

# ACCÈS AUX SOINS EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

*Dr Philippe Vermesch, Saint-Raphaël*

*Les différents dispensateurs de soins en stomatologie se répartissent tant dans leurs secteurs géographiques que dans leur mode d'exercice. Cela va du stomatologiste exerçant exclusivement en cabinet libéral à celui qui exerce de façon exclusive dans un établissement de soins en passant par celui qui répartit son temps de travail entre ces deux lieux d'exercice.*

*Leur activité dépend de l'approche que chacun d'entre eux a vis-à-vis de notre spécialité. C'est ainsi que certains seront exclusivement chirurgicaux travaillant avec de nombreux correspondants médicaux ou dentaires, d'autres auront une activité dite omnipratique selon laquelle ils réalisent soins et prothèses dentaires associés bien sûr à une chirurgie pouvant aller jusqu'à la greffe osseuse pré-implantaire.*

*Se rajoute à ces activités un éventuel volet d'Orthopédie dento-maxillo-faciale en fonction de la formation de chacun. Depuis quelques années l'implantologie fait également partie du paysage (soit en tant que poseurs omnipraticiens, soit en tant que poseurs correspondants des chirurgiens-dentistes).*

Avant toute chose, il convient de décrire succinctement le système de santé français et ses différents acteurs. Un des principes de la protection sociale est l'accès aux droits sociaux afin que les ressources économiques ne soient pas un obstacle pour l'égalité d'accès aux soins de tous membres de la société. En France, le modèle retenu est celui de l'assurance-maladie, mutualisant les risques et financée par les cotisations sociales. Ce modèle exige un savant équilibre entre le niveau des cotisations, le type de cotisants et leur nombre, et les dépenses de quelques malades à un instant donné. Cet équilibre est rarement atteint.

## **ON DISTINGUE**

**Le régime général** qui est le plus important des régimes (deux tiers de la population). Il couvre :

- pour l'ensemble des risques : les salariés de l'industrie, du commerce et des services ;
- pour les charges de famille : l'ensemble de la population résidente.

Le régime général couvre ainsi les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, veuvage, accidents de travail et de trajet, maladies professionnelles.

**Les régimes particuliers** qui dépendent du régime général pour un ou plusieurs risques mais ont leur propre régime pour les autres risques. Les régimes particuliers des salariés concernent par exemple : les salariés d'EDF, les salariés du Crédit foncier, le personnel de la préfecture de police de Paris, qui ont des avantages par rapport aux prestations offertes par le régime général. Les régimes particuliers des non-salariés protègent par exemple : les médecins et auxiliaires médicaux conventionnés en secteur 1, les étudiants, les artistes peintres et sculpteurs, les personnes âgées bénéficiaires de pension ou d'allocation vieillesse, les invalides de guerre...

**Les régimes spéciaux** qui disposent d'une gestion autonome et qui sont indépendants du régime général. Les deux régimes spéciaux les plus importants sont le régime des exploitants agricoles (MSA) et le régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles (ou régime « non non »). Les autres régimes spéciaux sont les systèmes de protection sociale nés avant la sécurité sociale : régime des mineurs, des marins, SNCF, RATP, Banque de France... Il en existe 167.

## **LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

Il est assuré par deux grandes catégories de ressources : les cotisations et le financement public, constitué des impôts et taxes affectés ainsi que des contributions publiques.

Sécurité sociale	75,5 %
État	1,1 %
Mutuelles	7,5 %
Assurance	2,8 %
Institutions de prévoyance	2,1 %
Ménage	11,1 %

La sécurité sociale présente un déficit de l'assurance-maladie augmentant régulièrement d'année en année ayant nécessité des mesures afin de les contenir : convention médicale d'août 2005 par la négociation et moindre remboursement des caisses par voie législative.

## **LES PRESTATIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Les prestations en nature couvrent les frais médicaux, chirurgicaux, paramédicaux effectués en ville (secteur libéral) ainsi que les frais de pharmacie, d'appareillages et d'hospitalisation (publiques, privées à but non lucratif ou lucratif c'est-à-dire les cliniques).

Le remboursement de ces frais n'est pas intégral. La participation de l'assuré social varie de zéro à 100 % selon les cas. Cette partie des frais médicaux laissée à la charge de l'assuré est censée modérer la consommation des soins en sensibilisant les malades au coût de la santé. Ce ticket modérateur est le plus souvent remboursé par un organisme de protection sociale complémentaire.

Pour accompagner la convention d'août 2005 et le parcours de soins passant par le médecin traitant, le gouvernement a instauré un ticket modérateur de 40 % (au lieu de 30 %) dans le cas d'un patient consultant directement le spécialiste. Un euro supplémentaire est prélevé pour chaque consultation (dans la limite de 50 euros par an).

Actuellement le stomatologiste fait partie du parcours de soins. Il est donc nécessaire, afin que le patient ait un remboursement optimum, que ce dernier passe par son médecin traitant avant de le consulter. Le stomatologiste est désormais placé en accès spécifique (c'est-à-dire « hors parcours de soins ») pour tout ce qui concerne les soins, prothèses, ODMF, extractions dentaires et lésions en rapport avec les dents. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, cette mesure sera étendue aux soins de prévention bucco-dentaires.

### ***On peut donc distinguer plusieurs sortes de couvertures sociales***

La plus grande partie des frais de santé est couverte par le régime général et remboursée sur une base de 60 à 70 % des tarifs opposables en fonction du parcours de soins, le reste l'étant plus ou moins en fonction de l'organisme complémentaire du patient.

Ceux qui dépendent de régimes particuliers ou spéciaux dont le remboursement dépendra des prestations offertes par ces organismes.

Enfin ceux qui pour des raisons de revenus insuffisants dépendent du régime de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMU). Dans le cadre du parcours de soins, les professionnels pratiquent en tiers payant un tarif opposable décidé par le gouvernement. (Ces tarifs viennent d'être relevés pour la première fois depuis la création de ce régime).

Il existe enfin le système d'aide médicale d'état gratuit financé par les conseils généraux qui prend en charge les frais d'urgence des résidents étrangers en situation irrégulière et les frais médicaux donnés à titre humanitaire pour les personnes temporairement présentes sur le territoire français.

Le partage de la couverture sociale entre les organismes de base, la sécurité sociale, et les organismes complémentaires privés sont un enjeu des dix années à venir. Les problèmes posés vis-à-vis du reste de la population sont : la définition de tarifs opposables pour les soins dentaires, le panier de soins des services offerts, la prise en charge illimitée du forfait hospitalier.

## **RECOURS AUX SOINS**

La demande de soins est différente des besoins de santé qui sont définis par les professionnels de la Santé. C'est à ces besoins que sont proposées des réponses en termes de structures modernes. Les malades auront donc recours à des systèmes de santé différents selon les types d'explications qu'ils retiendront pour leur mal, et selon l'adaptation des services à leurs désirs et capacités financières. Les itinéraires de soins des patients sont donc multiples, très diversifiés et complexes dans leur organisation et leur chronologie.

Pour ses propres soins, le patient a le choix entre s'adresser aux différentes structures existantes : le professionnel libéral stomatologiste, le dentiste libéral à la fois correspondant,

complémentaire et concurrent du stomatologiste, les centres hospitaliers régionaux et universitaires lorsqu'ils disposent d'un service dentaire et/ou stomatologique, les centres dentaires mutualistes ayant une activité dentaire et d'Orthopédie dento-maxillo-faciale. Pour les plus démunis, il existe dans certaines villes des centres gérés par des organisations humanitaires où des praticiens travaillent de façon bénévole.

### **Le prix des prestations fournies**

Les stomatologistes pratiquent soit en secteur 1 soit en secteur 2. Dans ce dernier les tarifs sont laissés à la discrétion des praticiens pour tous les actes qu'ils pratiquent. Ils payent en conséquence une cotisation sociale de 9,81 % sur l'ensemble de leurs bénéfices non commerciaux.

Le stomatologiste secteur 1, en contrepartie d'un versement des caisses au titre de ses cotisations Urssaf, se doit de pratiquer des tarifs opposables sur l'ensemble de ses actes. Ceux-ci peuvent néanmoins être sujets à dépassement dans le cadre du Dépassement exceptionnel (DE) ou du dépassement permanent réservé à quelques praticiens. Le parcours de soins permet un dépassement autorisé de 17,5 % dans la limite de 30 % des actes pour tout patient n'en faisant pas partie. Pour les actes pratiqués en prothèse dentaire et Orthopédie dento-maxillo-faciale, ceux-ci sont libres et subissent un dépassement dit à entente directe laissé à l'appréciation du praticien.

Seule exception à la règle, les actes en prothèse et Orthopédie dento-maxillo-faciale pratiqués chez les patients CMU qui doivent répondre à un dépassement « opposable et limité ».

Certains actes dentaires notamment de parodontologie, d'endodontie et d'implantologie ne sont pas inscrits à la NGAP. Ils sont donc pratiqués « hors nomenclature » sans aucun remboursement de la part du régime général. Le remboursement est à la discrétion des régimes complémentaires.

### **Le parcours de soins**

La convention médicale de 2005 a créé un parcours de soins dans le but d'optimiser les orientations médicales des patients et de centraliser les informations au niveau du médecin traitant. Dans cette optique, le patient présentant une pathologie doit passer par son médecin traitant qui l'enverra consulter un spécialiste s'il l'estime nécessaire.

Pour rendre ce parcours de soins plus incitatif, la caisse a institué un remboursement moindre de 60 % au lieu de 70 % pour le patient consultant directement le spécialiste. La « sanction » ne peut cependant être supérieure à 2,50 euros.

Les stomatologistes font partie du parcours de soins et de par leur activité omnipratique pour les deux tiers d'entre eux, s'est très vite posé le problème de la logique du passage par le médecin traitant pour subir des soins dentaires conservateurs ou des extractions lorsqu'elles étaient demandées par le dentiste. Ce dernier ne pouvant être traité à égal du médecin traitant puisqu'il ne fait pas partie du parcours de soins de la convention médicale.

Les caisses, selon les régions, ont appliqué leur propre vision de la convention : certaines considéraient le stomatologiste en accès spécifique et d'autres appliquaient de façon stricte le parcours de soins. Des négociations récentes ont abouti à un accès spécifique du stomatologiste pour toute la pathologie dentaire. Ceci impliquera que le praticien travaillera en honoraires opposables sans possibilité de dépassements autorisés comme le lui permet le parcours de soins.

En contrepartie de cette opposabilité, les stomatologistes bénéficieront des augmentations tarifaires négociées dans la convention dentaire ainsi que du volet préventif institué par le bilan bucco-dentaire. Ce dernier prévoit en effet une consultation aux âges de 6, 9, 12, 15 et 18 ans au cours de laquelle sont décidés les soins à effectuer pendant une période de six mois à venir.

Cette consultation et ses soins sont pratiqués en tiers payant à tarifs opposables. Il est clair que le stomatologiste qui ne bénéficie pas actuellement de ce système verra partir progressivement les enfants ainsi que leurs familles (tout ceci par un système concurrentiel déloyal institué par la caisse).

Il ne faut bien sûr pas oublier la somme d'un euro prélevée par la caisse pour chaque remboursement d'une prestation médicale, ce qui ne concerne pas les feuilles de soins dentaires...

---

## **Bibliographie**

---

Le Faou A L . Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada. ELLIPSES MARKETING Éd 2003. 224 pages.

Tessier S, Andréys JB, Ribeiro MA. Santé publique, santé communautaire. 2<sup>e</sup> édition. MALOINE Éd 2004. 342 pages.

Leborgne C, Keller B : Les acteurs du système de soins français. BAILLIERE (Éditions J.-B.) 2005. 192 pages.

