM chez les chirurgiens-dentistes, je suis favorable à plus de transparence mais il ne faut pas non plus qu'elle soit une obsession et que ça se fasse au détriment d'autre chose, comme la qualité. La peur est d'aller vers ce qui est « rentable » sans penser à la qualité derrière. Mon ressenti est qu'il faut faire attention via trop de transparence, à créer un autre phénomène de positionnement sur les secteurs rentables. »

4) Q4 : Pensez-vous qu'une opposabilité des soins orthodontiques est souhaitable ?

« En règle générale, je suis pour l'opposabilité des soins. Je pense qu'il y a un juste prix à payer pour avoir la qualité du soin ou du service. Je ne suis pas de ceux qui disent « telle profession est trop payée etc ». Cette opposabilité doit être construite de manière intelligente et pas artificiellement.

En terme de tarif, il faut avoir une objectivité nécessaire pour qu'ils soient établis et répartis dans une PEC, avec des contreparties de qualité, d'évolution et d'engagements réciproques des professions de santé. Ces derniers étant les mieux placés pour la construction des actes de prévention, avoir des idées et apporter au dispositif de soin. Mais ces tarifs doivent aussi comprendre une meilleure PEC par les régimes obligatoires et complémentaires. Et de fait, je pense que ça doit passer par l'opposabilité. Malheureusement je crains que vu la tendance de la sécurité sociale, ce soit difficile.

Le conventionnement permettra de compenser en partie mais ne règlera pas tout sur le fond. Il y aura toujours du renoncement au soin et le réseau ne règlera pas tout. Cela permettra d'avancer dans le sens d'avoir d'autres relations entre les différents acteurs. Ce sera avec plus d'intelligence mais c'est quand même dommage qu'il n'y ait pas un référent universel national qui soit impliqué fortement là dedans, avec une PEC pas qu'à minima, mais suffisante pour que ce soit porteur d'engagement d'envie et de pratique.

De plus en plus, je sens une tendance au renoncement au soin. On le voit encore plus dans les soins où il y a un dépassement d'honoraires. Et très clairement, il y a de plus en plus de renoncements aux soins. Il y a de plus en plus de gens qui demandent à redescendre de niveau de couverture. Donc cela veut dire que derrière, ils vont renoncer à un certain nombre de soins. Et à l'inverse, quand il y a une PEC obligatoire, on voit un effet de surconsommation qui arrive. Donc, cela signifie ces gens étaient en rétention [de demande de soins]. Mais dans ce cas là, il y en a peu. »

5) Q5 : Enfin, avez-vous des remarques personnelles ?

« Ce que je ressens, la question de l'orthodontie ne se traitera quand dans une réflexion spécifique. Mais je ne sais pas si il y en aura une. Si on arrive à travailler beaucoup plus en amont sur les questions de vraies préventions, notamment peut-être par le conventionnement ou plus globalement sur la façon d'aborder le système de santé dans ce pays, on se sentirait un peu moins seul.

Très franchement aujourd'hui, je sens que soit ce sera le conventionnement avec les réseaux, soit ce sera toujours pareil comme maintenant. Malgré tout, il y aura toujours des inégalités et elles s'accroissent. Il y a une compression vers le bas des rémunérations et donc du pouvoir d'achat.

Donc de fait, moins de contributions, moins de moyens, mais en revanche, une tranche de gens qui tombent en dessous du seuil de pauvreté de plus en plus grande. Et la grosse masse qui est juste au dessus, dont on ne mesure pas la moindre modification ni l'impact que ça peut avoir. Même si on met un filet de sécurité, ça déborde très vite. Alors effectivement, les mesures qui sont prises sont bonnes mais ne suffisent pas pour régler la situation. »

Lundi 23 septembre
Réseau national des centres de santé mutualistes, MUTUELLES DE FRANCE,
Madame C, directrice adjointe.

1) Q1 : Que pouvez-vous dire sur la prise en charge (PEC) actuelle des traitements orthodontiques ?

« Je pense que vis-à-vis du remboursement, il faudrait rendre les actes plus opposables qu'aujourd'hui parce qu'il faut que ça reste le plus accessible à tout le monde. On voit que certaines personnes n'ont pas accès à ces traitements sûrement pour raisons financières. La part de la sécurité sociale est négligeable dans le remboursement et heureusement que les mutuelles sont là pour rendre ces traitements plus accessibles.

Au delà de l'acte d'orthodontie, il y a aussi toute l'éducation faite par l'orthodontiste sur l'hygiène, il a un rôle éducatif. C'est un relais qui reflète l'importance de l'engagement du régime obligatoire. »

Q2 : Considérez-vous l'ODF (orthopédie dento-faciale) comme un soin ou comme une préoccupation esthétique ou de confort ?

« Je trouve que c'est à la fois du soin mais aussi de la prévention. Il y a un réel besoin au niveau santé publique puisqu'il y a des conséquences au niveau fonctionnel, et au niveau du préjudice esthétique. Il y a aussi un facteur génétique non négligeable puisque d'après mes expériences personnelles [traitements de classe III au sein de la famille de Mme C] on voit que les personnes non traitées ont une véritable gêne. Je pense aussi que dans les cas « lourds » le traitement n'a pas stéréotypé le sourire. »

Q3 : Au regard de l'adoption de récentes lois (ANI, Le Roux, CCAM) comment voyez-vous l'avenir de ces prises en charge ?

« La sensation que j'ai c'est un désengagement de l'état. Ce désengagement est défavorable même si on n'est pas tous égaux face à la santé. Aujourd'hui un certain nombre de mesures qui sont prises sont défavorables à l'accès aux soins. Et le fait que le coût de la vie augmente, le coût des soins augmente aussi. Mais on ne peut pas augmenter les tarifs proportionnellement. Nous essayons donc de limiter le report de cette inflation sur le tarif des soins, entres autres par le conventionnement. Mais avant même ce dernier, on limitait déjà par le biais d'études de marché pour se maintenir sur la possibilité d'accès aux soins, cette valeur qui est pour nous importante. En fonction de cette étude de marché on reste sur la partie inférieure des tarifs. Mais du coup, on comprime nos marges qui étaient déjà très faibles puisqu'on a des installations avec des plateaux techniques qui coûtent très chers, nous faisons faire des couronnes uniquement faites en France... on arrive sur des situations où on a du mal à supporter financièrement lorsque les patients ne peuvent pas honorer les paiements des devis qu'ils ont signés. On a du mal à équilibrer nos activités dentaires, elles sont déficitaires. On essaie malgré tout d'avoir un rôle de tampon par rapport au marché.

En conséquence de cela, on ressent beaucoup plus qu'avant une tendance au renoncement au soin. Notamment en orthodontie où souvent il faut faire l'avance des soins qui sont assez élevés à côté du fait que les ménages ne les mettent pas forcément en priorité. Et je pense qu'il y a une tranche de la population qui de fait n'accède pas vraiment à ces soins.

Par rapport au passage à la CCAM, c'est quelque chose qu'on prépare bien sûr pour juin 2014. Cela nous oblige à changer de logiciel et donc une phase d'adaptation complexe. Je pense que pendant un certain temps cela va impacter la PEC dans la mesure où c'est beaucoup plus long à maîtriser pour l'ensemble des équipes. Donc forcément c'est du temps qui va être grignoté sur la « PEC-patient », ça me paraît inévitable. Et sur une période cela va générer des frais de gestions. Les libéraux vont s'adapter rapidement mais ce sont les structures qui vont mettre le plus de temps à s'adapter.

Pour le patient ce qu'on risque d'avoir ce sont des erreurs sur les constitutions des devis ou sur de la facturation.

En suite, par rapport à la transparence demandée par certains groupes sur les dossiers et devis médicaux, je ne vois pas ce que ça apporterait sur la PEC du patient. Je rappelle que notre

intérêt commun c'est quand même la PEC du patient. Le travers, c'est effectivement qu'il y ait des extrapolations qui ne soient pas fondées. Donc selon moi, cette transparence n'est pas nécessaire. Je pense que ça induirait des tensions entre praticiens et patients.

Tout ceci est bien tant qu'il y a des mutuelles mais le jour où ce sera que des assurances, les dialogues seront très différents. Et la bataille des praticiens face aux assurances sera perdue d'avance.

Quant à la PPL le Roux, c'est une bonne chose pour l'instant. Et je dis que pour l'instant, l'état d'esprit des mutuelles et celui des assurances ne sont pas du tout les mêmes, ce n'est pas la même vocation. Les assurances sont en train de faire des tarifs très attractifs pour capter le marché et une fois que le marché sera capté, cela va se passer comme aux Etats-Unis où il y a aura des refus de règlement au patient en cherchant « la petite bête ». Les mutuelles ne sont pas dans cet état d'esprit. Elles ne cherchent pas à savoir si c'est justifié ou non.

Aujourd'hui leur intérêt est de capter au maximum les marchés et cela va effondrer les mutuelles à terme.

Quand on voit les regroupements des mutuelles, cela répond aux exigences légales vis-à-vis des réserves proportionnelles au nombre de cotisants. Donc toutes les petites mutuelles n'ont pas pu répondre à ces exigences. Certaines se sont effondrées, d'autres se sont regroupées. Mais pas seulement pour ça, aussi pour répondre aux pertes de part de marché et par ce qui a été décidé cette année par l'ANI. C'est à dire que les assurances vont proposer les tarifs les plus bas pour capter plus de parts auprès des entreprises. Mais souvent les salariés prennent des sur-complémentaires.

Et ce sont les sociétés d'assurances et non les mutuelles, qui sont à but non lucratif, qui vont concurrencer le libéral. Nous, nous n'avons pas vocation à faire « mourir » le libéral. Nous en avons besoin. »

4) Q4 : Pensez-vous qu'une opposabilité des soins orthodontiques est souhaitable ?

« Clairement oui mais on voit bien que l'Etat se désengage de plus en plus et ne prend plus vraiment part au dialogue. Encore une fois, heureusement qu'il y a les mutuelles. Mais dans l'absolu oui, dans la logique d'égalité d'accès au soin pour tous, l'opposabilité de ces soins est souhaitable. »

5) Q5 : Enfin, avez-vous des remarques personnelles ?

« Mon sentiment c'est qu'on est entrain d'effondrer un système de santé qui été performant qui permettait globalement à quasi toute la population d'être en bonne santé. Je rencontre beaucoup plus de gens qu'avant, soit édentés ou ayant la bouche en mauvais état. La bouche c'est un organe qui est très important, c'est le premier élément de la digestion. Et que des gens ne puissent pas accéder à ces soins c'est dramatique.

D'autre part, et de manière plus globale, on voit face à la demande des patients, l'essor des médecines dites « parallèles ». Car ces axes là existent et font partie selon moi de la pratique libérale. Il est fort probable que l'allopathie ait de moins en moins de puissance et que les médecines complémentaires prennent de plus en plus de poids. On est entrain de s'orienter vers une médecine plus tolérante. Tout cela, nous le ressentons à travers la demande des patients, c'est une réalité.

Entretien téléphonique lundi 7 Octobre, 14H.

Monsieur D: délégué général SANTEVIE-HARMONIE MUTUELLE

1) Q1 : Que pouvez-vous dire sur la prise en charge (PEC) actuelle des traitements orthodontiques ?

Pour moi c'est clair, il y a une absence quasi-totale de PEC par l'assurance maladie et donc ce sont les mutuelles qui supportent l'essentiel des PEC. Donc c'est un poste qui est très important dans la PEC par les mutuelles. Je vais même jusqu'à dire qu'en fait, il n'y a jamais eu d'engagement à proprement parler. L'orthodontie est toujours restée un peu à part dans les processus de remboursement, et c'est ce qui a amené les mutuelles à s'y intéresser de plus en plus. D'autant plus que les besoins devenaient de plus en plus importants.

Cependant, je pense que les organismes complémentaires prendront toujours en charge ce type de soin, et ce, malgré le désengagement de l'état parce que ça fait partie de leurs activités. Mais ce qui est à craindre c'est que le public ne puisse plus faire face à la totalité des PEC complémentaires de ce type que les mutuelles vont devoir affronter. Maintenant, dans les mutuelles, il n'y a jamais qu'une seule garantie, avec des niveaux de remboursements plus ou moins importants suivant la nature des actes. Alors ce qui va se passer c'est que les mutuelles vont continuer à prendre en charge mais dans des formules spécifiques qui ne seront pas accessibles à la totalité du grand public. Et les mutuelles qui proposeront des prestations à « la carte » sur tel ou tel remboursements ne dureront pas longtemps. Aujourd'hui, on a tendance à considérer et à prendre le problème par la nature de la matière assurable, mais plus on va segmenter et plus on va inciter les gens à prendre en fonction de leur besoin, et plus on va renchérir les coûts. Et donc, plus on va exclure du monde. Et vous voyez, c'est un mouvement perpétuel qui s'est d'ailleurs déjà amorcé.

2) Q2 : Considérez-vous l'ODF (orthopédie dento-faciale) comme un soin ou comme une préoccupation esthétique ou de confort ?

Dans la mesure où on n'a pas d'autre possibilité [que de faire de l'orthodontie], on est dans le soin. Sinon on est dans le confort. Le problème de l'utilité est que c'est chaque personne qui va l'apprécier en fonction de son activité, de ce qu'elle fait, de ses besoins et surtout de ses possibilités financières. Si vous voulez, le public moyen va résonner différemment et la notion de soin n'est pas forcément la démarche première qu'il fera. Le critère financier est inévitable dans la façon de considérer l'orthodontie.

Nous sommes actuellement dans une société basée sur l'esthétique et là on arrive dans le « sur-soin ». On ne peut pas demander la PEC collective d'un élément qui est de nature personnelle. Alors, même si on voit poindre ce phénomène de « sur-soin » de plus en plus, ce sera réguler par le choix de la personne en fonction de ses possibilités financières parce que ça ne va pas générer un supplément d'engagement de la part des organismes complémentaires. Alors, parce qu'on est dans un système concurrentiel, il suffit qu'un se mette à le faire pour que tout le monde suive. Mais ce n'est pas pour autant que si les organismes complémentaires se mettaient à mieux couvrir les soins orthodontiques, qu'ils seraient davantage utilisés par le public. Pourquoi ? Parce qu'on va aboutir à un surenchérissement des coûts, donc il va y avoir un sélection par le coût de la cotisation. Donc, je pense que ça va s'auto-réguler.

3) Q3 : Au regard de l'adoption de récentes lois (ANI, Le Roux, CCAM) comment voyez-vous l'avenir de ces prises en charge ?

Sur l'ANI, pour l'instant c'est la grande inconnue parce qu'on n'a pas défini le panier de soin. Donc à quel niveau sera ce panier pour le dentaire et pour l'optique, qui sont les deux rubriques les plus ouvertes aux marchés, ça, point d'interrogation. Je ne sais pas où les gouvernants vont mettre les niveaux plancher et plafond. Et c'est une négociation qui va être délicate, à la fois pour la profession et pour les organismes complémentaires. J'attends de voir les décrets d'application.

Si on garde aujourd'hui la liberté de rembourser de qu'on veut, ou plutôt ce que demandent les signataires, on va vers la surenchère. Et on va aboutir à rembourser des choses qui ne sont pas forcément indispensables et qui vont encore une fois faire évoluer les tarifs vers le haut. On est

entraîné de vivre pour l'orthodontie ce qu'on a vécu pendant des années pour l'optique. On n'y est pas tout à fait encore. Mais ça peut arriver, notamment sous l'effet des accords collectifs, à cause de la surenchère de la part des organisations syndicales qui sont signataires, car chacun veut faire mieux que le « copain ». Et ça, je suis persuadé que ça ne durera pas. C'est pour cela que je parlai de panier de soin et je pense que le gouvernement va être obligé de légiférer pour le définir. Et il y aura un plancher et un plafond, notamment en orthodontie et en optique. Sinon, c'est la « course à l'échalote » et là, je ne suis pas sûr que tout le monde soit gagnant. C'est pour ça que j'attends les décrets parce que si on reste dans la situation actuelle, on va vers le problème de l'optique.

En suite, par rapport à la loi Le Roux, les réseaux sont une réalité et ça le sera de plus en plus dans l'avenir. Pour des raisons que j'ai évoquées tout à l'heure, quant à l'évolution des coûts, les mutuelles qui sont les principaux payeurs de ces soins, vont demander à les contrôler. Donc si le gouvernement ne le fait pas par voie législative, elles [les mutuelles] vont fixer par négociations des prix planchers plafonds, pour pouvoir maîtriser l'évolution des coûts. D'où la nécessité de travailler sur les accords conventionnels, aussi si on veut éviter la surenchère et la triche.

Par rapport au volet de la PPL Le Roux, nous sommes maintenant à hauteur des assurances et instituts de prévoyance, c'était la moindre des choses. Nous sommes dans un marché très ouvert et je pense que pour eux aussi, il leur faudra passer par cette maîtrise des coûts. Et parce que cette concurrence est très dure, je vois mal qui pourrait faire du « gras » là dessus. Et donc, pour le public en général, c'est plutôt positif.

Concernant, le passage de la NGAP à la CCAM, nous étions dans une nomenclature totalement inadaptée et où la profession ne peut pas s'y reconnaître. D'ailleurs, pour l'assurance maladie en particulier, négocier des conventions sur la base d'une nomenclature qui est complètement désuète n'a pas beaucoup de sens. C'est aussi en partie pourquoi, le niveau de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est si peu élevé. Personne ne veut y toucher parce que cela arrange tout le monde. Après, tant mieux si on rend cette nomenclature plus en phase avec la réalité technique du moment. Et si on veut que ces techniques là, qui sont très pointues mais aussi très onéreuses, soient bien remboursées et pour que tout le monde s'y reconnaisse, il faut qu'il y ait une totale transparence. Naturellement puisque comme on le disait tout à l'heure, nous sommes les plus gros payeurs, et de ce fait, il

faut que les organismes aient accès aux devis, aux techniques etc... La mutuelle doit être au même plan que le patient et que le praticien. Après, c'est vrai qu'on peut craindre une harmonisation par le bas mais de toute façon, ce sera le marché qui va réguler. Et je pense que si on accepte la concurrence pour les organismes de remboursements, il faut que les professionnels l'acceptent aussi entre eux.

4) Q4 : Pensez-vous qu'une opposabilité des soins orthodontiques est souhaitable ?

Oui tout à fait, c'est presque la base ! Alors qu'on sent qu'ils [l'Etat et l'assurance maladie] cherchent de plus en plus à se désengager. Compte tenu des difficultés de l'assurance maladie à l'heure actuelle, tout est bon à prendre en limitant les prestations. L'orthodontie est déjà très peu remboursée, et comme il y a déjà beaucoup de problèmes à côté, on évite d'en rajouter là. C'est tout à fait lié au contexte économique bien entendu. Après, il y a des choix à faire et certains disent que la « sécu » doit se désengager totalement de l'optique et du dentaire pour pouvoir se consacrer à l'hospitalisation et à d'autres choses. Mais je pense que cela créerait des disparités en fonction de la nature des soins, et du même coup, cela ferait rentrer l'optique et le dentaire dans des catégories de luxe. Alors bien sûr, il y a une part de luxe là dedans, mais tout n'en est pas. [...] Plus il y aura de solidarité dans la couverture et mieux ce sera, d'où mon avis sur l'opposabilité. De plus, ça « solvabilise » une partie de la clientèle si je me place du côté des professionnels.

5) Q5 : Enfin, avez-vous des remarques personnelles ?

Je vois l'avenir d'un point de vue de la profession, une augmentation des coûts. Puisque les techniques et les précisions vont naturellement évoluer. Mais cette augmentations des coûts sera freinée par la modération que vont imposer les organismes complémentaires quels qu'ils soient. Ce sont les accords conventionnels qui peuvent le mieux réguler le marché.

Concernant le patient, je crains hélas que la sélection par l'argent ne s'amplifie parce que tout le monde n'aura pas la possibilité de se payer ces soins.

Vendredi 11 Octobre
Monsieur E, MGEFI
Vice-Président de la mutualité française Midi-Pyrénées
Vice-Président MGEFI, délégué adjoint de la mutualité fonction publique Midi-Pyrénées

1) Q1 : Que pouvez-vous dire sur la prise en charge (PEC) actuelle des traitements orthodontiques ?

« L'idée c'est qu'à l'heure actuelle au niveau des traitements orthodontiques, il y a un problème certain au niveau de PEC qui a priori n'est satisfaisant pour personne. Les niveaux de remboursement de l'assurance maladie du régime obligatoire qu'on appelle les tarifs opposables, sont déconnectés de la réalité des tarifs pratiqués. Ce qui fait que les assurances complémentaires ou mutuelles sont obligées d'intervenir fortement dans ces domaines pour diminuer le reste à charge de leurs adhérents. Ce sont donc des postes lourds pour les complémentaires santé. Et en même temps, ça ne permet pas de couvrir ou de supprimer totalement le reste à charge pour le patient. Ce problème n'est pas propre à l'orthodontie mais concerne aussi bien l'optique et l'audio-prothèse. D'où la volonté d'encadrer ceci dans le cadre des réseaux dont c'est un peu le cas avec le protocole CNSD où on fixe des plafonds d'honoraires qui permettent de maîtriser le reste à charge sans les supprimer. Ce sont des domaines où depuis très longtemps le régime obligatoire est en sus des complémentaires, ce qui est paradoxal. Et cela s'accroît parce que les tarifs opposables de couverture par le régime obligatoire n'ont pas évolué alors que les honoraires ont évolué. C'est toute la problématique où les tarifs opposables sont totalement déconnectés de la réalité des tarifs pratiqués. On a une inégalité d'accès aux soins, qui est déjà sociale parce qu'il y a du renoncement aux soins à cause de restes à charge forts, y compris pour les enfants de moins de 16 ans où il y a quand même une PEC par le régime obligatoire. Et il y a aussi une inégalité géographique puisque dans certaines régions, là aussi il y a du renoncement aux soins du fait du reste à charge trop lourd. »

2) Q2 : Considérez-vous l'ODF (orthopédie dento-faciale) comme un soin ou comme une préoccupation esthétique ou de confort ?

« Oui c'est véritablement un soin et même temps c'est aussi de la prévention puisque le traitement à l'adolescence est sensé éviter des problèmes dans le futur. C'est pour cela que les complémentaires santé notamment les mutuelles, interviennent fortement dans ce domaine parce que nous avons toujours à l'esprit la prévention et le fait qu'un investissement sur des soins de ce type sont générateurs d'économie pour l'avenir. Après, bien évidemment on ne peut pas envisager d'intervenir dans un cadre qui se rapporterait à l'esthétique. Notre problématique, c'est qu'on a un peu le sentiment qu'il y a une systématisation des traitements d'orthodontie et que ça s'est accéléré ces dernières années. Aujourd'hui, si vous allez dans la cours d'un collège, la quasi-totalité des enfants a un appareil. Alors on peut se poser la question « est ce qu'il y a eu une détérioration des mâchoires de nos enfants et de la dentition ou est-ce qu'il n'y a pas une course aussi à la sur-médication ? » Alors bien sûr, nos adhérents qui ont les moyens ne se posent pas la question. Donc c'est une image qui au départ est positive avec les notions de soins et de prévention, et puis ce côté de sur-consommation de traitements. »

3) Q3 : Au regard de l'adoption de récentes lois (ANI, Le Roux, CCAM) comment voyez-vous l'avenir de ces prises en charge ?

« Sur l'ANI, je vais vous répondre en tant que responsable d'une mutuelle de fonctionnaires. La mutualité dans son ensemble a toujours défendu un accès aux soins pour tous et un accès pour tous à des soins de qualité. A l'heure actuelle, ça n'est pas le cas. Il y a une forte inégalité dans la société française entre ceux qui bénéficient d'aides qui permettent d'accéder à des soins de qualité, qui aujourd'hui passent obligatoirement par une complémentaire santé, puisque le régime obligatoire n'est plus en capacité d'assumer une couverture large des soins ; et ceux qui ne peuvent pas. Alors attention, la mutualité est le premier défenseur du régime obligatoire, nous ne sommes pas en concurrence avec le régime obligatoire, au contraire des assureurs à but lucratif. Nous, nous sommes en complément. Nous sommes des assureurs paradoxaux puisque nous ne souhaitons pas voir se développer notre matière

assurable. Ce qui veut dire qu'on n'a aucun intérêt à ce que le régime obligatoire se désengage, parce qu'on n'est pas en recherche de chiffre d'affaires. Nous résonnons en nombre d'adhérents et pas en terme de chiffre d'affaires. Notre souci permanent c'est : un, de protéger au mieux nos adhérents, et deux, et c'est là que c'est important, d'avoir des cotisations maîtrisées. Un assureur à but lucratif, et c'est tout à fait légitime dans sa démarche, a un autre objectif qui est de voir se développer son chiffre d'affaires et donc sa matière assurable. Donc plus le régime obligatoire se désengage et plus l'assureur va pouvoir intervenir. Voilà pour ce qui est d'éclaircir notre position. Alors pour revenir à notre question, il y a ceux qui bénéficient d'aides très fortes et d'autres qui n'en bénéficient pas. Ceux qui en bénéficient ce sont des salariés de grandes entreprises privées, par des jeux d'exonérations fiscales sur [les] participations de leurs employeurs. Elles sont très fortes et vont jusqu'à 70% du coût de la cotisation. C'est une très bonne chose pour ces salariés bien sûr, mais à côté de ça, il y a tout un nombre de citoyens qui ne bénéficie pas de ces aides. Les plus en fragilité, ce sont les chômeurs, les étudiants et les retraités puisque dans ces contrats d'entreprise, dès qu'on part à la retraite, on perd ce bénéfice. Et puis, il y a les fonctionnaires qui n'en bénéficient pas non plus. Il y a quand même un référencement où des mutuelles sont référencées par l'employeur qui bénéficient d'aides, de subventions, mais qui atteignent pour les plus fortes seulement 10% des cotisations prises en charge dans le cadre d'un contrat obligatoire.

Donc là, il y a vraiment une rupture d'égalité et ce que nous demandions c'est qu'on aille vers une aide à la complémentaire santé pour tous. Sauf que ce qu'a apporté l'ANI, c'est une extension de l'aide dans le cadre de contrats groupes qui ont été étendus à de petites entreprises privées et ce, quel que soit le nombre de salariés. Cela va concerner 400 000 personnes de plus. C'est une avancée mais ça laisse toujours sur le côté les retraités, les étudiants, les chômeurs, les personnes en rupture de droit et les fonctionnaires. L'ANI ne nous satisfait pas du tout parce qu'elle ne règle pas le problème de l'accès aux soins. Elle laisse tout un pan de la population en dehors. Nous, on demandait une remise à plat de toutes ces aides pour que tout le monde puisse en bénéficier.

Concernant la PPL Le Roux, là en revanche c'est plutôt une bonne chose. Ce que nous interdit le Code la Mutualité, c'est de différencier nos prestations selon que notre adhérent va faire le choix d'aller vers un professionnel de santé qui est dans un réseau ou non. Or cela, c'est fondamental, parce que si on veut créer un réseau de soins qui soit attractif pour les professionnels de santé, il faut bien que nous, on ait quelque chose à leur apporter. Un

professionnel de santé qui rentre dans un réseau de soins conventionné accepte un certain nombre de contraintes et d'exigences en terme de qualité, aussi en terme de tarif. Il va accepter de plafonner ses tarifs. Ce quelque chose que nous apportions était de différencier nos prestations et de mieux rembourser nos adhérents quand ils se rendent dans un réseau de soins. Et donc, de flécher nos adhérents vers certains professionnels de santé et ainsi de leur apporter une assurance de patientèle. Nous n'en avons pas le droit alors que les assureurs qui dépendent du Code des Assurances et les institutions de prévoyance qui dépendent du Code la Sécurité sociale, avaient le droit de le faire. Ça ne nous empêchait pas d'avoir des réseaux de soins et de différencier nos prestations, mais nous étions dans une insécurité juridique. On a eu des procès qu'on a parfois perdus à cause de ça. Là, avec le projet de loi Le Roux, on va avoir ce droit. Cependant, ce projet de loi est un peu restrictif puisque cette possibilité ne sera ouverte que dans les domaines où le régime obligatoire intervient pour moins de 50%. Ça concerne tout ce qui est optique, dentaire et audioprothèse ; mais ça nous empêche de créer ce type de réseau de soins avec les médecins par exemple, aussi avec des infirmiers où là aussi, on sait qu'il y a des dépassements d'honoraires. Et donc là, aussi il y a du renoncement aux soins et des restes à charge lourds. On aurait souhaité que ce soit plus large que ça mais c'est déjà pas mal. En mettant en place ces réseaux, on empêche l'augmentation des tarifs du praticien tout en pouvant augmenter les prestations et le patient est gagnant. Si on ne maîtrise pas le coût des dépenses, les prestations augmentent et donc les cotisations aussi puisque les dépassements d'honoraires aussi. Donc dans ce cas, le patient est perdant. Alors nous, nous sommes pris entre deux problématiques qui sont l'environnement concurrentiel d'une part, et vouloir maîtriser les dépenses d'autre part. Mais avec des responsabilités que n'ont pas les assureurs sur la volonté de bien couvrir nos adhérents et de les protéger tout en évitant l'explosion des dépenses.

[...] Concernant la transparence, oui j'y suis évidemment tout à fait favorable. Mais le principe de ces réseaux de soins est que le choix ne soit pas uniquement basé sur le seul critère tarifaire. Mais c'est un des critères importants avec les critères de qualité dans nos cahiers des charges, en terme de soins et d'équipements. Il est certain que la traçabilité peut déranger notamment en dentaire où beaucoup de prothèses viennent de l'étranger et de moindre qualité et moins chères mais facturées aux mêmes prix. Mais il ne s'agit de jeter la pierre aux professionnels de santé. Si on veut réussir, cela ne peut passer qu'avec eux. Les réseaux ne sont pas quelque chose qu'on veut leur imposer. S'ils ne sont pas partie prenante du réseau, s'ils vivent ça comme une contrainte, ça ne peut pas marcher. Le but est de construire quelque

chose qui soit satisfaisant pour tout le monde, mutuelles, adhérents et professionnels de santé. D'ailleurs, beaucoup de dentistes sont très satisfaits de ces réseaux et 70% des dentistes sont dans le protocole CNSD. Les professionnels de santé sont conscients à l'heure actuelle, compte tenu des difficultés économiques du moment, que si cette mesure n'entre pas en vigueur, ils seront de toutes façons en difficulté puisque les dépenses de santé ne seront plus solvabilisées. Encore une fois, il s'agit de travailler ensemble et non pas de leur jeter la pierre. »

4) Q4 : Pensez-vous qu'une opposabilité des soins orthodontiques est souhaitable ?

« Oui tout à fait et il faut travailler sur l'assurance maladie obligatoire sur une revalorisation des tarifs opposables pour aller vers quelque chose qui se rapprochent plus vers la réalité des tarifs. Mais on a ce sentiment que l'Etat veut prendre de la distance et laisser le dialogue entre mutuelles et professionnels de santé.

Et nous, nous sommes en permanence entre la défense du régime obligatoire et la volonté de ne pas le voir se désengager, et paradoxalement avec le fait que nous intervenons de plus en plus en complémentaire santé. La conjoncture économique est telle que nous sommes dans un système où envisager des dépenses supplémentaires n'est plus possible. Mais, le désengagement de l'Etat date d'avant la crise économique, alors la crainte qu'on peut avoir est qu'on se retrouve dans un système où la solidarité nationale ne prend plus en charge que les populations les plus en difficultés et que pour tous les autres, on soit dans un système d'assurances privées. Un peu comme ce qui se fait aux Etats-Unis. Alors que le fondement de notre système de santé c'est bien une solidarité nationale. Et si on n'y prend pas garde on perdra ces valeurs sociales et on accentuera les inégalités.

Nous en tant qu'organismes complémentaires, avons un rôle d'acteur social et de santé publique à travers cela. Le Président de la mutualité Etienne Caniard a été très clair d'ailleurs dans ses propos, on ne peut pas se limiter à être dans la condamnation du fait que le régime obligatoire se désengage. On ne peut pas simplement constater les manques et les critiquer. On a cette obligation d'assumer et d'intervenir plus fortement en complément. Alors c'est paradoxal parce qu'en faisant cela, on va dans le sens du désengagement du régime obligatoire, mais on ne peut pas rester dans une position de spectateur qui serait stérile de

toute façon. C'est là notre difficulté : être les premiers défenseurs d'une solidarité nationale forte, et en même temps assumer notre responsabilité quand cette solidarité nationale est absente. »

5) Q5 : Enfin, avez-vous des remarques personnelles ?

« J'ai des inquiétudes par rapport au fait que demain la solidarité nationale soit en danger. Le principe est simple, les biens portants qui sont solidaires des malades sachant que les biens portants d'aujourd'hui seront peut-être les malades de demain et vice versa. Mais on est dans une période où c'est un peu l'individualisme et le chacun pour soit qui prime. On risque de sortir de ce schéma de PEC collective. Il faut garder à l'esprit que la santé n'est pas un marché et si on accepte que c'en est un, ce n'est pas un marché comme les autres. On est sur l'humain et forcément ça oblige à avoir une vision différente. Et pour moi, ça passe par de la mesure de la part de tous les acteurs : de la part des mutuelles et assureurs au niveau de leurs tarifications ; de la part des professionnels de santé et aussi de la part des patients qui ne soient pas dans un système de consommation. Ça demande de la responsabilité de tous les acteurs si on veut arriver à sauver un système quand même performant, malgré les inégalités et le renoncement aux soins, on est quand même bien soigné en France.

IV. ANALYSES, DISCUSSION ET PERSPECTIVES

IV. 1) Le point de vue des mutuelles

En reprenant point par point les propos recueillis lors des entretiens, se dégagent les remarques suivantes:

- Au sujet de la prise en charge (PEC) des soins orthodontiques à l'heure actuelle, est pointé du doigt le fait que le principal acteur de remboursement est le régime complémentaire où « *paradoxalement* » le régime obligatoire vient en complément. Les tarifs opposables sont « *déconnectés* » de la réalité des tarifs des soins et entraînent une « insuffisance » de la PEC, quasi-inexistante pour certains. Il y a donc un « *transfert* » économique et social qui, s'il n'est pas régulé, accroît les inégalités. Le problème posé est clairement l'accès aux soins avec une ferme volonté de régulation. En effet, face à la demande croissante, les complémentaires ont, selon les intervenants, fait de gros efforts en terme de PEC et cette tendance ne semble pas vouloir spontanément s'inverser. Ainsi, il semblerait que pour réguler les coûts et éviter « *l'anarchie* », ces efforts consentis ne sauraient se passer du conventionnement. Une des solutions évoquées serait la mise en place d'une complémentaire santé généralisée.

Ainsi la position de fond, c'est la **régulation**. La PEC des traitements orthodontiques est donc majoritairement le fait des complémentaires. Le régime obligatoire est pointé du doigt sur la base de son fonctionnement et sur l'égalité d'accès aux soins. Enfin, la régulation et le conventionnement sont au centre du débat pour éviter l'accroissement des inégalités dans un système d'exclusion tendant à s'accroître.

- Sur la considération de l'orthodontie comme soin, selon les intervenants, la réponse est clairement oui, mais pas seulement. En effet, elle aurait aussi un rôle important dans la « *prévention* » : prévention puisque elle servirait à éviter l'aggravation de désordres qui pourrait avoir des conséquences sur la santé future ; prévention aussi selon certains car ce serait un « *un investissement sur des soins [...] générateurs d'économie pour l'avenir.* » Les mutuelles semblent mettre en garde sur le « *sur-soin* » et sur la « *légitimité médicale* » de certains traitements orthodontiques. Il y aurait un déséquilibre entre le soin et la nécessité de soin dû au « *culte de l'image* » et au « *dictat de l'esthétique* ». Elles ne sauraient prendre en charge une thérapeutique de confort.

Ce problème viendrait donc de l'image que les soins orthodontiques véhiculent. Or, même si la demande augmente, cela n'entraîne pas d'augmentation d'engagement de la part des complémentaires. La régulation de ce phénomène se fait ainsi par le critère financier, et bien souvent les patients apprécieront la nécessité du soin en fonction de leurs moyens. Il apparaît donc derrière ceci, une volonté de maîtriser et d'encadrer de manière assez « *stricte* » la PEC orthodontique.

- Au sujet des récents textes, l'ANI (Accord National Interprofessionnel), la proposition de loi (PPL) Bruno Le Roux et la CCAM ont été abordés. Pour le premier, il apparaît comme insatisfaisant puisque d'après les témoignages, cette généralisation d'une complémentaire santé semblait être une bonne chose mais ne fait que mieux couvrir une certaine catégorie de la population, en laissant de côté tout ceux qui n'entrent pas dans les critères (chômeurs, retraités, étudiants etc...). Elle maintient les inégalités et ne règle apparemment pas le problème d'accès aux soins. De plus, il resterait à l'Etat de définir le panier de soins en terme de plancher et de plafond car comme en témoigne un intervenant, « *si on garde la liberté de rembourser ce qu'on veut* », on va vers un surenchérissement. L'ANI ne répond pas non plus aux demandes des organismes complémentaires dans le sens où, pour des raisons économiques, les employés auront souvent des contrats modérés à faibles ou moyens niveaux de prestation et donc, devront probablement souscrire une sur-complémentaire. C'est à dire une deuxième complémentaire santé en plus de celle fournie par l'employeur.

Par ailleurs, au niveau de l'orthodontie, le contrat solidaire et responsable ne va pas très loin en terme de garanties et de prestations. L'ANI donc, se révèle n'être satisfaisante pour personne bien que considérée comme une avancée, aussi modeste soit-elle.

- La PPL Le Roux en revanche est très bien accueillie. En effet, elle propose de placer sur un même statut juridique les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance. Elle permettrait de rendre légitime les prestations différenciées selon qu'on soit dans le cadre d'un réseau conventionné ou non. Elle est jugée incomplète puisque pour l'instant, elle ne s'étendrait que pour le dentaire, l'optique et l'audioprothèse. Il y a là la volonté de proposer l'accès à un maximum de personnes en maîtrisant le coût des dépenses et ainsi éviter le report de l'inflation sur l'accès aux soins. Vocation soulignée largement par tous en se différenciant des assureurs à but lucratif.
- Les différentes personnes interrogées sont tout à fait favorables au passage à la CCAM (Classification commune des actes médicaux) et y voient un accès vers plus de transparence. Cette dernière serait fondamentale à leurs yeux au travers de la codification des actes, techniques, charges et « *services après-vente* ». Mais cette transparence ne doit pas se faire au détriment de la qualité au risque d'orienter le praticien vers le rentable. Puis, se pose la question des tensions entre patients et praticiens que cela pourrait créer.

Ainsi donc, entre un ANI insatisfaisant et une PPL Le Roux incomplète, les mutuelles se retrouveraient prises entre un marché trop concurrentiel et une réelle volonté salubre de permettre l'accès au meilleurs soins pour tous. Le tout en contrôlant tant que possible les coûts, l'offre et la demande, notamment au travers de la transparence évoquée dans la CCAM, et par le regroupement en « mutuelles géantes » devenu déjà une réalité.

- A la question de l'opposabilité, tous y sont très favorables. Ils affirment leur partenariat au régime obligatoire qu'ils voient se désengager de plus en plus. En effet, ils pensent qu'une revalorisation des soins est nécessaire pour une meilleure prise en charge. Là aussi, ils mettent en évidence que le régime obligatoire est en dehors de la réalité des tarifs pratiqués. Cette tendance au désengagement serait le fait du contexte économique bien que le remboursement de la sécurité sociale soit très faible dans le dentaire depuis bien des années. Ce constat fait, Etienne Caniard, Président de la Mutualité Française, déclare que c'est aux complémentaires d'agir et de ne pas se contenter d'être spectateur. Ce qu'elles font, avec l'effet paradoxal d'accentuer le désengagement de l'Etat. Il y aurait derrière cette tendance une volonté de laisser le dialogue entre les mains des mutuelles et des professionnels de santé.
- Les remarques personnelles sur le sujet pointent du doigt le danger de l'évolution de notre système de santé. C'est la solidarité nationale qui est en balance. Et malgré les solutions proposées, cela ne suffirait pas à gommer les inégalités puisqu'il y aura toujours une « *compression vers le bas* » des rémunérations.

Leurs sentiments sont qu'il y aura peu de changements sur la prise en charge, avec des réserves notamment avec l'arrivée de nouvelles techniques, associées inévitablement à une augmentation des coûts. Ainsi, la crainte serait une amplification de la sélection par l'argent à l'accès aux soins. Et pour répondre à ce risque, et défendre les intérêts de leurs adhérents, la solution ne passerait que par les accords conventionnels et les réseaux de soins. En conséquence de quoi elles se sentent investies d'un véritable rôle de santé publique.

Conclusion de la partie IV.1) :

Dans un système de santé évoluant vers le désengagement et face à l'ouverture des marchés devenus très concurrentiels, les mutuelles adoptent des politiques diverses (réseaux de soins, conventionnements, transparence, regroupements) pour préserver leurs intérêts et celui de leurs adhérents. La crainte de l'augmentation des coûts et donc du reste à charge du patient ne se résoudre que par l'avènement des réseaux de soins et des accords

conventionnels. Il leur apparaît primordial de maîtriser l'offre et la demande de soin de part leur position majoritaire dans la prise en charge des soins orthodontiques mais aussi au sens large. Cette position de poids rendrait légitime leur souhait d'un maximum de transparence, et cette volonté de jouer pleinement leur rôle d'acteur de soin. L'avenir serait donc dans la signature d'un maximum de conventions, où le refus de la part des professionnels de soin serait perçu comme une volonté de préserver la « *soit disant célèbre liberté d'entreprendre* ». Mais comme le soulignait « Monsieur D », le gel de l'opposabilité des soins en dentaire et surtout en orthodontie n'arrangerait-il pas « *tout le monde* » puisque « *personne ne veut y toucher* » ? En effet, on peut supposer que puisque les remboursements des mutuelles sont basés sur la base de remboursement du régime obligatoire, si cette base augmente, alors les prestations des complémentaires emboîteraient le pas.

IV. 2) Points de vue des syndicats (CNSD)

Créée en 1935, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) est le syndicat national majoritaire des chirurgiens-dentistes. Elle se fixe comme mission de défendre les intérêts matériels et moraux des chirurgiens-dentistes.

La CNSD est présente dans toutes les instances professionnelles, où les choix de santé publique se conçoivent et se décident. Elle représente ses adhérents au plus haut niveau, auprès du gouvernement, du Parlement et des différentes administrations de tutelle. (33)

A l'heure où les débats sur l'avenir des prises en charge sont animés, les discussions font intervenir trois acteurs : le régime obligatoire, le régime complémentaire avec l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) et la CNSD.

Ainsi, la CNSD prend position sur les sujets importants qui occupent l'actualité, à savoir la proposition de loi Le Roux, l'Accord National Interprofessionnel et la Classification Commune des Actes Médicaux. Et parce que l'orthodontie est une pratique à honoraires libres, les conséquences de l'évolution de ces textes impacteront de manière significative sur elle.

4.2.1) La proposition de loi Bruno Le Roux (PPL Le Roux)

Avant la première séance publique du Sénat concernant la PPL LE Roux, la CNSD pointait déjà le fait que cette loi créait une discrimination entre les médecins et donc les stomatologues et les chirurgiens-dentistes. Elle reprochait aussi que le texte ignorait la « *légitimité des organisations syndicales représentatives à négocier avec les complémentaires sur les modèles nationaux* ». Déjà, à cette époque, la CNSD prévoyait de déposer des amendements.

Selon Christian Soletta, Conseiller Technique de la CNSD, le Code de la Santé Publique ne saurait se substituer au Code du Commerce puisque le premier est garant de l'éthique exprimée par la déontologie. Il reconnaît pourtant que le protocole MFP (Mutualité de la Fonction Publique) répond à ces principes déontologiques. Monsieur Soletta situe la problématique dentaire dans la PPL Le Roux et rappelle que les réseaux de soins grandissent dans les secteurs où l'assurance maladie obligatoire est minoritaire. C'est le cas de l'odontologie, dans les actes prothétiques et l'orthodontie, où les bases de remboursement de ces soins stagnent depuis plus de vingt cinq ans. Ajouté à cela, depuis 1978, les honoraires des soins opposables n'ont presque pas évolué. C'est ce qui est selon Monsieur Soletta, à l'origine de l'important reste à charge des assurés sociaux. La CNSD précise qu'elle a préconisé une réforme structurelle pour « *porter [nos] actes à des valeurs en cohérence avec la réalité économique. Avec des bases de remboursement viables, nul besoin de réseaux de soins* ».

La CNSD insiste sur l'importance du distinguo à faire entre les opticiens, audioprothésistes et les chirurgiens dentistes où la problématique est différente. (34)

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), au sein duquel est présent Roland L'Herron ancien président de la CNSD, a adopté un avis dans lequel il se montre prudent vis-à-vis des réseaux et émet des interrogations quant à leur efficacité. Toutefois, il valide ses intérêts visant à modérer les coûts dans les secteurs de liberté tarifaire et tout en constatant la montée en puissance des régimes complémentaires, il est question dans cet avis de trouver des solutions pour pérenniser leur expansion.

Le 24 Juillet, les sénateurs ont adopté plusieurs articles du texte initial de la PPL Le Roux issu de l'Assemblée Nationale. Les propositions d'amendements de la CNSD n'ont pas été retenues rendant ce texte selon elle, « *injuste en l'état* », puisque la division entre les professionnels de santé est maintenue.

Par ailleurs, la CNSD dénonce que la PPL Le Roux n'ait pas pris acte de la récente signature de la Charte de bonnes pratiques signée le 31 juillet 2013 entre le CNSD et l'UNOCAM qui engage tous les organismes complémentaires de l'assurance maladie (OCAM).

La présidente de la CNSD Catherine Mojaïsky dénonce « *l'iniquité de ce texte, l'incurie des pouvoirs publics [...] et la discrimination entre les chirurgiens-dentistes et les médecins* » dont la CNSD s'opposera par tous les moyens. D'ici la seconde lecture de la PPL Le Roux devant l'Assemblée Nationale, la CNSD fera de nouvelles propositions. (35)

Il est à ajouter que ce sont tous les syndicats de la profession qui se sont réunis pour faire barrage à la proposition de loi du député Bruno Le Roux. Ainsi, CNSD, UJCD, FSDL, SFCD, SSFODF et Asso ont décidé d'unir leurs efforts et de parler d'une seule voix. (36)

Il s'agit bien là de lutter contre les réseaux de soins dits « fermés », différents des réseaux ouverts. Ces derniers sont négociés au niveau national ou départemental entre un organisme d'assurance santé et un ou plusieurs syndicats de praticiens. Chaque professionnel de santé a ensuite, individuellement, le choix d'y participer ou non. Certaines assurances complémentaires ont conclu des accords avec la CNSD, comme la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) en 1996 et la Mutualité de la fonction publique (MFP) en 1999. De manière générale, la CNSD y est plutôt favorable. Lorsque des plafonds d'honoraires sont négociés dans le cadre de ces réseaux, ils doivent correspondre à la réalité économique de l'exercice des chirurgiens-dentistes. Ce qui est le cas du protocole CNSD-MFP, puisque 95 % des praticiens proposent des tarifs inférieurs à ces plafonds.

La différence avec les réseaux fermés est que ces derniers ne sont pas négociés collectivement mais individuellement, praticien par praticien. Monsieur Gérard Morel, Vice-Président de la CNSD explique que cela induit « *une mise en concurrence des professionnels de santé* ». En effet, ceux qui adhèrent à ce type de réseau fermé, acceptent de limiter leurs tarifs en échange d'une garantie de flux de patients. Ce « fléchage » des patients entraîne un détournement qui incite le patient à se diriger vers tel ou tel praticien. Et comme l'explique Monsieur Morel, « *...avec les réseaux fermés, la tendance n'est plus à la négociation de plafonds d'honoraires entre praticiens et organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Ces derniers contactent les professionnels de santé en leur demandant d'intégrer leurs réseaux et d'appliquer des barèmes de tarifs bloqués et basés sur des moyennes nationales.* » (37)

4.2.2) L'Accord National Interprofessionnel (ANI)

Les partenaires sociaux (Medef, CGPME et UPA du côté patronal, CFTC, CFE-CGC et CFDT du côté syndical) ont conclu, le 11 janvier 2013, un accord interprofessionnel relatif à la compétitivité des entreprises et à la sécurisation de l'emploi. Celui-ci prévoit de renforcer la flexibilité du marché du travail en échange d'un renforcement des droits des salariés. Ainsi, tous les salariés qui ne profitent pas encore d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé (environ 4 millions de personnes) devront en bénéficier d'ici 2016. Le financement de cette couverture sera assumé conjointement par les salariés et les employeurs.

Dernière cette mesure sociale, c'est la liberté de choix du patient qui est mise en danger selon la CNSD puisque « *certaines couvertures complémentaires sont obligatoires pour les patients, car imposées par leur employeur...* » (37)

Or, le 11 Janvier 2013 a été signé l'accord sur la sécurisation de l'emploi par les partenaires sociaux qui prévoit la généralisation des assurances complémentaires obligatoires en entreprise. Sur ce point, des négociations ont été entamées pour aboutir à un accord de branche jusqu'en Juin 2014. Selon Marie-Françoise Gondard-Argenti, première Vice-Présidente de la CNSD, cet accord devrait permettre aux praticiens employeurs de proposer à

leur(s) salarié(s) une assurance complémentaire santé qui allège le moins possible les charges. Monsieur Morel rappelle par ailleurs « [qu'] à cela s'ajoute la proposition de loi du député socialiste Bruno Le Roux qui autorise les mutuelles à créer des réseaux de soins ouverts ou fermés... ».

4.2.3) La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) (35)

Il aura fallu « *beaucoup de patience, d'investissement et de conviction pour que la CCAM soit applicable aux chirurgiens-dentistes* » selon Thierry Soulié, Secrétaire général de la CNSD. En effet, ce temps qu'a nécessité cette mise en place effective pour juin 2014, reflète la complexité de passer de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) à la CCAM tout en intégrant toutes les spécificités de l'art dentaire.

Selon la CNSD, c'est une étape indispensable à la restructuration de l'exercice où notre profession était en danger, « *cantonée dans une nomenclature résiduelle* ». Il était important d'obtenir le droit de partager avec les médecins ce référentiel commun qui reconnaît l'ensemble des actes.

En signant cet avenant, les responsables affichent leur volonté d'avancer, convaincus du bien fondé de leurs intentions. La CNSD se déclare satisfaite des points positifs « *d'une extrême difficulté à conquérir dans le contexte actuel* » concernant cet avenant. En effet, il s'agissait de défendre l'importance de la médecine bucco-dentaire dans la politique globale de distribution des soins médicaux en France.

Ainsi, le 31 Juillet 2013, l'avenant n°3 à la Convention nationale des chirurgiens-dentistes ainsi que la Charte de bonnes pratiques pour les relations entre praticiens et organismes complémentaires d'Assurance maladie ont été signés par la CNSD et ses partenaires.

L'avenant n°3 était prêt depuis le mois d'Avril mais la situation s'était complexifiée, les complémentaires devenant de plus en plus exigeantes en matière de transparence : c'est-à-dire, sur l'information qui leur est transmise quant aux actes qu'elles remboursent. Catherine Mojaïsky craignait de l'usage que pouvaient en faire les complémentaires et souhaitait obtenir des garanties. Il était important selon elle « *que les assureurs complémentaires acceptent de rentrer dans le cadre de règles conventionnelles* ». C'est notamment le détournement de patientèle de certaines plates-formes qui était mis en évidence par la CNSD. Autour de cette problématique est née l'idée d'une Charte de bonnes pratiques.

Aujourd'hui, cette Charte engage les organismes complémentaires à « *bien respecter le jeu et ce qui est fixé par notre Code de déontologie, à savoir le libre choix du patient, le respect de l'aspect médical de notre profession, etc.* ». Christian Soletta, Conseiller technique à la CNSD affirme en ce sens que « *la conception, la réalisation et la pose d'une prothèse dentaire, constituent un acte médical indivisible* ». Il ne doit pas être associé et confondu avec la « *revente d'un dispositif médical à usage individuel* » ; ce qui justifie selon lui le passage à la CCAM.

Catherine Mojaïsky rappelle aussi que le détournement de patient et l'analyse de devis uniquement basée sur le seul critère tarifaire à l'exclusion des données médicales devaient disparaître. Mais il restera à vérifier si cette Charte sera respectée et appliquée sur le terrain.

Au delà de la Charte, l'avenant n°3 met en place la CCAM. La CNSD a négocié longtemps pour que la transposition de la NGAP en CCAM ne se réalise pas selon le mode opératoire prévu par l'Assurance maladie. La mission du syndicat était que la CCAM respecte au mieux les pratiques qui sont différentes des médecins, et d'accéder à un outil de revalorisation des actes, plus adapté aux logiques de financements de l'Assurance maladie.

La nouvelle nomenclature présente l'avantage de couvrir la totalité de l'exercice dentaire, les actes remboursables et non remboursables. C'est ainsi que, près de quatre-vingt dix nouveaux actes non remboursables apparaissent alors qu'ils n'avaient pas d'existence légale. Et selon la Présidente de la CNSD, le fruit des négociations représente, entre les efforts du Régime obligatoire et ceux des Complémentaires « *une enveloppe supplémentaire oscillant entre 90 et 100 millions d'euros, alors que 2,5 milliards d'euros de nouvelles économies ont été*

annoncés dans la prochaine loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) via des baisses tarifaires en particulier ». Catherine Mojaïsky ne manque pas de rappeler la nécessité de revoir profondément la structuration de l'exercice de la chirurgie-dentaire pour permettre de vivre normalement des soins.

L'avis du 18 Juillet 2013 de l'HCAAM stipule qu'elle est très favorable à la mise à disposition par l'Assurance maladie des données de santé des patients aux complémentaires. En effet, elle explique que les complémentaires sont « *aujourd'hui les acteurs clés de l'évolution de notre système de prise en charge des dépenses de santé.* »

Remarques :

- La CNSD publie que selon un communiqué du site internet www.ameli.fr, les remboursements des soins dentaires par le régime obligatoire connaissent une progression stable entre 0,8 et 0,9 %, qui est la plus faible comparativement aux autres professionnels de santé : + 2,4 % pour les médecins généralistes et spécialistes, + 8,8 % pour les auxiliaires médicaux et + 9,1 % pour les infirmiers.
- Par ailleurs, la CNSD fait connaître aussi que dans le rapport de la Cours des Comptes 2013, il est mentionné que la mauvaise conjoncture économique n'expliquerait selon elle que 30 % du déficit de la Sécurité sociale, le reste serait d'origine structurelle. (38)

Conclusion de la partie IV.2) :

La CNSD, syndicat majoritaire de la profession, défend les intérêts des chirurgiens-dentistes en intervenant dans toutes les instances professionnelles et en les représentant au gouvernement. Ce n'est pas seulement la CNSD mais tous les syndicats unis d'une même voix qui se sont élevés contre la PPL Le Roux, (c'est-à-dire contre les réseaux fermés désirés des organismes complémentaires) jugée discriminatoire. Par ailleurs, la CNSD met en garde l'accord national interprofessionnel relatif au libre accès aux soins des patients. Enfin, la mise en place de la CCAM après beaucoup de discussions est saluée par la CNSD. L'avenant n°3 est une avancée en terme de communication entre acteurs de soins, mais il met en évidence la crainte que peut représenter la façon dont la transparence sera utilisée.

IV. 3) Revues de presse et opinions publiques

Il nous est apparu intéressant de rechercher l'opinion du grand public et ce qui paraît dans la presse écrite concernant cette problématique. Que pensent les patients des remboursements des soins dentaires et orthodontiques ? Que peuvent-ils lire à travers la presse et quelles sont les informations véhiculées sur leur prise en charge ?

4.3.1) Opinions publiques

Tout d'abord, un sondage réalisé par l'institut CSA (Conseil, Sondage et Analyse) pour la mutuelle Emevia (850 000 adhérents) montre que 17,4% des étudiants déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des 6 premiers mois de l'année 2012 (soit 15,4% en population générale) contre 15% en 2011. Les étudiantes renoncent plus aux soins que leurs homologues (21,6% contre 12%). (39)

Puis, selon un sondage réalisé par l'institut Ipsos pour les mutuelles de France mais non rendu public, 56% des français ne trouvent pas normal qu'un employeur impose une mutuelle à ses salariés, contre 40% de « pour » et 4% de « sans avis ». Interrogés sur leur attente la plus importante concernant une mutuelle, 25% souhaitent de meilleurs remboursements, 20,7% veulent que les cotisations et services soient fixés selon les moyens et besoin de chacun, et 20,4% souhaitent que leur mutuelle soit moins chère.

Sont retranscrits ci-dessous quelques exemples de commentaires recueillis spontanément en Octobre 2013 sur différents forums de discussions accessible sur internet.

A:

« [...] coté remboursement, comme on a deux mutuelles on s'en sort pas trop mal, d'autant que fiston étant un "cas" en ce qui concerne sa mâchoire, nous avons dépassé les semestres pris en charge par la sécu, donc... que mutuelle... »

B :

« [...] je suis remboursé 193€ par la sécu pff une misère et 120€ par la mutuelle. »

C:

« Et bien je tombe de haut, j'ai envoyé le devis à ma mutuelle, et je me suis aperçue que 50% des frais seront à ma charge, je n'en reviens pas... C'est pas pour rien en plus.... [...] D'après vos expériences je vois que vos mutuelles remboursent assez bien quand même... Je pensais que la mienne valait le coup... »

D :

« Moi j'ai du changé mon contrat, prendre de meilleures garanties et évidemment je paye plus! [...] J'étais dans ton cas, je croyais que...et puis j'ai préféré la solution d'être mieux remboursée. J'en ai 2 en orthodontie, alors ça faisait cher chaque trimestre. »

E :

« Depuis que mes enfants ont des appareils dentaires, j'ai du prendre une mutuelle 300% qui rembourse 2 fois ce que rembourse la sécu et je suis encore un peu de ma poche. [...] De toute façon, il y a intérêt à avoir une bonne mutuelle. »

F :

« [...] la sécu rembourse 193 euro !! une misère !!! [...] »

G :

« [...] comme pas pris en charge par la sécu , pas de remboursement mutuelle ... [...] c'est vraiment hyper mal pris en charge . »

H :

« [...] ce qui me scandalise le plus c'est que non seulement la sécu rembourse ridiculement peu... [...] »

I :

« [...] il faut avoir une bonne mutuelle pour amortir une dépense aussi importante. [...] »

J :

« Pour la suite du traitement, le tarif sécu est de 192 euros et qq centimes/semestre. L'enfant de moins de 16 ans est remboursé à 100% par la sécu dont si ta mutuelle complète jusqu'à 300% tu seras remboursée 3x192 en tout ce qui fait moins de 600 euros, le reste étant à ta charge. Avec l'orthodontie à 400%, tu es presque remboursée mais il faut voir aussi combien tu vas payer en plus pour la mutuelle.... ce n'est pas forcément avantageux si toute la famille doit changer de garantie. »

K :

« La secrétaire de l'orthodontiste m'avait dit qu'il fallait une mutuelle qui rembourse au moins 300% pour être bien remboursée. »

L :

« Certaines mutuelles remboursent en très haut de gamme jusqu'à 470% mais elles sont utiles que si vous allez chez un praticien qui pratique de forts dépassements d'honoraires. Sinon, mieux vaut choisir des mutuelles familiales qui appliquent un remboursement important dès la première formule. [...] Dernier conseil : N'hésitez pas à comparer les orthodontistes entre eux, ou à demander à votre mutuelle si elle peut vous orienter vers des orthodontistes qui pratiquent des tarifs raisonnables. »

M :

« [...] je vais également devoir porter un appareil dentaire mais j'ai de grosses difficultés à trouver une mutuelle qui prend en charge l'orthodontie pour adulte refusé par la sécurité sociale. »

N :

«[...] oublie tout de suite les assurances santé pour l'orthodontie adulte, elles te couteront bien plus qu'elles ne te reverseront pour ton traitement...Contacte des écoles dentaires proche de ton domicile plutôt que de miser sur une mutuelle...

[...] Et bien moi je vois pas trop l'intérêt de te proposer une assurance qui te rembourse **500 euros/ AN** mais qui te coute **+60 euros par mois** ...Il vaut mieux s'arranger avec son praticien pour avoir des facilités de paiement plutôt que de miser sur une assurance. »

O :

« Tu sais, même des personnes qui ont besoin d'un traitement pour des raisons de santé ne sont remboursées que 190€ environ par la sécu si opération des mâchoires il y a. C'est vraiment très très peu quand on sait tous les problèmes qui peuvent découler d'une mauvaise dentition. »

P :

« A 42 ans, je décide de me prendre en main et d'entamer un traitement orthodontique. J'avais déjà consulté un orthodontiste à l'âge de 20 ans mais aucun moyen de payer quoi que ce soit. Depuis 2 semaines environ, je navigue sur les forums et essaie des comparateurs de mutuelle sans vraiment de succès. A chaque devis, les cotisations sont largement supérieures au remboursement proposé par la mutuelle. Ma question est : avez-vous vraiment trouvé une mutuelle intéressante pour l'orthodontie adulte ou assumez-vous personnellement la prise en charge de ces soins ? [...]Pour ma part, j'ai une mutuelle obligatoire professionnelle qui prend en charge 300% de BR moins la RSS reconstituée ce qui correspond je pense à $300\% \times 193.5 \text{ €} - 135.45 (193.5 \times 70\%) = 445.05$ [...] »

Q :

« Maintenant je me rends compte qu'à mon âge c'est hyper complexant de pas avoir un sourire comme le commun des mortels [...]. J'aimerais bien pouvoir régler ce problème sans que les solutions soient apparentes (les bagues en acier par exemple). »

4.3.2) Revues de presse

Le journal « Le Parisien » titre « *Dentiste, optique... se soigner moins cher, c'est possible* » et d'ajouter qu'une réforme pourrait permettre aux adhérents d'une mutuelle de payer leurs soins moins cher à condition de ne pas choisir leur praticien. L'article explique qu'un texte va tenter de corriger le Code de la Mutualité et de permettre enfin à ses organismes de mieux rembourser leurs adhérents quand ils consulteront un professionnel de santé ayant adhéré à leur réseau de soins. L'article relaie une enquête réduite auprès de cinq personnes et les réponses sont mitigées. Certains se disent contre choisir dans une liste de praticiens pour payer moins cher, d'autres pour et d'autres se disent favorables à condition que ça ne porte pas atteinte à leur libre choix. (40)

La « Tribune de l'assurance » publie que 20 à 30% est l'économie dont bénéficie les clients de « Santéclair » en optique et en dentaire. L'article explique que les réseaux de soins favoriseraient donc la concurrence et seraient bénéfiques aux assurés, selon l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances qui ont cité en exemple ces réseaux dans un rapport commun intitulé « Proposition pour la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2013-2017 ». La « Tribune de l'assurance » conclue son article en expliquant que les réseaux de soins permettent de jouer sur les coûts et donc sur les prix, mais qu'ils représentent à plus long terme un élément prospectif où la connaissance médicale serait synonyme de la maîtrise du risque. Ce serait selon l'article l'un des défis majeurs à relever pour l'ensemble des organismes complémentaires. (41)

Le site de l'Observatoire de la Protection Sociale Complémentaire publie un entretien avec Marianne Binst, Directrice Générale de Santéclair, posté le 9 Juillet 2012. Elle y explique que les plaintes contre les plates-formes de réseaux viennent essentiellement des syndicats d'optique et de dentaire. Elle ajoute que l'Autorité de la concurrence saisie par la Ministre de l'Economie plaide clairement en faveur du développement des partenariats entre professionnels de santé et organismes complémentaires au motif qu'ils contribuent à rendre le marché plus concurrentiel. Elle estime par ailleurs que la question de la liberté de choix des patients qui serait remise en cause par ses détracteurs serait un faux argument et que ça n'est qu'un modèle « incitatif ». Madame Binst conclue en expliquant que l'axe de développement passe par une

entente avec le professionnel de santé de façon à diminuer ses tarifs, à garantir une certaine qualité de soin en échange de flux de patients. (42)

« Le Particulier » titre « *Des couronnes et des implants à moitié prix* », et propose leurs conseils pour réduire « la facture » des « couronnes, bridges et implants », qui serait chère en raison d'une tarification des soins courants que les chirurgiens-dentistes jugeraient trop basse. L'article parle de « *coûts exorbitants* » des soins à honoraires libres mais rappelle également que « *la prise en charge de la Sécurité sociale n'a pas évolué depuis 1988* ». Les conseils divulgués par le périodique sont les suivants :

- passer par le réseau de soins de son assureur
- se faire soigner à l'étranger
- dénicher un cabinet à bas coût.

Le journal s'appuie sur les enquêtes réalisées par le réseau Santéclair qu'il juge comme étant « *pour l'heure [le] plus performant* ». (43)

« Le Journal du Net » publie les propos d'Etienne Caniard, Président de la Mutualité Française : « *les devis dentaires connaissent [...] des différences de prix injustifiables. [...] Dans le passé, certains contrats ont pu rembourser des prothèses sur la base des coûts réels, ce qui a conduit certains praticiens à facturer au prix fort leurs prestations et à entretenir une logique inflationniste* ». (44)

« L'Argus de l'assurance » parle de la montée en puissance des réseaux des organismes complémentaires qui suscite toujours l'opposition d'une partie des professionnels. Selon l'article, les arguments des opposants deviendraient de plus en plus « *fragiles, et la bataille se déplace[rait] sur le terrain de la communication et du lobbying* ». (45)

La revue « Que choisir », en mai 2012 dénonce des soins prothétiques trop chers et prône la nécessité d'améliorer l'information sur les prix. Elle cite l'Autorité de la concurrence voulant améliorer la transparence des devis afin de favoriser la concurrence et dénonce que les soins prothétiques représentent 62% des honoraires facturés par les chirurgiens-dentistes, alors qu'ils n'y consacrent que 30% de leur temps de travail. Une « *distorsion* » selon la revue qui se

traduirait par des tarifs « *nettement supérieurs à ceux pratiqués dans d'autres pays de l'Union Européenne* ». L'Autorité constate selon elle que la dynamique « *pro concurrentielle créée par les réseaux de soins des complémentaires santé [...] favorise la régulation des prix en faveur des patients* ». (46)

Conclusion de la partie IV.3 :

A travers les contenus des forums, le public montre un réel intérêt à l'orthodontie et particulièrement à l'orthodontie de l'adulte. Par ailleurs, les témoignages dénoncent la faible prise en charge de ces traitements et l'absence quasi-totale pour les traitements chez l'adulte. Ils mettent également en évidence le reste à charge trop important. Le parcours des différents articles de revues de presse a permis de constater l'effervescence autour de ce sujet et que l'information est axée autour des soins dentaires et orthodontiques jugés trop chers. Les diverses publications mettent en avant les réseaux de soins comme étant la solution pour diminuer le reste à charge, contrôler les coûts ; tout en promettant l'accès aux soins pour tous, et en garantissant leur qualité

En résumé :

Le désengagement de la Sécurité sociale dans les soins dentaires est dénoncé par tous les acteurs de soins, patients, organismes complémentaires et praticiens. Les premiers souhaitent diminuer leur reste à charge, quand la solution proposée via les médias, est de se faire soigner chez un praticien conventionné ayant intégré un réseau de soins. Les professionnels de santé unis contre la proposition de loi Bruno Le Roux relative à ces réseaux, l'accuse d'être discriminatoire et de restreindre la liberté du patient de se faire soigner selon son désir. L'Accord National Interprofessionnel évoque les mêmes craintes chez les professionnels et chez une partie du grand public alors que les organismes complémentaires y voient toutefois une avancée, bien que réduite puisque ne répondant pas à leur problématique d'accès aux soins pour tous. Ces derniers sont très favorables à la PPL Le Roux et considèrent que la maîtrise des coûts est une mission à forts enjeux dont l'avènement des réseaux de soins en serait le succès. Cette dynamique est largement relayée par les médias qui semblent peu prendre en compte l'avis des syndicats.

Conclusion :

Le principe d'accès aux soins pour tous ainsi que la volonté de maîtriser les coûts ont généré de nouveaux textes de loi, comme l'Accord National Interprofessionnel et la proposition de loi Bruno Le Roux. L'ANI traite de l'obligation d'instaurer une couverture santé collective dans toutes les entreprises d'ici 2016, et la proposition de loi citée doit permettre aux mutuelles la mise en place de systèmes de réseaux de soins.

Les organismes complémentaires souhaitent pouvoir bénéficier des mêmes droits que les assurances et instituts de prévoyance, mais également de davantage de transparence à l'aube de l'application de la CCAM.

Les syndicats sont unis d'une même voix contre la proposition de loi Bruno Le Roux ; la jugeant discriminatoire. La CNSD met également en garde contre l'ANI quant à l'égalité d'accès aux soins pour tous. Tout en saluant la mise en place de la CCAM, les syndicats dentaires mettent en évidence les risques qui pourraient découler d'une utilisation abusive d'un principe de transparence.

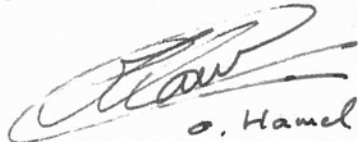
La population française semble déplorer la faible prise en charge des soins dentaires et orthodontiques jugés trop onéreux, quand les médias véhiculent le bienfait des réseaux de soins en incitant les patients à consulter les praticiens adhérents.

Les revues de presse « grand public » ne diffusent pas la voix des syndicats sur le sujet et dénoncent peu le désengagement de la Sécurité sociale.

L'avenir des prises en charge des soins orthodontiques en France semble se dessiner dans l'actualité, au cœur de nombreux débats entre les acteurs de soins que sont le patient, le professionnel de santé, et les tiers-payeurs (caisses d'Assurance maladie et organismes complémentaires).

En conclusion, l'exemple de l'orthodontie nous conduit à encourager les professionnels de ce secteur comme tous ceux du monde dentaire à s'engager véritablement dans une réflexion sur la régulation des pratiques. Cette réflexion doit effectivement concerner tous les acteurs, y compris les patients, et porter sur la vocation médicale ou médico-sociale d'un acteur de santé publique.

Vu, le directeur de thèse


O. Hamel
30.10.13

Vu, le président

le 4 novembre 2013



BIBLIOGRAPHIE

1. Monnier J, Deschamps JP, Fabry J, Manciaux M, Raimbault AM. Santé publique : santé de la communauté. Villeurbanne: Simep; 1980.
2. Chateau M, Charron C, Janvier G. Orthopédie dento- faciale. Tome 2. Clinique : diagnostic, traitement, orthognathie, orthodontie, stabilisation. Paris: Ed. CdP; 1993.
3. Lejoyeux E. Esthétique du visage. Encycl Med Chir (Ed. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Traité d'Orthopédie dento-faciale 2003 ; 23-460-C-20
3. Amoric M. Orthopédie dento-faciale. Appareillages et méthodes thérapeutiques. Généralités, choix et décisions. Encycl Méd Chir Odontol Stomatol 1999;23-490-A-10:1-10.
4. Lejoyeux E. Diagnostique orthodontique. Encycl Méd Chir Odontol Stomatol 1996;23-465-A-10:1-6.
5. Bassigny F, Canal P. Manuel d'orthopédie dento- faciale. Paris: Masson; 1991.
6. Coyne R, Woods M, Abrams R. The community and orthodontic care. Part II: Community-perceived importance of correcting various dentofacial anomalies. Part III: Community perception of the importance of orthodontic treatment. Aust Orthod J 1999;15(5):289-301.
7. Raberin M, Mauhourat S, Pelosse JJ, Pernier C. Traitement en denture mixte et équilibre musculaire. Orthod Fr 2001;72(1/2).
8. Lejoyeux E. Avant-propos. La santé de l'enfant. Rev Orthop Dento Faciale 2002 ; 36 : 277-279
9. Dentalespace. Orthodontie-chez-enfant-adulte <http://www.dentalespace.com/patient/soins-dentaires/21-orthodontie-chez-enfant-adulte.htm>
10. KURIHARA S. Aspects histo-physiologiques du déplacement dentaire chez l'adulte. Orthod Fr 2000;71:371
11. Nomenclature générale des actes professionnels (ngap) restant en vigueur depuis la décision uncam du 11 mars 2005 http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ngap.pdf
12. Comparateur d'assurances et complémentaires santé : <https://assurances.l lynx.fr/assurance-sante/comparateur-sante-profil.aspx>
13. Comparateur d'assurances et complémentaires santé : <http://www.assuralys.fr/EspaceComparaison/Mutuelle-Sante-Comparateur.php>

14. Comparateur d'assurances et complémentaires santé :

http://landing.lecomparateurassurance.com/2/Sante/mutuelle3.html?gclid=CLzNqeuM37gCFU_MtAodLEUAAQ

15. Résultats de recherche pour GAN assurance :

<http://www.ganassurances.fr/view-7-tarification.html?servername=localhost&lang=fr>

16. Résultats de recherche pour Vitaesante

<http://www.vitaesante.fr/mornay/energie.do>

17. Résultats de recherche pour uniprevoyance

<http://www.uniprevoyance.fr/entreprise/sante/>

18. Résultats de recherche pour Groupama

<http://www.groupama.fr/devis-sante-le-vrai-spring-santeTarifStandard.html#personalisation>

19. Résultats de recherche pour Pavillon-prévoyance

<https://www.pavillon-prevoyance.fr/mutuelle-de-sante/compte-mutuelle-en-ligne.html>

20. Résultats de recherche pour euro-assurance

<https://www.euro-assurance.com/devis/devis-assurance-sante.html>

21. Résultats de recherche pour allianz

<https://devis-assurance.allianz.fr/assurance-sante/app/nosapphost>

22. Résultats de recherche pour GMF

<https://services.gmf.fr/services/devis-sante/GMFSante.do?actionSante=actionPage06Personnaliser>

23. Résultats de recherche pour MMA

<http://www.mma.fr/assurances/369/default.aspx>

24. Ameli.fr, Assurance maladie en ligne

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>

25. Jean Magniadas, conférence à l'Institut d' Histoire sociale de la CGT [2003] 9 octobre. *L'histoire de la Sécurité Sociale*.
26. Safon MO (2013), Pôle Documentation de l'Irdes, synthèse protection sociale complémentaire en France.
<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/ProtectionSocialeComplementaire.pdf>
27. Sicart D., 2013, « Les professions de santé au 1er janvier 2013 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 183, DREES, mars.
28. Site internet de l'IRDES, www.ecosante.fr:
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>
29. Le Garrec MA., Bouvet M., Koubi M., (2011) « les comptes nationaux de la santé », DREES
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2011.pdf
30. DREES, 2012, «La méthodologie des Comptes de la santé en base 2005», *Document de travail*, série statistiques, DREES
31. Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.
32. Garnero M., Le Palud V., « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 837, Avril 2013.
33. <http://cnsd.fr/tout-sur-la-cnsd>
34. Le-chirurgien-dentiste-de-France, n°1581-1582 du 4 Juillet 2013
35. Le-chirurgien-dentiste-de-France, n°1585 du 5 Septembre 2013
36. Le-chirurgien-dentiste-de-France, n°1590 du 10 Octobre 2013
37. Le-chirurgien-dentiste-de-France, site internet, publication le jeudi 21 mars 2013, « *Interview de Gérard Morel Vice-président de la CNSD* ».
38. Le-chirurgien-dentiste-de-France, n°1589 du 3 Octobre 2013
39. Communiqué de presse du 10 septembre 2013, EMEVIA-CSA, Enquête santé / Vie étudiante / Chiffres clés
40. LE PARISIEN - Dentiste, optique... se soigner moins cher c'est possible – 28/11/2012-LA TRIBUNE - Des opticiens favorables aux réseaux de soins des mutuelles, ça existe.

41. La Tribune de l'assurance – Les réseaux de soins vont-ils devenir la norme ? n°173, 28/09/2012
42. Site de l'Observatoire de la Protection Sociale Complémentaire – 4 questions à Marianne Binst – 09/07/2012
43. LE PARTICULIER – Prothèses dentaires : des couronnes et des implants à moitié prix – n°1075, 26/06/2012
44. RH&M – Réseaux de praticiens – 01/07/2012 www.journaldunet.com – Le réseau de soins, parade des complémentaires santé contre
45. ARGUS DE L'ASSURANCE, n°7265– Panorama des réseaux santé – 04/05/2012
46. QUE CHOISIR – Soins dentaire : renforcer la concurrence –d'avril 2012

Les références internet citées ont été consultées entre Mars et Octobre 2013.

RÉFLEXION SUR L'AVENIR DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS ORTHODONTIQUES

Résumé en français :

Depuis 1945, la Sécurité sociale a pour vocation de protéger la population contre les risques sociaux quel que soit son niveau de vie. Parallèlement, le régime complémentaire tente de réduire le reste à charge sans pour autant gommer les inégalités d'accès aux soins. Ces différences d'accès sont-elles au cœur des préoccupations sociales et gouvernementales ? L'évolution des textes de loi, ainsi que les positions respectives des organismes complémentaires et des syndicats dentaires, permettent-elles d'appréhender le devenir de la prise en charge des soins orthodontiques en France ?

THINKING ABOUT THE FUTURE OF THE MANAGEMENT OF ORTHODONTIC CARE

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS CLÉS : Orthopédie dento-faciale, prise en charge, organismes complémentaires

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

3, chemin des maraîchers

31062 Toulouse Cedex 9

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Olivier HAMEL