



www.apd-asso.fr

Chapitre XIII

Les soins dentaires

Cour des comptes
Sécurité sociale 2010 – septembre 2010
www.ccomptes.fr

(Extraits du rapport)

2 – Les prothèses dentaires.

La qualité des soins est une préoccupation de premier ordre pour les dispositifs médicaux mis en bouche. La directive 93/42/CEE fixe les modalités de mise sur le marché des dispositifs médicaux sur mesure, dont les prothèses dentaires. La directive européenne 2007/47/CE a ajouté un certain nombre de dispositions visant à accroître la transparence dans ce domaine. Le décret d'avril 2009 la transposant (entré en vigueur en mars 2010) prévoit que soit tenue à la disposition du patient la déclaration de conformité signée du fabricant, qui accompagne la prothèse. Il prescrit également que le fabricant établisse une documentation comportant non seulement son nom et son adresse, mais aussi le ou les lieux de fabrication. Ceci doit permettre normalement de connaître l'origine réelle du dispositif concerné, quand bien même le fabricant sous-traiterait ou délocaliserait sa production à l'étranger. L'enjeu réside dans l'application effective de cette nouvelle prescription et son contrôle.

Par ailleurs, l'article 177 de la loi de finances pour 2009, modifiant le code de la santé publique, impose à tous les opérateurs (fabricants, mandataires, distributeurs, importateurs et exportateurs de dispositifs médicaux) de se déclarer auprès de l'AFSSAPS, ce qui lui permettra d'exercer plus efficacement sa mission de surveillance de ces marchés.

Les contrôles matériels soulèvent des difficultés. Ils supposent d'examiner une prothèse dentaire fabriquée pour un patient donné, voire de la détruire pour en vérifier la composition. L'AFSSAPS déclare envisager de réaliser des inspections et des contrôles en laboratoire, ce qui signifie qu'elle ne le fait pas actuellement. En outre, si de telles inspections permettront de contrôler les processus de fabrication, ce ne

sera le cas que pour la production nationale. Malgré les difficultés de cette tâche, il importe de développer le contrôle matériel des dispositifs médicaux. L'absence de plainte ne suffit pas à établir leur innocuité, certains problèmes pouvant ne pas être détectés.

delà ces moyennes, les honoraires afférents aux soins prothétiques sont très variables. Ils dépendent de la qualité des matériaux (céramique ou seulement nickel-chrome et titane) et de la difficulté relative de la tâche, mais aussi de la notoriété du chirurgien-dentiste, du quartier où il exerce, du niveau de revenu du patient (d'où des tarifs élevés à Paris, Nice et quelques autres grandes villes) et, fréquemment, du niveau de couverture que lui assure son assurance maladie complémentaire. Il est presque de règle que le praticien s'informe de celle-ci, de sorte que cette couverture complémentaire contribue de facto à tirer les prix à la hausse et bénéficie en bonne part au prestataire de soins. C'est la raison pour laquelle les organismes complémentaires plaident en faveur d'une plus grande transparence dans la tarification de ces services, mettent en place des plates-formes d'information et s'efforcent parfois par le biais d'accords avec les professionnels de promouvoir des formes de parcours de soins et de tarifs opposables.

2 – Les prothèses importées

Il est fait état depuis un certain nombre d'années d'une augmentation des importations de prothèses. Leur développement s'explique par un différentiel de coût. Ainsi, le prix d'une couronne céramo-métallique facturé par un laboratoire français revient entre 120 € et 140 € contre 40 € à l'importation. Il ne semble pas exister aujourd'hui de statistiques à la fois objectives et exhaustives sur ces importations³¹². Le conseil de l'ordre et l'association dentaire française estiment que 15 % des prothèses posées en France seraient importées. L'UNPPD (union nationale patronale des prothésistes dentaires) situe à 30 % la part de marché des importations « en volume », c'est-à-dire à tarifs analogues pour celles-ci et la production nationale. Aux prix courants, cette évaluation correspond à une part de marché d'environ 12,5 %. Les prothèses importées proviendraient majoritairement de Chine, puis de Madagascar, des pays d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est (Roumanie, Hongrie) et d'Asie du Sud-Est. Ces importations sont le fait de quelques grands laboratoires qui ont délocalisé leur production ; leur savoir-faire permettrait a priori, selon l'AFSSAPS, de garantir une qualité comparable à celle des prothèses fabriquées en France.

Ces importations ne semblent pas avoir d'effet sur l'évolution des prix, ce qui accrédite l'hypothèse de hausses de marges chez les chirurgiens-dentistes, qui ont recours directement ou non aux importations³¹³. A l'aval, en revanche, l'insuffisance de la concurrence semble attestée par la variabilité des prix, dont les éléments de différenciation objective ne peuvent rendre compte à eux seuls, et par le fait que le praticien puisse prendre en compte les revenus ou le niveau de couverture du patient.

3 – Améliorer la transparence sur les prix

Le niveau des prix français est souvent présenté comme élevé. En la matière, les données font défaut et il a seulement été possible de se reporter à une étude, ancienne, de l'institut allemand des chirurgiens dentistes, citée par un rapport publié en 2005 par le centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique) dont les résultats sont présentés dans le tableau qui suit.....

312

Améliorer la transparence aiderait à remédier à une concurrence aujourd'hui insuffisante. A cet égard, la remise d'un devis en vue de la pose d'une prothèse dentaire constitue déjà une obligation légale et conventionnelle. L'enjeu porte sur la mention d'informations complémentaires permettant l'individualisation du prix de la fourniture du matériel prothétique. Il constitue un sujet de différend ancien entre, d'une part les chirurgiens-dentistes, d'autre part les prothésistes, les associations de consommateurs et les organismes complémentaires. Selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », « lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 522-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif ».

Publiée postérieurement au texte de 2009, l'ordonnance du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux est en retrait sur ce point. Elle supprime l'obligation de présenter au patient une copie de la déclaration de fabrication et se contente de prévoir une mise à disposition de la déclaration de conformité signée par le fabricant.

Pourtant, une meilleure information ne peut qu'avoir des effets positifs. Un certain changement dans les relations entre patients et

praticiens, aujourd'hui très asymétriques, n'apparaît en effet pas à redouter mais au contraire à souhaiter. La prothèse elle-même ne représente certes qu'une part minoritaire du coût global des actes qui lui sont liés, lesquels correspondent à la rémunération du diagnostic, de la conception, de la prise d'empreinte et de la pose. Il reste qu'un renforcement de la transparence et de la concurrence permettrait en tout état de cause de réduire la rente spécifiquement liée à ces importations à bas coûts. Ainsi, l'importation d'une couronne céramo-métallique apporte une économie de 80 € (120-40). Si les importateurs ou les praticiens ne la répercutent pas à leur patient, elle se traduit pour eux par un gain qu'on peut rapprocher du total des honoraires afférents, soit 850 €. En supposant ce « taux de profit supplémentaire » identique pour tous les types de prothèses, on en déduit, à l'échelle du pays, une rente de l'ordre de 160 M€ 315, qui viendrait s'ajouter à la marge pré-existant à toute importation, liée à une concurrence peu intense entre praticiens.

4 – La recherche de solutions

Si on juge qu'une plus grande transparence ne suffirait pas à remédier à la situation actuelle, l'autre voie à explorer serait celle de la fixation de plafonds voire de tarifs opposables. Il importe de souligner que, malgré l'opposition de la profession, elle est déjà pratiquée, dans le cadre des réseaux de soins promus par certains organismes complémentaires. D'un côté, de tels accords bénéficient aux patients (et à leurs assureurs). L'autorité de la concurrence a ainsi considéré, dans un avis rendu en septembre 2009, que le développement de réseaux de professionnels de santé agréés par les organismes complémentaires avait un effet pro-concurrentiel, donc favorable à l'amélioration de la qualité et à la baisse des prix. De l'autre, certains praticiens y trouvent aussi leur intérêt, puisque les plafonds permettent une solvabilisation de la demande, qui peut ainsi s'accroître, alors qu'il apparaît assez aléatoire pour un chirurgien-dentiste donné de vouloir élargir sa patientèle en baissant unilatéralement ses tarifs.

La question posée à cet égard consiste donc à savoir s'il convient :
- d'encadrer la liberté tarifaire en matière de prothèses en contrepartie de la revalorisation de certains soins conservateurs (ou d'autres avantages consentis aux praticiens), dans le cadre des discussions conventionnelles ou dans celui de négociations spécifiques (ce qui serait sans doute plus adapté). Cette solution permettrait de contenir...

En ce qui concerne les prothèses dentaires, le développement des importations induit un phénomène de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés. A cet égard, toutefois, l'obligation de transparence en matière de prix prévue par la loi HPST devrait contribuer à un certain rééquilibrage des relations entre les assurés et les praticiens, sous condition d'une mise en œuvre effective. Une politique globale des soins dentaires fait défaut. Aucune

RECOMMANDATIONS

51. Prévenir les difficultés aujourd'hui prévisibles de répartition de l'offre en s'inspirant des dispositifs mis en place pour d'autres professions de santé.
52. Elargir le rôle des assistant(e)s dentaires et optimiser l'usage des cabinets dentaires des caisses d'assurance maladie.
53. Mettre en place un examen de prévention avec les moyens adaptés dans les établissements scolaires.
54. Inclure dans le SNIR la totalité des actes hors nomenclature.
55. Mettre en place un dispositif apportant des informations fiables sur le nombre de prothèses importées et posées ainsi que sur la répartition des marges et de la valeur ajoutée au sein de cette filière.
56. Simplifier la réglementation en matière de cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes en élargissant leur assiette au titre du régime des PAMC à l'ensemble de leurs revenus libéraux.

57. A terme, mettre en oeuvre la CCAM après une évaluation précise de son impact financier, en veillant à la neutralité financière de cette mesure.

58. Modifier le code de la mutualité pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent.

Cour des comptes
Sécurité sociale 2010 – septembre 2010

http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010.pdf