

# LE CABINET DENTAIRE LIBÉRAL DE 2030

RAPPORT FINAL

**Frédéric Bizard**  
pour  
**URPS-CD-ARA**

---

OCTOBRE 2021

## Table des matières

<b>Synthèse</b> .....	<b>3</b>
<b>Partie I</b> .....	<b>6</b>
<b>Quel modèle de santé d'ici à 2030 ?</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1. Les 4 crises du modèle actuel</b> .....	<b>8</b>
1.1.1. Une crise d'efficacité .....	8
1.1.2. Une crise financière .....	9
1.1.3. Une crise de gouvernance .....	10
1.1.4. Une crise de confiance.....	11
<b>1.2. Un nouvel environnement de puis 2000 : La triple transition</b> .....	<b>12</b>
1.2.1. La transition démographique .....	12
1.2.2. La transition épidémiologique .....	13
1.2.3. La transition technologique .....	15
<b>1.3. Les contours du nouveau modèle</b> .....	<b>17</b>
1.3.1. Une nouvelle approche de la santé .....	17
1.3.2. Une nouvelle stratégie de gestion du risque .....	17
1.3.3. Une restructuration de la gouvernance, de l'organisation des soins et du financement .....	18
<b>Partie II</b> .....	<b>20</b>
<b>Les défis du cabinet dentaire libéral d'ici à 2030</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1. Le défi démographique</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2. Le défi de l'évolution des modes d'exercice</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3. Le défi du modèle économique</b> .....	<b>27</b>
2.3.1. Des dépenses dentaires tirées par le volume .....	27
2.3.2. Un contre-modèle médico-économique .....	30
2.3.3. La réforme du 100% santé consolide le contre-modèle .....	31
<b>2.4. Le défi du progrès technologique</b> .....	<b>35</b>
<b>2.5. Le défi du développement croissant des centres de santé</b> .....	<b>38</b>
<b>2.6. Le défi des réseaux de soins</b> .....	<b>47</b>
2.6.1. Les dysfonctionnements croissants du marché des OCAM accélèrent les renoncements aux soins.....	47
2.6.2. Un secteur rentable et des organismes d'assurance très solvables .....	56
2.6.3. Une absence de régulation des plateformes commerciales en continuité avec la faible régulation commerciale et sanitaire des OCAM .....	61
2.6.4. Perspectives d'avenir des OCAM .....	64
<b>Partie III</b> .....	<b>67</b>
<b>Les principales caractéristiques du cabinet dentaire libéral de 2030</b> .....	<b>67</b>
<b>3.1. Concevoir un environnement de marché favorable au cabinet dentaire de 2030</b> ..	<b>68</b>
3.1.1. Dix recommandations pour réguler les centres dentaires associatifs.....	68
3.1.2. Trois recommandations pour une régulation des réseaux de soins des OCAM au profit de l'intérêt général .....	72
<b>3.2. Faire du chirurgien-dentiste un acteur reconnu de santé publique</b> .....	<b>76</b>
<b>3.3. Concevoir un modèle économique vertueux de santé publique</b> .....	<b>78</b>
3.3.1. Instaurer un programme et un mode de paiement dédié à la prévention primaire .....	78

3.3.2. Réévaluer les soins conservateurs et endodontiques .....	86
<b>3.4. Un personnel dédié à cette prévention primaire : l'assistant dentaire qualifié de niveau 2 .....</b>	<b>87</b>
<b>3.5. Un cabinet dentaire libéral du futur à géométrie variable.....</b>	<b>90</b>
<b>3.6. Formation-Qualité-Ethique .....</b>	<b>93</b>

## Synthèse

Notre système de santé traverse une crise profonde et multiforme. On constate une crise d'efficacité, financière, de gouvernance et de confiance. La France dispose d'atouts de grande valeur en santé, dont la qualité de ses professionnels de santé, son potentiel technologique et d'investissement. Cette crise n'est donc pas une crise de ressources mais **d'inadaptation du modèle** à son environnement. Depuis 2000, on assiste à un changement radical de ce dernier lié à **une triple transition démographique, épidémiologique et technologique**.

Il est donc nécessaire d'instaurer **un nouveau modèle de santé** adapté à ce nouvel environnement. Ce nouveau modèle incarnera **une nouvelle approche** de la santé qui sera considérée comme une source de création de richesse, de réduction des inégalités sociales, de bien-être social et de rayonnement pour la France à l'étranger. Il représentera une nouvelle stratégie de gestion du risque santé qui reposera **sur 3 piliers** : du soin à la santé, de l'offre à la demande et de la démocratisation de la santé.

### Les 6 défis du cabinet dentaire libéral

Le premier défi du cabinet dentaire libéral est **démographique**. Avec une diminution par deux du numéris clausus de 1985 à 2005, la population de dentistes a cru de 0,5% par an depuis 10 ans principalement grâce à l'afflux de professionnels français ou étrangers diplômés hors de France. La dernière décennie a aussi été marquée par une forte féminisation de la profession (48% en 2021 contre 40% en 2012) et un rajeunissement de 2,4 ans de l'âge moyen (45,8 ans).

Cet afflux de diplômés à l'étranger s'est traduit par une hausse sensible du salariat, principalement dans les centres de santé, même si 80% des dentistes exercent encore une activité uniquement libérale en 2020. **Le maintien d'un haut niveau d'exercice libéral reste un défi**.

Le troisième défi est d'ordre **économique**, avec des dépenses dentaires qui sont parmi les plus faibles d'Europe (0,5% du PIB), essentiellement tirées par les volumes et concentrées sur le curatif. Les honoraires des chirurgiens-dentistes sont dominés par les soins prothétiques (53% du total) et ont une faible croissance réelle (+0,6% par an). Contrairement à l'Allemagne, la Suède ou le Danemark, la France **n'a pas encore réalisée le virage préventif** de son modèle médico-économique dentaire qui en fait **un contre-modèle**.

Le **quatrième défi est technologique** avec l'extension des technologies numériques dans la santé en général et dans la dentisterie en particulier. La dentisterie numérique devrait générer des gains significatifs concernant la

sécurité, la qualité des soins et le confort des patients. Avec l'accumulation des données, l'usage de l'intelligence artificielle augmentera les capacités de diagnostics et de traitements. Certaines stratégies de sociétés privées technologiques posent cependant un **risque d'ubérisation**, de perte d'indépendance professionnelle du chirurgien-dentiste et de perte du monopole du soin qu'il faut gérer.

Le cinquième défi du cabinet dentaire libéral est **la montée en puissance des centres dentaires associatifs ces dernières années**. Suite à la déréglementation de 2009 et malgré les déboires de Dentexia, force est de constater que les centres dentaires accélèrent leur développement aux dépens de l'activité des cabinets libéraux du fait d'implantations au cœur des métropoles, de dérives commerciales et d'activités éloignées de leur cahier des charges d'origine.

Le sixième défi concerne **les réseaux de soins des organismes complémentaires d'assurance santé (Ocam)**. Levier de développement des centres dentaires et de la médecine low-cost en général, ces réseaux de soins, de même que les centres dentaires associatifs récents, sont antinomiques avec les fondamentaux du nouveau modèle de santé et sont une menace pour l'avenir de l'exercice libéral.

## **Nos 6 recommandations stratégiques pour bâtir le cabinet dentaire libéral de 2030**

La première recommandation est de concevoir **un environnement de marché et professionnel** qui permette à l'exercice libéral de rester la place forte de la pratique dentaire dans le futur. Cet environnement de concurrence loyale impose une évolution de la régulation à la fois des centres dentaires associatifs et des réseaux de soins des Ocam, afin de garantir aux professionnels de santé une régulation équitable pour tous, le respect par tous les types d'exercice du code de déontologie, une liberté de choix effective de son dentiste pour tous les citoyens et le respect de l'indépendance professionnelle de chaque praticien. C'est un véritable enjeu de société.

La deuxième recommandation est de faire de la dentisterie **une composante majeure et reconnue de la santé publique en France** et du chirurgien-dentiste un **acteur fondamental de santé publique**. Le changement de paradigme médico-économique passe d'abord par une prise de conscience collective de l'importance de la santé bucco-dentaire pour l'état de santé général de la population. Des objectifs de santé publique bucco-dentaire sont à mettre en place, ainsi qu'un observatoire fiable pour évaluer efficacement et régulièrement l'état de santé bucco-dentaire des Français.

La troisième recommandation est l'instauration **d'un modèle économique vertueux en matière de santé publique pour le dentaire**. Cela nécessite de

concevoir un programme complet, efficace et réaliste de prévention primaire individuelle et collective bucco-dentaire. Le programme de prévention collective s'inspirera de réalisations existantes en France et à l'étranger et sera piloté par les collectivités territoriales, dont les départements. Le programme de prévention individuelle comprendra une consultation principale préventive carie ou paro tous les 5 ans sur une classe d'âge et une consultation de suivi annuelle. Le financement sera réalisé par l'instauration d'un forfait annuel dédié financé par l'assurance maladie. Nous démontrons que ce modèle est vertueux et soutenable.

La quatrième recommandation concerne **la reconnaissance statutaire d'un personnel dédié à la prévention bucco-dentaire**, avec les assistants-dentaires qualifiés de niveau 2. Cette reconnaissance est indispensable pour faire du cabinet dentaire libéral une composante forte de santé publique et constituée une véritable équipe dentaire performante sur la prévention et sur le curatif. Ce nouvel acteur de santé publique, qui existe déjà dans la plupart des pays européens doit rester sous la tutelle des chirurgiens-dentistes et ne pas exercer en libéral.

La cinquième recommandation concerna **la taille et l'organisation du futur cabinet dentaire libéral**. Si la professionnalisation des fonctions support (RH, gestion, achat, administratif) est recommandée, nous recommandons de la flexibilité dans l'organisation du cabinet dentaire libéral. La bonne taille du cabinet dépend des aspirations personnelles des professionnels et de l'environnement dans lequel se situe le cabinet. Tout comme le choix du type de spécialisation choisi, l'environnement concurrentiel très différent entre les zones rurales et urbaines impose de laisser une flexibilité d'organisation au futur cabinet dentaire. Il n'en demeure pas moins que certains principes généraux s'appliqueront à tous.

La sixième recommandation concerne **la formation, la qualité des soins et le respect d'une éthique médicale optimale par tous les praticiens**, quel que soit leur mode d'exercice. L'exercice libéral est par essence l'exercice qui exige un haut niveau de formation, de qualité des soins et de respect de l'éthique sans quoi le recrutement de patientèle est difficile et le praticien est à risque aux niveaux de plusieurs juridictions. Pour que le cabinet dentaire libéral prospère dans le monde de 2030, tout praticien dentaire exerçant en France doit être régulé de façon équitable et optimale sur ces aspects de formation et d'éthique. Enfin, le renforcement de la relation entre le citoyen-patient et le chirurgien-dentiste, qui démarre dès le début de la vie et se poursuit potentiellement jusqu'à son terme, est un enjeu essentiel dans le futur cabinet dentaire. Cette dernière recommandation a aussi une visée protectrice de la profession vis-vis de l'ubérisation générée par le progrès technologique.

## Partie I

# Quel modèle de santé d'ici à 2030 ?

Il est commun de parler de notre système de santé comme d'un système à bout de souffle, en fin de cycle... pour parler de la crise actuelle. Face à une abondance de moyens humains, technologiques et financiers, la crise généralisée à tous les secteurs du soin (ville, hôpital médico-social) est un énorme gâchis.

L'hôpital connaît une crise existentielle, caractérisée par des tensions sociales au paroxysme et un vrai problème d'attractivité. Les soins de ville souffrent d'une désertification médicale inédite, liée à un secteur libéral qui a été affaibli sans alternative viable ou supérieure en service rendu en ville. Le secteur médico-social n'a pas été structuré à la hauteur des besoins et des enjeux. L'industrie pharmaceutique française a largement perdu de sa compétitivité, les patients ont même des difficultés à obtenir les médicaments courants en pharmacie du fait de pénuries des stocks. Le temps d'accès au marché pour les innovations thérapeutiques est significativement plus long que dans des pays comparables, tels que l'Allemagne.

La compréhension de la crise actuelle n'est pas un acte de contrition ou un excès de pessimisme, **c'est un passage obligé pour reconstruire un système performant et répondre à la triple transition de l'environnement.**

La crise actuelle est avant tout une crise liée à **l'inadaptation d'un modèle de santé** conçue dans un monde qui s'est profondément transformé et qui nécessite une autre approche stratégique, médicale et économique.

La crise de notre système de santé est **multiforme**.

D'abord, Nous allons analyser les composantes de cette crise multidimensionnelle pour tenter de mieux la comprendre. Ensuite, nous étudierons les changements structurels de l'environnement qui ont conduit à cet état de crise. Enfin, nous donnerons les contours du nouveau modèle de santé à instaurer en France pour répondre aux principaux défis contemporains et ajuster le modèle au nouvel environnement.

## 1.1. Les 4 crises du modèle actuel

### 1.1.1. Une crise d'efficacité

Un système de santé a vocation à optimiser l'état de santé de l'ensemble de la population, en réduisant les inégalités sociales, en maximisant la satisfaction globale des citoyens et en maîtrisant le niveau des dépenses.

Avec un niveau de dépenses en santé de 11,3% du PIB contre 9,9% pour la moyenne des pays de l'UE 28 en 2018, la France dispose d'un haut niveau de dépenses. Cependant, nous verrons que la question n'est pas que la France dépense trop mais mal, avec une mauvaise allocation des ressources.

Ainsi, malgré ce niveau de dépenses, la France n'a pas réduit les inégalités de santé depuis 30 ans, dispose d'une mortalité prématurée parmi les plus élevées d'Europe et a vu l'espérance de vie sans incapacité des hommes stagnée depuis 10 ans.

C'est une crise d'efficacité si on en juge par l'évolution des inégalités sociales de santé et de l'espérance de vie en bonne santé. Malgré tous les progrès médicaux, notre pays n'a pas réussi à réduire les inégalités de santé entre les classes sociales et entre les territoires.

Pour les hommes encore aujourd'hui, **treize années d'espérance de vie séparent les 5 % les plus riches des 5 % les plus pauvres**. En 1980, l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier était de 6 ans, il est de 6,3 ans en 2018.

**Tableau 1 : Ecart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier depuis 1980.**

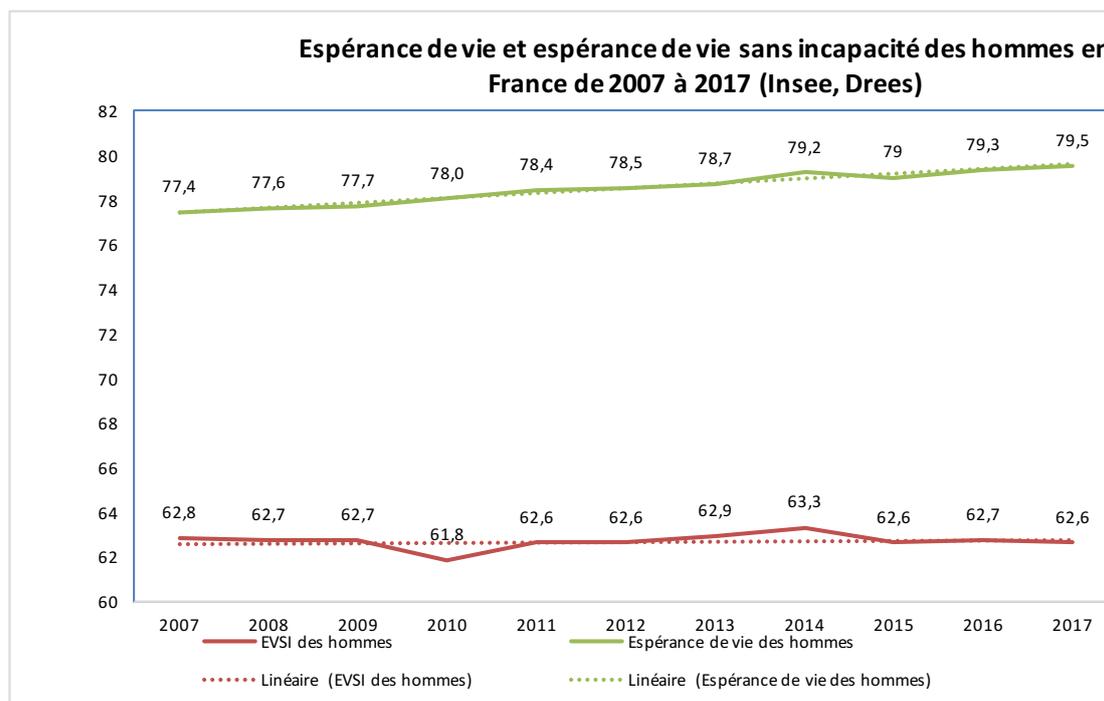
Espérance de vie des hommes à l'âge de 35 ans selon la catégorie sociale					
Unité : années					
	Hommes 1976-1984	Hommes 1983-1991	Hommes 1991-1999	Hommes 2000-2008	Hommes 2009-2013
Cadres sup.	41,7	43,7	45,8	47,2	49
Prof. interm.	40,5	41,6	43	45,1	46,7
Agric.	40,3	41,7	43,6	44,6	46,2
Artis., commer. et chefs d'entrep.	39,6	41	43,1	44,8	46
Employés	37,2	38,6	40,1	42,3	44,9
Ouvriers	35,7	37,3	38,8	40,9	42,6
Inactifs	27,7	27,5	28,4	30,4	33,1
Ensemble	37,8	39,2	40,8	42,8	44,5
Ecart entre cadres sup. et ouvriers	6	6,4	7	6,3	6,4

Lecture : compte tenu des niveaux de mortalité mesurés entre 2009 et 2013, un homme cadre de 35 ans pouvait espérer vivre en moyenne encore 49 années, soit jusqu'à 84 ans au total.

Source : Insee - © Observatoire des inégalités

Ces inégalités sont largement dues aux déterminants non médicaux de santé (comportements individuels, revenus, environnement) dont notre système de soins (et non de santé) ne tient quasiment pas compte. Chez les hommes également en France, **les gains d'espérance de vie depuis dix ans sont entièrement des gains de vie avec incapacité.**

**Graphe 1 : Espérance de vie sans incapacité des hommes en France**



Source : Drees, Insee

### 1.1.2. Une crise financière

C'est une crise de nature économique si on en juge par le déficit chronique de l'assurance maladie depuis 30 ans et par la mauvaise allocation des ressources malgré une dépense globale (11,3 % de PIB en 2018) plus élevée que la moyenne des pays développés (9,9% du PIB en moyenne dans l'UE28).

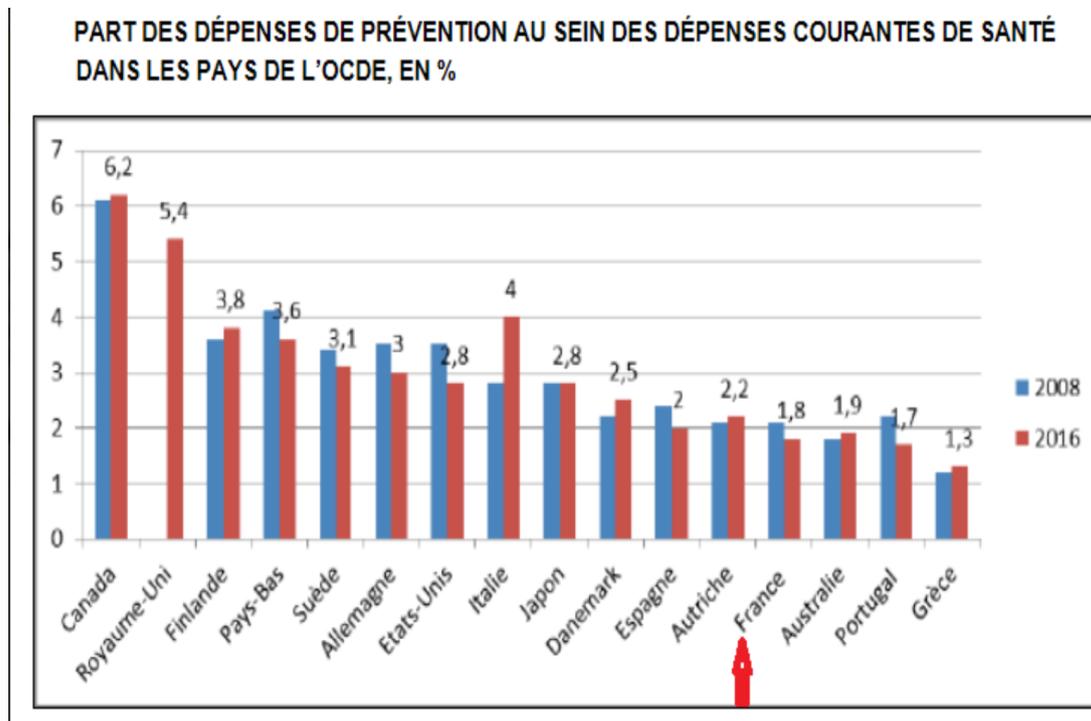
La France sous-investit dans la prévention et l'action sur les déterminants de santé (1,8% des dépenses totales de santé), sous-investit dans les soins ambulatoires et les innovations technologiques en santé (2% dans les NTIC des dépenses de l'hôpital).

En revanche, le système génère de nombreuses dépenses improductives, dont des dépenses administratives élevées<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> La France dépense 15,7 milliards d'euros en coûts de gestion de la santé, soit près de 6 % de l'ensemble de santé, un record en Europe. Source : « Dépenses de santé 2018 », Drees 2019.

La concentration croissante des remboursements de l'assurance maladie sur les patients souffrant d'affections de longue durée (613 millions patients ALD en 2018) exige une transformation de l'architecture de financement.

**Graph 2 : Par des dépenses de santé dans la prévention dans l'OCDE**



Source : OCDE

L'assurance maladie est déficitaire sans interruption depuis 1988. Alors qu'un retour à l'équilibre était proche en 2019, avec un remboursement de la dette sociale terminée en 2024, la crise Covid est venue cassé ce retour à l'équilibre avec un déficit de plus de 30 milliards d'euros en 2020. Hors impact Covid, l'assurance maladie est structurellement à nouveau déséquilibrée (de l'ordre 15 milliards d'euros du fait de certaines nouvelles dépenses, dont celles du Ségur de la santé de Juillet 2020).

### 1.1.3. Une crise de gouvernance

C'est aussi et surtout une crise de gouvernance dont les prémices de l'étatisation des soins sont apparues avec les ordonnances Juppé de 1996. La rupture par rapport au modèle de 1945, qui prônait une délégation de service public à une Assurance maladie pilotée par les représentants de ceux qui la finançaient, a été accélérée au moment de la loi HPST dite Bachelot de 2009.

Après avoir affaibli l'institution hospitalière en la sur-administrant et en éloignant les soignants du processus de décision, l'extension de la mainmise de l'État, via les

agences régionales de santé, sur l'ensemble de l'offre de soins, a précipité le système dans sa chute.

Le système n'a pas de véritable pilote et agit avant tout par réaction aux événements. L'excès de bureaucratie dans l'évolution du système, en particulier dans sa restructuration opérationnelle, asphyxie l'esprit d'innovation.

La centralisation de la gouvernance dans les mains de la technostructure induit un pilotage par des normes, souvent inadapté à la réalité médicale du terrain, qui fait perdre l'autonomie indispensable du personnel soignant dans la relation patient et dans l'organisation de son exercice. Historiquement décentralisée dans les services pour les hôpitaux et dans la relation médecin patient (le colloque singulier) pour la ville, les lieux de décision (et de pouvoir) sont tous remontés **dans les mains de la technostructure**.

Cette étatisation sans élan et sans vision conduit à un système sans pilote dans **l'avion car les personnes qui pilotent le système ne sont pas celles qui ont la compétence, ni de santé publique, ni médicale ni économique**. Leur principale boussole est **comptable et budgétaire**, ce qui est rédhibitoire dans une période nécessitant une refondation. Confusion entre l'objectif (optimiser l'état de santé de la population) et la contrainte (dans un budget donné).

Cette évolution est contraire au besoin croissant **de démocratisation en santé qui nécessite de responsabiliser les parties prenantes** dans le pilotage opérationnel du système de santé

#### 1.1.4. Une crise de confiance

Enfin, c'est une crise de confiance qui s'est installée entre les acteurs, nourrie par la dégradation **des performances qui met sous tension toutes les composantes du système**. Que ce manque de confiance provienne de l'État, de l'assurance maladie, du personnel administratif, des professionnels de santé eux-mêmes, il bloque le fonctionnement d'un système basé sur la contractualisation entre les acteurs.

A titre d'exemple, Opinion Way mesure tous les ans pour l'Institut Solidaris la satisfaction des Français pour leur système de santé. En 2019, 61,6% des Français jugent le système de santé de bonne qualité, soit 8 points de moins qu'en 2018 et 60,2% estiment que le système est bien adapté à leurs besoins, soit 5 points de moins qu'en 2018.

La confiance dans les professionnels de santé libéraux est liée à leur indépendance professionnelle et à leur responsabilité individuelle. Il convient donc de mettre en valeur cette indépendance (par la transparence des liens d'intérêts et une information loyale, exempt de procédés commerciaux) et par la responsabilité.

La refonte des institutions et de la gouvernance visera à rétablir une pleine confiance entre les acteurs.

## 1.2. Un nouvel environnement de puis 2000 : La triple transition

Tous les systèmes de santé des pays développés font face à un bouleversement sans précédent de leur environnement de trois ordres : **démographique, épidémiologique et technologique**. C'est la triple transition d'un monde vers un autre, comme cela a été le cas à la Renaissance.

Ce triple choc extérieur touche tous les risques sociaux et donc tous les modèles en charge de les gérer. C'est pour cela que la refondation du système de santé s'inscrit dans une transformation globale du modèle social.

### 1.2.1. La transition démographique

La transition démographique correspond à un vieillissement de la population, c.-à-d. à une hausse significative de la part de la population des plus de 65 ans. Ce premier choc est historique dans son intensité et prend toute son ampleur entre 2010 et 2030. Cette période correspond à l'entrée des baby-boomers à un âge de 65 ans et plus. À partir de 2030, ces mêmes baby-boomers auront plus de 85 ans, ce qui va fortement intensifier le risque de dépendance en France.

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays de l'OCDE, son intensité est variable d'un pays et d'un continent à l'autre. Il est très soutenu dans l'Union européenne, où la part des plus de 80 ans est passée de 1,5 % en 1960 à 5 % en 2010 et sera de 11 % en 2050. En France, la part des plus de 65 ans va passer, sur la période 2010-2050, de 17 % à 26 %, sachant que les plus de 60 ans représenteront un peu plus d'un tiers de la population en 2050, contre moins d'un quart en 2010.

Grâce à un taux de natalité plus élevé que la plupart des autres pays développés, la France a une situation démographique plus favorable que d'autres pays, se caractérisant aussi par une espérance de vie longue. Ce choc démographique risque en effet d'évoluer vers un déséquilibre générationnel sans précédent dans certains pays dont la part de la population de plus de 65 ans se rapprochera des 40 % en 2050. Ce sera le cas de l'Allemagne (33 %), de l'Espagne (36 %) et du Japon (39 %).

### Un double impact du vieillissement de la population

L'impact de ce vieillissement de la population sur le système de santé sera d'autant plus fort que les **pays n'adopteront pas la bonne stratégie de gestion du risque santé**. Tout dépendra **de la qualité de ce vieillissement** et de la capacité à faire évoluer les sources de financement des dépenses de santé. Le vieillissement en bonne santé, i.e. la capacité à maintenir le plus longtemps possible les individus en bonne santé devient une priorité nationale de santé publique tout aussi importante que l'accès aux soins pour tous.

**Pour cela, le nouveau système de santé devra viser aussi bien les bien portants que les malades** et donc passer d'une gestion du risque santé en aval (attendre que les personnes tombent malades) à une gestion en amont dès le plus jeune âge.

À la question des conséquences du vieillissement de la population sur les systèmes de santé, la réponse dominante se concentre sur un accroissement considérable des dépenses. En réalité, le levier principal des dépenses est lié à l'innovation thérapeutique qui, par un double effet de substitution et de diffusion, génère des hausses potentiellement fortes de dépenses. **L'impact du vieillissement dépend de sa qualité, i.e. de l'évolution de la morbidité associée à ce vieillissement.**

Seul un objectif **de compression de la morbidité** (ou d'allongement de l'espérance de vie en bonne santé) permet de « **neutraliser** » **l'effet démographique**. Ainsi, une politique efficace de santé sur les déterminants de santé est gagnant-gagnant pour toutes les parties. Elle permet une population en meilleure santé, des dépenses de santé maîtrisées tout en étendant les innovations, une économie plus prospère, une réduction des inégalités sociales de santé et un bien-être des citoyens plus élevé.

Pour les systèmes financés par une sécurité sociale historiquement assise sur les revenus des actifs, tels que l'Allemagne et la France, le deuxième impact du vieillissement de la population est un déséquilibre entre la source originelle du financement (les revenus des actifs) et la source traditionnelle des dépenses (les seniors). Ce déséquilibre se traduit par un déficit chronique des comptes de l'assurance maladie.

Une extension de la base de financement s'impose donc pour compenser la baisse du ratio actifs/inactifs. C'est ce qui a été en partie réalisé en France en 2018 avec le transfert de 20 milliards d'euros des cotisations sociales qui reposent uniquement sur les revenus du travail vers la contribution sociale généralisée (CSG) qui, comme son nom l'indique, repose sur une assise plus large de revenus, dont ceux liés au capital.

Cette évolution du financement est interprétée à tort comme justifiant la reprise en main de l'État des comptes et la fin de la démocratie sociale. En effet, le choix de la gouvernance de l'assurance maladie, avec un financement moins dépendant des cotisations, est un choix purement politique. Le financeur reste toujours le citoyen, et sa participation à la gouvernance du système est indispensable. **Il serait curieux de prétendre construire un nouveau système de santé centré sur le patient/citoyen et de l'exclure du pilotage de son financement.**

### 1.2.2. La transition épidémiologique

La deuxième transition correspond à une évolution tout aussi radicale liée à **la nature du risque**, dans le cas présent, la maladie (le chômage dans le travail ou la paupérisation des personnes âgées pour les retraites).

## **L'allongement de la durée du risque en santé, avec la dominance des pathologies chroniques, change la donne stratégique**

Il s'agit du passage d'un risque aigu à un risque chronique avec la chronicisation des pathologies qui allonge sensiblement la durée du risque. Alors que le combat du XX<sup>e</sup> siècle était la lutte contre des pathologies dites aiguës, le combat du XXI<sup>e</sup> siècle porte sur les pathologies chroniques. Aujourd'hui, 80 % des personnes meurent de pathologies chroniques en France, comme dans la plupart des pays développés. A ce risque dominant chronique s'ajoutent le risque pandémique dont la crise de la Covid19 est venue nous rappeler avec perte et fracas son acuité.

Cette chronicisation des pathologies est certes liée à la disparition de plusieurs maladies infectieuses, grâce aux vaccins notamment, mais aussi et surtout aux progrès thérapeutiques qui ont transformé des pathologies aiguës en pathologies chroniques. C'est le cas de pathologies cardio-vasculaires et d'un nombre croissant de cancers. L'évolution des modes de vie de plus en plus sédentaires favorise l'obésité – elle-même facteur de risque de pathologies chroniques comme le diabète – et les troubles musculo-squelettiques à des âges de plus en plus jeunes.

L'allongement de la durée du risque en santé induit une évolution du pilotage de ce risque de deux ordres : qui le pilote et comment le piloter ? Alors que, dans le précédent système, le pilote principal était l'offreur de soins, c'est maintenant le demandeur, le citoyen-patient. Seul un engagement maximum de ce dernier dans la gestion de son risque, qui nécessite une motivation, mais aussi des capacités suffisantes en termes de connaissances et de moyens, permettra une gestion efficace du risque en santé au XXI<sup>e</sup> siècle. Le nouveau modèle de santé doit donc être piloté à partir **des besoins de santé et non plus à partir de l'offre de santé.**

Une pathologie chronique bouleversera globalement la vie de l'individu, dès son annonce et pendant toute sa durée. Le patient chronique doit adapter son comportement, sa vie personnelle et sa vie avec les autres en adéquation avec l'impact de sa maladie. Seule une approche holistique de la personne permet une prise en charge efficace. L'optimisation du bien-être n'est possible qu'en prenant en compte les capacités individuelles de chacun, l'humanité de chacun. **Une vision purement technico-scientifique qui fait du patient un objet de soin est inadaptée.**

Nous avons évoqué avec la transition démographique la gestion du risque santé dès le plus jeune âge en amont de la maladie, visant au maintien en bonne santé le plus longtemps possible. La gestion d'un risque long en santé implique aussi de prendre en compte la qualité de vie des patients, leur mode de vie et leur entourage, dans la gestion de la maladie.

L'enjeu n'est pas seulement la qualité du parcours de soins, s'assurer que le patient suive un protocole personnalisé de soins, mais aussi la qualité de vie des patients pendant ce parcours. Outre la prise en charge médicalisée des patients, la prise en compte de l'environnement des personnes et de leurs capacités individuelles devient

fondamentale. C'est une autre dimension de l'approche personnalisée qui n'est pas que médicale.

Cet allongement du risque exige ainsi de permettre une personnalisation de la prise en charge du risque santé alors que le modèle du XX<sup>e</sup> siècle était largement uniforme et massifié. Sur la médecine 4 P (Préventive, Personnalisée, Participative, Prédicative) du concept du médecin américain Lee Hood, les deux transitions évoquées induisent 3 P sur 4, le dernier P (Prédicative) étant apporté avec la troisième révolution.

### **1.2.3. La transition technologique**

Si les deux premières transitions concernent la demande de santé, la troisième concerne aussi l'offre, avec une révolution technologique qui va considérablement améliorer l'arsenal thérapeutique (comme la génomique et les thérapies cellulaires), la pertinence des prises en charge (comme l'intelligence artificielle), la productivité des offreurs de soins et les capacités de la demande (numérisation, génomique).

Les révolutions technologiques applicables au secteur de la santé telles que la numérisation des données, le *big data*, l'intelligence artificielle ou les neurosciences repoussent les frontières de ce qui semblait possible en médecine à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. C'est la confluence de plusieurs révolutions (dite hyperrévolution) qui fait de la santé un des secteurs les plus stratégiques au XXI<sup>e</sup> siècle en matière d'innovations et de potentiel de développement économique associé. La souveraineté et la puissance des nations sont aussi en jeu si on tient compte de la maîtrise des données de santé, des sources d'approvisionnement et de fabrication des futures innovations thérapeutiques.

Si la révolution génomique a été permise par la découverte de l'ARN et de l'ADN au cours du XX<sup>e</sup> siècle, ce sont bien les innovations technologiques, notamment en informatique et en électronique, qui ont conduit au séquençage de l'ADN, à la lecture puis à l'écriture du génome. Si elle ouvre le champ des possibles en médecine comme aucune autre révolution avant elle, faisant fantasmer les transhumanistes d'une victoire possible sur la mort, la révolution génomique nécessite une régulation éthique particulièrement efficace. Cette nouvelle régulation, qui s'applique aussi à la maîtrise budgétaire, nécessite de repenser les institutions de régulation en conséquence.

Cette transition technologique est le support du passage de l'ancien vers le nouveau monde. Elle doit permettre au nouveau système de santé de gérer avec succès les nouveaux enjeux, dont les transitions démographique et épidémiologique.

Les technologies peuvent être mal utilisées et générer une forme d'objectivation du patient ou au contraire permettre une prise en compte plus subjective, plus efficace dans l'optimisation de la qualité de vie de chacun. L'intégration des progrès technologiques dans le système est à réaliser en plaçant l'humain au cœur des

transformations, aussi bien du côté soignant dans ses conditions de travail, dans sa relation avec le patient, que du côté patient dans son bien-être.

C'est le grand paradoxe de la situation actuelle de notre système de santé qui, malgré des innovations technologiques sans précédent, n'en fait pas bénéficier pleinement les parties prenantes et se trouve dans une situation de crise. Le progrès technologique ne se traduit pas suffisamment en progrès social. La modernisation des hôpitaux s'est ainsi traduite en France par une dégradation des conditions de travail des soignants et une perte d'attractivité des postes.

### 1.3. Les contours du nouveau modèle

#### 1.3.1. Une nouvelle approche de la santé

La santé est considérée dans le modèle actuel de santé dans sa dimension restrictive d'absence de maladie et comme une source de dépenses pour la Nation. Le nouveau modèle de santé incarnera une nouvelle approche de la santé qui va être considérée **comme une source de création de richesse, de réduction des inégalités sociales, de bien-être social et de rayonnement pour la France à l'étranger (soft power).**

La santé contribue à hauteur de 10,5% à la création de notre PIB chaque année et représente plus de 2,2 millions d'emplois, non délocalisables pour la plupart. C'est un secteur source d'innovations technologiques considérables qui mobilise chercheurs, start-ups et industries de pointe. Notre système de santé du XXème siècle a été très performant et réputé en partie grâce au dynamisme de notre recherche et de nos industries de santé. Le déclin industriel de la France a accompagné le déclin de notre système de santé. Il est capital de redevenir parmi les plus compétitifs au monde dans ce secteur industriel.

Cet affaiblissement de notre recherche et de notre industrie, constaté avec les vaccins anti-Covid 19, a affaibli la force diplomatique de la France dans le monde par rapport à notre rayonnement sanitaire. Cette dimension diplomatique est à prendre en compte dans le nouveau modèle.

La nouvelle approche de la santé sera aussi holistique, axant la notion de santé à partir de ses déterminants médicaux et non médicaux. Comme l'indique la définition de l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie et/ou d'infirmité* ».

#### 1.3.2. Une nouvelle stratégie de gestion du risque

La nouvelle stratégie repose sur 3 piliers : **du soin à la santé, de l'offre à la demande et la démocratisation de la santé.** La considération holistique de la santé induit un modèle qui va être tout autant au service de la santé des bien-portants que des malades (action sur tous les déterminants de santé). Le système actuel est piloté à partir de l'offre de santé, le nouveau modèle le sera à partir de la demande, installant l'individu, l'utilisateur au cœur du modèle.

Un système centré sur l'individu usager et sur sa santé globale nécessite un processus de démocratisation sanitaire et sociale poussé. L'individu usager est informé et responsable de santé, acteur de sa vie est forcément un acteur à part entière du nouveau système de santé, que ce soit sa gouvernance, son organisation et son financement. Ceci en fera un système bien plus efficace aussi pour gérer les risques épidémiques.

### **1.3.3. Une restructuration de la gouvernance, de l'organisation des soins et du financement**

Pour répondre efficacement aux nouveaux enjeux évoqués précédemment, le nouveau modèle transforme la structure actuelle du système, que ce soit sa gouvernance, son organisation et son financement.

#### **Un Etat stratège et une délégation de service public**

L'Etat est réarmé dans sa capacité à avoir une vision stratégique de long terme. Une seule agence de santé publique intégrée remplace la multitude d'agences existantes, l'administration est restructurée pour plus d'efficacité et le poids politique de la santé est équivalent à un ministère régalien.

*Une loi de programmation sanitaire à 5 ans* définit les principaux objectifs de santé publique, la stratégie pour les atteindre et le budget global. Un plan d'investissement de 15 Mrds € dans le capital humain en santé est mis en place sur 5 ans.

Une politique de décentralisation donne aux collectivités territoriales de nouvelles missions de santé publique. La région est une collectivité de stratégie régionale et d'investissement dans des déterminants non médicaux de santé tels que le sport et l'environnement. Les départements deviennent le chef de file opérationnelle de la prévention à tous les âges de la vie (et pas seulement dans la petite enfance et dans le grand âge).

Les agences régionales de santé sont centrées sur la santé publique, pour devenir des « *machines de guerre de santé publique* », ni plus ni moins. Les ARS deviennent des ARSP (agences régionales de santé publique). Le rôle des patients est professionnalisé en leur donnant un *statut de professionnel de la santé*, et une formation dans les départements de patients, créés dans chaque Université de médecine.

Un plan d'investissement de 15 Mrds€ sur 5 ans sera réparti en 10Mrds€ pour la prévention institutionnelle et 5 Mrds€ pour la prévention médicalisée. Ce plan sera compensé par une baisse des dépenses administratives (fusion des agences, un seul assureur après prestation) et par les gains de productivité dans la gestion des affections de longue durée, avec le contrat thérapeutique.

#### **Une démocratisation sanitaire et sociale au cœur de la gouvernance opérationnelle**

La démocratisation de la santé s'appuie sur la démocratisation des institutions de gouvernance qui laisse une place de cogestion aux représentants des professionnels de santé et des patients dans l'assurance santé<sup>2</sup> (la sécurité sociale).

---

<sup>2</sup> *L'assurance santé est la nouvelle appellation donnée à l'assurance maladie dans le nouveau modèle, pour prendre en compte l'approche holistique de la santé.*

Cette dernière est responsable de la gouvernance de l'ensemble des professionnels de santé, et le financeur assurantiel unique de la plupart des prestations (les assureurs privés deviennent des financeurs supplémentaires et non plus complémentaires).

Les professionnels de santé ont une *responsabilité populationnelle* de santé, définie dans *un territoire de santé* identique pour tous, dans lequel ils assurent des missions de santé publique et de soins. On passe d'un service public hospitalier à un *service public territorial de santé*, délivré par les acteurs publics et privés du système.

### **Un nouveau modèle qui valorise la recherche et l'innovation**

Pour faire de la santé une source de croissance économique, la recherche médicale est renforcée avec une réorganisation institutionnelle et un budget annuel porté à 5Mrds € en 5 ans, la création d'une agence de l'innovation qui remplace les agences existantes et qui permettra d'avoir à la fois la transversalité nécessaire en matière de compétences et de pouvoir politique pour dynamiser la recherche, le développement, la production et l'accès au marché rapide des innovations.

La réindustrialisation du pays en santé passe par la création d'un Airbus de l'ARN messenger, visant à faire de la France un leader dans l'ingénierie du vivant. La restructuration des organisations passe par une numérisation massive bénéficiant aux soignants comme aux usagers.

## Partie II

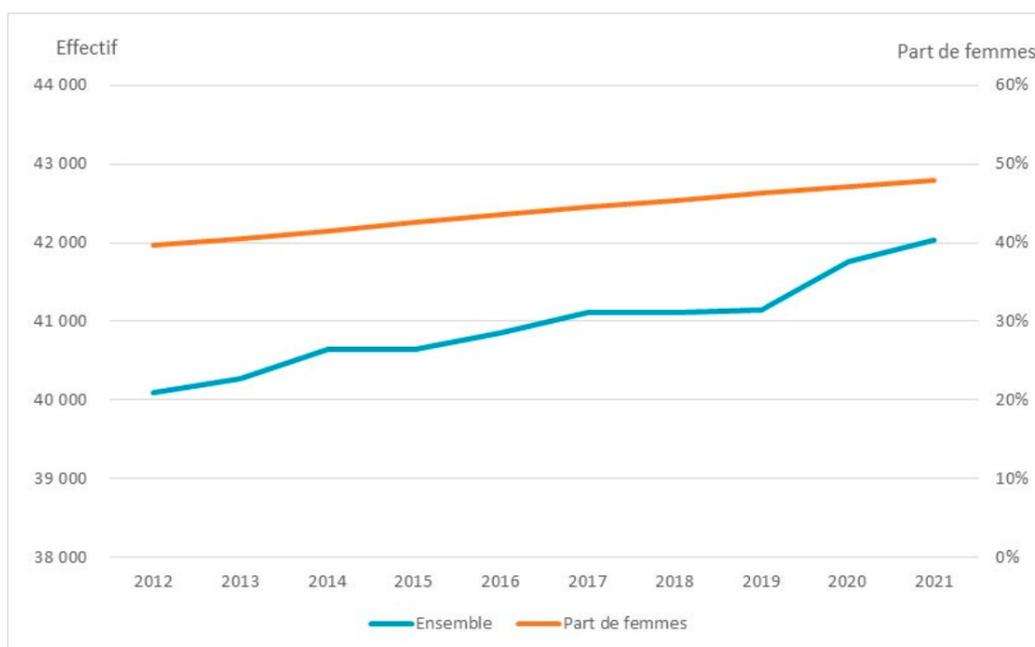
# Les défis du cabinet dentaire libéral d'ici à 2030

## 2.1. Le défi démographique

Ce défi est structurant pour concevoir le cabinet dentaire libéral de 2030 car la démographie détermine sur le long terme l'évolution d'une activité. Les effectifs de chirurgiens-dentistes sont en faible croissance depuis 10 ans, elle s'est féminisée et rajeunie. Cette évolution a eu un impact avec le mode d'exercice, au profit du mode salarié.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, on comptait 42 031 chirurgiens-dentistes, contre 40 000 en 2012, soit une hausse de 4,8% sur la période (+0,5% par an). La part des femmes est passée de 40% en 2012 à 48% en 2021<sup>3</sup>.

**Graphe 3 : Effectifs de chirurgiens-dentistes en activité et part des femmes, de 2012 à 2021**



**Champ** > Chirurgiens-dentistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.  
**Source** > RPPS – exploitation DREES.

La répartition par âge des professionnels est directement liée à l'évolution du numerus clausus (NC). Le graphique suivant nous montre que **ce dernier a été divisé par deux pendant 20 ans, de 1985 à 2005, à moins de 1000 places ouvertes**, avant d'augmenter jusqu'à 1200-1300 places dans les années 2010.

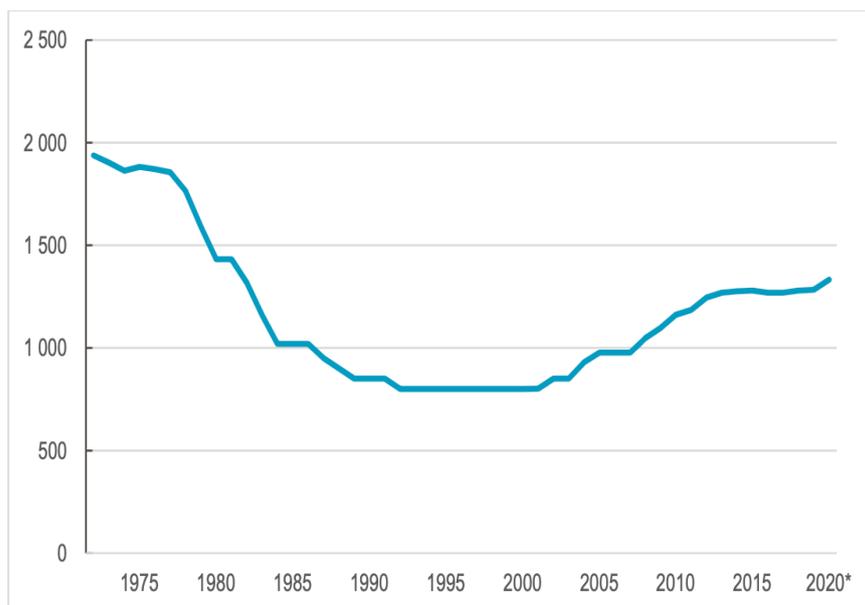
Il s'ensuit que la génération de dentistes de 30-39 ans est assez peu nombreuse du fait des restrictions du NC. En revanche, les tranches d'âge plus anciennes (>50 ans)

<sup>3</sup> « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques »- Dossiers de la Drees- N°76 – Mars 2021

et plus jeunes (>30 ans) sont plus denses. La **génération plus âgée est majoritairement masculine et la plus jeune majoritairement féminine.**

La prévision des pouvoirs publics d'augmenter de monter à 1500 d'ici à 5 ans le NC est insuffisante quand on sait qu'il faut quasiment 10 ans pour qu'un dentiste soit pleinement formé et opérationnel. Cette hausse est à réaliser dès 2022, ce qui nécessite de prévoir un financement à la hauteur des enjeux de formation. Il en va de l'avenir de la qualité de la santé bucco-dentaire en France.

#### Graph 4 : Numéris clausus national pourvu en odontologie depuis 1972



**Note >** Numerus clausus complémentaire, passerelles et droits aux remords apparaissent en 2011. Aussi, jusqu'en 2009, le numerus clausus présenté correspond au numerus clausus principal. En 2010, il correspond au numerus clausus principal auquel on a ajouté les passerelles de 3<sup>e</sup> année arrivées en 2011 mais qui viennent grossir la cohorte 2010. À partir de 2011, il correspond aux numerus clausus principal et complémentaire, aux passerelles et aux droits au remords. Les passerelles de 3<sup>e</sup> année sont comptabilisées l'année suivante (avec la cohorte concernée). Les nombres de places considérés sont les places pourvues et non les places ouvertes.

**Source >** ONDPS.

#### Depuis 10 ans, plus d'un quart des dentistes installés ont un diplôme étranger

Suite à la chute du numerus clausus en 1987, un nombre grandissant de chirurgiens-dentistes est venu exercer en France après une formation suivie à l'étranger. Ces diplômés à l'étranger peuvent être des Français expatriés pour leur formation ou des personnes de nationalité étrangère immigrant en France pour exercer leur métier.

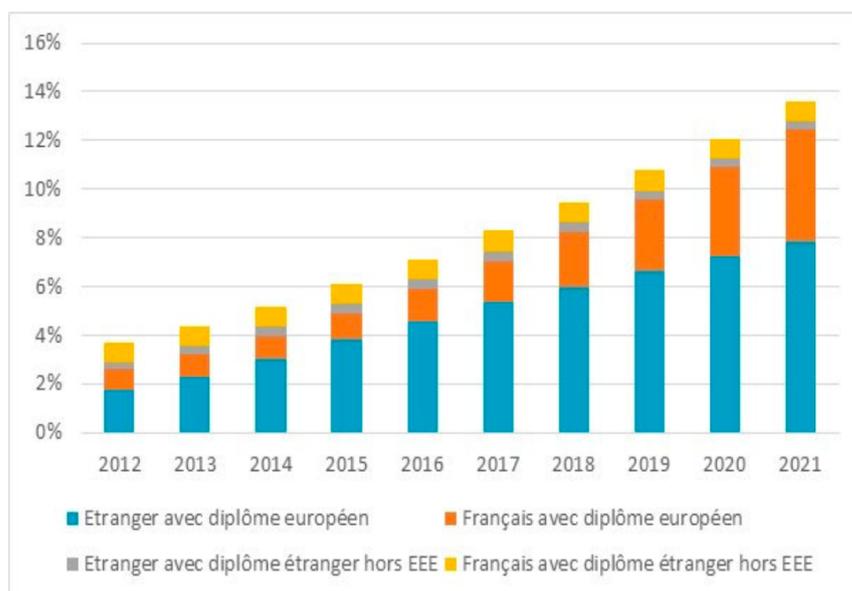
En 2012, moins de **4% des professionnels exerçaient en France avec un diplôme obtenu à l'étranger contre près de 14% en 2021**, soit près d'un professionnel sur six. Le nombre de professionnels à diplômes étrangers a donc été multiplié par 3,6 en 10 ans, passant d'environ 1600 à 5800 professionnels. On en déduit que le nombre moyen annuel de professionnels à diplôme étranger installés en France a été de 420 par an de 2012 à 2021, soit **plus d'un quart du nombre total de dentiste installés en France.**

Dans plus d'un cas sur deux (3 300), il s'agit de professionnels de nationalité étrangère détenant un diplôme européen (x 5 en 10 ans). Le nombre de Français diplômés hors de France en Europe est passé **de 350 à 2000** en 10 ans, ce qui signifie que **165**

**Français sont sortis diplômés par an en moyenne d'une faculté européenne non française.** 34% des diplômés étrangers sont détenus par des Français.

Le flux de diplômés étrangers en France s'est régulièrement accéléré depuis 2012. Il représentait un nouvel inscrit sur cinq à l'Ordre (ONCD) en 2012 contre **deux sur cinq en 2021, soit le double.** En Europe, les lieux de formation des diplômés étrangers nouvellement inscrits sont pour 40% en Espagne, pour 30% en Roumanie et pour 20% au Portugal.

**Graph 5 : Par des professionnels en exercice diplômés à l'étranger, selon leur nationalité et la nationalité de leur diplôme**



**Note >** La nationalité du diplôme (français, étranger, européen ou non) est déterminée à partir du lieu d'obtention de ce diplôme. Le diplôme est comptabilisé comme européen s'il a été délivré par un pays membre de l'espace économique européen (EEE) tel que défini au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Champ >** Chirurgiens-dentistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.

**Source >** RPPS – exploitation DREES.

### Des disparités régionales maintenues depuis 2012

La hausse du nombre de chirurgiens-dentistes depuis 10 ans a suivi l'augmentation de la population totale, ce qui a stabilisé la densité moyenne à **63 professionnels pour 100 000 habitants.**

Cette densité est plus élevée dans le Sud de la France, où elle dépasse 70 pour 100 000 habitants, avec une densité de 86 en PACA par exemple. A contrario, les régions situées autour du bassin parisien ont une densité qui reste plus faible, avec moins de 41 pour 100 000 habitants en Normandie et en Picardie.

Ces disparités sont restées globalement stables lors de cette dernière décennie, ce qui signifie que la forte hausse des professionnels à diplômes étrangers n'a pas permis de combler ces inégalités régionales.

## Une profession qui se féminise et rajeunit

L'âge moyen des praticiens a diminué de 2,4 ans depuis 2012 pour atteindre 45,8 ans de moyenne d'âge aujourd'hui. Et alors que les femmes représentaient en 2012 à peine 40 % des effectifs elles sont près de la moitié désormais (48 %). « Majoritairement masculines, les générations les plus nombreuses en 2012 ont pour une large partie pris leur retraite aujourd'hui et ont été remplacées par des promotions plus équilibrées en termes de genre, puis majoritairement féminines », explique la Drees<sup>4</sup>. Ainsi, en 2021, les dentistes de 50 ans ou plus sont majoritairement des hommes, mais 50 % des dentistes âgés de 45 à 49 ans sont des femmes, et la féminisation atteint près de 55 % pour les 30 à 34 ans.

---

<sup>4</sup> La Drees, service statistiques du ministère de la Santé, a publié le 26 mars 2021 une synthèse de la démographie des professions de santé et notamment des chirurgiens-dentistes.

## 2.2. Le défi de l'évolution des modes d'exercice

Les évolutions démographiques ont un impact sur l'évolution des modes d'exercice. La profession de chirurgien-dentiste est marquée par une pratique **de l'exercice libéral très majoritaire**. Cependant, ces dernières années ont vu l'exercice salarié, notamment en centres de santé, monter régulièrement en puissance dans des conditions assez inquiétantes en termes de santé publique et de respect des règles déontologiques.

En 2021, près de **80% des chirurgiens-dentistes (environ 34 000) exercent une activité exclusivement libérale**. L'activité mixte, libérale et salariée, est passée de **4% à 7% depuis 2012**, séduisant davantage les jeunes puisque 42% de professionnels en mode mixte ont moins de 40 ans. De même, 45% des chirurgiens-dentistes ayant une activité exclusivement libérale (plus de 15 millions) ont plus de 50 ans, ce qui signifie que les départs en retraite des 15 prochaines années seront concentrées sur le mode d'exercice libéral.

Parmi les professionnels exclusivement salariés, 61% sont des femmes alors que parmi les professionnels exclusivement libéraux, 54% sont des hommes.

**Graph 6 : Répartition des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice entre 2012 et 2021**



**Note >** On considère comme libéral tout professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme libéral ; l'exercice est mixte quand le professionnel cumule activité libérale et salariée ; un salarié hospitalier est un professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme salarié d'un hôpital, public ou privé ou d'un centre anti-cancer ; les autres salariés sont des professionnels dont toutes les activités sont salariées, et une au moins est exercée en dehors de l'hôpital.

**Champ >** Chirurgiens-dentistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.

**Source >** RPPS – exploitation DREES.

Enfin, l'augmentation du mode d'exercice salarié est principalement tirée par la forte hausse des centres de santé en région ARA et en France en général. Plus de 83% des activités salariées non hospitalières sont réalisées en centre de santé en 2021. Cette activité a plus que doublée en 10 ans avec **7600 chirurgiens-dentistes salariés en centre de santé** contre 3500 en 2012.

## Une hausse des exercices salariés et mixtes en région ARA

Le tableau suivant montre que le nombre de CD augmenté de 2,8% de 2014 à 2018 dans la région ARA, soit 139 CD supplémentaires. Le fait marquant est la baisse des CD hommes (-3,6% soit -105 CD), compensée par la forte hausse des CD femmes (+11,6%, soit +234 CD).

Ces 135 CD supplémentaires se sont installés pour seulement 18% dans le libéral exclusif, 34% en exercice mixte et 48% dans le salariat. Il y a eu nettement plus de CD à choisir le salariat hors hôpital (41 soit 29%), i.e. l'exercice en centres de santé principalement, que de CD à choisir le libéral exclusif (25 soit 18%).

Les choix prioritaires des CD femmes sur cette période en région ARA sont nettement en faveur du libéral exclusif (66%, soit 154 CD) et le salariat en centres dentaires (21%, 50 CD). La totalité de la hausse des salariés en centres dentaires provient de l'embauche de CD femmes (+50). Le nombre de CD hommes a diminué de 9 CD sur la période dans les centres dentaires en région ARA.

Le nombre de CD salariés dans les centres de santé est passé de 8,6% à 9,2% sur 4 ans en région ARA.

**Tableau 2 : Nombre de praticiens en exercice en région ARA de 2014 à 2018 (Drees)**

Effectifs des chirurgiens dentistes en ARA Source DREES	2014		2015		2016		2017		2018		variations entre 2014 et 2018	
	Hommes	femmes	total	femmes								
	total		total		total		total		total			
Ensemble des modes d'exercice	2 951	2 024	2 917	2 084	2 897	2 167	2 897	2 236	2 846	2 258	- 3.6 %	+ 11.6 %
Libéraux exclusifs	2 592	1 697	2 542	1 734	2 525	1 780	2 523	1 818	2 463	1 851	- 5 %	+ 9 %
mixtes	4 289	4 289	4 276	4 276	4 305	4 305	4 341	4 341	4 314	4 314	+ 0.6 %	
	130	65	143	77	139	91	141	95	147	95	+ 13 %	+ 46 %
	195	195	220	220	230	230	236	236	242	242	+ 24 %	
Salariés hospitaliers	27	34	40	41	39	43	45	43	43	44	+ 59 %	+ 29 %
	61	61	81	81	82	82	88	87	87	87	+ 42 %	
Autres salariés	202	228	192	232	194	253	188	280	193	278	- 4 %	+ 22 %
	430	430	424	424	447	447	458	458	471	471	+ 9.5 %	

## 2.3. Le défi du modèle économique

### 2.3.1. Des dépenses dentaires tirées par le volume

Les dépenses globales en dentaire ont augmenté de 2% par an en moyenne depuis 2010, pour atteindre **11,8 milliards d'euros en 2019**. Cette croissance des dépenses est en moyenne plus faible que celle des dépenses globales de soins, mesurées par la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) qui est de 2,2% depuis 2010. La part des dépenses dentaires dans la CSBM est ainsi été réduite de 5,8% en 2010 à 5,7% en 2019.

Plus de 70% de la hausse des dépenses dentaires sont tirées par la hausse du volume des actes depuis 2010.

**Tableau 3 : Evolution des dépenses dentaires depuis 2010**

M€, %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2010	TCAM
Dépenses globales	9999	10289	10490	10606	10600	10774	11108	11325	11498	11786	18%	2,0%
Taux croissance annuel		2,9%	2,0%	1,1%	-0,1%	1,6%	3,1%	2,0%	1,5%	2,5%		
CSBM	173484	178066	181796	185241	190214	192962	197148	200535	203748	208035	20%	2,2%
Taux croissance annuel		2,6%	2,1%	1,9%	2,7%	1,4%	2,2%	1,7%	1,6%	2,1%		
Ecart TCA dentaire vs CSBM		0,26%	-0,14%	-0,79%	-2,74%	0,20%	0,93%	0,24%	-0,07%	0,40%		
Part Part Dentaire/ CSBM	5,8%	5,8%	5,8%	5,7%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,7%		
Valeur	2,5	2,9	2,0	1,1	-0,1	1,6	3,1	2,0	1,5	2,5		2,1
Prix	2,5	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,5	0,7	-0,9		0,9
Volume	2,5	1,8	1,0	0,2	-1,2	0,8	2,3	1,5	0,8	3,4		1,5

Sources > DREES, comptes de la santé 2019, Edition 2020 ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

### Les dépenses dentaires en France sont parmi les plus faibles en Europe.

Avec 0,50% de PIB et 161 euros par habitant, la France se situe proche du niveau des dépenses en Grande-Bretagne mais dépensent quasiment deux fois moins par habitant qu'en Allemagne. Nous verrons ultérieurement que la nature des dépenses diffère nettement en Allemagne, qui a fait le choix de la prévention dans les années 80.

**Tableau 4 : Dépenses de soins dentaires en Europe en 2015**

	<b>Par habitant/par an</b>	<b>Part du PIB</b>
<b>Allemagne</b>	315 €	0,85%
<b>France</b>	161 €	0,50%
<b>Grande-Bretagne</b>	157 €	0,50%
<b>Italie</b>	249 €	0,82%
<b>Suède</b>	292 €	0,68%

Sources: Destatis, Drees, Oral health european platform

Le financement des dépenses dentaires a été marqué ces dix dernières années par une baisse de 4 points du reste à charge pour les patients (de 29,4% en 2010 à 25,7% en 2019), au profit de la prise en charge par les organismes complémentaires (OCAM) (de 37,3% en 2010 à 40,3% en 2019). Le financement par l'assurance maladie a légèrement augmenté dans la décennie 2010, passant de 33,3% à 34%.

**Tableau 5 : Evolution des dépenses dentaires par financeur depuis 2010**

M€, %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2010	TCAM
<b>Dépenses globales</b>	9999	10289	10490	10606	10600	10774	11108	11325	11498	11786	18%	2,0%
<b>Sécurité sociale</b>	3325	3381	3407	3425	3478	3597	3700	3791	3858	4003	20%	2,3%
<b>Taux croissance annuel</b>		1,7%	0,8%	0,5%	1,5%	3,4%	2,9%	2,5%	1,8%	3,8%		
<b>Part sécu</b>	33,3%	32,9%	32,5%	32,3%	32,8%	33,4%	33,3%	33,5%	33,6%	34,0%	2%	0,2%
<b>OCAM</b>	3730	3889	4070	4136	4123	4310	4499	4621	4818	4750	27%	3,0%
<b>Taux croissance annuel</b>		4,3%	4,7%	1,6%	-0,3%	4,5%	4,4%	2,7%	4,3%	-1,4%		
<b>Part OCAM</b>	37,3%	37,8%	38,8%	39,0%	38,9%	40,0%	40,5%	40,8%	41,9%	40,3%	8%	0,9%
<b>Ménages</b>	2944	3019	3013	3045	2999	2867	2909	2913	2822	3033	3%	0,3%
<b>Taux croissance annuel</b>		2,5%	-0,2%	1,1%	-1,5%	-4,4%	1,5%	0,1%	-3,1%	7,5%		
<b>Part Ménages</b>	29,4%	29,3%	28,7%	28,7%	28,3%	26,6%	26,2%	25,7%	24,5%	25,7%		

Source: Les dépenses de santé en 2019-Edition 2020- Drees

Le type de financement en dentaire varie sensiblement d'un pays à l'autre en Europe. **Seule l'Allemagne** a fait le choix d'un remboursement élevé par la couverture de base (la sécurité sociale) des dépenses dentaires, probablement du fait du virage préventif pris dans ce pays. **La Suisse et l'Espagne** ont fait du dentaire un financement quasi exclusivement un financement individuel.

**Tableau 6 : Financement des dépenses dentaires en Europe en 2014**

En %	France	Pays-Bas	Allemagne	Suisse	Espagne
<b>Couverture de base obligatoire</b>	36%	12%	70%	6%	1%
<b>Assurance facultative privée</b>	39%	67%	6%	4%	1%
<b>Reste à charge</b>	25%	21%	25%	90%	98%

Source: SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees

**Des honoraires dominés par les soins prothétiques et en faible croissance réelle**

Si les soins conservateurs représentent l'activité prédominante en termes de volumes, les soins prothétiques restent majoritaires dans les honoraires. Les soins prothétiques représentent en effet plus de la moitié des honoraires (53%) pour environ 15% des actes (13 millions sur 85,3 millions en 2015). A contrario, les soins conservateurs ont pesé pour 35% de l'activité (30 millions d'actes) et seulement 15% du total des honoraires (1,5 milliard d'euros en 2015).

Les honoraires ont augmenté en moyenne de 1,7% en valeur nominale et de 0,6% en valeur réelle lors de la décennie 2010, pour atteindre 280 000 euros par dentiste en 2019. La part des dépassements a légèrement baissé de 51,7% à 50% des honoraires.

**Tableau 7 : Honoraires annuels moyens et part des dépassements dans l'ensemble des honoraires des chirurgiens-dentistes**

K€, %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TCAM	TCAM réel
Honoraires annuels moyens *	241,1	248,5	238,6	255,2	253,5	264,0	268,7	271,0	274,7	280,3		
TCA en % des honoraires		3,0%	-4,0%	6,9%	-0,7%	4,2%	1,8%	0,8%	1,4%	2,0%	1,7%	0,6%
Part des dépassements (en %)	51,7	52,3	52,8	52,9	52,5	50,4	50,9	50,9	50,7	50,0		
Dépassements en M€	124,6	130,0	126,0	135,1	133,1	133,0	136,7	138,0	139,4	140,3	1,4%	0,3%

\* Praticiens actifs à part entière (ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année).

Champ > Soins de dentistes remboursables, France.

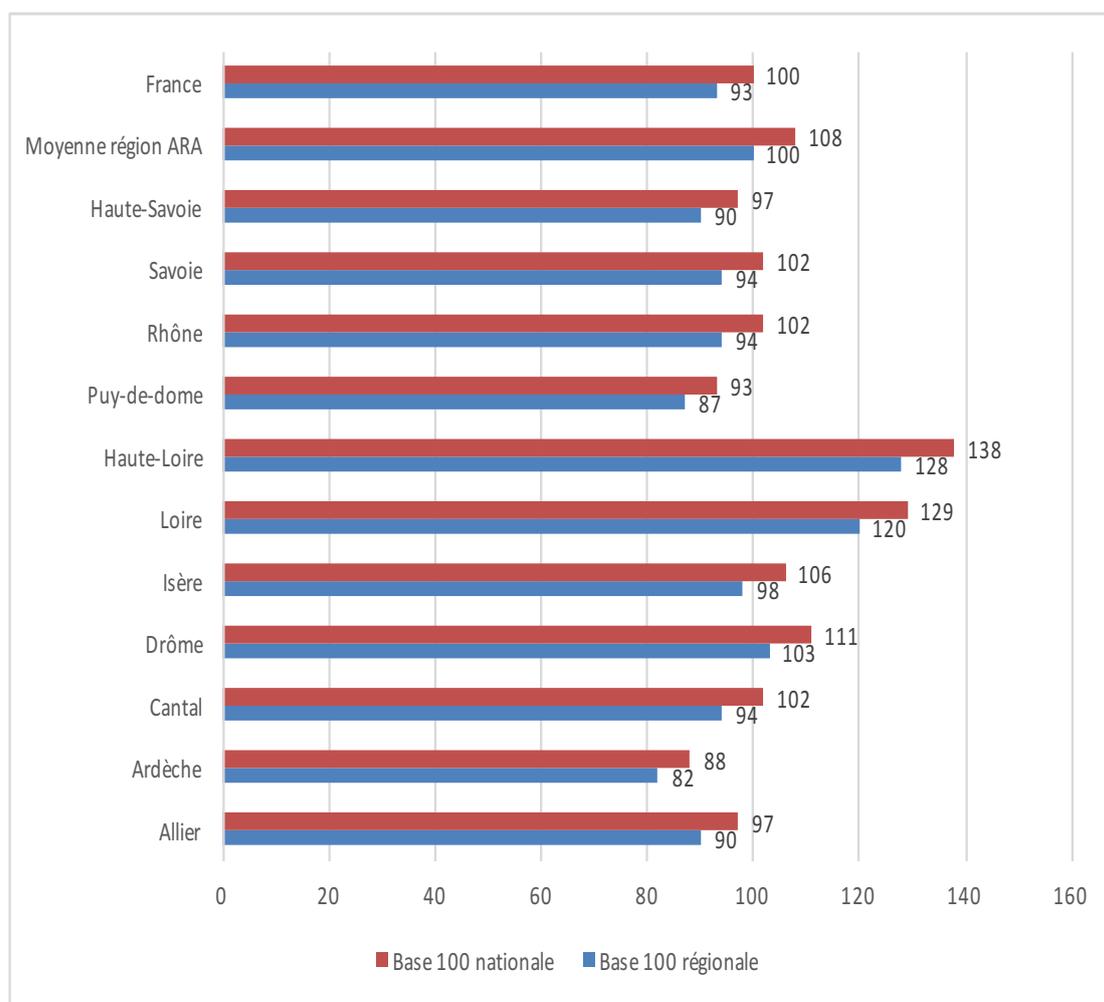
Source > CNAM.

Avec un niveau moyen de charge du cabinet de plus de **62% des honoraires**, le revenu brut moyen des dentistes en France était de **106 273 euros en 2019**. Pour la région ARA, ce revenu brut moyen en 2020 est de 114 695 euros, soit 8% au-dessus de du niveau national.

Cependant, le graphe suivant illustre la grande disparité des revenus entre les 13 départements de la région ARA. S'il est très difficile d'expliquer avec précision cette disparité, on peut identifier plusieurs facteurs qui influencent le niveau des revenus :

- L'intensité concurrentielle entre les dentistes libéraux ;
- L'intensité concurrentielle entre les dentistes libéraux et les centres dentaires ;
- La part des femmes dans la démographie dentaire du département ;
- La part des orthodontistes dans la démographie dentaire du département.

**Graphe 10 : Revenus moyens bruts des dentistes par département en région ARA (base 100 régionale et nationale)**



### 2.3.2. Un contre-modèle médico-économique

Nous avons mentionné précédemment que plus de la moitié des honoraires d'un cabinet dentaire provenait des soins prothétiques. Quatre postes représentent 88% des dépassements. A elles seules, les prothèses représentent près des deux tiers des dépassements d'honoraires, les traitements orthodontiques y contribuent pour 20%, les inlay/onlay cores pour 10% et l'implantologie pour 6%<sup>5</sup>. Ces chiffres sont des

<sup>5</sup> Les comptes de la sécurité sociale-Juin 2016

estimations de la sécurité sociale, cette dernière n'ayant pas une vision précise des soins non remboursés.

Le modèle économique des cabinets dentaires est depuis plusieurs décennies un **contre-modèle sur le plan de la santé publique**. L'équilibre économique d'un cabinet dentaire impose aux chirurgiens-dentistes de multiplier les actes prothétiques les plus rémunérateurs pour compenser les actes conservateurs et de prévention réalisés à perte.

L'aberration du système est totale, tant en termes de santé publique qu'en termes de valorisation du métier. L'essentiel de l'activité en volume réalisée par le dentiste est réalisé à perte, et l'essentiel de l'activité indispensable pour maintenir durablement une santé bucco-dentaire saine est **réalisée à perte**.

### Des tarifs des soins conservateurs sensiblement inférieur aux coûts de production

Avant la revalorisation de 2018, qui ne change pas fondamentalement la donne, on observe que les principaux soins conservateurs sont tarifés sensiblement en-dessous du coût de production. Si on considère le coût de production des 7 actes conservateurs les plus courants, on constate que les chirurgiens-dentistes ne perçoivent aucune rémunération pour ces actes. Ils en autofinancent même près de la moitié des coûts.

**Tableau 8 : Evaluation des coûts de production des soins conservateurs et calcul de l'écart avec les tarifs**

mn, €	Composite 1 face	Composite 2 faces	Composite 3 faces	Traitement endodontique canal	Traitement endodontique canaux	Traitement endodontique 3 canaux	Détartrage (bouche entière)
Temps de réalisation en mn	25,2	32,6	39	38,6	49,8	73	30
Coût du temps de réalisation	30,30 €	39,20 €	46,89 €	46,41 €	59,88 €	87,77 €	36,07 €
Coût moyen des fournitures	15,17 €	16,26 €	17,08 €	26,51 €	35,20 €	43,89 €	10,00 €
Coût total de réalisation	45,47 €	55,46 €	63,97 €	72,92 €	95,08 €	131,66 €	46,07 €
Tarif de responsabilité	19,28 €	33,74 €	40,97 €	33,74 €	48,20 €	81,94 €	41,32 €
Ecart entre tarif et coût total	-26,19 €	-21,72 €	-23,00 €	-39,18 €	-46,88 €	-49,72 €	-4,75 €
Ecart entre tarif et coût total en %	-58%	-39%	-36%	-54%	-49%	-38%	-10%

Source: J. demoy-Inf Dent; 3, vol 99, 2017

### 2.3.3. La réforme du 100% santé consolide le contre-modèle

La convention 2019-2023 signée le 21 juin 2018 comprend trois objectifs majeurs : améliorer l'accès aux soins dentaires en réduisant le reste à charge des patients, faire évoluer le modèle économique dentaire en valorisant mieux la prévention et les soins conservateurs, garantir une progression de la rémunération des chirurgiens-dentistes.

En 5 ans, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires (AMC) doivent consacrer 1,2 Mrd€ à la réforme. Un quart de cette somme (287 M€) doit revenir à une augmentation nette de la rémunération des CD et les trois-quarts (900 M€) à l'amélioration de l'accès aux soins des patients<sup>6</sup> :

- 417M€ pour les revalorisations des soins conservateurs ;
- 374M€ pour l'amélioration de la prise en charge des soins ;
- 108M€ pour le renforcement des actes de prévention notamment chez les enfants et les jeunes.

Des plafonds de prix opposables pour certains actes prothétiques réalisés sont mis en place progressivement. Certains actes seront pris en charge à 100% par l'AMO et l'AMC dans le cadre de la mise en œuvre du RAC 0. Tout patient nécessitant des soins prothétiques recevra de son CD plusieurs devis, selon 3 paniers de soins :

- Le **panier A dit « RAC 0 »**, concernant 45% des actes prothétiques effectués avant la convention<sup>7</sup> qui seront plafonnés et intégralement remboursés ;
- Le **panier B dit « tarifs maîtrisés »**, via des prix plafonnés, concernera 25% des actes effectués avant la convention, sans obligation pour les AMC d'une prise en charge intégrale ;
- Le **panier C dit aux « tarifs libres »** qui permettra à l'assuré de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (30% des actes réalisés avant convention), sans plafonnement.

Les tarifs proposés dans le panier de soins RAC 0 ou dans le panier à tarifs maîtrisés diffèrent selon la nature des matériaux utilisés et la localisation de la dent. La couronne céramo-métallique est ainsi plafonnée à 500€ pour les incisives et les premières prémolaires et à 550€ pour les deuxièmes prémolaires.

**Nous ne nous prononcerons pas dans ce rapport sur l'utilité fondamentale de cette convention** pour laquelle existent objectivement des arguments favorables et défavorables. Selon la logique syndicale suivie, il pouvait être décidé de signer la convention pour prendre ce qui était proposé pour éviter le statut quo ou de ne pas signer pour marquer l'insuffisance des avancées pour changer le modèle.

En revanche, la présentation de l'AMO qui en fait un tournant dans la prise en charge des patients est malheureusement assez loin de la réalité. Il est intéressant de noter que l'AMO évoque « une nouvelle ère qui réconcilie la vocation thérapeutique et la logique économique »<sup>8</sup>. Il n'est donc pas question de modifier la logique principale du modèle médio-économique dentaire français, qui est de soigner et non de prévenir.

### **L'accord conventionnel est basé sur la recherche d'un équilibre comptable**

---

<sup>6</sup> Site de l'assurance maladie, [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr); Une convention qui réoriente la prise en charge et la rémunération des soins dentaires ; 26 juin 2018

<sup>7</sup> Source : Cnam ; données France entière, tous régimes 2017.

<sup>8</sup> Idem supra 10

La non revalorisation des tarifs des soins conservateurs depuis plusieurs décennies a fait des tarifs français les plus bas d'Europe, conduisant à l'instauration d'un modèle économique qui a survécu grâce aux tarifs libres des soins prothétiques. Il était donc logique que la suppression de la liberté tarifaire, pour ce qui correspond aujourd'hui à 45% des soins prothétiques, se fassent en contrepartie d'une revalorisation des soins conservateurs.

On voit que la matrice centrale à la base de la construction de l'accord conventionnel est purement comptable et vise avant tout à démontrer aux CD qu'ils ne seraient pas perdant en termes de rémunération. Il n'est pas question de réfléchir à la mise en place d'un modèle de financement de la prévention primaire (sur lequel nous reviendrons en partie III) ni de faire de ces actes conservateurs des actes rentables. Le tableau suivant montre en effet que les nouveaux tarifs des soins conservateurs post-accord restent inférieurs aux coûts de production de ces actes par les CD.

**Tableau 9 : Ecart entre le coût de production et les tarifs des actes conservateurs après l'accord conventionnel (2021)**

mn, €	Composite 1 face	Composite 2 faces	Composite 3 faces	Traitement endodontique 1 canal	Traitement endodontique 2 canaux	Traitement endodontique 3 canaux	Détartrage (bouche entière)
<b>Temps de réalisation en mn</b>	25,2	32,6	39	38,6	49,8	73	30
<b>Coût du temps de réalisation*</b>	32,12 €	41,55 €	49,70 €	49,19 €	63,47 €	93,04 €	38,23 €
<b>Coût moyen des fournitures*</b>	16,08 €	17,24 €	18,10 €	28,10 €	37,31 €	46,52 €	10,60 €
<b>Coût total de réalisation*</b>	48,20 €	58,79 €	67,81 €	77,30 €	100,78 €	139,56 €	48,83 €
<b>Tarif prévu par la convention</b>	26,60 €	46,50 €	63,60 €	40,00 €	61,00 €	100,00 €	43,38 €
<b>Ecart entre tarif et coût total</b>	-21,60 €	-12,29 €	-4,21 €	-37,30 €	-39,78 €	-39,56 €	-5,45 €
<b>Ecart entre tarif et coût total en %</b>	-45%	-21%	-6%	-48%	-39%	-28%	-11%
Actualisation des coûts de production au taux d'inflation							
Source: J. demoy-Inf Dent; 3, vol 99, 2017/ Calculs Frédéric Bizard							

L'accord conventionnel ne visait pas la remise en cause du contre-modèle qui nécessite de faire le choix politique de repenser la profession de CD dans sa globalité (formation, organisation, financement, régulation). Il répondait à une pression plus ou moins entretenue de difficultés d'accès aux soins prothétiques (indicateur difficile à mesurer tant il est multifactoriel), qui a conduit la promesse électorale de l'actuel Président de la République du zéro reste à charge.

### **Des effets de bord de la convention potentiellement néfastes pour le secteur**

Les gagnants de cet accord sont incontestablement les organismes complémentaires d'assurance maladie. Alors que l'AMO ne finance qu'un tiers du dentaire, elle porte 60% de l'effort financier de l'accord conventionnel (717 millions €).

Les trois paniers de soins instaurés pour créer le RAC 0 sont du sur mesure pour le modèle économique des OCAM. Pour près de 50% de actes de soins prothétiques

pratiqués, l'aléa prix a disparu ce qui supprime le risque pour un assureur. Connaissant parfaitement le volume de ces actes réalisés, il suffit à l'assureur de fixer le niveau de sa prime en fonction de ses coûts et de sa marge bénéficiaire recherchée. Le panier B et C sont des sources de profits élevés grâce à des contrats spécifiques de type sur-complémentaires. Aucune contrainte n'a été imposée aux OCAM sur ces deux paniers

Parmi les perdants, on trouve les fournisseurs français et européens de prothèses qui vont devoir réduire leur prix ou être exclu d'une partie significative du marché nationale. Le même phénomène est apparu avec les lunettes mais à une plus petite échelle car le panier à RAC 0 ne représente que 15% des ventes de lunettes.

La segmentation en trois paniers conduira inévitablement pour les patients à une segmentation des patients de l'accès aux soins selon la qualité de l'offre de soins. Les patients des classes moyennes qui ne pourront pas augmenter le niveau de primes de leur contrat OCAM sont condamnés à consommer dans le panier RAC0, qui, quoi qu'on en dise, est moins qualitatif que les deux autres paniers. On a institutionnalisé l'existence **de patients de troisième classe**, comme on avait créé des clients de troisième classe dans les trains au XIXème siècle.

Côté offreur de soins, cet accord bénéficie à tous ceux qui sont capables de maximiser les volumes d'actes, tout en maîtrisant leurs coûts fixes. Il est donc potentiellement favorable au développement des centres dentaires associatifs. Il peut être favorable aux cabinets médicaux dotés de coûts fixes modérés. Ce sera nettement plus compliqué pour les cabinets médicaux des grandes métropoles, qui vont voir la concurrence des centres dentaires s'intensifier et qui vont être les plus impacté par la baisse des marges sur les prothèses, sans pouvoir maximiser les volumes sur les actes conservateurs.

## 2.4. Le défi du progrès technologique

Les technologies numériques ont déjà bouleversé nombre de secteurs économiques, elles s'étendent à marche forcée dans les services et industries de santé. Elles progressent rapidement en dentisterie, notamment en orthodontie et pour les prothèses dentaires. La dentisterie numérique consiste à l'utilisation des outils informatiques et technologiques comme les imprimantes 3D, les logiciels, la radiologie numérique et les scanners.

### **L'impression 3D impacte sensiblement la pratique dentaire**

L'impression 3D se développe rapidement dans les pratiques des chirurgiens-dentistes pour produire des dispositifs personnalisés adaptés aux patients, tout en maîtrisant les coûts et en optimisant la productivité.

Le marché mondial de l'impression 3D (des produits imprimés en 3D) devrait atteindre 9,7 Mrds\$ d'ici 2025, (soit un taux annuel de croissance composé de 29%), et 25 Mrds\$ en 2030 selon une étude de 2019 de Grand View research. Ce marché est tiré par une demande soutenue de solutions d'impression 3D personnalisées et d'une population mondiale gériatrique en croissance. Selon l'Institut national américain de recherche dentaire et cranofaciale, le nombre moyen de dents restantes de la population âgée de 65 ans et plus est de 18,9, faisant de ce groupe d'âge un marché très lucratif pour l'impression 3D dentaire.

L'impression 3D est en train de s'imposer comme un outil indispensable pour le secteur dentaire. Les prothésistes s'équipent en imprimantes 3D pour produire des modèles, des appareils ou même des couronnes provisoires. Certains orthodontistes et dentistes férus de technologie ont même des imprimantes SLA ou DLP au cabinet pour imprimer des modèles ou des guides chirurgicaux.

Les dentistes sont surtout concernés par **l'amont de la chaîne numérique**. Ils ont besoin d'un Cone beam (nouvelle génération de machines radiologiques) et d'une caméra optique pour obtenir la radio et l'empreinte du patient. Ils peuvent ensuite soit s'équiper en logiciels qui permettent de produire les traitements numériques soit sous-traiter.

Les prothésistes sont concernés par **l'aval de la chaîne numérique** qui nécessite de s'équiper d'une imprimante 3D type SLA ou DLP et la chaîne de post-traitement qui correspond. Il leur faut un logiciel pour récupérer le travail des praticiens.

L'impression 3D exige de développer de nouvelles **compétences cliniques, techniques et organisationnelles pour les fournisseurs**. Sur le plan clinique, il faut positionner les implants sur les radios 3D dans leur position idéale. Des formations dédiées au numérique se développent pour les CD et les prothésistes.

Une compétence technique est aussi à développer pour imprimer avec la meilleure qualité possible. Le choix des matériaux et l'optimisation des paramètres nécessitent l'intervention d'ingénieurs. Là aussi des modules de formation dédiés sont nécessaires dans les écoles d'ingénieurs.

Une troisième conséquence de la 3D est de nature organisationnelle car il faut produire « *massivement du sur-mesure* ». **Industrialiser du sur-mesure de manière efficace est un des défis de l'industrie dentaire actuelle.** On passe de la production artisanale du sur-mesure à la production industrielle de masse.

La dentisterie numérique devrait générer des gains significatifs concernant **la sécurité, la qualité des soins dentaires et le confort des patients.** La capacité de produire massivement des objets petits, précis et sur-mesure est un gage de qualité des soins dentaires. L'arrivée du guide chirurgical sécurise les opérations et les rend réalisables par un nombre plus important de praticiens. Les caméras 3D évitent aux patients un moment désagréable lors de la prise d'empreintes et envoient instantanément des fichiers au cabinet de prothèse et un stockage plus simple dans un disque dur. Le frein au développement de la dentisterie numérique peut être les coûts d'équipement (20 à 40 K€ pour une caméra).

### **L'intelligence artificielle, une voie d'avenir ...**

Pour l'ensemble des secteurs de la santé qui connaissent une numérisation croissante, la question de l'usage de l'intelligence artificielle se pose. L'accumulation de données chaque jour plus intensive augmente les capacités de diagnostic et de traitement fiables.

A titre d'exemple, IBM a introduit l'IA dans la médecine traditionnelle en proposant sa plate-forme Watson aux centres de cancérologie pour aider les oncologues à déterminer les meilleurs traitements pour les patients. Les médecins connectent les diagnostics des patients sur le site Watson d'IBM pour l'oncologie et reçoivent instantanément des recommandations de traitement basées sur les données de chaque patient et les informations tirées de nombreuses revues scientifiques.

EN dentisterie, *Evidentiae du* Dr John Kois fonctionne sur un modèle similaire. C'est un logiciel dentaire innovant basé sur un cloud avec un flux de travail numérique hautement rationalisé, allant des formulaires d'antécédents de patients en ligne jusqu'à la vérification du patient qui s'articule autour du risque du patient. L'algorithme est conçu pour extraire des informations des antécédents médicaux et dentaires ainsi que des résultats d'examen cartographiés pour générer un aperçu complet de la santé dentaire du patient.

Des logiciels sont développés pour lire des images tomodensitométriques et autres images dentaires, puis suggèrent le diagnostic le plus probable en examinant des images similaires stockées dans des bases de données de patients.

### ... et d'incertitude pour la dentisterie

Si la France est encore loin d'utiliser des robots-dentistes dans les pratiques dentaires, une première mondiale en Chine en 2017 a montré que poser des implants dentaires sans aucune intervention humaine était aujourd'hui technologiquement possible. En effet, le samedi 23 septembre 2017, dans la ville de Xian en Chine, la première pose d'implants dentaires par un robot dentiste a été réalisée. Yomi, le robot-dentiste a en effet réussi l'exploit de poser deux implants qui avaient été préalablement créés par une imprimante 3D dans la mâchoire d'une patiente.

En orthodontie, plusieurs sociétés développent des technologies qui permettent à des CD non orthodontistes de réaliser des actes d'orthodontie. L'orthodontie est la spécialité la plus confrontée aux avancées de la dentisterie numérique avec la prolifération de sociétés privées commerciales qui proposent des traitements personnalisés d'orthodontie.

Un concept largement répandu est celui de la gouttière transparente qui permet de réaligner les dents d'un patient sans recourir à un système moins esthétique comme les bagues traditionnelles. Classiquement, les sociétés référencent un maximum de chirurgiens-dentistes et incitent, par les réseaux sociaux et les influenceurs, les patients à aller consulter leurs référents pour mettre en place un traitement.

Selon les sociétés et leur stratégie commerciale, on observe un degré d'ubérisation plus ou moins élevé. Certaines font peu de différence entre les orthodontistes et les chirurgiens-dentistes, **profitant de la réglementation française qui permet à tout chirurgien-dentiste de pratiquer tout acte de la nomenclature reconnue par l'assurance maladie, et de faire bénéficier son patient du remboursement même s'il n'a pas la compétence pour réaliser cet acte.**

Certaines sociétés différencient la complexité des actes pour distribuer les rôles entre les professionnels de la santé dentaire. Elles vont même jusqu'à donner des **certifications à ces professionnels**, à partir de leurs propres critères de choix. Ces derniers sont naturellement biaisés par des objectifs stratégiques et commerciaux, qui peuvent ne pas être compatibles in fine avec une rationalité scientifique.

Cette évolution nous paraît problématique et inévitablement conduire à une **marchandisation croissante des soins orthodontistes et à une perte d'indépendance** des professionnels de santé dentaire. Sans l'obtention du label donné plus ou moins arbitrairement par la société commerciale, le chirurgien-dentiste sera injustement pénalisé pour développer sa patientèle.

On est incontestablement au coeur de potentiels dérives nuisibles à l'ensemble des professions dentaires. Tout en favorisant une large diffusion des nouvelles technologies, nous proposerons dans la troisième partie des solutions pour contrôler ces dérives et renforcer l'indépendance professionnelle de tous les chirurgiens-dentistes, condition sine qua non pour une médecine de qualité accessible à tous.

## 2.5. Le défi du développement croissant des centres de santé

L'offre de dentistes étant par définition limitée et régulée, le fort développement des centres de santé se fait au détriment de l'exercice libéral. Nous allons analyser ce développement pour en évaluer les dangers et dans la partie III, nous proposerons des solutions de régulation de ces centres.

Les centres de santé sont en théorie des structures **d'exercice regroupé de premier recours**, permettant de répondre aux enjeux d'accès à une prise en charge coordonnée dans des zones de désertification médicale. Ils sont régis par l'article L-6323 du Code de la Santé Publique : ce sont des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours.

### *Situation juridique avant la loi HPST*

L'article L6323-1 du code de la santé publique en vigueur avant la loi de 2009 dite HPST était libellé de la façon suivante : *« Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. (...) »*

*Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales.*

*Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale ».*

### **Un dossier d'agrément et un rapport annuel d'activités encadrés**

**Le décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000** relatif aux centres de santé prévoyait de nombreux éléments pour obtenir cet agrément, notamment sur les conditions techniques, les conditions de fonctionnement et les modalités de financement. Un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale fixait le contenu du dossier d'agrément.

Par ailleurs, le contenu du rapport d'activité annuel que le centre de santé devait transmettre était également détaillé par ce décret :

*« Les centres de santé sont tenus d'établir chaque année, au plus tard pour le 30 juin de l'exercice suivant, un rapport d'activité comportant notamment toutes informations non nominatives relatives à la clientèle du centre, au personnel, aux actes effectués, aux moyens mis en place par le centre, à ses diverses activités ainsi »*

*qu'à ses dépenses et ses recettes. »*

### *La suppression du dossier d'agrément et de la visite de conformité par la loi HPST a ouvert la boîte de Pandore des dérives possibles*

La loi n°2009-879 a supprimé cet agrément pour y substituer la présentation par le centre de santé « **d'un projet de santé** ». L'article L6323-1 du code de la santé publique en vigueur (intégration de diverses mesures législatives notamment sur les contrôles) définit le nouveau régime de création et de contrôle des ARS.

L'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé, l'information du public sur les activités et les actions de santé publique ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins ainsi que sur le statut du gestionnaire **sont assurées par les centres de santé.**

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Les conséquences de cette évolution législative sont parfaitement connues aujourd'hui. En réalité, les centres de santé ne font l'objet d'aucun contrôle a priori mais surtout obtiennent le droit d'ouvrir même lorsque la situation de non-conformité est parfaitement connue.

### **Un contrôle a posteriori de la qualité et de la sécurité des soins si et seulement si des plaintes graves de patients sont répertoriées**

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé « *doit* :

- *Enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;*
- *En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;*
- *Maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet. »*

Seuls les services satisfaisant aux obligations mentionnées au présent article peuvent utiliser l'appellation de centre de santé.

### **Une approche graduée des sanctions par l'ARS**

Le **décret n° 2015-583 du 28 mai 2015 relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé** précise et renforce les mesures qui peuvent être prises par le directeur général de l'agence régionale de santé à l'encontre des centres de santé, lorsqu'il constate au sein de ces centres l'existence de manquements mettant en péril la qualité ou la sécurité des soins.

Ces mesures, et des mesures prises par le responsable du centre de santé pour mettre fin aux manquements constatés, incluent la suspension totale ou partielle de l'activité du centre. L'absence de proportionnalité de la peine rend inefficace l'action de l'ARS contre les petites et moyennes dérives, alors que pour les libéraux, l'arsenal judiciaire est particulièrement complet.

### **Le cadre législatif inscrit dans le code de la sécurité sociale**

L'article L162-32-3 prévoit que la CPAM « *peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations (...)* ».

Contrairement aux praticiens libéraux qui doivent adresser les contrats relevant de leur exercice professionnel au Conseil de l'ordre pour assurer une régulation éthique de la profession, ces centres, pourtant en concurrence directe avec les libéraux, n'ont aucune obligation de transmettre leurs contrats à qui que ce soit.

Mêmes lorsque les ARS font la demande aux associations de transmettre ces contrats, si ces derniers n'obtempèrent pas, aucune sanction n'est prononcée (on ne met pas des patients dans la rue pour une non communication de contrat). Autrement dit il existe une distorsion majeure de concurrence entre les libéraux et les centres de santé, et c'est cette absence de contrôle des contrats qui permet toutes les dérives.

Cela permet à des industriels, par exemple des fabricants d'implants, d'ouvrir des établissements de santé. Cela permet d'échapper à la loi anti cadeaux qui ne concerne pas les rapports entre les sociétés commerciales mais uniquement les contrats entre les professionnels de santé et les établissements de santé et les industriels. Mais comme les contrats sont signés entre la société commerciale gérant les centres de santé et les industriels, aucun contrôle 'est réalisé.

### **Le cadre conventionnel détermine des obligations et des rémunérations spécifiques**

L'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie, a été conclu le 8 juillet 2015.

Son préambule prévoit que ce cadre conventionnel s'applique à l'ensemble des centres de santé, avec des dispositions spécifiques. L'article 1<sup>er</sup> définit également le centre de santé comme « la personne morale gérant le centre de santé ». La typologie des centres de santé dans le préambule de l'accord distingue quatre catégories de centres de santé :

- Centre de santé médical ou quasi-exclusivement médical ;
- Centre de santé polyvalent ;
- **Centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou**

**quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé,**

- Centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

L'accord distingue trois types d'obligations :

- Les obligations générales, qui s'adressent à tous les centres de santé quelle que soit leur activité,
- Les obligations « *socle* », obligatoires mais pour certaines variables selon l'activité du centre, et nécessaires pour ouvrir droit à une rémunération,
- Les obligations « *optionnelles* » qui ne sont pas obligatoires mais donnent lieu à une rémunération supplémentaire définie par l'accord ; tant la nature des obligations optionnelles que leur rémunération peuvent varier en fonction de l'activité du centre. qui peuvent être adaptées

#### *Situation nationale des centres de santé selon l'observatoire des centres de santé*

L'observatoire des centres de santé (CDS) est constitué d'une plateforme dématérialisée portée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ce pôle est en charge de collecter, d'analyser et de restituer les données renseignées par la CPAM, les ARS et les gestionnaires des centres de santé.

Lancé en 2017, cet outil permet à la fois de publier **un bilan annuel pour chacun des centres de santé** et en même temps d'avoir une visibilité précise sur l'apport local et national des centres de santé sur l'accès aux soins des patients.

#### **Les CDS dentaires peu enclins à exposer leurs activités**

A la fin 2018, sur les 2 140 CDS existants, 1831 ont saisi leur rapport d'activité annuelle sur la plateforme ATIH. Les 309 centres qui n'ont pas saisi leur rapport sont des **centres de santé dentaires pour la plupart selon la Fédération des CDS (FNCS)<sup>9</sup>**. C'est pourtant une obligation pour tous les centres de santé.

#### **192 nouveaux centres, répertoriés en 2018, sont essentiellement en zone urbaine**

Sur l'ensemble des régions, le nombre de CDS aurait augmenté de 10%, passant de 1948 CDS à fin 2017 à 2140 à fin 2018. Cette hausse concerne surtout les centres dentaires (67) et les centres médicaux.

---

<sup>9</sup> FNCS-Rapport d'activité 2018

Dans le département du Rhône<sup>10</sup>, le nombre de CDS dentaires a été multiplié par 2, passant de 20 à 40 centres, de 2018 à 2020. Selon l'étude du Xavier Bondil, « ce rythme d'ouverture des centres de santé dentaires associatifs est déconnectée de l'évolution de la population du Rhône et n'a aucun lien avec un besoin de santé publique »<sup>11</sup>.

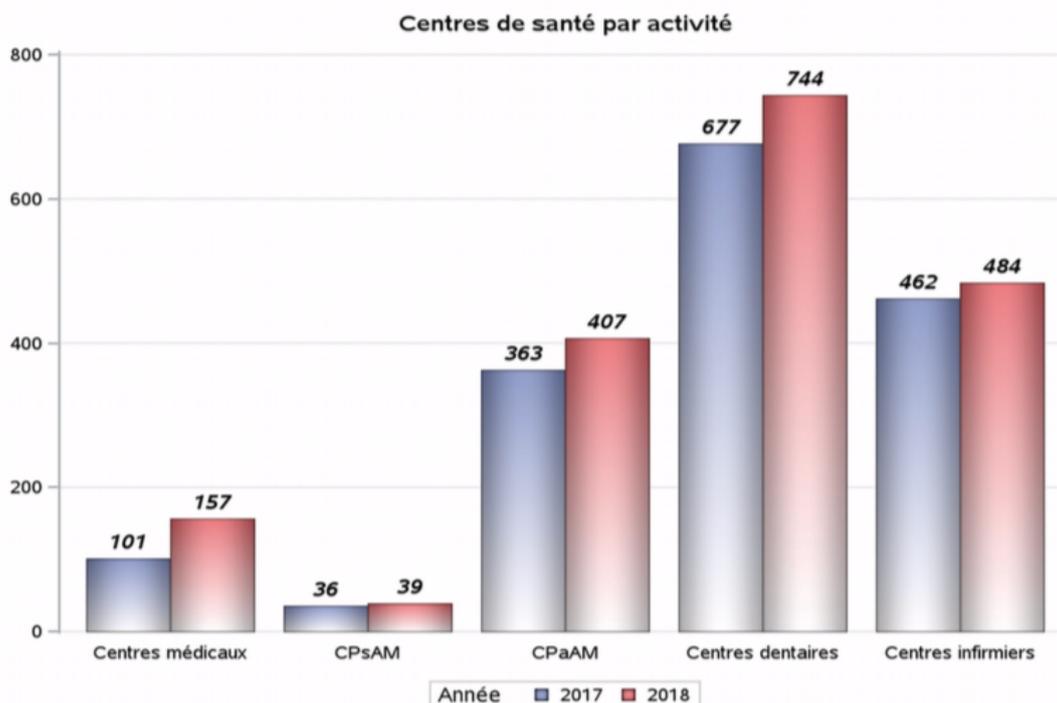
### Plus de 1000 centres dentaires, soit la moitié de la totalité des centres de santé

Ainsi, les CDS dentaires ont représenté 35% de la création de nouveaux CDS en 2018. Avec un total de 744 CDS à fin 2018, les CDS dentaires représentent 35% des CDS ayant reporté leur activité. Si on considère, comme le suggère la FNCS, que 80% des CDS sans reporting d'activité sont des centres dentaires, le total des centres dentaires atteint 1040 centres, soit 48% de l'ensemble des centres de santé.

L'autre profession la plus représentée dans les CDS en France est celle des infirmiers avec 484 CDS en 2018, soit 23% de l'ensemble des centres de santé. Les centres médicaux ne représentent que 7% de l'ensemble des CDS.

Ainsi, au moins 72% des centres de santé sont mono-professionnels, soit dentaire soit infirmiers. On est loin de l'idée de centres pluri-professionnels permettant de prendre en charge une large palette de prestations de prévention et de soins.

### Graph 11 : Centres de santé par activité en 2017 & 2018



<sup>10</sup> Etude de la démographie professionnelle et analyse de l'offre de soins salariée privée- Pour le département du Rhône – 01/01/2021- Dr Xavier Bondil

<sup>11</sup> Idem 4

Source : Observatoire national des Centres de santé- Données 2018

CPsAM= centre polyvalent sans auxiliaire médical

CPaAM = centre polyvalent avec auxiliaires médicaux

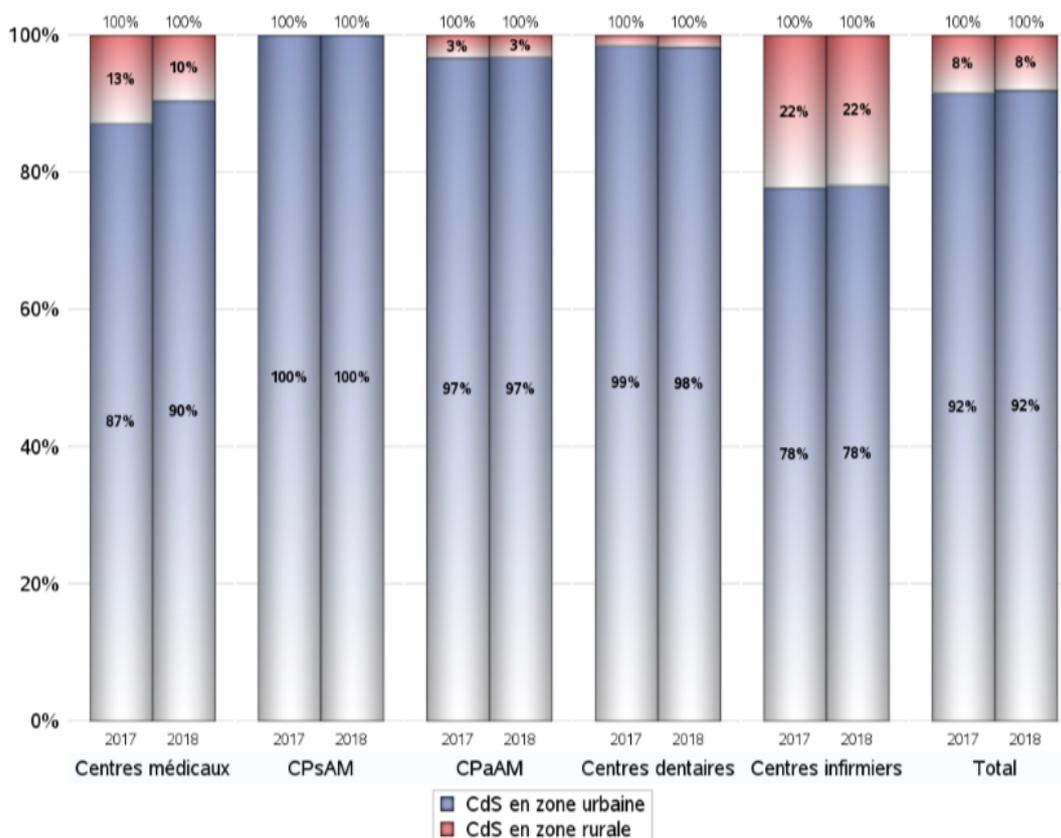
### Près de 100% des nouveaux CDS dentaires sont en zone urbaine

Alors que les centres de santé sont sensés s’ouvrir dans les zones sous-dotées en offre de soins, on constate que quasiment 100% des CDS dentaires existants et ouverts en 2018 sont en zone urbaine.

Ces centres pourraient être dans des zones prioritaires des ville mais c’est peu probable pour les CDS dentaires, sachant que **seulement 24% de l’ensemble des CDS** sont installées dans ces zones prioritaires.

De plus, sachant que les CDS des caisses primaires d’assurance maladie et des collectivités territoriales sont localisées dans ces zones prioritaires, on peut en **déduire que les centres dentaires associatifs ne sont pas pour la plupart dans des zones sous-dotées en offre de soins**. Dans le Rhône, aucun CDS n’est dans ces zones.

Graph 12 : Répartition des centres de santé entre les zones urbaines et rurales



Source : Observatoire national des Centres de santé - Données 2018

### Quasiment 100% des créations de centres dentaires sont portées par des associations

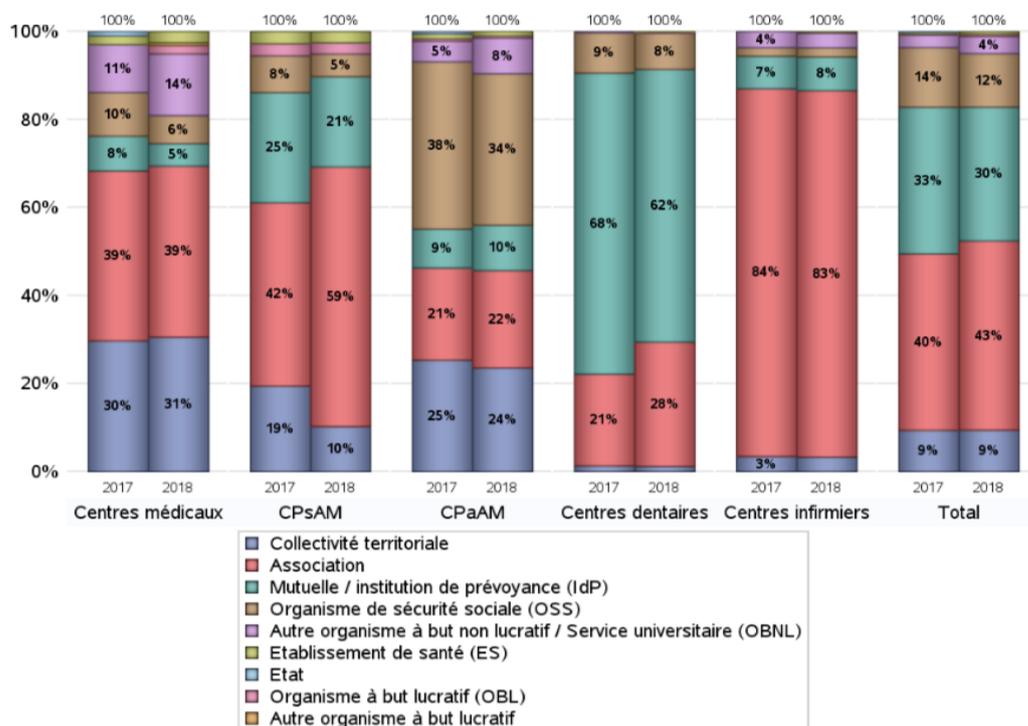
Les centres dentaires associatifs ont comme caractéristiques d’être portés par des structurés associatives qui représentent un écran derrière lequel se cachent des montages financiers quelquefois complexes, visant à ponctionner toute la marge opérationnelle. C’était le cas de Dentexia notamment.

En 2018, l’observatoire reporte que **28% des gestionnaires de centres dentaires sont des associations** (soit 208) contre 21% en 2017 (soit 142). Sur les 67 créations de centres dentaires annoncées en 2018, on est bien à quasi 100% (66 sur 67) qui l’ont été sous statut juridique d’association. On peut en déduire que **quasiment 100% des créations de centres dentaires sont bien des créations de centres associatifs**.

Ces chiffres ne prennent pas en compte le statut juridique des quelques 300 centres de santé qui n’ont pas déclaré leur activité. Si on prend l’hypothèse que 280 sont de centres dentaires (d’après la FNCS) et qu’une grande majorité sont des centres dentaires portés par des associations, **on voit qu’on arrive à près de 500 centres dentaires au statut juridique associatif, soit quasiment un centre sur deux**.

Alors que le nombre de centres dentaires portés par l’Assurance maladie et les mutuelles/IP est stable, c’est bien le nombre de centres dentaires associatifs qui va représenter la part substantielle des centres dentaires en France à l’avenir.

**Graphe 13 : Statut juridique des centres de santé en 2018 vs 2017**



Source : Observatoire national des Centres de santé - Données 2018

### **Les centres de santé fonctionnent majoritairement avec des professionnels de santé à temps partiel, exceptés pour les techniciens<sup>12</sup>**

Une donnée importante pour la démonstration de l'approche minimaliste des centres de santé est la **généralisation du temps partiel chez les professionnels de santé** des CDS. Seuls les assistants dentaires, les techniciens de laboratoire et les manipulateurs d'électroradiologie ont en moyenne respectivement de 86%, 85% et 81% d'ETP par personne.

Sur les **13 740 ETP effectués dans l'ensemble des centres** par les professionnels de santé, 29% (soit 3985) sont des infirmiers et 28% (soit 3 850) sont des assistants dentaires<sup>13</sup> (28%). Avec 3850 assistants dentaires pour quelques 1000 centres dentaires, on voit que **la place des assistants est centrale** dans la ressource humaine de ces centres.

### **Une faible participation des CDS aux missions de service public de santé<sup>14</sup>**

Si les défenseurs des CDS mettent en avant leur mission de service public de qualité en santé, les activités effectives de ces CDS sur les **principales missions sont en réalité plutôt faibles et en tout cas bien inférieures à celles réalisés par les cabinets libéraux.**

Pour la permanence des soins par exemple, les centres de santé ne sont pas tenus légalement d'y participer, alors que tous les autres chirurgiens-dentistes y sont obligés.

Seuls 40% des CDS participent à la permanence des soins, dont essentiellement les centres dentaires (63%). A noter que les quelques 300 centres dentaires sans reporting d'activités participent probablement peu à la PDS. Du fait de la faible part des ETP en personnel médical, **la PDS se fait surtout avec du personnel paramédical.**

Seuls 3% des centres (63) ont déployé de la télémédecine, dont 30 centres dentaires. Un centre sur trois ayant déployé de la télémédecine est francilien.

34 CDS participent à un programme de recherche dont 3 centres dentaires. Ils sont presque tous (82%) franciliens.

La moitié des centres (55%) mènent au moins une action de prévention, dédiée principalement à la vaccination (28% du total des actions de prévention) et à la prévention bucco-dentaire (23%). Alors que les textes spécifient que les centres doivent réaliser des actions de prévention, près d'un centre sur deux ne le fait pas.

---

<sup>12</sup> Source : Observatoire national des Centres de santé - Données 2018

<sup>13</sup> Titre homologué au niveau du bac, s'occupe de l'administratif et de l'assistantat technique. Payé au niveau SMIC en général.

<sup>14</sup> Source : Observatoire national des Centres de santé - Données 2018

Si on prend l'hypothèse que les 300 centres dentaires sans reporting d'activité ne réalisent pas de prévention, on en conclut que plus de la moitié des centres (53%) ne font pas de prévention.

25% des actions de prévention sont effectuées en Ile-de-France.

En 2018, 20% des CDS a mis en œuvre au moins une action d'éducation thérapeutique. Ces actions sont surtout concentrées sur le diabète (43%), le dépistage et l'obésité.

35% des CDS en 2018 ont mis en place au moins une action de promotion de la santé. Ces actions concernent la nutrition et le diabète (19%), les usages de la drogue (18%), l'hygiène bucco-dentaire et de vie (16%) et le cancer (2%).

Par ailleurs les centres de santé ne sont pas tenus réglementairement de participer au service des gardes (article L6323-1-1 ) même si leurs salariés en ont l'obligation déontologique (article R41327-245).

### Une politique de santé favorable au développement des centres de santé

Face à la désertification médicale d'un nombre croissant de territoires depuis plusieurs années, les gouvernements successifs ont fait des centres de santé un remède contre la désertification. A vocation sociale, pratiquant le tiers payant promu par les Pouvoirs Publics, le centre de santé composé de médecins salariés **leur a semblé être une réponse appropriée.**

Ce constat est important à prendre en compte tant la logique du chiffre intervient dans le comportement des Pouvoirs Publics. Afficher une forte croissance du nombre de centres de santé est pour le gouvernement une façon de montrer que sa politique de santé répond à la question de l'accès aux soins. **Peu importe ce que font réellement ces centres de santé. C'est une question d'affichage, il faut faire du chiffre.**

Voici un extrait de masanté2022 :

*« La loi d'organisation et de transformation du système de santé promulguée en juillet dernier permet sans délai :*

- ...
- *D'encourager les coopérations entre professionnels médicaux et soignants grâce à l'application de protocoles simplifiés et à l'entrée en fonction des 50 premiers infirmiers de pratique avancée. Depuis mars 2017, le nombre de maisons de santé pluri professionnelles a progressé de près de 40%, **le nombre de centres de santé médicaux polyvalents a quant à lui augmenté de 25%,***

... »

Ceci explique la pression exercée par le pouvoir politique pour qu'aucun frein ne soit exercé contre le développement des centres de santé. Il n'en demeure pas moins que ce développement se réalise contre l'intérêt des patients et que des dérives graves se déroulent dans ces centres. Un changement de régulation des centres doit être instauré pour mettre fin à ces dérives (voir partie suivante).

## 2.6. Le défi des réseaux de soins

Lors de la négociation de la convention 2019-2023, un des arguments centraux justifiant le 100% santé était le niveau élevé du renoncement aux soins que l'assurance maladie estimait à 17% et qui ne faiblirait pas d'après elle. Or, nous avons vu auparavant que le premier financeur en dentaire était l'assurance maladie complémentaire (AMC), dont la part a nettement progressé de 2010 à 2019, passant de 37% à 40% du financement des dépenses dentaires.

Il serait objectif de creuser la piste d'un éventuel dysfonctionnement de ce financement dont la montée en puissance en dentaire n'a pas amélioré l'accès aux soins d'après les données de l'assurance maladie. Sous la pression des OCAM, les Pouvoirs publics sont tombés dans la facilité et la démagogie de lier les renoncements aux soins avant tout à la liberté tarifaire, que ce soit celle des médecins de secteur 2 que celle des soins prothétiques des dentistes.

Afin de ne pas explorer la réelle cause des renoncements aux soins, le dysfonctionnement du marché des OCAM, il fallait proposer d'autres pistes. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont docilement suivi celles données par les OCAM : **le développement des réseaux de soins et le plafonnement des tarifs des professionnels de santé.**

Deux mesures commandées par les OCAM, qui n'ont pas réglé le problème si on observe les données de l'assurance maladie, qui ont augmenté sensiblement le coût des contrats pour les assurés et qui ont augmenté la part de marché des OCAM. On est loin d'une opération favorable l'intérêt général.

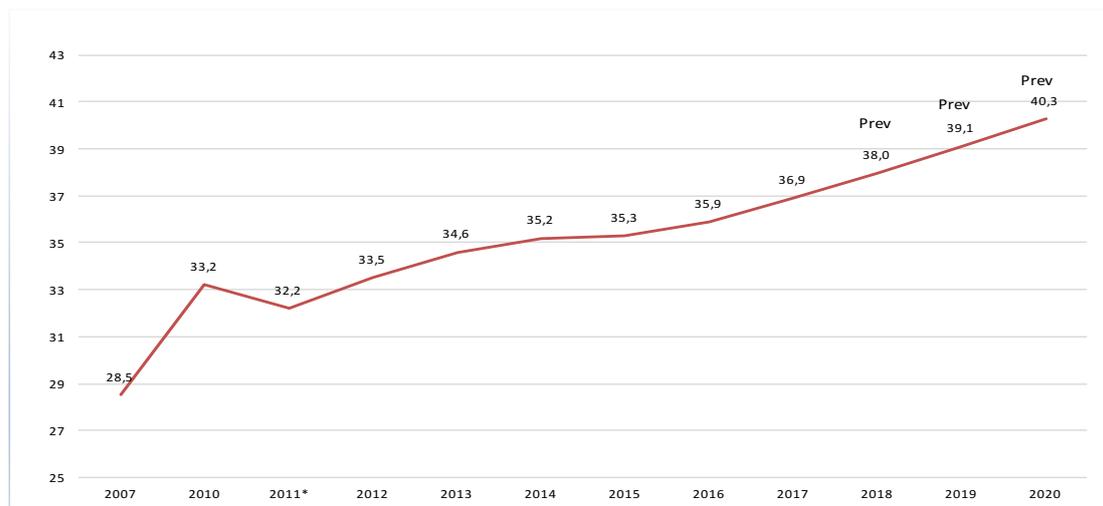
Enfin, la montée en puissance des OCAM dans le financement et la régulation du secteur dentaire est une des causes du développement des centres de santé dentaires associatifs. Les OCAM voient d'un bon œil l'extension d'offres de soins à bas coûts. Les deux systèmes sont des alliés de circonstance.

### 2.6.1. Les dysfonctionnements croissants du marché des OCAM accélèrent les renoncements aux soins

Le marché des complémentaire santé, évalué en cotisations perçues, a augmenté de **près de 3% par an de 2007 à 2017**, pour s'établir 36,9 milliards d'euros en 2017. En

conservant le taux de croissance annuel moyen constant au-delà de 2017, le marché dépassera les 40 milliards d'euros en 2020.

**Graphique 14 : Evolution des cotisations de l'assurance complémentaire santé (en HT, en milliards d'euros)**



\* La contribution de la CMU-C et ACS devient une taxe et n'est plus comptabilisée dans les primes  
 Source : ACPR, Rapports de la Drees, Edition 2019- Calculs Frédéric Bizard

Dans le financement de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM), la part des OCAM a été quasi stable de 2007 à 2017, passant de 13% à 13,1%. Le montant du remboursement de la CSBM par les OCAM s'est établi à 27,3 milliards d'euros en 2018, soit une croissance moyenne de 2,2% depuis 2010, en phase avec la croissance de l'ensemble de la CSBM pendant ces années.

**Tableau 10 : Evolution du marché des OCAM en prestations de santé**

en millions d'euros	2001	2010	2015	2016	2017	2018	Evolution 2010-2018	
							Total	Par an
Mutuelles	8 916	13 053	13 647	13 566	13 371	13 629	4,4%	0,6%
Assurances	2 935	6 035	7 204	7 535	7 725	8 333	38,1%	4,8%
Institutions de prévoyance	2 757	4 223	5 035	5 227	5 226	5 373	27,2%	3,4%
<b>Total</b>	<b>14 608</b>	<b>23 311</b>	<b>25 886</b>	<b>26 328</b>	<b>26 321</b>	<b>27 335</b>	<b>17,3%</b>	<b>2,2%</b>

Source > DREES, comptes de la santé, Editions 2019

Ces données révèlent que la progression annuelle de 3% des cotisations ne provient pas que de la hausse des prestations mais aussi de la hausse des charges de gestion.

### Une forte hausse des frais de gestion

Les frais de gestion des OCAM ont progressé **de plus de 5% par an depuis 2009**, pour atteindre **7,5 Mrds€ en 2018**. Ils dépassent ceux de l'assurance maladie obligatoire en 2018. Alors que ces frais représentaient 37,5% des coûts de gestion totaux du système de santé en 2009, cette part est de **48% en 2018**.

D'ailleurs, cette hausse est responsable de l'intégralité de la hausse des coûts de gestion du système de santé sur la période, sachant que les coûts de gestion de l'Assurance maladie ont baissé de 400 millions en euros courants sur la période (-0,6% par an).

**Tableau 11 : Evolution des frais de gestion des OCAM et du système de santé depuis 2009**

En milliards d'euros, en %	2009	2010	2016	2017	2018	TCAM depuis 2009
Régimes de Sécurité sociale*	7,7	7,6	7,4	7,4	7,3	-0,6%
Organismes complémentaires**	5,1	5,5	7,2	7,3	7,5	5,2%
- Mutuelles	2,7	2,9	3,7	3,6	3,7	4,1%
- Sociétés d'assurances	1,8	1,9	2,5	2,6	4,1	14%
- Institutions de prévoyance	0,6	0,7	1	1	0	-11%
Ministère chargé de la Santé***	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	1,9%
Opérateurs publics****	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	11%
<b>Ensemble</b>	<b>13,6</b>	<b>13,9</b>	<b>15,3</b>	<b>15,5</b>	<b>15,7</b>	<b>1,7%</b>

**Sources** : DREES, comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, comptes de la protection sociale et rapport sur la situation financière des organismes complémentaires ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et annexe 8 du PLFSS pour 2019.

Après les Etats-Unis (ou la part des assureurs privés dans le financement est très élevée), les frais de gestion du système de santé français sont les plus élevés des pays développés. Le financement de la santé par **les assureurs privés est donc très coûteux en dépenses improductives pour les assurés. Il faut le limiter.**

Frais de gestion : une réelle disparité selon les OCAM et une moyenne de 20% des cotisations

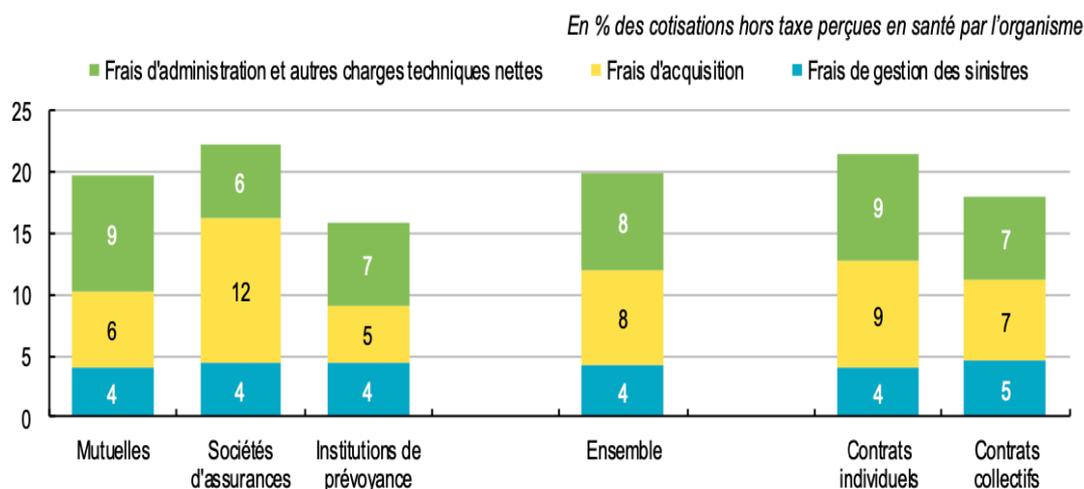
Les coûts de gestion par rapport aux cotisations vont de 16% pour les instituts de prévoyance à 22% pour les sociétés d'assurance. Quant à la nature de ces coûts de gestion, les frais de gestion des sinistres sont de même poids (4% des cotisations) pour les 3 secteurs d'assurance.

En revanche, **les frais d'acquisition** sont deux fois plus élevés pour les sociétés d'assurance qui réalisent leur quête de parts de marché par des dépenses deux fois plus élevées de marketing et de communication (12% vs 6%). Les OCAM ont dépensé en 2018 **trois milliards d'euros de frais de communication**.

Quant aux mutuelles, elles sont suradministrées avec un poids de frais d'administration de 9%, au lieu de 6% pour les sociétés d'assurance. C'est une source importante de perte de compétitivité par rapport aux sociétés d'assurance. Cela limite les mutuelles dans leur capacité de dépenser en frais d'acquisition, ce qui génère un recul de parts de marché au profit des sociétés d'assurance.

Les contrats individuels présentent des coûts de gestion plus importants du fait de coûts d'administrations élevés des mutuelles et des coûts d'acquisition élevés des sociétés d'assurance.

**Graphique 15 : Coût de gestion en santé des OCAM en 2018, selon leur nature.**



**Lecture** > En 2018, les frais de gestion des sinistres représentent 4 % des cotisations collectées en santé (frais de soins), quel que soit le type d'organisme complémentaire.

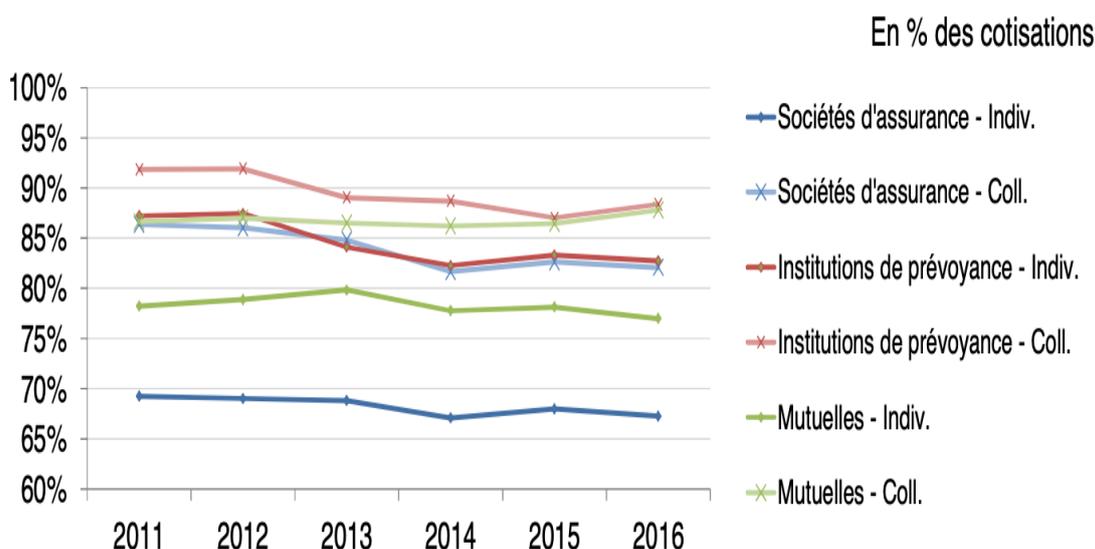
**Sources** > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

### Des conséquences sur la qualité de couverture des contrats

La disparité de coûts de gestion a un impact direct sur la qualité de la couverture du risque par les contrats. On observe en effet **un écart de 20 points** de la qualité du ratio prestations sur cotisations (P/C) entre les contrats individuels des sociétés d'assurance (67%) et les contrats collectifs des instituts de prévoyance (87%) en 2016.

On observe une tendance à la baisse du **ratio prestation sur cotisations pour l'ensemble des contrats depuis 2011**, du fait de la hausse des frais de gestion. Les assurés paient plus cher leurs contrats pour un taux de redistribution des prestations qui baisse. On est bien face à une baisse de l'efficacité assurantielle du système des OCAM dans les années 2010, qui explique en partie l'impuissance à diminuer le renoncement aux soins en dentaire et en optique. Voici une cause réelle du renoncement aux soins dentaires, bien éloignée de la liberté tarifaire des dentistes.

**Graphique 16 : Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat entre 2011 et 2016**



**Lecture :** En 2011, les contrats individuels des mutuelles reversent aux assurés 78 % de leurs cotisations sous forme de prestations.

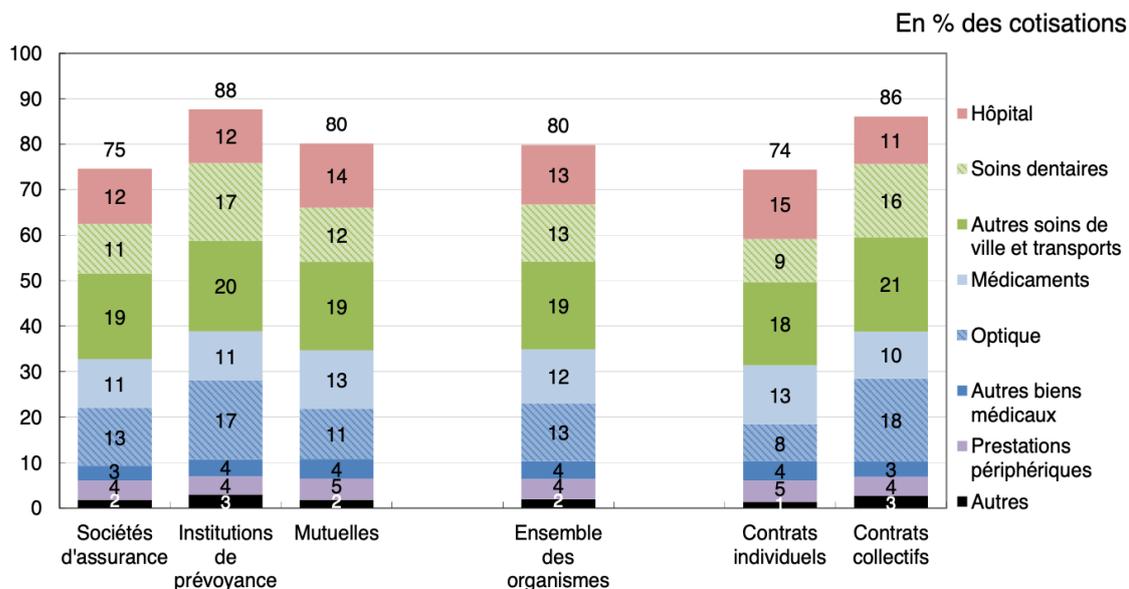
**Champ :** Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

**Source :** ACPR. calculs DREES.

Les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée en soins dentaires et en optique. Pour 100 euros de cotisations, les instituts de prévoyance reversent en moyenne 17 euros en optique et 17 euros en dentaire contre respectivement 11 euros et 12 euros pour les mutuelles et 13 euros et 11 euros pour les sociétés d'assurance.

Le taux de reversement des contrats collectifs est 125% plus élevé en optique (18%) et 78% plus élevé en dentaire (16%) que celui des contrats individuels (8% et 9% respectivement). Les OCAM ont fait de l'optique le produit d'appel de leurs contrats collectifs.

**Graphique 17 : Prestations des OCAM par postes de soins en 2016**



**Note :** Les « prestations périphériques » sont les prestations à la périphérie du système de soins. Elles comportent des prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), des prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.). Les prestations « Autres » comportent les variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins) ainsi que des prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.)

**Champ :** Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

**Source :** ACPR, calculs DREES.

### Une érosion continue de la part des mutuelles dans un marché également partagé entre les contrats collectifs et les contrats individuels

Trois types d'organismes pratiquent une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les instituts de prévoyance. Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont soit des contrats collectifs soit des contrats individuels.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016<sup>15</sup>, les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer une complémentaire santé à leurs salariés et d'en financer au moins la moitié. L'adhésion des salariés est obligatoire, sauf en cas de dispense d'adhésion.

Suite à la généralisation de la complémentaire d'entreprise, le montant total des cotisations des contrats collectifs a augmenté de 11% entre 2015 et 2017 et celui des

<sup>15</sup> Mise en application de l'accord interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 (loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013)

contrats individuels a baissé de 0,7%. Les contrats collectifs représentent 47% des cotisations collectées en 2017.

Du côté des prestations versées, les contrats collectifs pèsent en 2018 pour plus de la majorité avec 52% contre 48% pour les contrats individuels. Outre la hausse des contrats collectifs souscrits depuis l'ANI<sup>16</sup>, ces derniers ont un « *retour sur cotisations* » supérieur aux contrats individuels en matière d'optique et de dentaire ce qui explique leur plus forte part de marché côté prestations que côté cotisations.

**Tableau 12 : Caractéristiques des différents types d'organismes de complémentaire santé en 2017**

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurances
Nombre d'organismes	346	25	103
Part de marché (CA) (en %)	51	18	31
Part de l'activité santé dans le chiffre d'affaires total en 2016 (en %)	85	50	5
Code législatif de référence	Code de la mutualité	Code de la sécurité sociale	Code des assurances
Gouvernance	Assurés sociétaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux (salariés/patronat)	Actionnariat

**Lecture** > En 2017, 346 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 51 % du chiffre d'affaires du marché de la complémentaire santé.

**Champ** > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

**Sources** > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), Fonds CMU.

Les mutuelles sont dédiées majoritairement à l'assurance individuelle en santé (71% de leur chiffre d'affaires, contre 12% pour les instituts de prévoyance et 51% pour les sociétés d'assurance). Les sociétés d'assurance ont une activité équilibrée entre les deux types de contrats.

Le recul des mutuelles en parts de marché, sensible dans les cotisations, l'est aussi dans les prestations. Elles sont les grandes perdantes de l'ANI alors que les sociétés d'assurance sont les grandes gagnantes. Si les mutuelles voient leur part de marché régulièrement s'éroder depuis 2001, le rythme s'accélère depuis 2016.

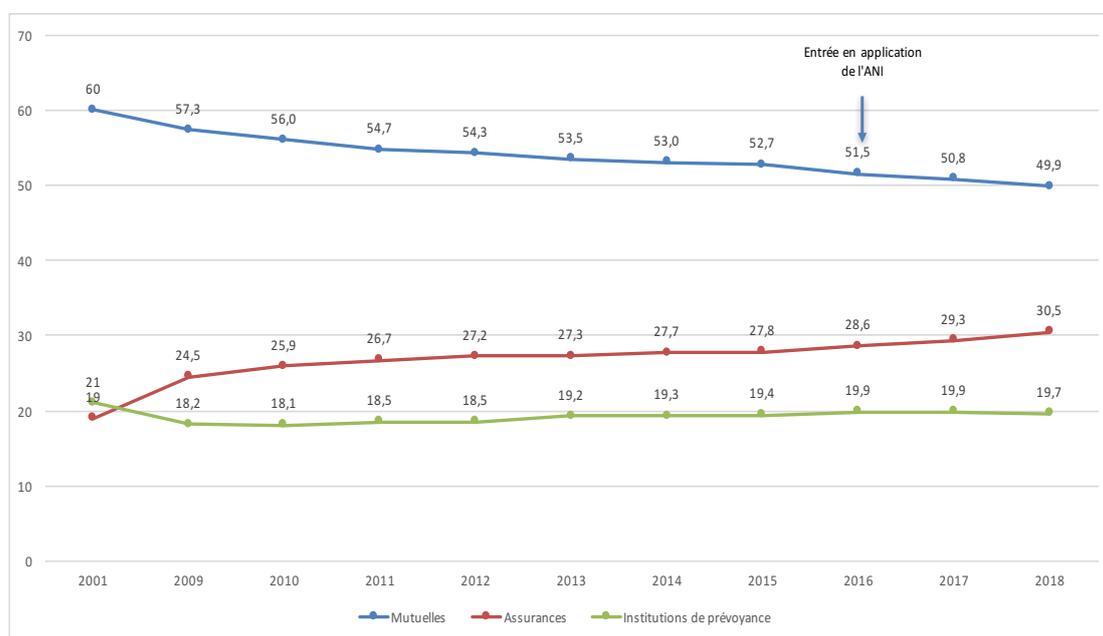
La perte de parts de marché des mutuelles était de l'ordre de -0,4 point par an dans les années 2000, puis -0,6 point de 2011 à 2015, la perte annuelle est de -0,8 point depuis l'ANI de 2016. La part de marché des mutuelles en prestations de santé est passée sous la barre des 50% en 2018.

<sup>16</sup> L'Accord National interprofessionnel est entré en vigueur en 2016, avec notamment l'obligation de souscription à un contrat d'assurance pour tous les salariés.

En parallèle, on assiste à la montée en puissance des sociétés d'assurance qui ont pris deux points de part de marché de 2016 à 2018 et ont dépassé les 30%. Si cette tendance se poursuivait, les sociétés d'assurance seront **la première famille d'assurance santé dès 2030**.

Alors que les mutuelles étaient les seuls organismes d'assurance privés après la création de la sécurité sociale en 1945, alors que les sociétés d'assurance à but lucratif sont arrivées les dernières sur ce marché, leur prise de leadership en 4 décennies est révélatrice de l'évolution du modèle de financement privé des soins courants en France, qui évolue vers une gestion du risque de **plus en plus par la sélection et de moins en moins par la mutualisation**.

**Graphique 18 : Parts de marché par type d'organismes entre 2009 et 2018, en pourcentage des prestations**



Source : DREES, comptes de la santé, Editions 2019

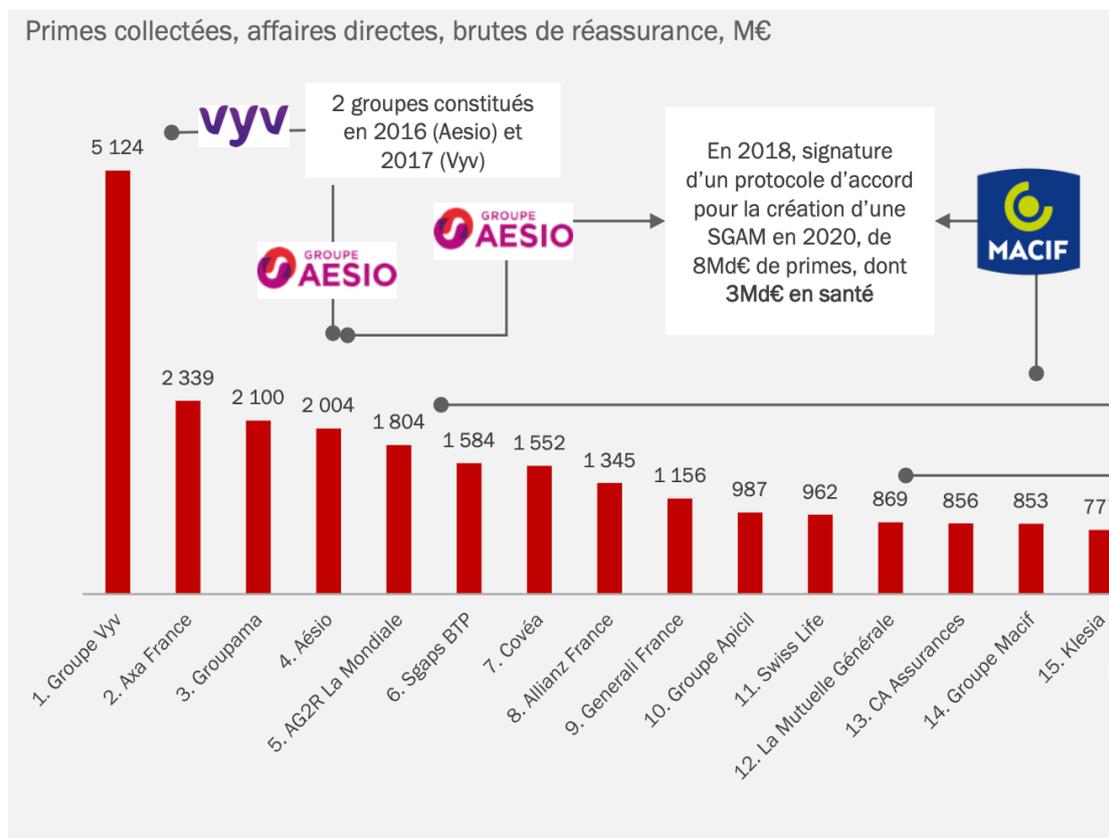
### Une concentration continue du marché de l'assurance santé

Alors que le marché comptait 1702 opérateurs en 2001, il n'y en avait plus que 474 en 2017, dont 346 mutuelles, 103 sociétés d'assurance et 25 institutions de prévoyance. La concurrence et les exigences réglementaires incitent les organismes à fusionner ou les conduisent à se faire absorber.

En 2017, les 20 plus grands organismes d'assurance santé concentraient 52% des cotisations contre 35% en 2006. Ces 20 plus grands opérateurs sont 8 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et 4 instituts de prévoyance. Les 50 plus grands organismes représentent 75% des cotisations en 2017 contre 54% en 2006.

Le graphique suivant montre que les 5 plus grands OCAM pèsent 13,4 milliards d’euros de primes collectées soit 36% du marché et les 15 plus grands représentent 24,3 Milliards d’euros soit deux tiers du marché en 2018.

**Graphique 19 : Les 15 premiers groupes d’assurance santé en 2018 (primes collectées, affaires directes, brutes de réassurance, M€)**



Source : Classement de l'argus de la santé, Etude Les Echos

L’assurance santé et les risques sociaux en général : une activité majeure pour les mutuelles et les instituts de prévoyance et marginale pour les sociétés d’assurance

Les risques sociaux sont des évènements affectant les conditions de vie des ménages en augmentant leurs besoins ou en diminuant leurs revenus (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, pauvreté et exclusion sociale). Ces risques sont d’abord pris en charge par le système de protection sociale et les organismes privés peuvent intervenir en proposant une couverture de second niveau.

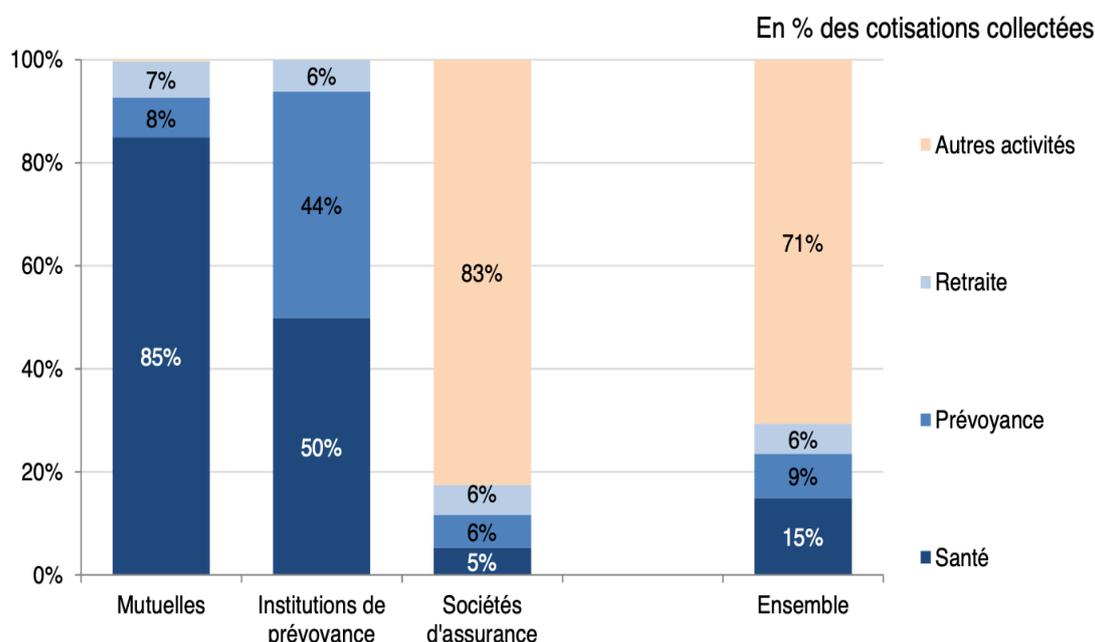
La santé représente l’activité principale de ces risques sociaux avec plus de 50% de cotisations collectées (36 milliards d’euros sur 70 milliards d’euros en 2016). La santé

pèse pour 15% du marché global de l'assurance en France contre 29% pour l'ensemble des risques sociaux<sup>17</sup>.

Même si le code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités, les risques sociaux comptent pour quasiment 100% de leur activité, dont 85% reste dans la santé. Le code de la sécurité sociale ne permet pas aux instituts de prévoyance d'exercer d'autres activités que les risques sociaux, dont 50% est de la santé et 44% de la prévoyance.

Quant aux sociétés d'assurance, les risques sociaux ne pèsent que 17% de leur activité, dont 5% seulement pour la santé. Le code des assurances leur permet en effet de gérer bien d'autres risques comme l'automobile, l'habitation, la responsabilité civile, l'assurance vie...

**Graphique 20 : Répartition de l'activité par type d'organisme en 2016**



**Lecture :** Pour les mutuelles, les cotisations collectées en santé représentent 84 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2015.

**Champ :** Ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016, hors sociétés de réassurance. Affaires directes.

**Source :** ACPR, calculs DREES.

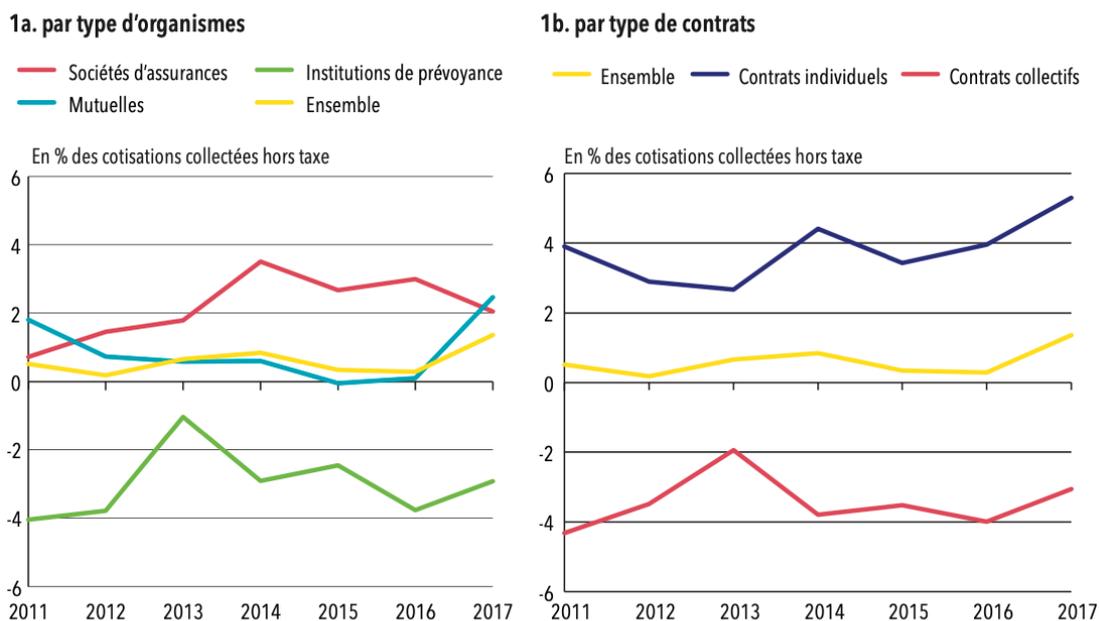
## 2.6.2. Un secteur rentable et des organismes d'assurance très solvables

### Des résultats techniques excédentaires en santé mais hétérogènes

<sup>17</sup> Le marché global de l'assurance a été de 239,4 milliards d'euros de cotisations versées et 187 milliards d'euros de prestations versées en 2016 dont 70 milliards d'euros de couverture des risques sociaux.

Le résultat technique est la différence entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges dégagées par l'activité assurantielle. En 2017, le marché assurantiel en santé a dégagé des excédents de 482 millions d'euros, soit 1,3% des cotisations collectées HT (contre +0,3% en 2016). De 2011 à 2016, toutes les années ont été excédentaires entre 0,2% et 0,8% des cotisations.

**Graphique 21 : Evolution du résultat technique en santé, par type d'organismes et de contrats, entre 2011 et 2017**



**Lecture >** En 2017, le résultat technique des sociétés d'assurances en santé représente 2,0 % des cotisations.

**Champ >** Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

**Source >** ACPR, calculs DREES.

Les résultats sont hétérogènes selon les types de contrats et les familles d'organismes. En 2017, les contrats collectifs sont déficitaires de -3% et ont toujours été dans le rouge entre -3% et -4% depuis 2011. Ce résultat déficitaire ne peut donc pas être attribué à la généralisation de ces contrats en 2016 (ANI). Les contrats individuels sont largement excédentaires depuis 2011, à +5% des cotisations en résultat technique.

On retrouve cette structure de rentabilité à l'échelle des organismes. Les Institutions de prévoyance, majoritairement dédiées aux contrats collectifs, sont dans le rouge constamment depuis 2011, avec une perte de -2,9% en 2017. Il existe une forte corrélation entre leurs résultats techniques et ceux des contrats collectifs.

Les mutuelles, malgré leur prédominance de contrats individuels, ne sont pas plus rentables que les sociétés d'assurance, à l'exception de 2011 et de 2017. Malgré une part de 49% du chiffre d'affaires dans le collectif, les sociétés d'assurance conservent une rentabilité technique permanente et supérieure à 2% depuis 2014.

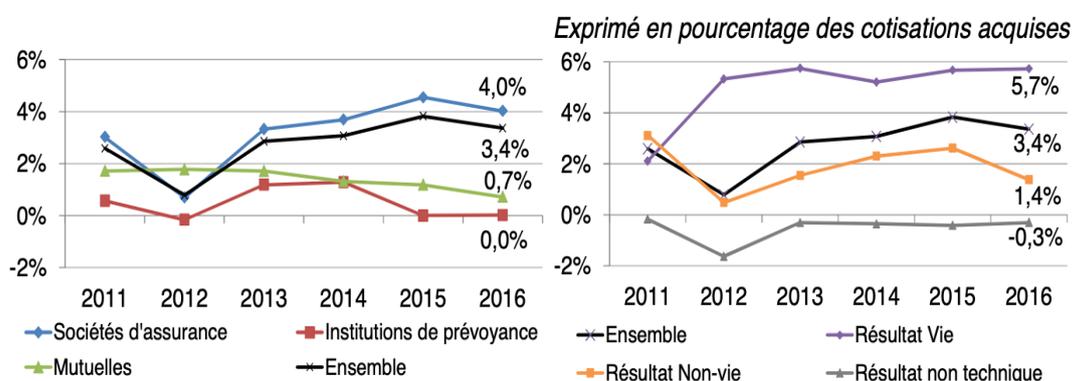
La commercialisation de contrats plus haut de gamme, sur lesquels les frais d'acquisition et d'administration sont mieux amortis, explique en partie cette situation. On observe cependant une érosion de cette rentabilité depuis 2014, explicable en partie par la forte hausse des frais d'acquisition de clients. Dans un marché saturé, la quête de clients se paie au prix fort.

### Un résultat net positif ou nul pour l'ensemble des acteurs du marché

Les excédents ou déficits d'un organisme sur son activité d'assurance santé peuvent être compensés par les résultats de ses autres activités d'assurance et les résultats des placements financiers. La situation financière sur une année donnée s'évalue donc à partir du résultat net total.

Ce dernier reflète l'intégralité de leur activité, qu'elle soit assurantielle (résultats techniques en santé, mais aussi sur tous les autres risques vie ou non-vie) ou non assurantielle (résultat non technique : produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, produits et charges exceptionnels, action sociale, impôt sur les sociétés, participation des salariés, etc.).

**Graphique 22 : Résultat net (toutes activités confondues) entre 2011 et 2016**



**Note :** Cotisations acquises = cotisations collectées + variations des provisions pour cotisations non acquises.

**Lecture :** En 2016, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,4 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités « vie » représentent 5,7 % des cotisations « vie », les excédents des activités non-vie représentent 1,4 % des cotisations « non-vie » et enfin l'activité non-technique accuse un déficit égal à -0,3 % de l'ensemble des cotisations.

**Champ :** Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

**Source :** ACPR, calculs DREES.

Ce sont les sociétés d'assurance qui dégagent le plus d'excédents **avec 4% de résultats nets en 2016 (contre 4,5% en 2015)**. Ces excédents s'expliquent surtout par les autres activités d'assurance, notamment les activités vie<sup>18</sup> (assurance vie, retraite, décès).

<sup>18</sup> Les Assurances Vie correspondent aux assurances dont les primes sont gérées par capitalisation. Cette branche regroupe toutes les assurances dont le risque est lié à la durée de vie de l'assuré (vie, décès,

Pour les mutuelles, dont l'activité santé représente 85% du global, le résultat net est de 0,7% de l'ensemble des cotisations collectées en 2016, proche de celui de 2015 (1,2%). Pour les institutions de prévoyance, les déficits de l'activité santé et autres activités non-vie sont tout juste contrebalancés par les excédents réalisés dans les activités vie et non techniques en 2016.

Au global, les organismes assurantiels ont dégagé des excédents de 3,4% en 2016 (soit 6,2 milliards d'euros) ; leur rentabilité est en croissance depuis 2012.

### **Des réserves abondantes pour des organismes très solvables**

Si le résultat net comptable mesure la performance de l'activité pour une année donnée, c'est le bilan qui va mesurer la solidité financière des organismes dans la durée. La solidité des organismes s'évalue à partir de leurs fonds propres, qui appartiennent aux propriétaires des entreprises.

Inscrits au passif du bilan, ils sont constitués du capital apporté à la création d'une entreprise et du cumul des éventuels excédents ou pertes mis en réserve au fil des années. C'est donc un matelas de sécurité en cas d'imprévues. L'actif représente ce que l'organisme d'assurance possède, alors que le passif est la façon dont cet actif est financé (fonds propres, provisions techniques...). Par construction, le bilan est équilibré.

En raison de la nature de leur activité (du type de risque couvert), ce sont les organismes vie qui possèdent les bilans les plus importants, 1442 milliards d'euros soit dix fois leur chiffre d'affaires. Pour les organismes non-vie, le bilan représente trois fois le chiffre d'affaires. La hiérarchie entre les trois familles d'organismes, en termes de bilans s'explique avant tout par l'importance de leur activité vie.

### **Tableau 13 : Bilan des organismes exerçant une activité santé en 2016**

---

*épargne, retraite...). L'assurance santé est comprise dans les assurances non vie (IARD) dont les primes sont gérés par répartition.*

En milliards d'euros

	Ensemble des organismes	dont			dont	
		Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Organismes Vie	Organismes Non-vie
<b>Total chiffre d'affaires</b>	<b>185</b>	<b>151</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>140</b>	<b>45</b>
Fonds propres	95	68	13	14	67	28
Provisions d'assurance vie	1 110	1 095	14	2	1 110	0
Provisions techniques	197	165	24	8	109	87
Autres passifs	176	162	7	6	156	20
<b>Total passif</b>	<b>1 577</b>	<b>1 490</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>1 442</b>	<b>136</b>
Provisions techniques réassurées	63	51	10	2	46	16
Placements	1 415	1 353	40	22	1 317	98
Autres actifs	100	86	8	6	79	21
<b>Total actif</b>	<b>1 577</b>	<b>1 490</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>1 442</b>	<b>136</b>
<b>Bilan comptable</b>	<b>1 577</b>	<b>1 490</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>1 442</b>	<b>136</b>
Plus-values latentes	165	157	5	3	148	17
<b>Bilan en valeur de marché</b>	<b>1 742</b>	<b>1 648</b>	<b>62</b>	<b>33</b>	<b>1 590</b>	<b>153</b>

**Note** : Le total du chiffre d'affaires correspond aux cotisations collectées pour l'ensemble de l'activité. Le bilan en valeur de marché correspond au total du bilan comptable et des plus-values latentes. La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

**Champ** : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe TSA) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

**Source** : ACPR, calculs DREES.

Les fonds propres des sociétés d'assurance représentent 45% des cotisations collectées, contre 70% pour les mutuelles et 90% pour les institutions de prévoyance. Ces fonds propres pèsent ainsi 5% du passif pour les assurances, 22% pour les instituts de prévoyance et 48% pour les mutuelles.

Près de 90% des ressources de l'actif des organismes d'assurance sont placés (actions, obligations, immobilier, prêts, dépôts), 4% sont données en réassurance et 6% représentent des avoirs en banque et d'autres créances. Ainsi, ces placements génèrent des plus-values latentes qui viennent augmenter le bilan d'environ 10%.

Toutes ces caractéristiques du bilan des organismes privés d'assurance santé nous amènent à démontrer leur grande solvabilité. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le régime solvabilité 2 s'applique et s'impose à la plupart des organismes (ceux de petite taille sont sous solvabilité 1). Deux indicateurs sont utilisés : le **minimum de capital requis** (Minimum capital requirement, MCR) et le **capital de solvabilité requis** (Solvability Capital Requirement, SCR).

Le MCR correspond au minimum de fonds propres nécessaire à un organisme assurantiel pour exercer. Le SCR correspond au montant de fonds propres dont un organisme a besoin pour limiter sa probabilité de faillite à 0,5% par an. La couverture du MCR et du SCR est respectée quand les ratios dépassent la valeur de 100%.

#### **Tableau 14 : Couverture moyenne du MCR et du SCR en 2016 et qualité des fonds propres**

	Couverture du SCR	par des fonds propres de		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ensemble des organismes	215%	89%	10%	1%
Mutuelles	288%	98%	1%	1%
Institutions de prévoyance	233%	93%	5%	2%
Sociétés d'assurance	207%	87%	12%	1%

**Lecture** : En 2016, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 288 % du capital de solvabilité requis (SCR) et sont composés à 98 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

**Champ** : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et soumis au régime Solvabilité 2.

**Source** : ACPR, calculs DREES.

	Couverture du MCR	par des fonds propres de	
		Niveau 1	Niveau 2
Ensemble des organismes	479%	98%	2%
Mutuelles	1013%	100%	0%
Institutions de prévoyance	638%	99%	1%
Sociétés d'assurance	437%	97%	3%

**Lecture** : En 2016, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 1013 % du minimum de capital requis (MCR) et sont composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

**Champ** : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et soumis au régime Solvabilité 2.

**Source** : ACPR, calculs DREES.

Parmi les organismes d'assurance qui ont une activité santé, ce sont les mutuelles qui couvrent le plus largement le SCR (leurs fonds propres représentent 288% du SCR) et le MCR (1013%), suivies par les Institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

En ne considérant que les mutuelles et les Instituts de prévoyance, tout en respectant les ratios prudentiels imposés par Solvabilité 2, **le niveau des réserves surabondantes est supérieur à 15 milliards d'euros en 2016.**

### 2.6.3. Une absence de régulation des plateformes commerciales en continuité avec la faible régulation commerciale et sanitaire des OCAM

La loi de 2004 sur l'Assurance Maladie a donné une place aux OCAM dans la gouvernance du système de soins (création de l'UNOCAM), **sans que soit prévu un système de régulation du secteur.** La création de l'ACPR (autorité de contrôle prudentiel et de résolution) en 2010 fait office de supervision de la solvabilité financière des opérateurs, sans contrôle sérieux de leur activité commerciale.

Il s'ensuit **une grande opacité sur les pratiques commerciales**, avec des contrats incompréhensibles pour les assurés et une présence sur internet trop limitée pour permettre aux usagers de faire jouer efficacement la concurrence. L'émergence des objets connectés, du big data et de l'open data transforme l'exigence de régulation de l'assurance santé en une urgence absolue.

Ce laxisme en matière de régulation se retrouve avec encore plus d'acuité pour les plateformes commerciales (réseaux de soins), filiales des OCAM. Qui supervise l'activité de ces opérateurs qui ne font pas moins que d'orienter les Français dans leur prise en charge chez les professionnels de santé de leur choix et d'imposer à ces mêmes professionnels de santé des protocoles de prise en charge ?

Ces plateformes sont **à la fois juges et parties dans les décisions prises au nom des assurés**, sans aucune supervision d'une autorité indépendante. C'est aussi le cas pour leur utilisation des données de santé et le respect du secret professionnel. Les plateformes reçoivent des devis nominatifs qui leur permettent sans difficulté de connaître les pathologies des patients.

C'est si préoccupant que le sénateur Claude Carle a interpellé Mme Boitard qui représentait la Ministre Touraine le 11 octobre 2016 au Sénat dénonçant « ... *la mise en place d'un système organisé de collecte de données de santé dans le cadre de ces réseaux. Les complémentaires exigent d'eux la transmission des données des assurés, et ce au mépris le plus évident de notre réglementation « informatiques et libertés* <sup>19</sup> ». On pourrait y ajouter au mépris du secret médical et des conséquences sur la sélection des risques.

### **Une médecine institutionnalisée à deux vitesses : une médecine innovante pour les plus aisés et low-cost pour les autres**

Le principe des réseaux de soins institutionnalise la distinction entre une médecine de réseau, de moins bonne qualité et de moins bonne accessibilité, et d'une médecine hors réseau de meilleure qualité. Le législateur dans la loi Le Roux ne s'est pas soucié de modérer cet effet **en limitant par exemple l'ampleur de la modulation des remboursements**.

La médecine des réseaux de soins est inévitablement de moins bonne qualité à terme, notamment à cause des freins à l'innovation que représentent les réseaux de soins. La lourdeur des procédures d'appels d'offres tous les trois ou quatre ans ne sont pas compatibles avec les cycles de l'innovation souvent plus courts. La recherche systématique de prix bas est elle aussi incompatible avec l'innovation qui augmente le prix tout en améliorant le rapport qualité/prix.

L'évolution inévitable de tout réseau vers une **position d'acheteur de soins de plus en plus monopolistique** est contraire au bon fonctionnement d'une économie de l'innovation. La théorie économique<sup>20</sup> a démontré l'effet positif de la concurrence sur l'innovation dans les firmes situées à la frontière technologique. Dès que les plateformes commerciales ont un poids suffisant pour peser sur le marché, elles imposent leur référencement aux dépens de l'innovation. Les fabricants innovants se retrouvent sur des marchés limités, qui seront insuffisants pour rentabiliser leur R&D et les secteurs concernés (dont le dentaire et l'optique) s'éloigneront de la frontière

---

<sup>19</sup> Acuité du 13/10/2016

<sup>20</sup> Voir Philippe Aghion, « *Repenser la croissance économique* » - Collège de France-2016

technologique aux dépens de la qualité de la santé délivrée.

La médecine des réseaux de soins est moins innovante, de moins bonne qualité et potentiellement plus difficile d'accès pour les patients. Par définition, un assuré est membre d'un seul réseau de soins pour tous les types de soins. Or, un réseau de soins en France dispose aujourd'hui en moyenne de moins de 20% des professionnels de santé d'un secteur. Il est donc incapable d'assurer une proximité d'accès sur toute la France, en particulier dans les zones rurales.

En réalité, une capacité d'accès raisonnable avec les réseaux ne peut exister que dans les zones à forte densité de professionnels de santé. Ainsi, **les réseaux aggravent les injustices sociales en matière d'accès à des services de santé de qualité** en réservant l'innovation aux plus aisés, à ceux qui vont dans la médecine hors réseau, et en dégradant l'accès géographique à un professionnel de santé pour ceux qui dépendent des réseaux. La modulation des tarifs crée de l'injustice sociale car elle bloque les classes moyennes et populaires dans les réseaux.

### **Un concept incompatible avec une bonne gestion du risque au XXIème siècle**

Nous avons décrit en première partie le futur modèle de santé à instaurer. Il faut passer à une gestion globale du risque, tout au long du cycle de vie des individus afin de repousser le plus tard possible l'apparition des pathologies et l'entrée dans le système de soins. Il faut passer **du soin à la santé** avec une nouvelle stratégie nationale de santé qui inclut au-delà des soins une politique de maintien en bonne santé.

De ce point de vue, les réseaux, centrés sur les soins (sur l'aval du risque) **sont anachroniques avec l'évolution stratégique de gestion du risque**. Instaurer les réseaux de soins conventionnés dans un système de santé est un handicap majeur au XXIème siècle. Cela conduira à affaiblir considérablement notre système de santé si la France persiste dans cette direction.

### **Un concept incompatible avec les principes fondamentaux de notre système de santé**

Notre système de santé repose sur le triptyque des valeurs républicaines et c'est l'une de ses spécificités par rapport à d'autres systèmes de santé, comme celui des USA ou du Royaume-Uni. Notre système de santé garantit la liberté de choix de son professionnel de santé<sup>21</sup>, l'égalité d'accès à des soins de qualité qui suppose l'indépendance professionnelle des soignants et la solidarité du financement. Les

---

<sup>21</sup> *Un sondage d'opinion way d'Août 2016 montre que 95% des Français sont attachés au libre choix et 88% opposés aux remboursements différenciés.*

réseaux de soins remettent en cause de façon fondamentale ces trois principes.

La liberté de choix de son professionnel de santé est bien, dans le principe même des réseaux, limitée à la liste des professionnels de santé référencés par la plateforme. L'objectif est clair, maintenir le parcours des assurés dans le réseau. Ce n'est pas parce que la taille de ces réseaux est souvent insuffisante pour atteindre cet objectif que ce dernier est remis en cause fondamentalement.

Pour maintenir les assurés dans le réseau, les plateformes augmenteront progressivement la modulation des remboursements, sachant qu'ils n'ont aucune contrainte légale sur l'ampleur de cette modulation. Ce sont bien les plus défavorisés qui sont pris en priorité dans les filets des réseaux, sachant que l'objectif est d'agrandir la taille du filet au maximum. Les Etats-Unis offrent un bon exemple de l'impossibilité de la classe moyenne de se faire soigner hors réseau, et des conséquences désastreuses sur l'inégalité de la prise en charge dans ce pays.

Il est tout aussi incontestable que les réseaux de soins **affaiblissent progressivement l'indépendance professionnelle des soignants**. Là aussi, cette réalité se cristallise au fur et à mesure de la montée en puissance des réseaux. Elle est aujourd'hui plus importante en optique qu'en dentaire et en audioprothèse, mais demain ce sera le cas pour tous les soignants.

Or, cette indépendance professionnelle des soignants est un pilier central de notre système de santé car c'est le gage d'une égalité de prise en charge, quel que soit le revenu du patient. Le réseau a vocation à acheter les soins pour ses assurés. D'une part, il se substitue à l'assuré au nom d'une asymétrie d'information qu'il ne maîtrise pas mieux, d'autre part, il décide des prestations uniquement selon une logique financière. Le soignant est privé de sa mission première qui est d'apporter tous les moyens permis par la science pour prendre en charge le plus efficacement possible chaque assuré, quel que soit son revenu et la qualité de son contrat d'assurance.

C'est donc bien toute la logique solidaire de notre système de santé qui est mise en danger. D'un système unique et identique pour tous, les réseaux de soins conduisent **à autant de systèmes de santé qu'il y a de plateformes commerciales**, de qualités très hétérogènes comme c'est le cas aux Etats-Unis.

Seul l'assuré qui a les moyens de s'extraire des réseaux a la garantie d'être soigné par un professionnel de santé de son choix, qui aura la liberté de choisir le protocole thérapeutique le plus adapté à sa problématique et de l'ajuster au cours du temps selon l'évolution de son état de santé et des innovations thérapeutiques.

#### **2.6.4. Perspectives d'avenir des OCAM**

Les OCAM font face à un risque de renoncement d'une partie de leurs assurés à leurs contrats. Cette tendance est aussi marquée chez les personnes couvertes par un

contrat collectif, malgré leur meilleure couverture. Le panorama 2019 de la Drees révèle qu'un salarié sur cinq déjà couvert par un contrat collectif est insatisfait de sa couverture.

### **Les principaux défis de l'assurance santé complémentaire**

Selon un baromètre FNIM (janvier 2019), 40% des personnes interrogées jugent les prix trop élevés. La forte hausse des tarifs (3% à 5% selon les sources), suite à la mise en place du 100% santé, risque d'augmenter le mécontentement des assurés.

Le marché de l'assurance santé est quasi saturé avec un taux d'équipement qui dépasse les 90%. Même si le taux de couverture a baissé dans certaines catégories comme les étudiants, le potentiel de hausse en volume reste limité. Le marché des seniors est déjà très concurrentiel (même si le jeu concurrentiel est biaisé par l'opacité des contrats).

La digitalisation du secteur représente plutôt un levier de croissance mais reste aussi un défi du fait de l'arrivée potentielle de nouveaux entrants. La santé est un des secteurs de l'assurance où la souscription en ligne est la plus faible et plus généralement où le vecteur Internet est le moins utilisé.

Cela a été longtemps lié à une stratégie des principaux opérateurs de conserver la main sur le choix des assurés en leur donnant un minimum d'information et de choix de contrats. Nul doute que l'assuré de plus en plus digitalisé ne va pas durablement se contenter de cette situation.

Les opérateurs traditionnels prennent le risque que de nouveaux entrants, extérieurs au monde assurantiel, viennent se substituer à eux pour proposer des produits d'assurance santé 100 % digitaux. Même si la production des contrats restera probablement encore chez ces opérateurs historiques, leur distribution risque de leur échapper ce qui mettra une pression croissante sur leurs marges. Les secteurs de la banque et de la finance en général sont depuis plusieurs années challengés par de nouveaux entrants de la fintech.

### **La différenciation par des services à forte valeur ajoutée**

La hausse des tarifs a été régulière ces dernières années et a permis de renforcer la rentabilité du marché. Cependant, elle a un coût en matière de satisfaction des assurés et d'érosion des souscriptions.

**La montée en gamme des contrats** est certainement un levier de croissance plus efficace et plus durable. En sus de la concurrence sur les prix, s'est installée une concurrence sur les services dont nous ne sommes qu'au début de l'histoire. La standardisation croissante des contrats force les opérateurs à déplacer l'intensité concurrentielle et la création de valeur sur les services tels que le tiers payant, les applications mobiles et la téléconsultation.

Face au développement d'un univers services de plus en plus abondant va se poser la question de la propension et de la capacité des clients à accepter des augmentations de tarifs. Les Français ont peu l'habitude de payer en direct les services de santé.

### **Le développement des sur complémentaires et options**

Un contrat de garanties est composé d'un socle qui peut être enrichi par la souscription de renforts correspondant à une option ou à une sur complémentaire. L'option apporte un renfort de garantie au sein du contrat socle, alors que la sur complémentaire est un contrat juridiquement distinct.

D'après la Drees, 2,37 millions de personnes ont souscrit en 2016 une sur complémentaire. Six bénéficiaires sur dix l'ont souscrites chez des mutuelles, malgré le fait que ces contrats de sur complémentaires soient majoritairement (7 fois sur 10) commercialisés en collectif.

En 2017, un quart des salariés dotés d'un contrat collectif ont souscrit un renfort. Ce renfort n'a pas amélioré leur niveau de satisfaction vis-à-vis de leurs remboursements. Les salariés les plus modestes et les plus jeunes souscrivent moins de renfort. La souscription est plus fréquente chez les revenus élevés : 26% de ceux qui gagnent plus de 70 000 euros par an ont souscrit un renfort, contre 10% seulement des plus modestes<sup>22</sup>.

### **Vers l'extension des modèles 100% digitaux**

Dans un souci de simplification des démarches de souscription et de meilleure personnalisation des services, un nombre croissant d'opérateurs travaillent à digitaliser leurs services.

Un exemple de cette évolution est le succès de la seule assurtech qui a aujourd'hui le statut d'assurance, la société ALAN. Elle est spécialisée sur les entreprises et les indépendants. Son offre est 100% en ligne et disponible sur mobile. L'inscription se fait en quelques clics et l'ajout des salariés est facile.

Le contrat intègre de nombreux services innovants : téléconsultation avec la plateforme suédoise Livi, recherche de médecins, outil pour anticiper les remboursements, chatbot, détail des couvertures et carte Alan dans l'application...

---

<sup>22</sup> Drees : *La complémentaire santé*, Edition 2019

## Partie III

# Les principales caractéristiques du cabinet dentaire libéral de 2030

### 3.1. Concevoir un environnement de marché favorable au cabinet dentaire de 2030

En complément de la vision macro-économique évoqué en partie I, nous allons suggérer des recommandations sur la régulation des centres de santé dentaires et les réseaux de soins conventionnés des OCAM. Même si l'évolution de la régulation dépend en grande partie des Pouvoirs Publics, elle ne sera possible que si elle est portée par la profession dentaire dans sa globalité. Il s'agit **d'un enjeu de société** pour permettre aux générations présentes et à venir de disposer d'une santé bucco-dentaire de grande qualité.

#### 3.1.1. Dix recommandations pour réguler les centres dentaires associatifs

##### RECOMMANDATION 1

###### **Tirer la sonnette d'alarme sur les dérives des centres dentaires associatifs et demander une régulation adéquate pour protéger les patients**

Sans remettre en cause l'intérêt de diversifier l'offre de soins dentaires à l'aide de centres de santé dont la vocation sociale première offre une complémentarité utile aux cabinets libéraux, il faut attirer l'attention des Pouvoirs Publics sur une montée en puissance des dérives concernant la sécurité et la qualité des soins pour les patients d'une part et un modèle économique à vocation purement commerciale et très éloignée du statut associatif qui sous-tend à ces centres d'autre part.

Plus tôt sera la prise de conscience collective des dérives et risques pour la collectivité de la législation actuelle et de l'absence de contrôle de ces centres, mieux ça sera. Une analyse des plaintes reçues par les Ordres pourrait être utile pour qualifier et quantifier ces dérives.

##### RECOMMANDATION 2

###### **Rétablir le dossier d'agrément et du rapport d'activités**

Face aux dérives qui mettent en danger la sécurité sanitaire bucco-dentaire de la population, qui renchérissent les coûts pour la collectivité et qui ne comblent pas le problème de la désertification médicale de certains territoires, il apparaît indispensable de rétablir la situation juridique d'avant la loi HPST.

Cette recommandation vise à s'assurer à l'aide d'une visite de conformité et d'un dossier d'agrément ex-ante l'ouverture d'un centre dentaire associatif que les moyens matériels et humains soient respectés pour assurer une médecine dentaire de qualité, que le lieu géographique soit pertinent. Le rapport d'activités permettra de suivre le périmètre de soins effectués et si les missions de santé publique sont bien effectuées.

### RECOMMANDATION 3

#### **Permettre au Conseil de l'Ordre d'effectuer sa mission de contrôle & harmoniser le code de déontologie à tous les exercices**

L'incapacité juridique de l'instance de régulation principale de la profession à contrôler les centres de santé dans lesquelles exercent des chirurgiens-dentistes est une faille majeure à la régulation des centres dentaires qui doit être corrigée.

A ce jour, le Conseil de l'Ordre ne peut pas contrôler et sanctionner une personne morale type centre dentaire associatif (CDA) mais seulement les professionnels qui y travaillent. Ces derniers étant salariés et sous lien de subordination avec la direction du centre, ils échappent en partie au contrôle du CO.

Le code de déontologie a été élaboré pour protéger les patients des dérives des libéraux, ayant été écrit à une époque dans laquelle les libéraux représentaient l'immense majorité des praticiens. Il ne protège pas les patients des centres de santé.

Il conviendrait d'imposer que les contrats signés par les associations des centres de santé soient transmis à l'ARS et au conseil de l'ordre, comme c'est le cas pour les libéraux.

Soit il faut permettre au Conseil de l'Ordre de le faire à partir du moment où la personne morale a un objet social clairement médico-dentaire. Soit il faut rendre obligatoire la mise en place d'un directeur de centre chirurgien-dentiste inscrit à l'Ordre, avec une obligation de répondre des dérives de ses subordonnées

Cette évolution de la réglementation doit aussi permettre la réalisation de l'inspection confraternelle dans les centres dentaires au moment de l'ouverture du centre.

### RECOMMANDATION 4

#### **Interdiction pour un professionnel de santé condamné pour fraude fiscale et sociale d'ouvrir ou une interdiction d'exercer de diriger un centre**

Il a été constaté que des professionnels de santé interdits d'exercice temporairement ou définitivement réintégraient la profession en ouvrant des centres dentaires associatifs. C'est un contournement de la peine et une forme indirect d'exercice malgré l'interdiction.

Pour l'ensemble de la profession, cette opportunité diminue fortement la dissuasion de ne pas frauder si une fois condamnés, les praticiens peuvent continuer à vivre confortablement de l'exercice de chirurgien par des centres dentaires associatifs. Le sentiment d'impunité généré par cette situation est très dommageable pour la sécurité des soins et l'image de la profession.

## **RECOMMANDATION 5**

### **Obligation de publication de comptes annuels certifiés pour les CDA**

La plupart des dérives ont été observées au sein de structures associatives. Celles-ci ont la particularité de n'avoir pas d'obligations de publication de comptes certifiés par un expert-comptable agréé.

Il faut rendre obligatoire la publication de comptes annuels de l'association dont la vocation est la prestation de services de santé dentaire à des fins sociales et médicales. Une grande partie des dépenses générées par les centres dentaires associatifs est constituée d'argent public de la sécurité sociale via le remboursement des soins et des subventions. Il apparaît totalement justifié que les CPAM puissent vérifier la bonne utilisation de ses fonds.

Comme toute structure qui reçoit des fonds publics, le bon usage de ces fonds doit pouvoir être contrôlé. La publication de ces comptes annuels sera aussi un moyen pour l'Etat de contrôler tout risque de fraude et d'évasion fiscale dans ces structures.

## **RECOMMANDATION 6**

### **Obligation de publication des bilans d'activités auprès des CPAM**

On a vu que plus de 300 centres de santé, majoritairement des centres dentaires associatifs selon l'ATIH, n'avaient pas publié leur rapport d'activité en 2018. Il est indispensable que ce rapport soit transmis chaque année, notamment à la CPAM qui devrait avoir la mission de s'assurer de la pertinence de l'activité réalisée.

Cette déclaration devra comporter les actes NR pour vérifier que ces centres réalisent comme cela est prévu réglementairement des actes remboursables à titre principal.

Cette obligation de publication est aussi un moyen de tenir à jour la démographie des centres et leur activité.

## **RECOMMANDATION 7**

### **Inspection de l'activité par les CPAM**

Il s'avère que l'activité de contrôle des centres de santé est nettement moins dynamique que pour les cabinets dentaires libéraux. Or, nous avons constaté que les dépenses par praticiens sont plus de 40% supérieures et que les doléances y sont cinq fois supérieures. Cette discrimination des contrôles au profit des centres est donc totalement injustifiée et est contre l'intérêt des patients.

Il doit être inscrit dans la loi que toute structure de soins dentaires, libérale ou associative, doit être supervisée selon les mêmes règles, comme c'est le cas pour les établissements hospitaliers qui ont les mêmes règles en matière de certification et de contrôle.

## **RECOMMANDATION 8**

### **Obligation des centres dentaires de souscrire une RCP médicale**

Certains centres dentaires associatifs souscrivent des RCP d'entreprise qui ne prennent pas en charge les dommages causés par des soins de mauvaise qualité et des erreurs médicales. Ils sont ainsi déresponsabilisés des conséquences financières de leurs pratiques.

Il faut obliger chaque centre dentaire à souscrire une RCP médicale qui couvre la pratique de chaque salarié. C'est une mesure d'équité entre les confrères et de protection financière des patients de ces centres.

## **RECOMMANDATION 9**

### **Incorporation dans l'atlas démographique de l'activité des praticiens salariés**

Il est très difficile aujourd'hui de connaître le nom et le rôle des praticiens salariés dans les centres de santé. Les contrats de travail permettent de connaître le démarrage d'une activité d'un salarié mais pas si celui-ci exerce encore 6 mois après. Face au turn-over important du personnel de ces centres, il est indispensable d'avoir un suivi plus rigoureux.

Pour cela, chaque centre devrait transmettre à l'ordre la liste des praticiens exerçant dans le centre au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## **RECOMMANDATION 10**

### **Obligation d'être Chirurgien-dentiste inscrit à l'Ordre pour diriger un centre dentaire**

Pour les centres de santé réalisant une activité essentiellement dentaire (plus de 80% de leur activité), le directeur doit être un chirurgien-dentiste inscrit à l'ordre et doit exercer au moins à temps partiel dans le centre.

En effet, si un praticien n'est pas inscrit à l'ordre, ce dernier n'a aucun pouvoir disciplinaire à son endroit.

### **3.1.2. Trois recommandations pour une régulation des réseaux de soins des OCAM au profit de l'intérêt général**

Comme évoqué en partie II, la relation de connivence entre les OCAM et les centres de santé impliquent que réguler les centres de santé dentaires sans réguler les OCAM serait incomplet. Cette régulation des OCAM vise à améliorer le fonctionnement du marché assurantiel privé au bénéfice des assurés et à garantir l'indépendance professionnelle des dentistes et l'existence d'une concurrence loyale et éthique.

#### **RECOMMANDATION 1**

##### **Garantir la transparence du marché des OCAM**

Les OCAM investissent dans les réseaux de façon à mieux maîtriser leurs dépenses de remboursements et prétendent que le modèle fonctionne bien. Pour que les effets positifs des réseaux sur les OCAM soient répercutés sur le consommateur final et que celui-ci choisisse son contrat de façon éclairée, il faut que la concurrence entre les OCAM se fasse sur des bases transparentes. Nous sommes loin du compte.

Ni le libellé abscons des garanties, ni le manque de disponibilité des offres de façon dématérialisée, ni les pratiques commerciales ne permettent aux assurés de comparer les offres disponibles sur le marché et de faire un choix éclairé de son contrat d'assurance santé. Maintenir de l'opacité sur le marché est un des combats des familles d'assurance tant cela leur permet de freiner le fonctionnement de la concurrence à leur profit.

##### **Les dérives sur l'opacité sont souvent dénoncées**

L'UFC que choisir réalise régulièrement des études sur les tarifs, les frais de gestion et la lisibilité des contrats des OCAM. Dans leur étude de Juin 2018<sup>23</sup>, le manque de transparence est la première critique de l'UFC que choisir. Cette forme d'opacité « *empêche largement la comparaison* » entre les contrats affirme l'UFC.

Les engagements de l'UNOCAM (qui regroupe les trois familles d'assureurs santé) de 2010 sur les bonnes pratiques « *sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé* » ne sont pas tenus selon l'UFC. Selon l'UFC, en 2018, aucun organisme ne respecte intégralement le glossaire prévu pour faciliter la compréhension des contrats. Et près des trois quarts des complémentaires continuent à ne pas distinguer les remboursements de la sécu et les leurs. Pour plus de la moitié des OCAM, aucune

---

<sup>23</sup> « Une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive », UFC que choisir, Service des études, Juin 2018, [disponible ici](#)

référence n'indique à quoi se rapportent les pourcentages inscrits dans les tableaux de garantie.

L'UFC<sup>24</sup> estime que le grand nombre d'organismes d'assurance « ne permet pas une concurrence au bénéfice des consommateurs ... L'étude des plaquettes et devis de 29 des plus importants acteurs de la place montre ainsi que 80 % des OCAM n'utilisent pas le vocabulaire commun défini, 38 % jouent de la confusion entre les remboursements de l'assurance maladie et les remboursements complémentaires dont ils ont la charge...Au-delà de l'aspect concurrentiel, la lisibilité des garanties est aussi une exigence de loyauté vis-à-vis des assurés, et un gage de meilleur accès aux soins, si les consommateurs connaissent à l'avance leurs droits ».

### **De nouveaux engagements en 2018... sans mesure contraignante réelle pour les faire appliquer**

L'adage en politique sur les promesses pendant la campagne présidentielle qui n'engagent que ceux qui les écoutent se vérifie très bien avec les engagements des OCAM en matière de lisibilité des contrats comme des frais de gestion.

Le jeu des engagements à plus de lisibilité a refait son apparition en 2018 dans le cadre de la réforme du reste à charge zéro. Il aurait été facile d'intégrer dans le contexte de la loi (la loi de financement de la sécurité sociale 2019 pour le 100% santé) des modalités de lisibilité des garanties mais il a été préféré de nouveau de laisser le secteur prendre des engagements.

En février 2019, les instances représentatives du secteur (UNOCAM, FNMF, FFA, CTIP) ont signé un texte dans lequel elles s'engagent à une meilleure lisibilité de leurs garanties.

### **Inscrire dans la loi des conditions permettant une transparence suffisante pour le bon fonctionnement de la concurrence entre OCAM**

Afin de permettre la comparaison des différents contrats d'assurance santé sur le plan des garanties et de tarifs, il faut inscrire dans la loi un certain nombre de mesures simples comme par exemple :

- Une harmonisation complète des libellés des postes de garantie ;
- La publication d'exemples communs incluant les actes et prestations les plus courants en indiquant les tarifs et les remboursements en euros ;
- L'obligation de publier sur le web l'ensemble de l'offre de contrats de chaque OCAM ;

---

<sup>24</sup> Idem P 2

- La création d'un comparateur public (du type de celui des banques) permettant aux assurés de comparer les tarifs et les garanties de chaque OCAM, ainsi que les frais de gestion.

L'incapacité pour les assurés de comparer les contrats des OCAM rend encore plus illusoire la possibilité d'apprécier les caractéristiques des réseaux de soins auxquels les OCAM sont liés.

## **RECOMMANDATION 2**

### **Supprimer ou au moins réguler la pratique du remboursement différencié**

Avant la mise en place du 100% santé début 2020, la pratique du remboursement différencié représentait en moyenne autour de 20% des montants des remboursements, sachant qu'il existe une grande hétérogénéité des pratiques selon les OCAM.

L'entrée en vigueur du 100% santé supprime la principale raison de l'assuré de consulter un dentiste du réseau plutôt qu'un dentiste hors réseau : disposer d'un produit sans reste à charge. La contrepartie principale d'un réseau pour les dentistes étant l'apport de clientèle, le remboursement différencié risque d'augmenter ce qui pourrait en faire une pratique anti-concurrentielle en limitant l'accès à l'ensemble du marché de certains assurés.

Que ce soit pour respecter la légalité encadrant les réseaux de soins (loi Le Roux notamment) et le bon fonctionnement concurrentiel du marché, il est nécessaire, suite à l'avènement du 100% santé, de supprimer la pratique du remboursement différencié ou au moins l'encadrer. Pour que cette deuxième option s'applique réellement, cet encadrement doit être clairement défini et inscrit dans la loi.

## **RECOMMANDATION 3**

### **Protéger les données de santé des assurés**

La législation sur les données de santé, avec le fort développement du digital dans la société, a sensiblement évolué depuis 2009 dans un sens tendant à renforcer la protection des droits du consommateur. Il apparaît que la régulation des OCAM et de leurs réseaux de soins n'a pas suivi ce renforcement de la protection de données. .

### **Un besoin de régulation forte des données de santé**

Le système de santé français, comme la plupart des systèmes de santé dans le monde au moins pour l'assurance de base, interdit la sélection du risque. Il existe de fortes inégalités entre individus pour la santé. Ainsi, sans régulation, les effets de solidarité joueraient peu. La tentation de tout assureur de sélection des « *bons risques* » est d'autant plus grande que la moitié des dépenses de santé de sécurité sociale est portée par 5% des assurés.

Toute connaissance d'un assureur, grâce au big data, de la probabilité élevée d'un individu de développer une pathologie lourde le conduirait à ne pas l'assurer ou alors à un coût prohibitif pour l'assuré. La possibilité pour les assureurs de cibler les risques faibles et de leur proposer des conditions plus avantageuses que les autres risques conduit au modèle américain de santé avec de profondes inégalités dans l'accès aux soins. Selon « *l'effet Hirshleifer*<sup>25</sup> », l'information tue l'assurance.

### **Délimiter clairement et sécuriser les données à caractère médical et personnel recueillies par les réseaux**

Les données de santé sont recueillies par les réseaux de soins pour le compte des OCAM dans une grande opacité, facilitée par une régulation faible. Les réseaux colligent et traitent des quantités colossales de données clients de nature administrative, financière et médicale. La mission IGAS avait déjà en 2017 « *identifié des zones de flou qui mériteraient d'être clarifiées, concernant tant les modalités de recueil des données, que leurs conditions de transmission, d'utilisation et de stockage* ».

Le règlement RGPD européen (2016/679) prévoit explicitement que les OCAM démontrent qu'ils ont explicitement obtenu le consentement des personnes dans la transmission des données. Face à la pluralité des pratiques en la matière par les réseaux, il est nécessaire de renforcer le droit et de l'uniformiser dans un sens qui renforce la protection des données personnelles de santé des usagers. Il doit être interdit toute clause dans les conventions entre les professionnels de santé et les **plateformes faisant un lien entre la demande de remboursement et le consentement des assurés.**

Un certain flou quant à la qualité juridique et la finalité d'usage des réseaux de soins et des opérateurs de tiers payant existe par rapport aux données de santé. Il n'est pas toujours clair si les plateformes sont des hébergeurs ou si elles utilisent des sous-traitants. L'utilisation commerciale des données de santé concernées apparaît bien réelle par ces plateformes<sup>26</sup>, ce qui pose aussi des questions juridiques. La bonne information des usagers sur cet usage commercial et le contrôle de cet usage commercial doivent être renforcés.

---

<sup>25</sup> Jack Hirshleifer : « *The Private and social value of information and the reward to inventive activity* », *American economic review*, 1971, vol 61, p561-564.

<sup>26</sup> Exemple de l'accord de partenariat entre Viamedis santé et UFC Que Choisir du 07/07/2015

### 3.2. Faire du chirurgien-dentiste un acteur reconnu de santé publique

La corrélation entre la **bonne santé bucco-dentaire et la santé globale a été largement démontrée dans la littérature**. A titre d'exemple, la parodontite augmente le risque d'un certain nombre de maladies parmi les plus coûteuses. La plupart du temps, ces maladies sont liées à des bactéries associées aux parodontites qui pénètrent dans la circulation sanguine et favorisent le développement de maladies de toute autre nature.

Entre autres, la parodontite augmente de 34% le risque de développer une maladie cardio-vasculaire<sup>27</sup>, de 27% le risque de mortalité par cancer sur l'ensemble de la population<sup>28</sup>, dérégule le diabète et augmente la résistance à l'insuline.

A l'inverse, un détartrage une fois par an diminue de 25% le risque d'accident cardio-vasculaire et de 13% celui d'AVC<sup>29</sup>.

Au-delà de cet impact sanitaire majeur, la santé bucco-dentaire impacte sensiblement le bien-être social. Elle influence sur la qualité de vie générale des individus, aussi bien dans leurs relations sociales, leur vie sexuelle que leur capacité à s'alimenter correctement.

L'absence de dents non remplacée est perçue négativement par la société, comme l'a révélé l'expression des « *sans-dents* » de l'ancien Président de la République Hollande. La qualité de sa dentition a ainsi une influence sur sa confiance en soi, sa relation avec les autres et aussi sa valeur économique, si on considère sa capacité à convaincre lors d'un entretien d'embauche.

#### **Un faible recours aux chirurgiens-dentistes et dans un contexte d'urgence**

La France est marquée par un taux de recours aux chirurgiens-dentistes (% de personnes ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année) nettement plus faible que nombre de pays européens. Ainsi, **43% des Français ont recours au moins une fois par an** à un chirurgien-dentiste contre 71% des anglais, 71% des Allemands, 72% des Suédois, 80% des Hollandais et 85% des Danois<sup>30</sup>.

Ce faible taux de recours illustre la nature avant tout curative des soins dentaires dans l'esprit des Français. On va chez le dentiste avant tout pour traiter une situation douloureuse plutôt que pour des raisons préventives. Seulement 37% des Français consultent un dentiste de manière préventive contre 69% au Danemark. L'urgence est le motif de consultation dans 31% des cas contre seulement 13% au Danemark<sup>31</sup>. Ce

<sup>27</sup> Blaizot 2009 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774803>

<sup>28</sup> Heikkilä 2018 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.31254/full>

<sup>29</sup> Chen 2011 [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00089-7/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00089-7/fulltext)

<sup>30</sup> Council of European Chief Dental officers, CECDO datasheet 2014

<sup>31</sup> Eurobaromètre 2010 :

[http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf)

motif fréquent de consultation induit également que nombre de personnes en France arrivent chez le dentiste avec des dents très abimées, ce qui va générer des soins prothétiques.

Cela conduit à un recours aux soins conservateurs bien plus faible en France (53%) par rapport à des pays comme l'Allemagne et la Suède, où le volume de soins conservateurs sur l'ensemble des soins dentaires est respectivement de 75% et 94%<sup>32</sup>.

### **Faire de la dentisterie une composante forte et reconnue de la santé publique et du chirurgien-dentiste un acteur fondamental de cette santé publique en France**

Le changement de paradigme medico-économique passe par une prise de conscience collective de l'importance de la santé bucco-dentaire pour son état de santé général, pour sa vie sociale et pour la qualité de son vieillissement. C'est donc bien un changement culturel qu'il faut inculquer dans la société vis-à-vis de la dentisterie.

Ce changement culturel doit être transversal au sein de la population et atteindre aussi les dirigeants du système de santé. Nous allons voir les évolutions en termes de modes de paiement et d'organisation des cabinets qui sont nécessaires.

Cependant, il faut fixer des **objectifs sanitaires liés au dentaire et mettre en place un observatoire de la santé dentaire** qui permettent de l'évaluer efficacement et périodiquement. Il n'y a actuellement pas de surveillance régulière du statut dentaire de la population infantile en France.

L'indice CAO qui mesure le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, était de 1,23 à 12 ans avec 56% des enfants sans carie. Ce résultat place la France dans une position moyenne en Europe. Cependant, ces mesures ont été réalisées début des années 2000 et 2010, mettant en cause leur exactitude<sup>33</sup>.

Positionner le **chirurgien-dentiste comme un acteur de santé publique** est un objectif stratégique pour l'avenir de la profession, pour la réussite du changement de modèle (curatif vers préventif) et **pour la conservation du dentaire dans le financement de l'assurance maladie**.

Dans un nouveau modèle de santé (voir partie I) qui donnera aux professionnels de santé une responsabilité populationnelle au sein de territoires de santé, ce rôle de santé publique sera déterminant pour renforcer la place du chirurgien-dentiste dans ce nouveau modèle. L'avenir du cabinet dentaire libéral doit donc être pensé avec l'objectif de relever ce défi avec succès.

---

<sup>32</sup> DREES 2013 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>

<sup>33</sup> TRAVER 2014, *Etat bucco-dentaire des jeunes participants au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD)*. *Santé Publique*. 2014, 26. 481- 490p. ROLAND 2006. *Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6,9 et 12 ans des Centres d'examen de santé*. *Inf Dent*. 2006, 88 (33). 2011- 2016p

### 3.3. Concevoir un modèle économique vertueux de santé publique

#### 3.3.1. Instaurer un programme et un mode de paiement dédié à la prévention primaire

Le modèle allemand offre un bon exemple de réussite de mise place d'un modèle de services dédiés à la prévention bucco-dentaire. Les programmes de prévention en Allemagne ciblent particulièrement, les enfants, les personnes âgées et handicapées et les personnes à faibles revenus.

La **prévention individuelle** distingue deux catégories d'âge :

- Les enfants de 0 à 72 mois ayant droit à 9 consultations sur cette période ;

Les enfants de 6 à 18 ans ayant droit à deux visites par an chez le dentiste.

La **prévention collective** est destinée aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans. Une à quatre fois par ans, les dentistes dispensent des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, effectuent des dépistages de caries et peuvent aussi réaliser de traitements au fluor si nécessaire. Il est estimé qu'au moins 80% des enfants allemands jusqu'à 12 ans participent à ce programme.

Pour les personnes âgées et handicapées, une prise en charge des frais de déplacement permet aux dentistes de consulter sur les lieux de résidence des patients.

L'impact favorable sur le santé bucco-dentaire des Allemands a été très net. Ces programmes ont été mis en place à partir de la fin des années 80. Partant d'une situation plus défavorable que la France en 1989, avec un indice CAO chez les enfants de 12 ans de 4,9 contre 4,2 pour la France, cet indice était de 0,5 en 2014, soit l'un des meilleurs au monde<sup>34</sup>.

On pourrait citer aussi les modèles danois et suédois qui sont aussi aujourd'hui à dominance préventive.

La négociation conventionnelle de 2018 n'a ni instauré de financement pour la prévention primaire ni permis de rendre les soins conservateurs suffisamment rentables pour compenser la perte de marge sur les soins prothétiques. Il devrait s'en suivre inévitablement une hausse des volumes de soins prothétiques et/ou une dégradation de la qualité pour comprimer les coûts de production. C'est notamment

---

<sup>34</sup> BZAEK [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung\\_DMS\\_V.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf)

ce qui s'est passé au Canada à la fin des années 2000 suite à la fixation de plafonds irréalistes<sup>35</sup>.

Pour instaurer un modèle médico-économique préventif performant, il est nécessaire de déterminer un cahier des charges le plus précis et complet possible sur les besoins de prévention majeurs de la population. Le modèle allemand peut servir de base de référence, ainsi que ce qui se fait et ce qui a déjà été proposé par certaines institutions en France.

### *L'échec du programme M'T dents*

Les Pouvoirs Publics ne sont pas restés inactifs pour tenter d'instaurer un modèle préventif mais comme souvent le petit pas privilégié au grand saut en avant se traduit par une absence d'impact systémique. Le programme *M'T dents* n'a pas eu d'impact significatif ni sur les comportements individuels ni sur le modèle médico-économique des dentistes.

D'abord, le cœur du modèle préventif tourne autour de la prévention primaire qui est largement ignoré par le programme *M'T dents*. La prévention collective est très faible. Aucune action de dépistage dans le milieu scolaire n'est réalisée à l'échelon national. Il consiste en une visite de dépistage prise en charge à 100% par la sécurité sociale chez les femmes enceintes et chez les enfants de 6,9,12,15 et 18 ans.

Ensuite, le taux de participation n'étant que de 35%<sup>36</sup>, l'impact quantitatif est trop faible. A titre de comparaison, 43% des Français consultent au moins une fois un dentiste dans l'année<sup>37</sup>. Si on ajoute à cela que les populations défavorisées socio-économiquement y participent moins que les populations aisées, on voit que le programme manque sa cible.

Enfin, le rythme trisannuel de visites est inadapté à une prise en charge préventive efficace qui consiste en une visite annuelle chez le dentiste à partir de 6 ans.

### *Instaurer un parcours prévention (collective) hors du cabinet dentaire*

Le Val-de-Marne a mis en place dès 1991 un programme de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 1 à 11 ans, qui comprend des actions de sensibilisation

---

<sup>35</sup> Trésor Eco 2008 p.6-7 <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/326885>

<sup>36</sup> CNAM 2012

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/29052013\\_DP\\_\\_MT\\_dents\\_VDEF.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP__MT_dents_VDEF.pdf)

<sup>37</sup> DREES 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

chez les femmes enceintes. Tout au long de l'année, les dentistes du département interviennent auprès des différents publics. Dans les crèches et les centres PMI départementaux, les jeunes enfants et leurs familles sont sensibilisés aux bons gestes d'hygiène bucco-dentaire.

En école primaire, des actions ludiques de prévention sont proposées auprès de 20 000 enfants scolarisés en grande section de maternelle, CP, CM1 dans les 18 villes conventionnées avec le département.

Au collège, dans le cadre du projet « *Mordre la vie à pleine dents !* » des animations sont organisées dans les classes de 6ème ou 5ème. Elles permettent notamment de faire le lien entre l'alimentation des adolescents et adolescentes et la santé bucco-dentaire. Chaque année plus de de 3 000 collégiens et collégiennes sont concernés par ce dispositif.

Enfin, les dentistes du département effectuent des formations au sein des centres de formation professionnelle. L'objectif est de sensibiliser les équipes professionnelles travaillant auprès des jeunes enfants, des adolescentes et des adolescents, au sein des crèches, centres de PMI, associations, milieux scolaires, instituts médico-éducatifs –(IME), etc

Ce programme contribue à la bonne santé bucco-dentaire des habitants du département. 74,5% des 5-6 ans et 80,1% des enfants âgés de 12 ans ont une bonne santé dentaire selon les chiffres 2015 du département.

Dans le nouveau modèle de santé esquissé en première partie, **les départements sont amenés à devenir la cheville ouvrière de la prévention à tout âge** (et pas seulement pour les PMI). Ce type de prévention bucco-dentaire collectif devrait être généralisée à tous les départements.

Le Dr Eric Lenfant a aussi conçu un programme de prévention bucco-dentaire sous forme de bande dessinée avec trois messages clés à relayer par le dentiste, les parents et les enseignants :

- Lavez-vous les dents ;
- Ne mangez pas n'importe quoi ;
- Consultez votre dentiste tous les ans.

En termes de financement, cette prévention collective pourrait être financée par les départements, avec des subventions de la région si besoin. La stratégie de prévention collective bucco-dentaire doit être nationale, avec une déclinaison régionale en fonction des spécificités locales. L'opérateur est le département.

*Instaurer un parcours prévention (individuelle) dans le cabinet dentaire*

L'objectif de la prévention individuelle chez l'enfant est **de prévenir les caries et les maladies parodontales** afin d'optimiser la qualité de vie de chacun. Pour les premières, il s'agit de préserver l'organe dentaire et toutes les fonctions. Pour les secondes, il s'agit de maintenir une bouche fonctionnelle avec le plus grand nombre possible de dents naturelles et de prévenir des conséquences des parodontopathies sur les pathologies générales.

Cette prévention est à réaliser à tout âge mais celle des caries est impérieuse pendant l'enfance (5-18 ans) et celle des parodontopathies sur la population du jeune adulte (20-30 ans).

Parmi les réflexions déjà engagées sur le sujet, nous reprendrons celle du syndicat FSDL présentée le 10 novembre 2017 lors de la dernière négociation conventionnelle<sup>38</sup>. Elle semble faire largement consensus et même si certains pourraient souhaiter l'amender, elle représente une base de travail robuste.

Le syndicat distingue **une consultation principale** préventive carie ou paro d'une durée d'1h30 et **une consultation de suivi annuel** (2 à 4 fois 30mn). La consultation principale comprend les actions suivantes : anamnèse, bilan radio, enquête alimentaire, éducation à la santé orale, enseignement à l'hygiène orale, actes techniques associés (fluoration/sealant, détartrage). La consultation de suivi annuel comprend l'anamnèse, le bilan radio, l'évaluation des acquis et des modifications de comportements de santé orale (alimentation, hygiène orale), les actes techniques associés (fluoration/sealant, détartrage).

Les cibles à privilégier sont les 5/18 ans (11,58 millions de personnes en 2020) et les personnes souffrant d'une ou plusieurs affections de longue durée (13,4 millions de personnes en 2019). Pour les premières, l'objectif est de disposer de 28 dents saines et fonctionnelles à 18 ans dans 10 ans. Pour les secondes, il s'agit de diminuer les conséquences des pathologies buccales sur les maladies systémiques.

En prenant en compte les coûts horaires de fonctionnement d'un cabinet, la FSDL propose **un forfait de 300 euros par patient pour la consultation prévention principale et de 240 euros par an par patient** pour la consultation de prévention de suivi.

La fréquence suggérée est de **une fois tous les 5 ans** pour la consultation principale de prévention carie ou pro et **un forfait par an** (2 à 4 visites en fonction des moyens) entre 2 consultations principales.

En termes de financement, nous recommandons dans le nouveau modèle la mise en place d'un financement à **un seul financeur par prestation de santé**, en remplacement du modèle mixte que nous connaissons actuellement. Nous pensons que les missions de prévention bucco-dentaires individuelles doivent être financées par l'assurance maladie uniquement car on est sur une mission de santé publique

---

<sup>38</sup> Présentation FSDL datée du 10/11/2017, intitulée « Prévention, qualité, pertinence ».

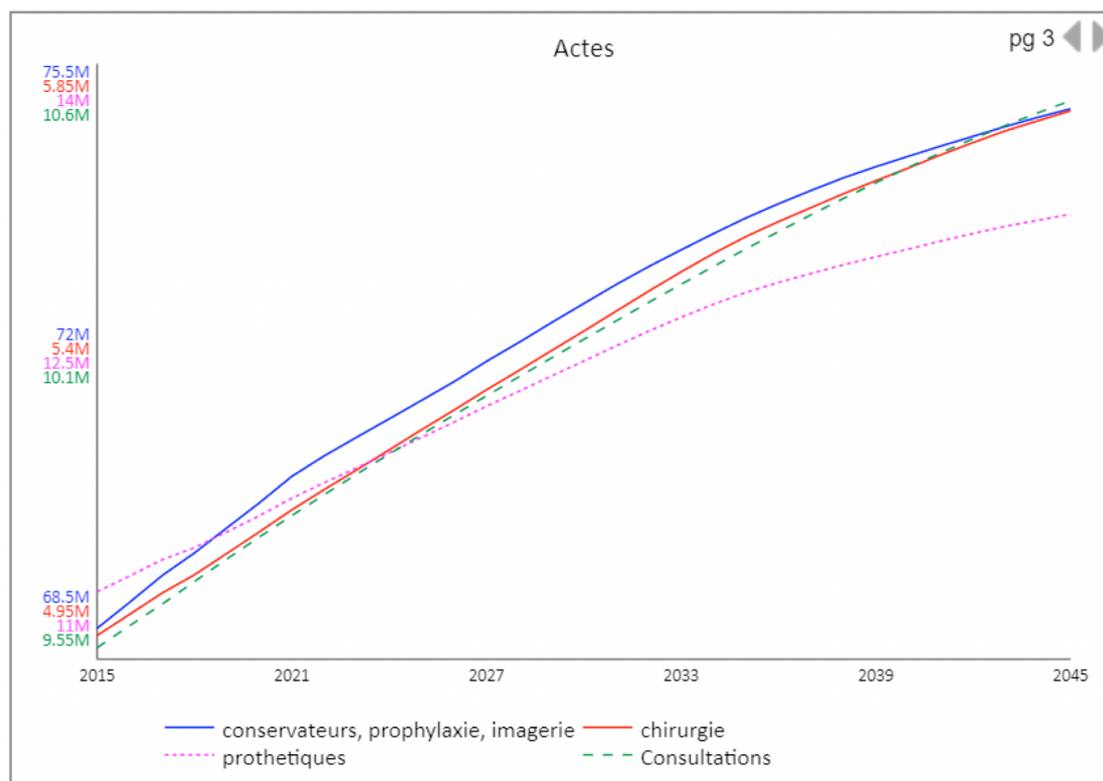


Le coût d’instauration d’un tel programme bucco-dentaire dédié aux enfants et adolescents est compris entre **1,4 et 2,4 milliards d’euros par an**, dont 25% pour la consultation de prévention principale et 75% pour les consultations de suivi. Ce coût représente un investissement dédié à améliorer l’état de santé bucco-dentaire des Français. Sur le court terme, il doit se traduire par une baisse progressive des besoins en soins conservateurs. Sur le long terme, les besoins en soins prothétiques baisseront.

Cette dernière affirmation est tirée de l’expérience allemande qui a démontré que le modèle préventif générerait une baisse significative des besoins en soins prothétiques. Pour la France, l’URPS ARA CD a fait réaliser à la société Complexio (logiciel Epsilon) une étude à partir d’un modèle prospectif de dynamique des systèmes sur l’impact du modèle préventif sur l’évolution du volume d’actes prothétiques.

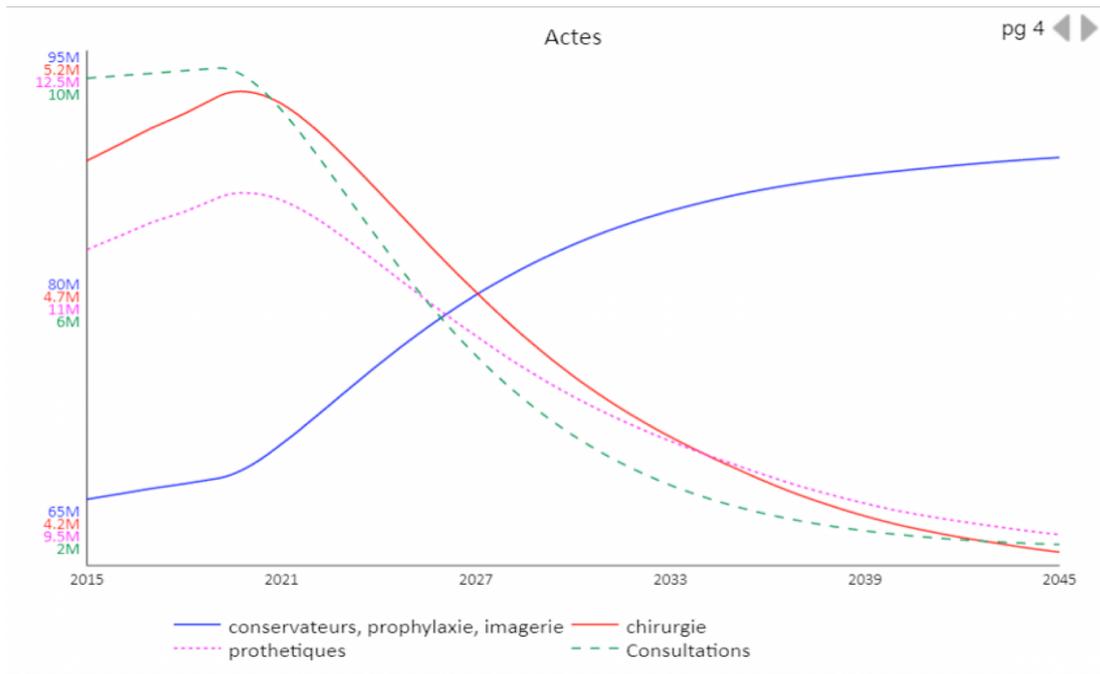
Les graphiques suivants montrent que le modèle préventif permet de diminuer **de 4 millions en 7 ans le nombre d’actes curatifs**.

**Graphique 22 : Scénario tendanciel des actes dentaires sans changement de modèle**



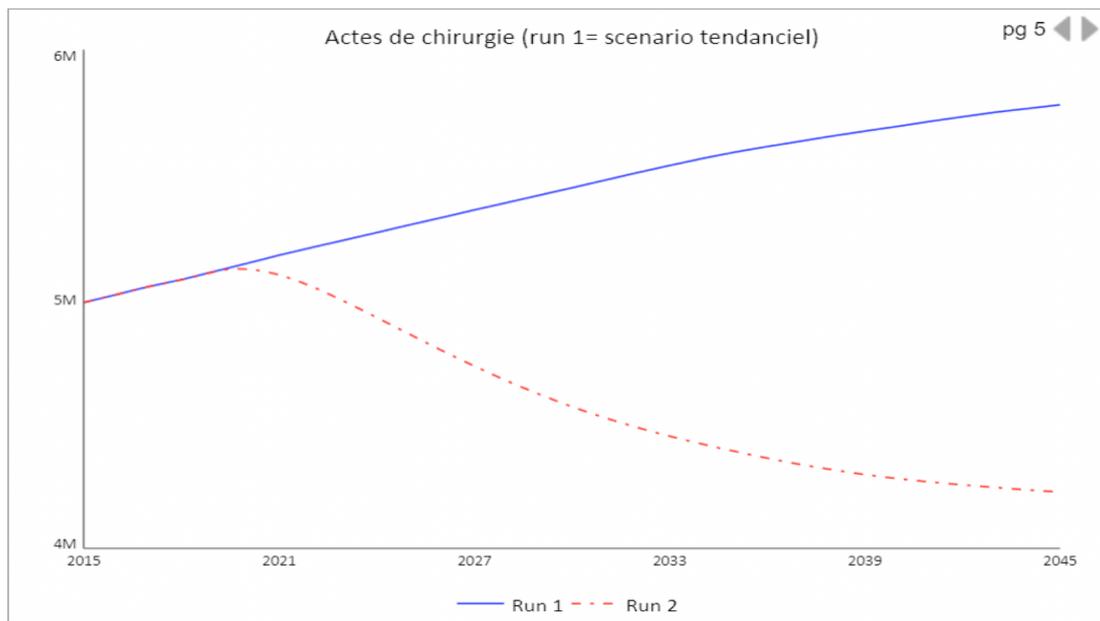
Source : Etude Complexio pour l’URPS ARA CD-2020

**Graphique 23 : Scenario tendanciel des actes dentaires avec le modèle préventif**



Source : Etude Complexio pour l'URPS ARA CD-2020

**Graphique 24 : Comparaison entre le scénario tendanciel et le scénario préventif**



Source : Etude Complexio pour l'URPS ARA CD-2020

### La rentabilité du programme de prévention doit inclure les coûts indirects d'une mauvaise santé bucco-dentaire

L'impact économique d'une mauvaise santé bucco-dentaire dépasse largement les coûts directs qui sont mesurés par la Drees chaque année. Il faut inclure les coûts liés à la perte de productivité des actifs, les arrêts de travail générés par les pathologies dentaires, ainsi que les coûts des pathologies générées par cette mauvaise santé.

L'organisation mondiale de la santé a estimé qu'en Europe Occidentale, les coûts indirects de la mauvaise santé bucco-dentaire **représentaient 56,5% des coûts directs<sup>39</sup>, soit 6,7 Mrds€ en 2019**. L'impact économique du programme de prévention individuelle représente selon le taux de recours 20% à 35% des coûts indirects, ce qui semble très raisonnable. La compensation des coûts du programme de prévention par une baisse des coûts indirects est plausible.

En effet, la baisse de ces coûts indirects dans un contexte de santé bucco-dentaire est quasi mécanique. La mise en place d'un programme de prévention individuelle bucco-dentaire chez les patients ALD serait aussi utile pour augmenter l'impact sur ces coûts indirects.

**Tableau 16 : Evaluation des coûts indirects et totaux de la santé bucco-dentaire**

ME, %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2010	TCAM
Dépenses globales												
Coûts directs	9999	10289	10490	10606	10600	10774	11108	11325	11498	11786	18%	2,0%
Coûts indirects	5649	5813	5927	5992	5989	6087	6276	6399	6496	6659	18%	2,0%
Coûts totaux	15648	16102	16417	16598	16589	16861	17384	17724	17994	18445	18%	2,0%

Source: Les dépenses de santé en 2019-Edition 2020- Drees- OMS pour coûts indirects- Claculs F Bizard

<sup>39</sup> Righolt 2018 [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

### 3.3.2. Réévaluer les soins conservateurs et endodontiques

Nous avons vu que les tarifs des soins conservateurs sont nettement en –dessous des coûts de revient, même après la revalorisation de la dernière convention. Il est reconnu que les actes conservateurs sont efficaces pour diminuer le recours à des actes coûteux comme les prothèses.

Outre leur valeur inférieure au prix de revient, ils sont 3 à 4 fois plus inférieurs aux tarifs pratiqués en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suède<sup>40</sup>.

La réévaluation des soins conservateurs en France à hauteur de la moyenne des tarifs européens coûterait de 1,5 milliard d'euros sur une année entière d'application. Nous avons vu antérieurement qu'un modèle vertueux de prévention primaire et secondaire générerait mécaniquement une baisse des soins curatifs coûteux.

Il serait pertinent de proposer une revalorisation progressive sur 5 ans visant à atteindre des tarifs cibles à l'issue de cette période sur les soins conservateurs et les traitements endodontiques. Cette mesure serait accompagnée d'un suivi annuel de la consommation de soins curatifs et des économies générées sur ce segment.

L'évolution du modèle économique tel que proposée est une condition indispensable pour évoluer vers un modèle préventif. Cependant, ce basculement ne se fera que si un projet global est instauré comprenant la mise en place d'assistants dentaires de niveau 2 et une évolution organisationnelle des cabinets.

---

<sup>40</sup> *Tarifs France (CCAM), Tarifs allemands calculés sur la base de la nomenclature BEMA-Z 2016, pour une valeur arrondie de 1 point = 1 euro. (KZBV, 2016) et sur la nomenclature GOZ (PKV, 2014), Tarifs suédois issus de la nomenclature suédoise (REFERENSPRISER FÖR DET STATLIGA TANDVÅRDSSTÖDET TLVFS2015:1), Coût de revient des soins en France: J.DEMOY, Quels sont les coûts réels des actes conservateurs et endodontiques? *Inf. Dent*; 3, vol. 99, 2017*

### 3.4. Un personnel dédié à cette prévention primaire : l'assistant dentaire qualifié de niveau 2

Le basculement vers un modèle préventif implique nécessairement la reconnaissance d'un nouveau métier. C'est en discussion en France depuis plusieurs années et existe déjà dans 23 pays sur les 27 de l'UE et en Suisse. Même s'il faut laisser la libre organisation de son cabinet dentaire à chaque chirurgien-dentiste, avec la possibilité pour ce dernier de réaliser les actes de prévention, il est un fait que **le chirurgien-dentiste est trop qualifié pour exercer de façon étendue cette activité** d'une part et que le bon modèle économique nécessite un acteur moins qualifié et moins coûteux d'autre part. Pour avoir une vision précise des missions remplies par ces assistants dentaires et de leur formation, prenons le cas de la Suisse.

#### Les hygiénistes dentaires en Suisse

La profession d'hygiéniste dentaire fait partie des professions dites médico-thérapeutiques en Suisse. L'hygiéniste dentaire membre de l'équipe soignante est généralement employée par un cabinet dentaire privé. Elle peut également exercer sa profession dans les homes, les hôpitaux, les cliniques dentaires scolaires ou universitaires ou travailler en tant qu'hygiéniste dentaire indépendante. Certaines d'entre elles se consacrent à l'enseignement dans les écoles d'hygiénistes dentaires.

L'activité professionnelle de l'hygiéniste dentaire a pour but principal de permettre à des patients de tous âges de préserver ou de retrouver leur santé bucco-dentaire. A cet effet, l'hygiéniste dentaire :

- Informe les patients sur les causes et les conséquences des affections dentaires et parodontales; informe les patients sur les techniques et les moyens qui leur permettent de prévenir les maladies bucco-dentaires et leur apprend à les mettre en œuvre ;
- Donne des conseils alimentaires en rapport avec la santé ;
- Procède à l'examen clinique des patients (notamment au moyen de radiographies) en accordant une attention toute particulière aux dépôts de plaque et de tartre, aux modifications de la muqueuse, aux lésions carieuses, au degré d'inflammation de la gencive et aux poches parodontales ;
- Établit des plans de traitement avec le médecin-dentiste et le patient ;
- Élimine les dépôts de tartre ;
- Polit les obturations et élimine d'éventuels débordements ;
- Procède à des fluorations en recourant à différentes méthodes ;
- Procède au blanchiment des dents ;
- Participe à des actions de santé publique en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (médecins-dentistes ou autres) ;

- Effectue certains travaux administratifs dans le cadre du cabinet dentaire.

Il existe 3 conditions d'admission :

- Avoir au moins 18 ans
- Formation professionnelle ou titre de fin d'études secondaire II
- Réussite du test d'aptitude (test d'aptitude manuelle, d'aptitude à apprendre et de personnalité)

La formation dure trois ans et porte sur les domaines suivants :

- **Première année :**

Acquisition de connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la prise en charge de patients y compris l'approche psychologique et la gestion de la relation, développement de la dextérité sur modèles, entre élèves puis avec des patients et stages d'observation de courte durée en cabinet.

- **Deuxième année :**

Approfondissement et mise en pratique des connaissances théoriques, traitement de patients à la clinique de l'école d'hygiénistes dentaires, stages pratiques de courte durée en institution sociale.

- **Troisième année :**

Année de stage en institution ou cabinet privé (quatre jours par semaine).

La réussite de l'examen final permet d'obtenir le diplôme décerné par l'établissement de formation. Il est contresigné et enregistré par la Croix-Rouge suisse (CRS) et reconnu à l'échelon fédéral en vertu de l'art. 75 de l'ordonnance sur la formation professionnelle.

### **Une évolution possible et souhaitable en France**

L'entrée en vigueur de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles de janvier 2016 aurait dû accélérer la mise en place en France des assistants dentaires de niveau 2. Il n'y a toujours pas de consensus large sur le contenu de la formation et les missions précises que pourraient exercer cet assistant dentaire de niveau 2.

De façon générale, le nombre d'assistants dentaires par dentiste est parmi les plus faible en France des pays européens. Avec 0,5 assistant dentaire par dentiste, la France est loin de l'Allemagne (2,6), de l'Italie (2,1), des Pays-Bas (2,2) et même du Royaume-Uni (1,5)<sup>41</sup>.

Outre l'absence d'un financement dédié à la prévention, qui est une condition sine qua non pour faire émerger le métier d'assistant dentaire de niveau 2, **c'est la notion d'équipe dentaire** qui doit se développer davantage en France. **Ceci implique une meilleure répartition des tâches entre les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires pour générer un gain médical significatif** et permettre aux premiers de se concentrer sur les actes nécessitant une plus grande technicité. Ce transfert de compétences permettrait probablement aussi de prendre plus de patients.

Pour être largement accepté par les chirurgiens-dentistes libéraux et pour renforcer la place de ces derniers dans la santé bucco-dentaire en France, il semble impératif que ces assistants dentaires de niveau 2 restent **sous la responsabilité du chirurgien-dentiste, sans possibilité d'exercice libéral de cette profession** pour éviter les dérives (bar à sourire...).

---

<sup>41</sup> CED 2015

### 3.5. Un cabinet dentaire libéral du futur à géométrie variable

Nous avons vu en partie II que l'exercice libéral s'était tassé légèrement ces dernières années passant de 90% (libéral pur et mixte) en 2012 à 87% en 2018 (80% de libéral pur et 7% de mixte). La hausse de l'exercice salarié s'explique principalement par le fort développement des centres de santé associatifs.

S'il serait excessif de parler de désenchantement de l'exercice libéral en dentisterie de la nouvelle génération au vu des chiffres, il semble exister un risque de renoncement d'une partie de celle-ci à l'exercice libéral si le cabinet dentaire libéral de demain n'était pas suffisamment attractif.

La loi permet aujourd'hui à un chirurgien-dentiste libéral de disposer d'un collaborateur libéral par cabinet. S'il veut augmenter sa taille, il a le choix entre salarié d'autres confrères ou créer une société d'exercice libéral et associer autant de collègues qu'il le souhaite.

#### **La juste taille est celle que choisissent les professionnels**

Les pouvoirs publics incitent les professionnels de santé médicaux à se regrouper afin de mieux coordonner la prise en charge des patients et améliorer la qualité de services. C'est ainsi que les maisons de santé pluridisciplinaires sont fortement promues.

Il est vrai que la mutualisation de certains coûts de fonctions supports et de l'immobilier va dans le sens d'un regroupement de plusieurs professionnels dans un cabinet. Il est vrai aussi que les opportunités d'échange d'expertise et de dialogue entre confrères sont des facteurs favorables au regroupement.

La pluralité facilite aussi le remplacement d'un confrère malade ou en vacances. Il est enfin vrai que la pluralité des professionnels permet de couvrir un champ d'activités médicales plus larges, ce qui peut favoriser le recrutement de patients.

Cependant, on sait aussi que plus la taille des cabinets est élevée plus les charges fixes sont élevées, ce qui peut rendre plus délicate la soutenabilité économique. L'exemple des centres de santé associatifs montre que le modèle peut dériver vers une mercantilisation outrancière de l'activité médicale. **Aucune étude sérieuse n'a démontré que la qualité des soins était meilleure dans les cabinets de grande taille.** Le futur cabinet dentaire libéral est à inscrire sur le plan médico-économique dans **une logique d'efficience et non de volumes.**

La question du type d'association se pose. Notre recommandation est clairement de choisir une association claire au sein d'une société d'exercice libérale. A titre d'exemple, 3 associés qui s'installent en même temps dans le même cabinet disposent

d'un tiers des parts chacun (la moitié si deux, un quart si 4...). Il peut y avoir une répartition inégale des parts si les associés l'estiment justifiés.

Ces dernières années ont vu se développer des associations à minima entre un chirurgien-dentiste détenteur de son cabinet dentaire et des confrères libéraux qui étaient associés à un peu de part, type 1 ou 2% du capital. Outre le risque fiscal qui pèse sur ce type d'association, ce type d'association déséquilibrée, motivée avant tout par des raisons comptables (charges salariales) ne représentent pas le modèle d'avenir à encourager.

Il est souvent évoqué de changer la réglementation qui limite le nombre de collaborateur à un seul. C'est une solution sous réserve de faire coïncider cette évolution avec une révision à la hausse du plafond des revenus de collaboration non soumis à la TVA (actuellement de 30 000 euros). **On pourrait imaginer que d'autoriser le passage à 2 ou 3 collaborateurs tout en conservant ce plafond de 30 000 euros par collaborateur** serait intéressant (soit 90 000 euros pour 3 collaborateurs).

Si la notion de collaborateur a été imaginée pour permettre à un jeune dentiste d'exercer quelques années avec un confrère plus expérimenté afin de prendre sa place, elle reste intéressante pour une jeune génération qui n'a pas toujours envie de s'engager dans une association capitalistique, privilégiant son équilibre de vie. La féminisation de la profession est aussi à prendre en compte.

Ainsi, laisser le choix entre une association équilibrée au sein d'un cabinet libéral ou un exercice libéral en tant que collaborateur sans participation capitalistique nous semble un bon compromis. Cela offre une vraie liberté de choix entre deux formes d'exercice proche mais aux enjeux différents tout en garantissant que chaque professionnel soit bien médicalement et éthiquement responsable de ses actes devant les différentes juridictions.

Le capital des cabinets dentaire doit rester professionnel pour éviter les dérives décrites dans les centres de santé dentaires.

### **Différencier zones rurales et métropoles**

Que ce soit la taille du cabinet ou la spécialisation technique des professionnels y exerçant, le contexte est très différent selon la situation géographique. Un chirurgien-dentiste souhaitant évoluer vers une hyper spécialisation de son exercice au sein d'un cabinet dentaire de grande taille s'installera dans une métropole.

A l'inverse, un chirurgien-dentiste souhaitant rester omnipraticien et dans un cabinet de petite taille sera plus en adéquation avec le contexte d'une zone rurale. Cette différence d'adaptation des structures et des pratiques selon le contexte territorial exige de permettre au futur **cabinet dentaire libéral de disposer d'une grande flexibilité dans sa structure, sa pratique et son organisation.**

## **La qualité de la relation patient est un déterminant prédominant de la réussite du cabinet dentaire libéral**

Une caractéristique de la médecine dentaire est de servir des besoins qui commencent à la grossesse et qui se poursuivent toute la durée de vie de la personne. Cette fidélisation de la patientèle est déjà une réalité de l'exercice libéral de nombreux praticiens, ce qui réduit d'ailleurs sensiblement leur capacité à prendre de nouveaux patients.

Le basculement vers un modèle préventif doit accentuer cette prédominance de la relation patient de longue durée en dentisterie. Cependant, ce qui était assez « naturel » chez les dentistes libéraux doit devenir stratégique et partie intégrante d'un plan d'actions qui visent à améliorer en permanence cette relation.

Le force de la relation patient est la meilleure arme contre les risques d'ubérisation de la profession dans certains soins et les risques de concurrence déloyale qui visent à détourner de la patientèle des cabinets libéraux.

Cette importance de la relation patient renforce **la souplesse à laisser dans l'organisation et la structuration des cabinets dentaires**. Que le cabinet soit de petite taille ou de grande taille, c'est la qualité de la relation qui fera le succès de l'exercice libéral pratiqué.

Enfin, cette relation patient implique un renforcement des liens entre les chirurgiens-dentistes et les autres professionnels de santé. Ceci devrait être favorisé par l'émergence d'un nouveau modèle de santé qui devrait donner une **responsabilité populationnelle et territoriale à tous les professionnels de santé**.

### 3.6. Formation-Qualité-Ethique

Cette partie concerne les dispositions internes à la profession pour renforcer l'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes, garantir un haut niveau de délivrance des soins dentaires sur tout le territoire, lutter contre la concurrence déloyale et conserver un haut niveau d'éthique dans le secteur.

#### **Garantir un niveau de formation optimal pour tous les praticiens en France**

L'arrivée massive et accélérée de praticiens diplômés à l'étranger est difficile à réguler quantitativement du fait de la législation européenne. Depuis une directive de 2005, les pays de l'Union européenne mettent en pratique une "**reconnaissance automatique**" des diplômes. En clair, chaque diplômé en chirurgie-dentaire de n'importe quelle université reconnue par l'un des 27 Etats membre de l'Union peut exercer en France.

Lorsque le Centre national de gestion délivre l'autorisation d'exercice, il peut demander aux candidats de passer des épreuves de compensation sous forme de stage d'adaptation ou épreuve d'aptitude. La profession est donc capable de définir un standard de compétences minimum qui est apporté par les universités françaises et qui pourrait être imposé à tout praticien formés à l'étranger.

#### **Formation continue et qualité des pratiques**

Au-delà de la question des différences de niveau de la formation initiale des chirurgiens-dentistes se pose la question du maintien à jour des connaissances et des compétences de tous les chirurgiens-dentistes. L'évolution de la société vers plus de transparence, le poids des réseaux sociaux et la numérisation croissante de la santé changent la donne pour tous les professionnels de santé.

Les médecins ont accepté le principe d'une recertification tous les cinq ans dont les modalités sont en cours de discussion. Un débat est ouvert sur une régulation de la qualité des pratiques par les Conseils Nationaux Professionnels qui regroupent l'ensemble des sociétés savantes.

La médecine de ville est aussi une médecine à dominance libérale, de plus en plus menacée par une montée en puissance du salariat via les maisons de santé beaucoup et les centres de santé à un degré moindre. La régulation de la qualité des pratiques a longtemps été un repoussoir pour les professionnels libéraux.

La menace des centres low-cost et de confrères dotés de diplômes de moins bons niveaux, ainsi que l'évolution de la société vont dans le sens d'une régulation de la qualité des pratiques qui doit concilier l'indépendance professionnelle et la garantie pour le grand public de disposer d'une offre de qualité.

Un des atouts majeurs de l'exercice médical libéral est de porter la responsabilité médicale des actes réalisés envers toutes les juridictions, ce qui n'est pas le cas de l'exercice salarié à l'hôpital et dans les centres. C'est donc dans l'intérêt des libéraux de s'assurer qu'un cadre éthique et de formation le plus qualitatif et efficace possible pour sécuriser leur activité encadre la profession.

Dans ces conditions, on peut penser que les progrès technologiques permettront à la profession de chirurgien-dentiste d'étendre leurs activités dans le futur à de la chirurgie maxillo-faciale complexe aujourd'hui réalisée par des chirurgiens. En tout cas, ce cadre doit ouvrir le champ des possibles.

C'est à la profession et aux instances qui la représentent de faire le choix des bons dispositifs à mettre en place. A défaut, l'Etat pourrait être amené à mettre en place une régulation qui ne serait pas forcément optimale pour l'exercice libéral.

### **Ethique et évolution de la société**

Les centres de santé dentaires associatifs illustrent bien les dérives possibles en cas de non-respect de l'éthique de la profession dont l'Ordre est le gardien. Face à l'impossibilité de faire respecter le code de déontologie.

Le respect d'un cadre concurrentiel loyal et le maintien d'une pratique dentaire qualitative et accessible à tous passent par l'application d'un haut niveau d'éthique. Le respect des confrères de la pratique uniquement d'actes pour lesquels ils ont été formés est aussi une question éthique.

Le cabinet libéral de 2030 sera donc d'autant plus attractif pour les praticiens comme pour les patients qu'un haut niveau d'éthique sera appliquée à toute la profession.

Là aussi, c'est à la profession de s'assurer que le contenu du code de déontologie comme son application par l'Ordre correspondant aux exigences et enjeux de notre époque.

Enfin, le futur cabinet dentaire libéral sera **écoresponsable** aussi bien dans la construction des locaux que dans toutes les activités développées.

## **Frédéric BIZARD**

**Frédéric Bizard** est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé.

Il est Professeur d'économie à l'ESCP Europe et à Sciences Po Paris et dans d'autres universités. Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il conseille des gouvernements étrangers sur leur politique de santé, notamment des pays émergents.

Il est expert auprès du Sénat français depuis 2015 pour les questions de protection sociale et de santé.

Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation de notre système de santé.

[www.institut-sante.org](http://www.institut-sante.org)

### ***Derniers livres :***

*« Et alors ! La réforme globale de la santé, c'est pour quand ? », Fauves, 2019- Prix BFM du meilleur livre de l'économie de l'année 2020*

*Protection sociale : Pour un nouveau modèle, Editions Dunod, 2017*

*Politique de santé : réussir le changement, Editions Dunod, Septembre 2016*

Blog : [www.fredericbizard.com](http://www.fredericbizard.com)