

Face aux critiques sur les pratiques tarifaires des orthodontistes, Frédéric Haïm, président du groupe ODF de la CNSD, conduit une réflexion sur l'interprétation du tact et mesure par l'Assurance maladie. Il démontre que l'État est en grande partie, par son désengagement, responsable des restes à charges élevés dans une discipline qui n'a eu de cesse de progresser pour le bénéfice des patients.



DRAVOS/FOTOLIA

Tact et mesure en ODF

Par Frédéric Haïm
Président du groupe ODF de la CNSD



Depuis septembre 2012, une campagne nationale est menée par l'Assurance maladie à l'encontre des pratiques tarifaires abusives dans le domaine de la santé. Les orthodontistes ne sont pas épargnés. Pourtant, l'innovation et l'investissement dans la formation ont généré des gains de productivité qui ont été répercutés par l'immense majorité des orthodontistes au profit de leurs patients. L'utilisation massive des nouveaux matériaux ainsi que le passage des brevets dans le domaine public ont également contribué à réduire les surcoûts de l'innovation. La

poursuite de ce cercle vertueux aurait été impossible sans la levée de l'opposabilité de 1983. Alors, outre un rappel historique indispensable pour mieux comprendre la formation des coûts face à près d'un siècle de développement de cette discipline, il est indispensable de s'interroger et de savoir si la détermination du tact et mesure par le seul critère de la référence au tarif de responsabilité de l'Assurance maladie est pertinente.

Une définition multicritère

Actuellement, l'appréciation du tact et mesure repose sur une approche multiforme. Elle prend en compte les règles déontologique et conventionnelle, la jurisprudence et surtout cinq critères définis par le décret du 30 décembre 2008. En effet, celui-ci a, pour la première fois, donné un « corps » réglementaire au concept de tact et mesure. Le premier des critères est la complexité et la durée du traitement. Si la durée ne peut pas être retenue pour l'ODF en raison du forfait semestriel, la complexité et la responsabilité de traitements lourds (chirurgicaux)

gicaux) sont des paramètres pertinents. Second critère : le service rendu au patient. Aujourd'hui, l'Assurance maladie a reconnu la validité, y compris pour les bénéficiaires de la CMU-C, de la notion d'exigence particulière en ODF, avec les attaches en céramique ou techniques linguales demandées par les patients. Vient ensuite, selon ce décret, la notoriété du praticien qui en ODF peut s'apprécier par les titres universitaires et les publications dans les revues scientifiques. Un autre critère est plus délicat à appréhender, il s'agit des moyens financiers du patient. Enfin, le dernier critère spécifié par ce décret est le profil du praticien, c'est-à-dire l'écart constaté par rapport à d'autres praticiens, dans un même secteur géographique, pour le même type d'acte.

Le bon profil !

Les praticiens qui sont aujourd'hui pointés du doigt sont souvent des professionnels, connus et reconnus, qui exercent dans des « beaux quartiers » et plus généralement à Paris ou dans les grandes villes. On peut imaginer que les moyens financiers d'une

grande partie de leurs patients entraînent *de facto* une exigence supérieure en matière de confort, d'esthétique et de techniques innovantes. En outre, compte tenu de leur maîtrise des dernières techniques, il est évident que les cas complexes, dont la réalité ne devrait être vérifiée qu'au cas par cas dans le cadre des instances paritaires, leur sont adressés. Par ailleurs, une étude réelle de l'écart constaté par rapport à d'autres praticiens, dans un même secteur géographique, pour le même type d'actes, plaide également pour ces professionnels dont les honoraires n'excèdent que peu la moyenne de leur secteur géographique. Honoraires que les patients peuvent connaître soit par le site *ameli.fr*, soit par l'affichage dans les salles d'attente et enfin lors de la remise du devis obligatoire. Par ailleurs, les patients sont libres de consulter différents praticiens pour comparer les prestations proposées et les honoraires demandés. Cette liberté constitue l'essence de la dispense des soins en pratique libérale.

La responsabilité de l'État

Aujourd'hui, en prenant comme seule référence un tarif de responsabilité totalement obsolète, les Caisses ne peuvent prétendre



NOBEASTOFFER/FOCALIA

déterminer le caractère abusif des honoraires pratiqués par un professionnel. Si le caractère uniformément élevé des honoraires d'un praticien peut effectivement être surprenant, seule une étude des dossiers au cas par cas permet d'en tirer des conclusions en tenant compte de cette approche multiforme. Le délit statistique n'existe pas, une sanction ne peut reposer que sur des faits. Nous avons toujours plaidé pour promouvoir l'accès aux soins de toute la population, en rappelant à chacun ses responsabilités. Celle de l'Assurance maladie et de l'État, qui ont laissé la part des dépenses de l'Assurance maladie pour la santé bucco-dentaire passer de 6 % à 2,65 % en 30 ans, est écrasante. La recherche de « boucs émissaires » ne peut tenir lieu de politique pour « compenser » un tel désengagement.

1983 - 2011 : Coût en euro constant

Si nous prenons comme origine le tarif du centre de soins des facultés d'odontologie parisiennes en 1983, soit 3000 F/semestre (457,35 €), selon l'indice de l'Insee, le montant du tarif 2011 en euro constant devrait s'établir à 863,76 €. Ce chiffre est cohérent avec les tarifs de l'Institut de protection dentaire infantile (IPDI), dispensaire parisien de la Caisse primaire d'assurance maladie, qui facture les traitements en technique multi-attaches entre 600 et 800 €/semestre, c'est-à-dire respectivement 310 % et 415 % du tarif de... la Sécurité sociale. Pour les tarifs privés, l'évolution en euro constant selon le même indice donnerait 1152,06 € pour les tarifs les plus bas et 1322,04 € pour

les plus hauts ! C'est-à-dire bien au-delà du seuil de 500 % fixé par l'Uncam pour le déclenchement des avertissements. Dans le même temps, la lettre-clé augmentait de 15 % entre 1983 et 1988, puis plus rien depuis 24 ans alors que nous avons enregistré 73 % d'érosion monétaire. Le comble, l'Assurance maladie a réduit par deux fois la prise en charge de certains actes d'orthodontie de 30 % par la modification du seuil d'exonération des actes à 100 % en 2006 et en 2011. Les faits démontrent que les tarifs d'orthodontie, en euro constant, ont majoritairement baissé ces trente dernières années.

Les grande

La mise en perspective d'un des coûts en ODF.

1910

L'École de stomatologie française propose des traitements médicaux, dits orthopédiques ou fonctionnels, à l'aide d'appareils amovibles guidant la croissance faciale et celle des maxillaires. Aux États-Unis, la technique d'appareil multi-attaches se développe. Mais l'utilisation d'alliage en or rend ces traitements peu « démocratiques ». Il faut trois jours pour poser un appareil.

1950

Alors que l'Europe perfectionne les techniques fonctionnelles, aux États-Unis, l'or est remplacé par des alliages d'acier inoxydable, améliorant les performances et réduisant les coûts des appareils multi-attaches.

1960

En France, la première nomenclature d'orthopédie dento-faciale ne prend en compte que les appareils amovibles. Une poignée de praticiens se forment aux États-Unis aux techniques multi-attaches, qui mettront 10 à 15 ans pour s'imposer en France.

Les dates de l'orthodontie

siècle de développement permet de mieux comprendre la formation

1975 à 1980

Les techniques multi-attaches sont impossibles à pratiquer dans le cadre de la nomenclature existante. Les praticiens de ville la transgressent et les services hospitaliers ainsi que les centres de soins utilisent des procédures à la marge de la légalité (achat des bagues directement par les patients). Résultat : les chirurgiens-dentistes conseils refusent les accords de prise en charge qui proposent des traitements au tarif opposable avec des techniques obsolètes et accordent des prises en charge avec des techniques efficaces mais qui « dépassent » le tarif autorisé.

1983

Pierre Bérégovoy, ministre de la Santé, décrète la fin de l'opposabilité et la nécessité d'un devis. Les centres de soins des deux facultés d'odontologie parisiennes facturent une participation aux frais des traitements multi-attaches de 3000,00 F/semestre, soit l'équivalent de 457,35 €. (Le tarif de responsabilité des Caisses étant de 1102,50 F soit 168,00 €/semestre). Le « dépassement » de ces structures à but non lucratif est à l'époque de 272 % ! Les cabinets privés facturent les semestres entre 4000,00 F et 4600,00 F soit 610,00 € et 700,00 €.

1990

Apparition des arcs en alliage dits « à mémoire de forme » en nickel-titane qui réduisent douleurs, inconfort et durée des traitements. Le coût des arcs est multiplié par 15 par rapport aux arcs en acier traditionnels.

1985-1990

L'association des techniques fonctionnelles et des techniques fixes multi-attaches augmente l'efficacité thérapeutique, mais également des coûts. Apparition des techniques dites « d'arc droit » dans lesquelles des boîtiers pré-informés réduisent les mouvements parasites et dangereux « d'aller-retour » des racines à chaque changement d'arc, mais dont le coût est multiplié par 4.

1984

L'apparition des techniques de collage en orthodontie apporte des améliorations esthétiques, une réduction des caries toujours possibles sous les bagues partiellement descellées, mais s'accompagne d'un surcoût non négligeable. Le rapport du coût ciment/colle est de 1 à 100.

2005-2010

Apparition des boîtiers dits « sans friction » qui réduisent la durée des premières phases de traitement. Le coût des boîtiers est multiplié par 5. Apparition des mini-vis d'ancrage. Elles permettent de proposer un traitement dans des situations jusqu'à sans solution thérapeutique, de réduire le recours aux extractions compensatrices ou à la chirurgie orthognatique et maxillo-faciale, donc de réduire les coûts associés de certains traitements. Perfectionnement des techniques d'orthodontie linguale, utiles pour certains patients psychologiquement fragiles et dont les avancées profitent aux techniques classiques.

Conclusion

Force est de constater qu'aucune de ces innovations n'a été prise en compte par la nomenclature depuis 1960. En comparaison, l'imagerie médicale aurait-elle pu proposer l'échographie, le scanner ou l'IRM selon la cotation de la radiographie conventionnelle à rayon X du début du siècle... ?