



HAL
open science

Enquête sur le rapport des mutuelles à la nouvelle convention et ses répercussions sur l'exercice de la chirurgie dentaire

Rachel Mahoun

► **To cite this version:**

Rachel Mahoun. Enquête sur le rapport des mutuelles à la nouvelle convention et ses répercussions sur l'exercice de la chirurgie dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03338893

HAL Id: dumas-03338893

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338893>

Submitted on 9 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **MAHOUN Rachel**

**ENQUETE SUR LE RAPPORT DES MUTUELLES A LA NOUVELLE
CONVENTION ET SES REPERCUSSIONS SUR L'EXERCICE DE LA CHIRURGIE
DENTAIRE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur GATEAU Philippe

J U R Y

M. le Professeur DESCROIX Vianney	Président
M. le Docteur GATEAU Philippe	Assesseur
M. le Docteur NGUYEN Jean-François	Assesseur
Mme la Docteure BOSCO Julia	Assesseur
Mme la Docteure BAAROUN Vanessa	Assesseur
Mme la Docteure ZANINI Marjorie	Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur DESCROIX Vianney	Président
M. le Docteur GATEAU Philippe	Assesseur
M. le Docteur NGUYEN Jean-François	Assesseur
Mme la Docteure BOSCO Julia	Assesseur
Mme la Docteure BAAROUN Vanessa	Assesseur
Mme la Docteure ZANINI Marjorie	Assesseur

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Pharmacie
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury et pour votre accompagnement de qualité dans ce cursus. Veuillez trouver l'expression de mon estime et de mon plus profond respect.

M. le Docteur Philippe GATEAU

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et pour m'avoir guidé dans ce sujet d'actualité. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et pour vos précieux enseignements. Ces quelques lignes me permettent de vous exprimer toute ma reconnaissance et le plaisir que j'ai eu à travailler avec vous.

M. le Docteur Jean-François NGUYEN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour la richesse de votre enseignement clinique, votre patience et votre investissement dans notre formation, veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de mon estime.

Mme la Docteure Julia BOSCO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour votre accompagnement de qualité au cours de ces études, pour vos qualités pédagogiques et humaines, pour votre soutien, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Mme la Docteure Vanessa BAAROUN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury, pour la qualité de votre enseignement clinique et votre disponibilité veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

Mme la Docteure Marjorie ZANINI

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour votre précieuse implication au cours de notre formation, votre gentillesse et votre patience, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. La CNAM et la nouvelle convention	4
1.1. Rappels sur l'assurance maladie	4
1.1.1. Une branche de la sécurité sociale.....	4
1.1.2. L'organisation de l'assurance maladie.....	5
1.1.3. Remboursement des prestations et ticket modérateur	6
1.2. La dépense de santé	9
1.2.1. Présentation de la CSBM	9
1.2.2. La part de l'Assurance maladie dans la CSBM	9
1.2.3. Le système français au sein de l'Union Européenne	10
1.2.4. La dépense des ménages.....	10
1.2.5. La notion d'effort des ménages.....	11
1.2.6. Consommation des soins dentaires.....	13
1.3. Présentation de la convention	13
1.3.1. Contexte et intérêt de la Convention	13
1.3.2. Présentation de la convention dentaire	15
2. Les mutuelles santé dans le nouvel environnement de santé	20
2.1. Historique et principes des mutuelles	20
2.1.1. La nature des mutuelles	20
2.1.2. La finalité des mutuelles.....	22
2.1.3. Conditions de création d'une mutuelle	22
2.1.4. Organisme à but non lucratif.....	23
2.1.5. La Fédération nationale de la mutualité Française	23
2.1.6. Procédés de fusion des mutuelles	25
2.1.7. La mutuelle des indépendants : la mutuelle "Loi Madelin"	25
2.2. La santé au centre de l'activité des mutuelles	26
2.2.1. La santé : leur activité principale.....	26
2.2.2. Le remboursement des actes dentaires	26
2.3. Le contrat de mutuelle.....	27
2.3.1. Les principaux critères.....	27
2.3.2. L'impact de l'entrée dans les directives communautaires assurances.....	29
2.3.3. Différents niveaux de garanties.....	29
2.4. Mutuelles collectives d'entreprise	31
2.4.1. Définition	31
2.4.2. Un contrat souvent avantageux	33
2.5. Le financement par les organismes complémentaires	34
2.6. Les réseaux de soins	36
2.6.1. Définition	36
2.6.2. Avantages et contraintes pour organismes complémentaires et professionnels de santé.....	37
2.6.3. L'état actuel	38
3. Enquête auprès des mutuelles	39
3.1. Les enjeux de la nouvelle loi du 100% santé pour les mutuelles	39
3.1.1. L'étude Santiane	39
3.1.2. Conférence Actuelia aux mutuelles	39

3.2. Enquête auprès des mutuelles.....	41
3.2.1. L'objectif du questionnaire.....	42
3.2.2. Matériels et méthodes.....	42
3.2.3. Résultats.....	43
4. Impact sur l'exercice dentaire.....	47
4.1. Présentation du questionnaire adressé aux chirurgiens-dentistes.....	47
4.2. Matériel et méthodes.....	47
4.3. Les résultats.....	50
4.3.1. Le ressenti face à la hausse des soins conservateurs.....	50
4.3.2. Le ressenti sur le plafonnement des prothèses.....	52
4.3.3. Inquiétudes vis-à-vis des charges du cabinet.....	54
4.3.4. Modifications des dépenses du cabinet.....	54
4.3.5. L'évolution dans la pratique des soins conservateurs.....	56
4.3.6. La pratique concernant les actes en « tarif libre ».....	56
4.3.7. La pratique concernant la prothèse esthétique antérieure.....	57
4.3.8. La volonté de spécialisation.....	59
4.3.9. L'opinion vis-à-vis de l'organisation du temps de travail.....	60
4.3.10. La volonté de travailler à l'étranger.....	63
4.3.11. Le déconventionnement.....	64
4.3.12. L'opinion vis-à-vis des réseaux de soins.....	64
4.4. Discussion.....	64
4.5. Cas particulier : réflexions sur le dentiste déconventionné.....	66
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	69
ANNEXES.....	74
Annexe 1 : Questionnaire adressé aux mutuelles.....	74
Annexe 2 : Questionnaire adressé aux chirurgiens-dentistes.....	80

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies la santé et le soin bucco-dentaire se développent dans un contexte particulier associant de nombreuses données. Ces données, nationales et internationales, constituent pour les politiques publiques une équation de plus en plus complexe à résoudre.

Sur le plan national, la conjoncture sociale et sociétale s'ajoutent à l'urgence et à la difficulté de la situation. Les inégalités d'accès aux soins, par exemple, sont de deux ordres : géographiques et économiques. Les inégalités géographiques ne permettent pas à l'ensemble des citoyens d'obtenir un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste en un laps de temps convenable, la répartition sur le territoire de ceux-ci restant très hétérogène. Les inégalités économiques, engageant trop souvent un reste à charge conséquent ou une renonciation aux soins, restent également une préoccupation. D'autre part, les tarifs associés aux différents actes n'encouragent pas les chirurgiens-dentistes à avoir recours à une pratique plus conservatrice de la dent. Sur le plan international, des avancées scientifiques majeures font leur apparition. On observe ainsi des évolutions au niveau des matériaux, des techniques, des instruments etc. aboutissant à des données acquises de la science et à une bonne pratique actualisée.

C'est dans cet environnement délicat qu'une nouvelle convention voit le jour à l'été 2018. Cette convention est signée par les différents acteurs de la santé bucco-dentaire et prévoit une réorganisation de la pratique dentaire. Elle planifie un meilleur accès aux soins ainsi qu'une dentisterie tournée vers la prévention et la conservation. Ce projet met notamment à contribution les complémentaires santé et les praticiens en envisageant sur plusieurs années une diminution majeure du reste à charge pour les soins prothétiques.

Dans quelle mesure les mutuelles et les chirurgiens-dentistes vont-ils s'adapter aux nouvelles dispositions encadrant la prothèse décrit dans la convention de 2018 ?

Dans une première partie nous présenterons cette nouvelle convention après un bref rappel sur l'assurance maladie et son fonctionnement. Dans un second temps nous nous intéresserons aux mutuelles. Comment s'organisent-elles ? Nous étudierons l'importance de leur activité dans la santé bucco-dentaire et nous analyserons, par le biais de questionnaires, comment celles-ci comptent adapter leur prise en charge prothétique au nouveau cadre défini par la convention. Enfin, nous aborderons les répercussions que cette convention pourrait avoir auprès des patients et des praticiens.

1. La CNAM et la nouvelle convention

1.1. Rappels sur l'assurance maladie

1.1.1. Une branche de la sécurité sociale

Créé en 1945, la Sécurité sociale a évolué au fil des années en s'adaptant aux besoins de la société en générale et de l'individu en particulier (L'Assurance Maladie 2018b).

Elle répond à la volonté de l'état français d'assurer la santé pour tous ses citoyens. En effet, selon le Code de la sécurité sociale - Article L111-2-1 – « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources » (2016). C'est ainsi que s'affirme le principe de solidarité, fondamentale à la sécurité sociale : chacun des assurés participant à son financement selon ses moyens et non selon ses besoins.

En 1946, elle intègre les risques professionnels et la Caisse National d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (CNAMTS) est créée en 1967 (Sécurité Sociale 2018).

Aujourd'hui la Sécurité sociale est composée de trois régimes distincts : le régime général (CNAMTS), le régime agricole (MSA) et le régime des indépendants (RSI). D'autres régimes dits "spéciaux" existent. Ceux-ci concernent notamment les marins, les mineurs, la SNCF, la RATP, EDF-GDF, l'Assemblée nationale, le Sénat, les clercs et employés de notaires.

Dans le régime général, on retrouve 5 branches qui ont pour but de protéger l'individu face aux risques auxquels il fait face au cours de sa vie :

- la branche retraite ;
- la branche famille ;
- la branche recouvrement ;
- la branche maladie ;
- la branche accident du travail-maladie professionnelle (L'Assurance Maladie 2018).

Chacune de ces branches comprend différentes sous-branches. Ainsi la branche maladie comprend les sous-branches de maternité, d'invalidité et de décès. La branche famille quant à elle englobe le handicap et le logement. La branche retraite est rattachée à la vieillesse et au veuvage.

Par ailleurs, l'assurance Maladie regroupe la branche maladie et la branche accidents du travail-maladies professionnelles (Sécurité Sociale 2019).

1.1.2. L'organisation de l'assurance maladie

a) Vis-à-vis de l'individu

La branche maladie de la Sécurité sociale prend en charge les dépenses de santé et assure ainsi l'accès aux soins. Elle comprend également un volet « prévention », et, de par son statut social, elle organise l'accès à la santé des plus précaires. Elle se rend utile dans le bon fonctionnement des établissements médico-sociaux, notamment des établissements pour les personnes âgées, de dépistage, ou encore d'accompagnement pour enfants.

L'assurance Maladie traverse donc les 3 régimes et leurs bénéficiaires en dépendent.

L'assuré ouvre les droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à :

- Son concubin, conjoint ou pacsé lorsque celui-ci ne bénéficie pas d'une protection sociale ;
- Les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin ou pacsé jusqu'à 20 ans maximum ;
- Tout individu à la charge de l'assuré ne bénéficiant pas d'une protection sociale.

Toutefois, toute personne ne pouvant pas être affilié à un régime par sa profession mais résident en France depuis au moins trois mois en situation régulière sera affiliée au régime général par son lieu de résidence.

La CMU est créée par la loi du 27 juillet 1999, et met en place à partir du 01 janvier 2000 un droit, pour les plus défavorisés, à une couverture complémentaire gratuite avec tiers-payant. C'est en accord avec le principe de solidarité nationale qu'une couverture complémentaire gratuite voit le jour pour les 10 % des résidents français les plus défavorisés. Les assurés dont les revenus fiscaux seront inférieurs à un certain seuil pourront en bénéficier. Les critères pour pouvoir en bénéficier sont également élaborés selon le lieu de résidence de l'individu (Sécurité Sociale 2019).

b) Sa gestion

Cette branche est gérée par les trois principaux régimes de l'assurance maladie présentés précédemment : la CNAMTS le MSA et le RSI. Ils forment l'Union nationale des caisses d'assurance maladie appelé UNCAM. L'UNCAM a pour mission de mener la politique

conventionnelle délimitant les liens entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux. Aussi, elle définit le champ des prestations qui sera concerné par le remboursement par la mise en place d'une nomenclature et fixe le taux de prise en charge des soins.

Les prestations versées par l'assurance maladie sont donc définies par leur nature. Elles concernent les frais de médecine générale et spécialisée, les frais dentaires, les frais pharmaceutiques et d'appareillage, les frais d'analyses ou examens de laboratoire, les frais d'hospitalisation en cas de traitements lourds, les frais découlant des vaccins recommandés figurant sur une liste fixée par arrêté. Elles concernent également les frais des examens de dépistage dans le cadre des programmes de santé publique ou encore les frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ou encore les frais liés aux transports des malades selon certaines limites.

Par ailleurs, pour pouvoir être concernées par le remboursement de l'assurance maladie les prestations doivent être dispensées dans un établissement public ou privé autorisé ou par un praticien habilité à exercer.

L'assurance maladie tient seulement compte des honoraires établis par une convention. Par conséquent, les dépassements d'honoraires (lorsqu'ils sont permis) sont à la charge de l'assuré. D'autre part, les prestations de l'assurance maladie peuvent aussi être en espèces. Leur but est de compenser la perte d'un revenu pour les personnes qui doivent arrêter leur activité pour des raisons de santé (Sécurité Sociale 2019).

1.1.3. Remboursement des prestations et ticket modérateur

a) Les différents types de prestation

Dans le cadre du soin dentaire, il existe plusieurs types de prestations pour lesquels les remboursements se feront à hauteurs différentes.

On distingue ainsi :

- Les consultations et actes pris en charge par la sécurité sociale à un tarif opposable comme les soins conservateurs et endodontiques, les détartrages, ou les extractions ;
- Les actes pris en charge par la sécurité sociale à un tarif non opposable comme les inlay onlay, les soins prothétiques ou orthodontiques pour les moins de 16 ans ;
- Les actes non pris en charge par la sécurité sociale à un tarif non opposable comme les implants, les chirurgies parodontales, endodontiques ou l'orthodontie pour les plus de 16 ans.

Les premiers sont pris en charge par l'Assurance Maladie car font partis des actes et prestations remboursables. Ils sont remboursés à 70 % sur la base de tarifs conventionnels et le reste est pris en charge par une complémentaire santé.

Concernant la seconde catégorie, la base de remboursement de l'Assurance Maladie est bien inférieure aux tarifs communément pratiqués. C'est donc sur ces prestations que viennent aider considérablement les mutuelles. Jusqu'à présent ces tarifs étaient libres et le chirurgien-dentiste ou médecin stomatologiste devait fixer ses prix "avec tact et mesure" et était tenu d'informer son patient du tarif pratiqué, notamment, par le biais d'un devis écrit. Ce sont ces actes que vient principalement encadrer la nouvelle convention 2018.

De la même manière, les traitements orthodontiques pour l'enfant de moins de 16 ans sont pris en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 70 % des tarifs dits "de responsabilité", qui restent, eux aussi, en dessous des honoraires en vigueur. En effet ces tarifs sont libres et doivent être établis avec tact et mesure. (Ameli 2019a)

D'autre part, les chirurgies implantaires et parodontales sont des actes hors nomenclatures et ne sont donc pas remboursés par l'Assurance Maladie. Ces prestations restent à la charge du patient et éventuellement de sa complémentaire santé selon son contrat. Ils ne sont pas encadrés par la nouvelle loi (Malakoff Médéric Humanis 2016; Santiane.fr 2018a).

b) Le pourcentage appliqué à la base de remboursement

La sécurité sociale rembourse 70 % de la base de remboursement pour les assurés affiliés au régime général. Ce pourcentage varie en fonction du régime (Ameli 2019a). Ce taux passe à 100 % pour les personnes atteintes par une des 29 maladies chroniques, graves ou invalidantes type affections de longue durée (ALD). Toutefois, la prise en charge à 100 % ne concerne que les soins liés à l'ALD en question et ne prend pas en compte les dépassements d'honoraires (L'Assurance Maladie 2018a). En Alsace et en Moselle les affiliés bénéficient de taux de remboursement de 20 à 30 % supérieurs, en moyenne, à ceux accordés aux assurés du régime général. En outre, les personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds Spécial Vieillesse (FSV) ou de l'Allocation de Solidarité pour les Personnes Âgées (ASPA) obtiennent également de meilleurs taux de remboursement, de 10 à 20 %, en général (Ameli 2019b).

c) Le ticket modérateur

Une participation appelé “ticket modérateur” est laissée à la charge de l’assuré. Elle correspond à la différence entre le tarif de convention et le remboursement effectif de la Sécurité Sociale (Parion 2017). Elle peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. L’assuré est tenu de faire l’avance des frais, la Sécurité sociale remboursera ensuite sa part à l’assuré. Toutefois, il existe de nombreuses conventions de "tiers-payant" prévoyant le paiement direct par la caisse au prestataire de service. Aussi, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d’hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d’une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Concernant le régime général, le pourcentage de remboursement sur le tarif de base est de 70%. Ainsi sur une consultation de 23 €, la sécurité sociale rembourse 16,10 €, moins 1 € de participation forfaitaire. Le remboursement de la mutuelle intervient sur le ticket modérateur restant. En effet, des mutuelles ne remboursent pas la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations (Ameli 2019a).

d) Cas particuliers

Dans des cas précis, notamment encadrés par la loi L162-5 du code de la sécurité sociale (2016), les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraires dans certaines situations :

- Si le patient fait part d’une demande particulière, comme une visite en dehors des horaires d’ouverture du cabinet ;
- Si le chirurgien-dentiste dispose d'un droit permanent au dépassement (DP) ;
- Si le médecin stomatologiste exerce en secteur 2, dit secteur à honoraires libres.

Dans chacune de ces situations, d’après la loi L162-2-1 de la Sécurité Sociale, le chirurgien-dentiste ou médecin stomatologiste doit déterminer ses honoraires « avec tact et mesure » et informer le patient au préalable. Dans ce cas, le remboursement se fait sur la base du tarif conventionnel et non sur la base des honoraires payés. Les dépassements d'honoraires ne sont donc jamais pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils peuvent toutefois être pris en charge par la complémentaire santé, selon le contrat choisi par l’assuré (1996).

Un dentiste non conventionné, lui, se désolidarise de la sécurité sociale sur les tarifs conventionnels et donc sur leur remboursement. Le patient est donc beaucoup moins bien, voire non remboursé, par la Sécurité Sociale et les mutuelles (Parion 2017).

1.2. La dépense de santé

1.2.1. Présentation de la CSBM

La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) évalue la dépense de santé à partir de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle analyse précisément la part de l'assurance maladie, des ménages, des complémentaires et autres dans la dépense totale. La CSBM comprend les soins hospitaliers, les soins de villes, les médicaments en ambulatoire, les transports sanitaire et d'autres biens médicaux.

En 2017 elle s'élevait à 199,3 milliards d'euros soit 2977 € par habitant. (DREES 2018a; Tremoulu 2018a). Entre 1950 et 2017, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen très élevé avec une croissance de + 9,7 % pour la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette croissance est bien plus importante que celle du PIB lui-même, avec une augmentation de +7,7 % pour le PIB en valeur (Tremoulu 2018f).

Aujourd'hui, la part du PIB national allouée à la santé est de 11,5 %. Ce taux est plus important que la moyenne européenne (DREES 2018a; Tremoulu 2018a).

L'analyse de l'évolution des soins de ville montre aussi une augmentation nette depuis 1950 en pourcentage du PIB ; de moins de 1 % à environ 2,5 % (Tremoulu 2018f). Les soins de villes sont passés de 42 à 53 milliards d'euros entre 2008 et 2017. La dépense concernant les soins dentaires est passée de 9,5 à 11,3 milliards d'euros, avec une augmentation progressive au fil des années (Tremoulu 2018a).

La CSBM est financée à 77,8 % par la Sécurité sociale. De l'autre côté, les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) se trouvent en deuxième place dans le financement de la CSBM avec une part de 13,2 % en 2017. La part du reste à charge direct des ménages dans la CSBM poursuit son mouvement de baisse régulière depuis 2008 et s'établit à 7,5 % en 2017 (Tremoulu 2018g).

1.2.2. La part de l'Assurance maladie dans la CSBM

Comme nous l'avons dit précédemment, le taux moyen de prise en charge par la Sécurité sociale s'élève à 77,8 % en 2017.

D'autre part, elle prend en charge 65,1 % des dépenses des soins de ville en 2017. Sa part a également augmentée par rapport à 2012 pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment.

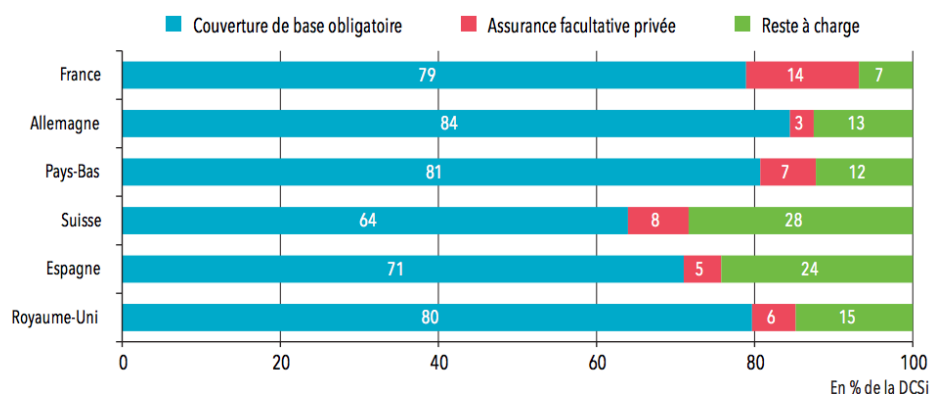
En termes de chiffre, elle finance 155,1 milliards d’euros et les soins de villes représentent 22,4 % de ses dépenses. Les organismes de Sécurité sociale sont donc les premiers financeurs des dépenses de santé (Tremoulu 2018b).

1.2.3. Le système français au sein de l’Union Européenne

La prise en charge en France par l’Assurance Maladie et les complémentaires santé est à ce jour la plus importante au sein de l’Europe. La DREES compare la France, l’Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, l’Espagne et le Royaume-Uni. Le “reste à charge” constitue la part des frais payée par le ménage après intervention de leur couverture de base et de leur complémentaire. Parmi les six pays considérés ici, la France est en effet le pays dont le reste à charge est le plus bas puisqu’il s’élève à 6,8 % de la DCSI (Dépense courante de santé au sens international) contre 13 % pour l’Allemagne, 15 % pour le Royaume-Uni, 24-28 % pour la Suisse et l’Espagne.

Graphique 1 : Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs en 2015 dans les six pays européens.

Graphique 3 Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs en 2015 dans six pays européens



Lecture > Pour la France, 79 % de la dépense courante de santé est prise en charge par la couverture de base obligatoire, en 2015, 14 % par les assurances facultatives privées et 7 % de la dépense restent à la charge des ménages.

Source > System of Health Accounts (SHA) ; OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

1.2.4. La dépense des ménages

Le reste à charge (RAC) est évalué après remboursement de l’assurance maladie et des organismes complémentaires. En 2017, il est de 14,9 milliards d’euros, soit 7,5 % de la CSBM ou encore 223 € par habitant. Il est le plus faible pour les tarifs hospitaliers et le plus important pour l’optique (23 %) puis le dentaire (22,2 %). La part du RAC pour les soins de ville aurait néanmoins diminué depuis 2008 par la modération des dépassements d’honoraire, passant de

13,5 % de la dépense à 11,5 % en 2017. Bien que la dépense des ménages ait augmentée en valeur, elle a baissé en pourcentage de la dépense, ce qui reflète une augmentation du nombre de soins réalisés, et une meilleure prise en charge (Tremoulu 2018d).

La loi « santé pour tous » en 2015, qui impose aux entreprises une complémentaire pour les salariés, n'a cependant pas permis une importante diminution de ce reste à charge. Ceci s'explique par deux principales raisons, d'une part cette mesure a finalement eu un effet de migration des contrats individuels à collectifs, et d'autre part elle ne concernait que le salarié privé sans impacter les fonctionnaires ou les travailleurs non-salariés¹.

1.2.5. La notion d'effort des ménages

En 2012, les ménages modestes s'orientent davantage sur les soins les mieux remboursés par l'AMO que les ménages aisés. Par ailleurs, le reste à charge est 1,7 fois plus élevé pour les 10 % des ménages les plus aisés par rapport aux 10 % des ménages les plus modestes. Alors que le reste à charge opposable varie relativement peu en fonction du niveau de vie, avec un écart de 22 % (entre 575 et 700 €), les dépenses liées à la liberté tarifaire varient elles davantage en fonction de ce critère. En effet, les 10 % les plus aisés dépensent 3 fois plus d'argent que les 10 % les plus modestes dans les dépassements d'honoraires et tarifs libres. Il convient d'objectiver que les ménages les plus aisés s'orientent plus régulièrement vers les soins les plus chers, souvent de meilleure qualité.

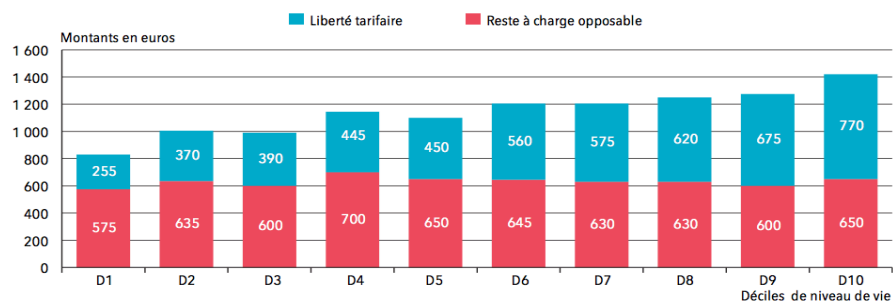
Malgré l'aide de l'AMO, de la CMU et d'autres aides, les dépenses des ménages les plus modestes restent plus élevées en part de leur revenu que celles des ménages aisés. C'est en cela que l'on peut évoquer l'inégalité sociale dans le secteur de la santé.

Finalement l'effort à fournir en termes de santé pour les plus modestes est plus important que celui des plus aisés.

¹ Conférence Actuelia du 16 mai 2019

Graphique 2 : Décomposition du reste à charge annuel après assurance maladie obligatoire des ménages (opposable et liberté tarifaire) selon le niveau de vie en 2012

Graphique 1 Décomposition du reste à charge annuel après assurance maladie obligatoire des ménages (opposable et liberté tarifaire), selon le niveau de vie en 2012



Lecture > Les ménages du premier décile de niveau de vie ont un reste à charge par an qui se compose de 575 euros de reste à charge opposable et de 255 euros de liberté tarifaire.

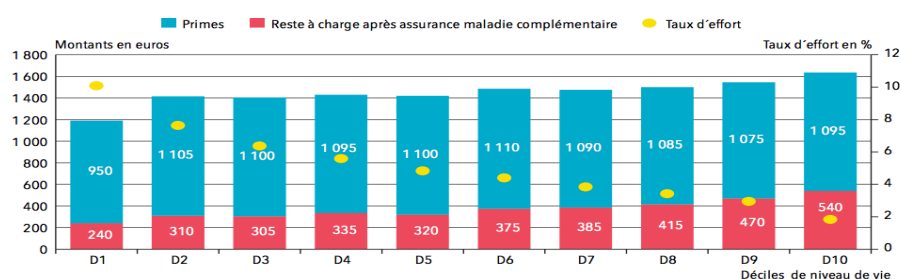
Champ > Ensemble des ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Ce graphique nous montre la variation en euros du reste à charge par an entre les différents déciles de niveau de vie ainsi qu'entre le reste à charge opposable et celui associé à la liberté tarifaire. Nous observons, en effet, que la variation du reste à charge opposable n'est pas très importante devant celle concernant la liberté tarifaire : le reste à charge sur la liberté tarifaire représente seulement 255 € par an pour le premier décile de niveau de vie contre 450 € pour le cinquième et 770 € pour le dixième.

Graphique 3 : Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages selon le niveau de vie en 2012

Graphique 2 Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon le niveau de vie en 2012



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. Le taux d'effort est la somme des primes payées par le ménage (hors participation employeur) et du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire divisée par les revenus du ménage. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Les chiffres présentés dans ces graphiques prennent en compte une participation de la part de l'employeur à hauteur de 57 %, contrairement aux 50 % pris en compte dans les graphiques de l'édition 2016.

Lecture > Les ménages du premier décile de niveau de vie (D1 : premier décile) consacrent près de 10 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Le graphique ci-dessus évalue la notion d'effort des ménages ; les ménages du premier décile de niveau de vie consacrent 10 % de leurs revenus à leur santé contre moins de 5 % pour les ménages du cinquième décile et moins de 2 % pour les ménages du dixième décile (DREES 2019f).

1.2.6. Consommation des soins dentaires

En 2017, la consommation de soins dentaires s'élève à 11,3 milliards d'euros. On peut analyser que les tarifs évoluent entre 2009 et 2016 avec une augmentation globale de 1 % par année. En effet, des mesures d'augmentation des honoraires ont été effectuées entre 2013 et 2014. Chez le dentiste, depuis une dizaine d'année, les dépassements d'honoraires représentent plus de 50 % des honoraires totaux. En 2016 la part des soins pris en charge s'effectue comme suit :

- 51 % d'actes conservateurs ;
- 19 % de radiographies ;
- 12 % de consultations ;
- 5 % sont d'actes chirurgicaux ;
- 2 % d'actes d'orthodontie.

C'est dans ce contexte qu'une adaptation du règlement arbitral semble nécessaire d'après la DREES.

Le corps professionnel dentaire exerce majoritairement en libérale. Il accroit de 0,7% par an depuis 2011, en conséquence notamment de l'augmentation progressive du numerus clausus. Cette évolution profite surtout à l'activité salariée du dentiste, qui évolue en concomitance de 4,9 % tous les ans depuis la même année.

Parmi les trois types de soins opéré par le chirurgien-dentiste décrit dans la partie 1.1.3. Les soins non pris en charge sont difficilement mesurables par la statistique publique par conséquent l'estimation qui en est faite dans les comptes de la santé reste approximative (Tremoulu 2018e).

1.3. Présentation de la convention

1.3.1. Contexte et intérêt de la Convention

L'état des lieux des frais de santé réalisé par le nouveau gouvernement interpelle. En effet les parts correspondant aux secteurs de l'optique, de l'audition et de la dentisterie sont de plus en plus importantes, notamment des faits d'une population vieillissante et de plus en plus nombreuse.

Aussi, d'après les données de la partie précédente on assiste à une augmentation des dépenses de santé depuis plusieurs années. Selon le cabinet de conseil en actuariat Actuelia, le reste à

charge des ménages aurait doublé en 20 ans et s'accompagne d'un déficit grandissant de la sécurité sociale. Dans ce contexte les politiques publiques tendent vers une réduction des dépenses en effectuant un transfert des dépenses publiques vers les complémentaires santé². Aujourd'hui les complémentaires santé se sont rendues indispensables dans l'accès aux soins. Les mutuelles ne sont cependant pas gratuites, un contrat plus avantageux est ainsi plus onéreux et l'investissement sur plusieurs années par leurs adhérents est encouragé par des offres appliquées selon l'ancienneté. Il est donc fréquent que le reste à charge reste important pour le patient et qu'il soit ainsi synonyme de renoncement aux soins (Dispofi 2019). L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, créé par le groupe Santéclair, le CISS (Collectif inter-associatif sur la santé) et 60 millions de consommateurs, s'est donc penché sur la question de l'accès aux soins dentaires et s'est intéressé aux soins conservateurs, aux extractions, aux prothèses, aux implants et à l'orthodontie (Raymond et Paris 2018).

Il ressort de cette analyse plusieurs choses :

- À Paris, les dépassements d'honoraires des actes opposables restent d'actualité et représenteraient environ 57 % des dépassements sur le territoire national ;
- Les prothèses représentent la plus grande part des dépenses dentaires, elles ont atteint les 5 milliards d'euros en 2012. De son côté l'assurance maladie n'a remboursé que 1 milliard en 2017. Certains actes prothétiques ne sont toutefois pas toujours justifiés. Par exemple, d'après l'Observatoire, la pose d'un inlay-core systématique avant une couronne est une pratique courante. Le reste à charge au patient varie entre 280 et 400 € après remboursement par la sécurité sociale, ce qui n'est pas toujours complètement assuré par la mutuelle ;
- De l'analyse de 177 000 devis de dentistes concernant de l'implantologie par Santéclair, il ressort que pour un implant dentaire facturé au prix moyen de 931 €, après prise en charge par une complémentaire santé, le patient a un reste à charge d'en moyenne 650 € (Dispofi 2018; Raymond et Paris 2018).

Par ailleurs, une étude a montré que les 2/3 du chiffre d'affaires des praticiens est réalisé avec la prothèse alors que celle-ci représente 1/3 des frais de matériels, contre 1/3 du chiffre d'affaires pour les soins qui eux représente 2/3 des dépenses de matériels.³

C'est face à ce bilan que le gouvernement a voulu mettre en œuvre des mesures d'équilibrage.

² Conférence Actuelia « 100% santé » du 16 mai 2019

³ Conférence Actuelia « 100% santé » du 16 mai 2019

1.3.2. Présentation de la convention dentaire

a) les acteurs

La nouvelle loi du 100 % santé fait partie des promesses de la campagne du Président Macron et a été menée par la ministre de la santé Madame Buzyn. L'objectif de cette loi est de mettre en place un remboursement à 100 % sur l'audioprothèse, l'optique et le dentaire pour le plus grand nombre des citoyens Français et ce à l'horizon 2021⁴. Une nouvelle convention nationale, signée le 18 juin 2018, organise les nouveaux rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

Elle est signée par le directeur l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, le président de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), le président de l'Union dentaire (UD) et le président de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) (2018).

b) les 6 axes de la loi

Cette convention, mise à part la nouvelle réglementation sur les soins prothétiques, développe plusieurs thèmes présentés dans l'article 1^{er} :

- le fonctionnement des relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux ayant adhéré à la convention ;
- un meilleur accès aux soins bucco-dentaires grâce au développement de l'installation des dentistes dans les zones déficitaires ;
- la prévention et l'éducation sanitaire à partir de 3 ans ;
- le rééquilibrage de l'activité bucco-dentaire en favorisant les soins précoces et conservateurs ;
- la rénovation de la vie conventionnelle ;
- la détermination des modalités de facturation et de règlement.

L'article 2 de cette Convention décrit son champ d'application. Les dentistes concernés sont ceux qui exercent sous le régime conventionnel, qu'ils soient libéraux, salariés, remplaçants, en métropole ou DOM-TOM (2018).

⁴ Interviews d'Agnès Buzyn par Jean-Jacques Bourdin sur RMC et BFMTV les 4 avril 2018 et 31 octobre 2018 dans Bourdin Direct

c) Mise en place du projet "RAC0"

L'article 4 s'intéresse davantage à l'activité propre du chirurgien-dentiste. La philosophie du texte présenté est simple, il est question, dans un premier temps, de revaloriser à la hausse les soins conservateurs.

Ceci aurait pour objectif :

- De motiver le dentiste à préférer une solution conservatrice pour le patient lorsque cela est possible. Certaines études montrant que les dévitalisations, comme les poses d'inlay-core, ne sont pas toujours justifiées ;
- De rééquilibrer la part des actes conservateurs dans le chiffre d'affaire du dentiste par rapport à ses dépenses et de permettre un plafonnement des prothèses, de fait moins brutal sur le plan économique. Celui-ci permet un reste à charge moins important au patient qui pourra donc mieux se faire soigner lorsque l'indication prothétique est posée.

Le rééquilibrage des soins conservateurs ainsi que le plafonnement des prothèses sera établi par un dispositif progressif étalé sur 3 ans à partir du 1^{er} avril 2019 au 1^{er} janvier 2023. Cet échelonnage est nécessaire pour une bonne adaptation aussi bien des professionnels de santé que des complémentaires santé (2018).

L'article 7, et les tableaux annexes de la convention, reportent les actes conservateurs et chirurgicaux faisant l'objet d'une revalorisation. On note ainsi, dès avril 2019, la création de nouveaux codes CCAM et nouveaux remboursements. Parmi ceux-ci, le bilan parodontal affiché à 50 € pour les patients diabétiques, l'assainissement parodontal par lambeau sur un textant à 80 €, l'application de vernis fluoré en cas de haut risque carieux pour les enfants de 6 à 9 ans qui s'élèvera à 25 € ou le coiffage pulpaire pour 60 €. On trouve également l'ajout non définitif de codes concernant la sédation consciente avec ou sans Meopa selon certaines indications qui sera tarifée à 100 €, et un supplément pour la prise en charge des soins chirurgicaux pour les patients sous anticoagulants ou anti-vitamines K de 20 €. La base de remboursement des inlays-onlays grimpe à 100 €, soit une augmentation de 150 %. Enfin, une revalorisation progressive des honoraires appliqués aux composites (de 48,5 %) et aux traitements endodontiques (de 27 %).

Au niveau des actes chirurgicaux on note une augmentation pour les extractions de dents temporaires (49 %) et de dents permanentes (16 %) en janvier 2023, jusqu'à l'avulsion de 9 dents au-delà duquel on remarque une légère diminution du tarif. Il est également prévu par cette convention une revalorisation de 4 € du tarif de l'extraction avec alvéolectomie ou séparation de racines en 2023.

Enfin, sur le plan prothétique, la base de remboursement des couronnes augmente de 9 % et celles des inlay-core diminue de 26,5 % (2018).

d) Les trois paniers de soins prothétiques

La nouvelle convention redéfinit également les contours de la prise en charge prothétiques du patient. Dans ce cadre, trois paniers de soins sont décrits. Tout d’abord, les actes prothétiques pour lesquels l’entente prothétique sera limitée et sans reste à charge : c’est le panier RAC 0. Pour ces actes, les honoraires seront plafonnés et les frais intégralement remboursés par la sécurité sociale et la complémentaire santé du patient.

Le deuxième panier se constitue par les actes aux tarifs maîtrisés. Pour ceux-ci, les honoraires sont plafonnés, l’entente directe entre le praticien et le patient est limitée, mais le reste à charge pour les ménages n’est pas nul. Enfin, un troisième panier, dit panier « tarif libre », fait référence aux actes dont l’entente directe entre le patient et le praticien reste libre. Aucun plafond n’y est associé. Le tableau ci-dessous référence les différents actes appartenant à chacun de ces trois paniers.

RAC 0	TARIFS MAITRISES	TARIFS LIBRES
<ul style="list-style-type: none"> - Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur incisive, canine et premières prémolaires - Couronne céramique-monolithique (zircon) sur incisive, canine et premières prémolaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur deuxième prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircon) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2eme prémolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée

- couronne céramo-métallique sur les incisives, canines et premières prémolaires		
Inlay-core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	- Inlay-core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - Inlay-onlay métallique	- Inlay-core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique
- Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour tout type de dent	- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
		- Dépose de couronnes
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	- Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations, adjonctions, supplément	Adjonctions

Aussi, les chirurgies implantaire, endodontiques et parodontales, bien que figurant dans la CCAM ne sont pas concernées par les nouvelles réglementations tarifaires.

Il semble intéressant d'apporter ici une précision concernant la revalorisation progressive des actes. Le plus souvent cette revalorisation ne se fait qu'une fois entre 2019 et 2023. Toutefois, suivant l'acte, et de manière arbitraire, sa réévaluation s'effectue plus ou moins tôt dans le processus de rééquilibrage. C'est en désignant l'ensemble de la palette des actes dentaires que l'on peut parler de dispositif de rééquilibrage progressif (2018).

e) Les systèmes de réévaluation

L'article 5 de l'arrêté présente les détails d'une clause en cas d'écart significatif dans la répartition des actes prothétiques entre les trois paniers.

Pour les première et deuxième années, si un écart de plus de 10 pourcents pour un indicateur associé aux actes pris en charge intégralement est constaté, ou qu'à partir de la troisième année, un écart de plus de 5 pourcents est observé, un avenant devra être négocié.

En juin de chaque année on évaluera l'activité de l'année précédente. Si nécessaire l'avenant devra être présenté dans un délai de 2 mois afin de mettre en place des mesures d'ajustement (2018).

Finalement, la distribution en volume de prothèses réalisées qui serait attendue représenterait 30 % pour les prothèses en tarifs libres, 25 % pour celles en tarifs maîtrisés et 45 % pour celles du 100 % santé. Si les prothèses en tarifs libres dépassent les 50 % et que celles du RAC0 arrivent à 25 % ou au contraire si les prothèses en RAC0 passent à 75 %, de nouvelles négociations seraient ouvertes. (Viel, Laure 2018)

L'article 6 prévoit que la Convention tienne compte de l'évolution des charges du cabinet dentaire. Un indicateur associé à l'administration fiscale doit être déterminé. Un groupe de travail issu de la CPN (Commission paritaire nationale) aura pour mission de définir cet indicateur ainsi que les modalités de calcul dans un délai d'un an après la signature de la présente convention.

Une clause d'indexation se déclenchera en cas de dépassement du seuil de 1 % dans l'évolution des charges par rapport à l'année de référence. Initialement, l'année de référence est 2018. L'année de référence devient l'année (N) dès lors qu'elle aura donné suite à l'activation de cette clause. Dans le cas où l'évolution des charges dépasserait le seuil défini, cette clause d'indexation sera appliquée aux honoraires limites de facturation des actes prothétiques et la convention sera modifiée par avenant. En d'autres termes les tarifs des actes prothétiques devront être ajustés. Une CPN est donc prévue avant la fin du premier semestre de chaque année dans le but de prendre en considération l'évolution des charges au regard des données obtenues de l'administration fiscale. (2018)

2. Les mutuelles santé dans le nouvel environnement de santé

2.1. Historique et principes des mutuelles

Depuis leur origine, les mutuelles sont des actrices majeures de la protection sociale du citoyen français et interviennent dans la vie sanitaire de chacun. Elles sont parmi les fondatrices de l'économie sociale et se définissent par un modèle entrepreneurial différent. Elles se distinguent en effet par leur union dans la poursuite des grandes valeurs que sont liberté, égalité, solidarité et indépendance, et sont le premier acteur de service de soins à but non lucratif.

Ces organismes sont soumis au Code de la Mutualité. Cependant, au fil des années, notamment du fait de la confrontation avec les organismes d'assurance, certaines lois ont dû apporter des modifications.

En effet, en 2001 une modification au Code de la mutualité les banalise en prenant en compte la nature de leur activité et non plus leur statut. Elles sont donc moins différenciées des assurances.

Depuis 2015, elles sont soumises également au Code des assurances et au code monétaire et financier, avec notamment l'entrée en vigueur de la directive Solvabilité 2 dans le Code de la Mutualité.

On se retrouve dès lors face à un risque de démutualisation du fait de ce nouvel environnement financier qui peut tendre à détourner les mutuelles de leurs objectifs premiers évoqués précédemment.

Les risques évoqués étant bien présents, la Mutualité a veillé à réaffirmer dans son code ses valeurs et principes faisant leur spécificité, en les défendant avec force, notamment en incluant de nouvelles dispositions. Celles-ci concernent la nature des mutuelles à proprement dite, ainsi que leurs finalités véhiculées par leurs actions (Mutualité Française 2018).

2.1.1. La nature des mutuelles

Ainsi l'ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 du Code de la Mutualité ajoute tout un "chapitre préliminaire" intitulé "*Principes communs aux mutuelles, unions et fédérations*". Le but de ce chapitre étant de réaffirmer l'identité mutualiste.

- L'article L. 110-1 rappelle leur définition primordiale (2019a):
 - les mutuelles sont des organismes de droit privé et la qualité de mutuelle n'est donnée qu'après immatriculation au Conseil supérieur de la mutualité qui est bien encadrée par certaines lois du code de la Mutualité ;
 - Ce sont des organismes à but non lucratif depuis 1985 ;
 - Elles sont libres d'organiser leur gouvernance : la gestion est démocratique :
 - Elles appliquent dans leurs actions le principe de solidarité.

- L'article L. 110-2 modernise les principes mutualistes afin qu'ils soient plus adaptés à la situation actuelle (2019b) :

Dans le cadre de la santé, des critères sont identifiés pour moduler les cotisations. Il est ici question du revenu, du régime de sécurité sociale, du lieu de résidence, de la durée d'appartenance à la mutuelle, du nombre d'ayants droit, de l'âge et la date d'adhésion pour les contrats spécifiques concernant des fonctions publiques, militaires... Ainsi, mis à part le type de contrat souscrit (entrée de gamme, moyenne gamme, haute gamme) et le montant de la cotisation payée, aucun autre critère que ceux évoqués précédemment pourrait justifier que deux membres soient traités différemment pour une prestation donnée. C'est le principe d'égalité et de non-discrimination entre les membres. Par conséquent l'établissement d'un questionnaire médical pour les membres est interdit, et l'état de santé ne peut donc pas rentrer en compte dans le montant de la cotisation ou le niveau des prestations réalisées.

- L'article L. 110-3 interdit la différenciation de cotisations et prestations entre les hommes et les femmes (2017a).
- L'article L. 110-4 interdit à tout organisme n'étant pas régie par le code de la mutualité de mentionner quelques informations que ce soit dans ses documents pouvant porter à confusion sur la nature mutualiste de celle-ci. Ainsi, une assurance voulant y faire référence est obligée d'ajouter le terme "assurance" à celui de "mutuelle" pour ne pas faire l'objet des dispositions législatives présentes dans le code. Dans le même sens, une mutuelle est obligée de mentionner dans ses documents une mention telle que "organisme régi par le code de la mutualité" (2017b).

C'est dans l'article L 114-53 que l'on peut trouver qu'une infraction à la loi ci-dessus fait l'objet de sanctions pénales renforcées : une amende de 30 000 € pour utilisation frauduleuse du terme « mutuelle » (2017d; Mutualité Française 2018).

2.1.2. La finalité des mutuelles

L'article L.111-1 I énumère les activités qu'elles peuvent réaliser, à savoir :

- Certaines opérations d'assurance mais uniquement concernant la garantie des personnes et non l'assurance des biens ; accident, maladie, prévoyance ;
 - Les opérations concernant la prévention des risques de dommages corporels, la protection des enfants, des personnes âgées, de la famille ;
 - Les actions concernant les établissements ou services ayant un caractère social, sanitaire, médico-social, funéraire, sportif ou culturel (service de soins et d'accompagnement mutualistes : SSAM) ;
 - Elles peuvent prendre part dans la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.
- Par ailleurs, un organisme ne peut pas pratiquer simultanément toutes les actions citées au-dessus. Les principes de spécialité interne et de spécialité externe doivent être respectés.

Ainsi selon le principe de spécialité externe une mutuelle pratiquant une activité d'assurance ne peut pas faire des SSAM. Et selon le principe de spécialité interne plusieurs activités d'assurance ne peuvent pas être faites au sein du même organisme (Mutualité Française 2018, 2019c).

2.1.3. Conditions de création d'une mutuelle

Les conditions générales concernent :

- L'objet de la mutuelle : il énumère les activités pratiquées et veille à ce que leurs exercices simultanés soit permis par l'article L111-1 ;
- Le nombre de membres, elle doit être composée d'au moins 10 personnes ;
- Les fonds d'établissement : pour celles exerçant des activités d'assurance, et dont l'activité relève du "livre II", ceux-ci doivent être de 228 600 € minimum pour les mutuelles agréées à la branche accident ou maladie et de 381 100 € minimum pour les mutuelles pratiquant des activités d'assurance vie ou mixtes. Tandis que pour celles exerçant des activités régies par le livre I ou III il n'y a pas de fonds minimums obligatoires ;
- Un plan de financement prévisionnel dans le cas où elle exerce des activités de prévention ou SSAM ;
- Un établissement des statuts par l'Assemblée générale constitutive définissant le fonctionnement de la mutuelle et les engagements contractuels entre les membres concernant les cotisations et prestations (Mutualité Française 2018, 2019c).

2.1.4. Organisme à but non lucratif

Le mot « mutuelle » est originaire du latin « mutus ». Il signifie « qui s'échange » ou bien « réciproque ». Une mutuelle se définit donc comme un organisme à but non lucratif (Ministères de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics 2012).

Elle est encadrée entre autre par la loi de 1901 qui définit une association à but non lucratif comme étant « un groupe d'au moins deux membres qui exercent une activité sans en retirer un avantage financier à titre personnel. S'il y a des bénéfices, ils sont reversés à l'association pour la développer. »⁵

Le financement est solidaire, les membres contribuent chacun à son fonctionnement en payant des cotisations qui vont permettre d'assurer une prise en charge complémentaire de la sécurité sociale, mais également dans d'autres domaines comme ceux de prévoyance et d'assurance (Ministères de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics 2012).

Cela ne signifie pas que l'association ne peut pas avoir d'activités commerciales ou lucratives mais que les membres (fondateurs, dirigeants et membres actifs) ne peuvent pas partager les éventuels bénéfices générés par une activité économique réalisée par l'association.

Si cette activité est annexe au sein de l'association et qu'elle produit des recettes qui n'excèdent pas 63 059 € (montant 2018), elle donne droit à une exonération de l'ensemble des impôts commerciaux, à condition que d'une part, la gestion soit totalement désintéressée, et d'autre part, que les activités non lucratives soient grandement majoritaires. Ce cas de figure peut se présenter par exemple lorsque l'association organise des manifestations commerciales isolées comme un bal annuel, des spectacles, des tombolas, des ventes aux enchères, ou encore si elle utilise un restaurant de ses locaux pour organiser des activités culturelles, sportives ou de loisirs. Si les recettes issues de ces activités commerciales dépassent les 63 059 € (montant 2018) l'association devra régler les impôts commerciaux au même titre que n'importe quel commerce (Assistant-Juridique.fr 2019).

2.1.5. La Fédération nationale de la mutualité Française

La Fédération nationale de la Mutualité Française est une organisation professionnelle qui représente la grande majorité des mutuelles. Créée en 1902, la FNMF est un porte-parole. Elle

⁵ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/association-a-but-non-lucratif/>

est représentée par 17 unions régionales sur le territoire et en outre-mer. Elle a quatre missions :

- Animer la vie démocratique du mouvement mutualiste ;
- Favoriser la définition et l'évolution des orientations politiques du mouvement mutualiste lors des assemblées générales, des conseils nationaux et des congrès de la Mutualité Française ;
- Veiller à ce que toutes ses composantes puissent s'exprimer et participer aux décisions. Pour cela, elle développe des outils d'information et d'échange internes ;
- Coordonner les unions régionales de la Mutualité Française, qui sont des actrices essentielles de la vie mutualiste.

La Fédération assure la promotion du mouvement mutualiste et fait connaître les spécificités des mutuelles :

- Elle promeut le modèle d'entreprise des mutuelles, qui constituent une composante majeure de l'économie sociale et solidaire (ESS) ;
- Elle conçoit et met en œuvre des campagnes d'information et de communication pour diffuser les valeurs et les réalisations des mutuelles auprès du public ;
- Elle s'implique dans des actions de prévention et de sensibilisation dans les domaines de la santé et de la protection sociale.

En tant que porte-parole, elle incarne le rôle d'acteur global de santé des mutuelles, qui accompagnent leurs adhérents tout au long de la vie. Elle favorise également le développement des activités de ses mutuelles en leur proposant d'une part, une expertise et des services dans les domaines de la fiscalité, du droit, de l'assurance, de l'économie et de la concurrence. Et d'autre part, un accompagnement dans l'exercice des différents secteurs de la mutuelle, comme l'assurance santé et la prévoyance, les services de soins et d'aide à la personne, ou la prévention.

Par ailleurs, elle prend part aux débats publics sur toutes les questions de protection sociale, de santé et de solidarité. Elle se fait l'avocat des organismes mutualistes et de leurs assurés. Elle peut également faire des propositions auprès des pouvoirs publics français et européens, et animer le dialogue avec les professionnels de santé et les partenaires sociaux. (Mutualité Française 2019)

2.1.6. Procédés de fusion des mutuelles

Une fusion ne peut se réaliser qu'entre mutuelles et présente plusieurs intérêts. Elle peut être réalisée par des mutuelles en déclin ou par des mutuelles qui souhaitent augmenter leurs effectifs afin d'augmenter leur développement. Elle peut aussi être utilisée pour améliorer la structure mutualiste d'un département ou d'une région.

Elle peut se faire par absorption, à la condition que les mutuelles concernées aient un certain nombre de similitudes. Dans ce cas une seule mutuelle subsiste et absorbe tout le patrimoine des deux.

Elle peut se faire par fusion entre deux mutuelles ou plus. Dans cet autre cas, elles mettent leurs patrimoines en commun pour la création d'une nouvelle mutuelle.

Sous l'effet de ce processus de fusion de plus en plus utilisé, les organismes soumis au Code de la Mutualité en 2016 sont au nombre de 446 soit 712 de moins qu'en 2006 (- 61 %) (Mutualité Française 2018).

2.1.7. La mutuelle des indépendants : la mutuelle "Loi Madelin"

Ce dispositif créé en 1994 concerne certains travailleurs indépendants ou non-salariés. Ces travailleurs ne sont pas affiliés au régime général, mais au RSI (régime social des indépendants). Ne bénéficiant pas de la mutuelle d'entreprise ils sont amenés à souscrire des contrats de santé individuels. La loi Madelin leur permet donc de déduire de leur revenu imposable les cotisations versées dans le cadre de leur complémentaire santé, de leur assurance prévoyance (arrêt de travail, incapacité de travail, invalidité, perte d'autonomie, etc.), de leur contrat d'épargne retraite ou de leur garantie chômage.

Ce dispositif mis en place s'adresse plus précisément aux travailleurs non-salariés dont l'imposition relève de bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou de bénéfices non commerciaux (BNC), c'est-à-dire :

- les professions libérales comme les avocats, médecins, architectes ;
- les exploitants et entreprises individuelles ;
- les gérants non-salariés de sociétés qui sont soumises à l'impôt sur les sociétés, qu'ils soient gérants égalitaires ou majoritaires ;
- les conjoints collaborateurs des TNS dans le cas où ils ne reçoivent pas de salaire.

Il ne concerne pas les travailleurs non-salariés agricoles ou les autoentrepreneurs.

Les cotisations peuvent être déduites en fonction de leur revenu imposable dans la limite du plafond qui lui-même dépend de leurs revenus professionnels.

Ce plafond correspond à 3,75 % du revenu annuel imposable auquel il on ajoute une somme forfaitaire. Cette somme forfaitaire représente 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS). Aussi, il ne peut pas dépasser 3 % de 8 plafonds annuels de la Sécurité sociale.

Leurs taux de remboursement sont les mêmes que ceux du régime général mais sont différents en cas d'arrêt de travail. En effet le droit aux indemnités journalières et leurs taux associés diffèrent (ADP Assurances 2019).

2.2. La santé au centre de l'activité des mutuelles

2.2.1. La santé : leur activité principale

Les Mutuelles couvrent les risques sociaux, c'est-à-dire maladie, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse, survie, famille, maternité, éducation, emploi, chômage, logement et pauvreté. Bien que les pouvoirs publics prennent en premier en charge ces risques, les complémentaires interviennent de manière importante.

En 2016, l'assurance santé représente la majorité des cotisations des complémentaires santé. Néanmoins, 85 % des cotisations versées aux mutuelles concernent le secteur de la santé, contre 50 % pour les institutions de prévoyances et 31 % pour les sociétés d'assurance. La santé est donc la principale activité des mutuelles. En effet en termes de répartition de leurs cotisations, les mutuelles sont les plus actives sur la santé au sein des organismes complémentaires (DREES 2019c).

2.2.2. Le remboursement des actes dentaires

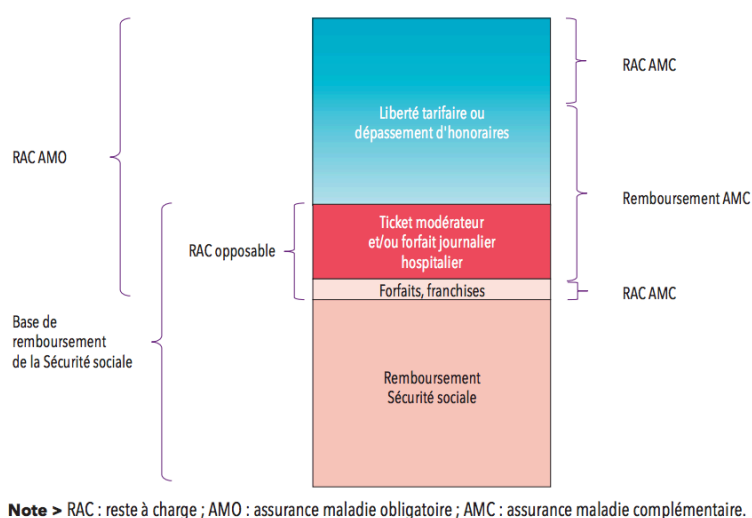
Le remboursement effectué par la mutuelle se fait à partir de taux de remboursement affectés à un certain type d'acte qui est fonction de la base de remboursement.

Le taux peut être de 100 % auquel cas l'intégralité du ticket modérateur est remboursée (sauf la participation forfaitaire). Par contre s'il y a un dépassement d'honoraire effectué par le praticien il restera un reste à la charge du patient.

S'il est à 200 %, la complémentaire prend en charge le ticket modérateur, plus l'équivalent d'un deuxième tarif de convention. Le montant remboursé correspond donc au double de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie représente le champ d'action de la mutuelle, on l'appelle RAC AMO. Elle intervient donc sur les dépassements d'honoraires ainsi que pour des actes non remboursés par la sécurité sociale selon les contrats (DREES 2019d).

Graphique 4 : La structure des tarifs vis-à-vis de la participation de la Sécurité Sociale et des complémentaires santé (DREES 2019e)



Chez le dentiste, certains actes à tarifs fixes sont remboursés intégralement par l'assurance maladie et la complémentaire, il s'agit des soins conservateurs, détartrage...

En revanche, les soins dentaires prothétiques ont des tarifs de responsabilité (ou tarifs conventionnels) souvent très inférieurs à leur tarif réel comme expliqué dans la partie 1. C'est ici que les complémentaires santé jouent un rôle très important dans la prise en charge des restes à charge sur les dépenses de soins prothétiques (DREES 2019d).

2.3. Le contrat de mutuelle

2.3.1. Les principaux critères

Pour qu'un contrat soit dit "responsable" il ne peut pas dépendre directement de l'état de santé de la personne mais peut s'appuyer sur des caractéristiques propres de la personne que sont l'âge, le lieu de résidence, le numéro de sécurité social et les informations des ayants droit. (DREES 2019h)

En effet ces éléments du profil de l'individu permettent d'avoir des garanties adaptées aux besoins et au budget. Nous allons expliquer quels sont les éléments qui influencent le prix du contrat afin de mieux comprendre les différences au sein d'une même mutuelle ainsi qu'entre elles.

Voici comment ces éléments peuvent influencer le contrat :

- Le sexe : les femmes consomment de manière générale plus que les hommes ;
- La zone géographique : les dépassements d'honoraires en fonction des zones sont pris en compte ;
- L'âge : les personnes âgées consomment plus de soins de santé que les jeunes ;
- La catégorie socio-professionnelle : les indépendants consomment moins que les salariés, et les non-cadres consomment moins que les cadres ;
- Les informations des ayants droits influent également le tarif (Réassurez-moi 2019a) ;
- Les frais de gestion impactent la qualité de la mutuelle par rapport à une autre, ils représentent 10 à 30 % de la cotisation ;
- Les frais d'acquisition : il s'agit des moyens mis en œuvre pour la recherche de nouveaux clients, représentent 10 à 20% de la cotisation.

Le régime d'imposition de la mutuelle influe également son prix :

- La taxe sur les conventions d'assurance est obligatoire pour toutes complémentaires santé. Elle est de 7 % si le contrat de santé est responsable et solidaire au lieu de 14 % si ce n'est pas le cas ;
- La Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA), autre taxe de 13,27 %, est appliquée pour participer au financement du dispositif de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (Réassurez-moi 2019b).

Aussi, la cotisation annuelle de l'adhérent sera d'autant plus importante que la consommation des années précédentes l'est (DREES 2019h).

Le remboursement de la mutuelle est exprimé sur le contrat en pourcentage ou en euros. Le tarif indiqué en euros correspond à une somme forfaitaire dont l'assuré dispose annuellement ou bis annuellement pour la prise en charge de ses frais de santé suivant les prestations réalisées (Réassurez-moi 2019a).

2.3.2. L'impact de l'entrée dans les directives communautaires assurances

Malgré la protection des principes mutualistes, les mutuelles tiennent compte progressivement du risque individuel sous l'effet de la concurrence.

Tableau 1 : Évolution des modes de tarification des contrats individuels entre 2006 et 2016 en pourcentage des personnes couvertes (DREES 2019h).

	Mutuelles	
	2006	2016
Tarif dépendant du revenu	37	38
Tarif indépendant de l'âge	36	3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	29	10
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	24	9
Tarif dépendant du lieu de résidence	14	24
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	84	92

Sur ce tableau, nous pouvons remarquer que bien que les mutuelles aient des tarifs variant en fonction des caractéristiques de l'individu, les différences selon les critères tendent à diminuer pour certaines et augmenter pour d'autres.

Par exemple, l'âge induit davantage de modification tarifaire qu'auparavant : 3 % ont un tarif indépendant de leur âge en 2016 contre 36 % en 2006.

De même pour le lieu de résidence ; en 2006, 14 % des assurés ont un tarif dépendant de ce critère contre 24 % en 2016.

Aussi, l'ancienneté est moins favorisée en 2016 puisque seulement 9 % des personnes couvertes ont un tarif qui en tiens compte contre 24 % en 2006.

2.3.3. Différents niveaux de garanties

Le remboursement sur la base de la sécurité sociale va de 100 % à 800 % en fonction des contrats et des mutuelles et peut inclure ou non le remboursement de la sécurité sociale.

Le contrat dit « entrée de gamme » représente le socle minimum qui est commun à toutes les mutuelles. A cela s'ajoute les garanties voulues par l'assurés qui modifieront le tarif. Ces garanties concernent le domaine des consultations médicales, de l'optique, le dentaire,

l'hospitalisation, les services des mutuelles (l'analyse de devis, assistance médicale, tiers-payants). Ainsi, des différents types de contrat peuvent être décrits :

- les contrats d'entrée de gamme prennent en charge la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et la base du tarif appliqué par la Sécurité Sociale, appelé ticket modérateur, ou formule à 100 %. C'est le contrat le moins cher. Il s'adresse particulièrement à ceux n'ayant pas beaucoup de besoins médicaux comme les jeunes. Il ne prend pas en charge le dépassement d'honoraire ;
- Les contrats intermédiaire correspondent généralement à un remboursement entre 150 % et 250 %. Il intéresse principalement les familles, des adultes seuls ou en couple, ou des seniors ou retraités si les besoins ne sont pas très importants ;
- Les contrats hauts de gammes, avec un remboursement allant 300 % à 800 % de la base de remboursement. Ces contrats permettent en général au patient d'avoir un reste à charge très faible voire nul. En conséquence, le prix des cotisations est plus élevé.

Les contrats haut de gamme prévoient des garanties pour tous les postes de santé remboursés par la Sécurité Sociale, avec de gros forfaits de prise en charge pour les postes très peu remboursés par la Sécurité sociale. Ils prévoient également des remboursements pour tous les actes non remboursés par la Sécurité Sociale.

Ce sont des contrats très complet destinés souvent à des séniors ou des personnes qui ont des besoins très élevés en matière de remboursement de frais de santé. Ce sont aussi des contrats assez chers, donc pour des personnes qui veulent être très bien couverts, même à un prix élevé. Suite à la nouvelle loi de 2019 il semblerait évident que le tarif d'une mutuelle augmente. En effet la sécurité sociale prévoit de faire une économie de 4 milliards d'euros, somme qui devra être prise en charge, entre autres, par les mutuelles (Réassurez-moi 2019).

Voici des exemples de l'augmentation des cotisations qui s'opère sur différents contrats dans différentes mutuelles

Chez Apicil, une augmentation de 3 % sur les contrats d'entrée de gamme, et de 4 % sur les contrats moyens et haut de gamme. Chez Swisslife et chez Henner, une revalorisation, respectivement, de 3 % et de 4 %.

Malgré la nécessité pour un contrat d'être responsable, il est important de savoir que ces tarifs sont libres pour les mutuelles. Elles doivent simplement être cohérents avec le marché et rester compétitifs (Réassurez-moi 2019b).

2.4. Mutuelles collectives d'entreprise

2.4.1. Définition

L'adhésion à une mutuelle peut se faire de deux manières différentes. L'individu peut choisir, à titre personnel, la mutuelle de son choix, ou bien celle-ci fait partie du contrat passé avec son employeur. On parle alors de mutuelle collective. Cette dernière solution est souvent la plus avantageuse car l'employé ne doit faire aucune démarche et les conditions sont directement négociées par l'employeur (Réassurez-moi 2016).

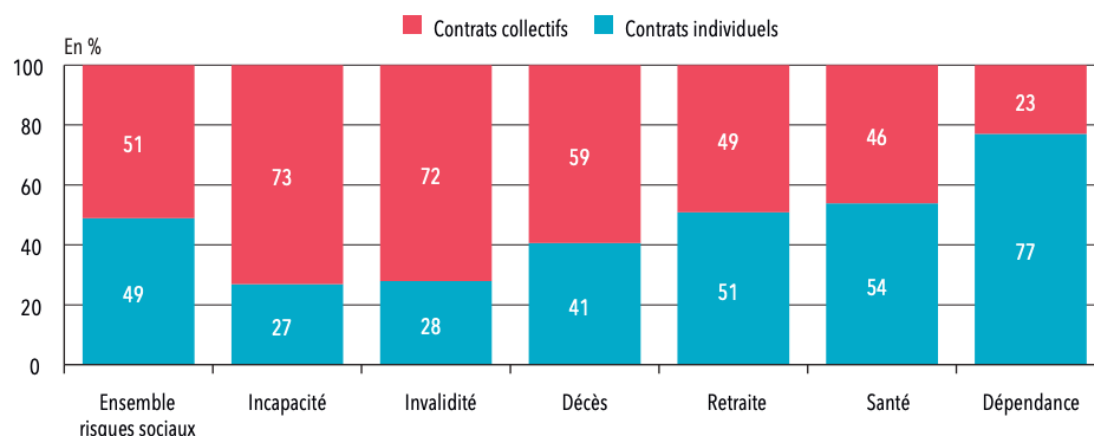
Depuis 2013, la loi stipule qu'une entreprise doit offrir une complémentaire santé à ses employés à partir de 2016. Elle inclut les TPE mais ne concerne pas les employeurs particuliers. C'est le décret de 2014, qui établit ce qu'on appelle un "contrat responsable". Mis à part les garanties minimums qu'il doit satisfaire, sa mise en place par l'employeur donne droit à des avantages fiscaux et sociaux. En effet l'employeur bénéficie dans ce cas d'une exonération des charges sociales dans la limite d'un plafond. Le salarié lui, profite d'une déduction de la part salariale dans le calcul de l'impôt sur le revenu, qui lui est augmenté.

Concernant le dentaire, la mutuelle d'entreprise doit au moins prendre en charge le ticket modérateur (Droit-finances 2019).

Aussi, les employeurs ont l'obligation de payer une partie de la complémentaire santé de leurs salariés, à hauteur de 50 % minimum du coût global. Cependant la participation dans le prix de la mutuelle est plus intéressante dans les entreprises qui en proposaient déjà une avant la loi de généralisation que dans les nouvelles (DREES 2019g). En effet, suite à la loi de généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, un tiers des établissements privés mettent en place une couverture pour leurs employés, et 20 % modifient une offre existante.

Ainsi, 84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés, proposent une complémentaire santé à leurs salariés en 2017. La couverture des salariés a bien évolué depuis 2009 car en 2017, 83 % des salariés bénéficient de la complémentaire santé de leur entreprise contre 60 % en 2009. Ceux qui ne la propose pas le justifient par la dispense d'adhésion des salariés qui concernerait 4 % des salariés (DREES 2019g).

Graphique 6 : Répartition des contrats individuels et collectifs dans les cotisations en 2016



Lecture > En 2016, 54 % des cotisations collectées en santé l'ont été au titre de contrats individuels.

Champ > Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2016, affaires directes en France.

Sources > ACPR (états FR13 et FR14), DREES (enquête retraite supplémentaire), FFA (contrats emprunteurs), calculs DREES.

(DREES 2019c)

Enfin, d'après ce graphique, en 2016, 46 % des cotisations collectées sur le poste de santé l'ont été au titre de contrats collectifs.

Un employé peut refuser cette complémentaire. Ceci, au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la complémentaire santé. Cela peut se produire si l'employé bénéficie de la CMU ou de l'ACS, si il a déjà une complémentaire santé, si le contrat est un CDD de moins de 3 mois et qu'il a déjà une complémentaire qui remplit au moins les caractéristiques du contrat responsable, ou s'il a déjà une des couvertures suivantes : un autre régime de frais de santé collectif obligatoire, un contrat Madelin, la mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales, le régime local d'Alsace-Moselle ou le régime complémentaire relevant de la CAMIEG. Toute dispense peut être accompagnée de chèques santé, afin que l'employeur participe à la santé de l'employé.

D'autre part, si le salarié est amené à être au chômage, il bénéficiera de sa mutuelle d'entreprise pour une durée d'1 an, sauf s'il retrouve un travail avant cette échéance.

(DREES 2019l).

2.4.2. Un contrat souvent avantageux

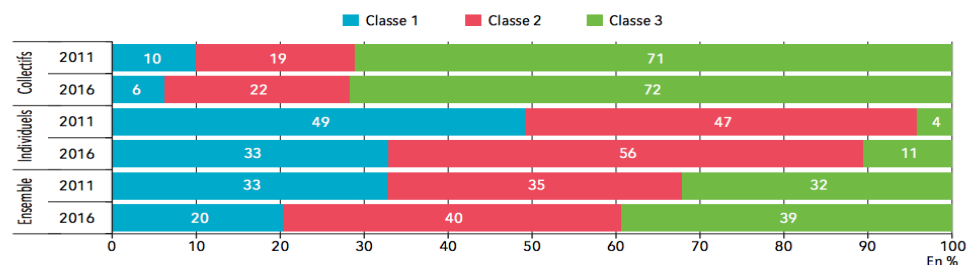
En moyenne, les personnes bénéficiant de contrats collectifs ont de meilleurs remboursements que celles ayant un contrat individuel.

Le prix médian d'une couronne céramo-métallique sur un secteur visible étant 535 €, 22 % des personnes couvertes par un contrat collectif disposent d'une garantie d'au moins 459,75 €, ce qui conduit à un reste à charge nul en comptant le remboursement de la Sécurité Sociale, contre seulement 2 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Concernant le premier décile des prix pratiqués (couronne au prix de 400 €), 55 % des personnes couvertes par un contrat collectif ont un reste à charge nul, contre 36 % de celles couvertes par un contrat individuel. Cependant certains contrats individuels restent plus intéressants que les contrats collectifs. En effet pour un individu bénéficiant d'une garanti de plus de 400 € offert par son contrat individuel, sa prise en charge est plus intéressante que pour 2/3 des individus couverts par contrat collectif. Dans le même sens, pour 100 € de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 17 € en optique et 16 € en dentaire, contre respectivement 8 et 9 € en individuel. En réalité tout individu peut prétendre aux mêmes garanties en individuel ou en collectif, cependant, pour les mêmes garanties, le prix payé par la personne sera plus bas par le biais de son entreprise (DREES 2019d).

Compte tenu des économies liées à la taille des entreprises, dits « économies d'échelles », les contrats collectifs peuvent reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels (Tremoulu 2018c).

Graphique 7 : Évolution de la répartition des bénéficiés par classe et type de contrats, entre 2011 et 2016. (DREES 2019i)

Graphique 1 Évolution de la répartition des bénéficiés par classe et type de contrats, entre 2011 et 2016



Note > Les pourcentages sont arrondis à l'unité. La somme peut donc différer légèrement de 100 %.

Lecture > En 2016, 20 % des bénéficiés d'une complémentaire santé sont couverts par des contrats de classe 1.

Champ > Bénéficiés de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

Dans ce graphique on peut noter que, en 2016, les contrats classe 3 sont beaucoup plus fréquents dans les contrats collectifs que individuels ; avec 72 % contre 11 %. Dans le même sens, 33 % des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un contrat de classe 1 contre 6 % dans les contrats collectifs. Finalement, on note tout de même que globalement entre 2011 et 2016, le pourcentage des contrats classe 1 diminue au profit des contrats plus intéressants, et ceci surtout concernant les contrats individuels.

Les contrats collectifs sont dépendants de certains critères supplémentaires comme la taille de l'entreprise ou le choix de l'employeur entre plusieurs formules de tarification. Celles-ci sont étudiées en fonction de la situation familiale de la majorité des salariés, de la catégorie et du budget de l'entreprise (DREES 2019k).

Malgré tout, les modifications tarifaires dans les contrats collectifs ne peuvent pas être aussi précises que pour les contrats individuels. En effet, un contrat collectif peut prendre en compte dans ses tarifs la structure d'âge du groupe de personnes couvertes, ou encore le lieu d'implantation de l'employeur, mais pas pour chacun des assurés. Il peut cependant varier pour l'assuré en fonction du nombre de personnes de sa famille qu'il souhaite couvrir ou encore de son revenu (DREES 2019h).

2.5. Le financement par les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires financent en 2017 13,2 % de la CSBM. Leur part du financement a augmenté puisqu'en 2002 elle était de 12,3 % de la CSBM. Dans un contexte où la CSBM a augmenté au fil des années, le montant des prestations versées par les complémentaires ont aussi augmenté. Cependant, depuis 2016, la croissance des prestations versées par les complémentaires santé est plus lente que celle de la CSBM (DREES 2019b).

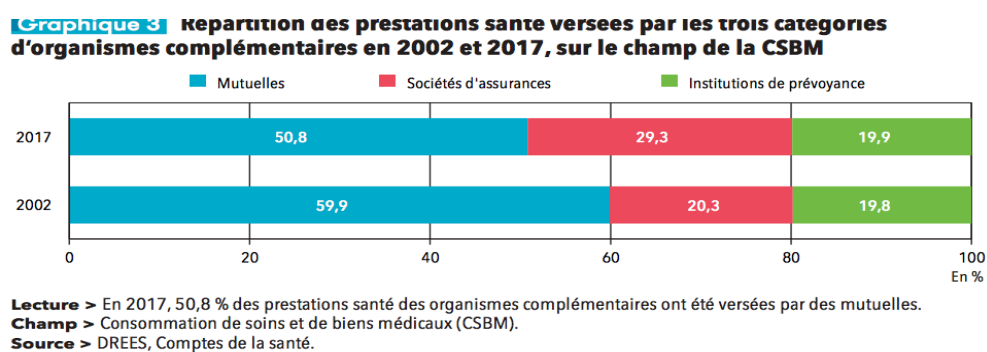
Deux facteurs peuvent expliquer ce recul des mutuelles dans les remboursements. Les organismes complémentaires ont en effet organisé certaines actions afin de contrôler leurs dépenses. Le premier facteur est la formation de réseaux de soins aux tarifs négociés et la mise en place d'un système de « bonus » attribués aux assurés pour les inciter à modérer leur consommation. Le deuxième facteur concerne la réforme des contrats responsables en 2015. Cette réforme interdit aux contrats dit « responsables » de majorer la couverture de ce ticket en cas de consultation hors du parcours de soins. Ils doivent également respecter des plafonds de prise en charge, afin de limiter certaines pratiques inflationnistes.

De même, la prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non conventionnés est limitée à 100 % du tarif de responsabilité (DREES 2019a).

Par ailleurs, si on compile les contrats collectifs et individuels sur la prise en charge des prothèses dentaires entre 2011 et 2016, le montant des garanties progressent en moyenne de 12 %. Cette hausse s'explique essentiellement par celle des garanties de remboursement des contrats individuels (+ 20 % en moyenne), alors que les contrats collectifs sont stables (+ 2 % en moyenne) (DREES 2019d).

Au sein des organismes complémentaire, on peut différencier les 3 types d'organismes (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyances) à partir du graphique ci-dessous.

Graphique 8 : Répartition des prestations santé versées par les trois catégories d'organismes complémentaires en 2002 et 2017, sur le champ de la CSBM (DREES 2019b).



Nous pouvons lire sur ce graphique qu'en 2017, 50,8 % des prestations des organismes complémentaires proviennent des mutuelles, 19,9 % par des institutions de prévoyance et 29,3 % par des sociétés d'assurances. Les mutuelles diminuent cependant leur prise en charge depuis plusieurs années au profit, principalement, des sociétés d'assurances. Ainsi les prestations de santé versées sur le champ de la CSBM ont diminué pour les mutuelles au profit des sociétés d'assurances ; de 59,9 % à 50,8 % pour les mutuelles et de 20,3 % à 29,3 % pour les sociétés d'assurance.

2.6. Les réseaux de soins

2.6.1. Définition

Les réseaux de soins sont basés sur des accords entre les mutuelles et les professionnels de santé. Ils ont pour but de permettre aux patients une prise en charge avec un reste à charge plus faible tout en ayant accès à des soins de qualité (Mutualité Française 2016).

C'est la loi dite loi Le Roux du 27 janvier 2014 qui encadre ces plateformes. Elle figure dans l'article L. 112-1 du Code de la mutualité et l'article L. 863-8 du Code de la sécurité sociale (2014, 2017c). Ces réseaux se sont développés dans les années 2000 dans un contexte où les tarifs étaient peu réglementés par l'AMO. Les secteurs concernés sont surtout l'optique, l'audioprothèse et la dentisterie, car moins bien remboursés par l'assurance maladie (DREES 2019j). Ainsi, la négociation des tarifs permise par la loi concerne seulement les professions dont le financement par l'Assurance Maladie est inférieure à 50 %, elle exclue donc les médecins (Mutualité Française 2016).

Il existe deux types de réseaux de soins :

- le réseau ouvert dans lequel l'organisme complémentaire met en place un cahier des charges à respecter. Les professionnels de santé voulant faire partie du réseau doivent accepter les conditions du cahier des charges pour être conventionnés par le réseau.
- Le réseau fermé pour lequel c'est la complémentaire qui décide du nombre de professionnels dont il veut disposer dans son réseau et établit les conditions sur lesquelles seront évalués les dossiers des professionnels souhaitant être conventionnés. Les critères prédéfinis doivent être objectifs et transparents (DREES 2019j).

Les praticiens qui en font partie s'engagent en effet à diminuer leurs tarifs en échange de quoi les mutuelles du réseau de soins redirigent leurs assurés chez eux.

La négociation des prix s'effectue acte par acte avec le syndicat des chirurgiens-dentistes. Ce sont des plafonds que le chirurgien-dentiste faisant parti du réseau ne peut pas dépasser.

Les praticiens s'engagent également à fournir des soins de qualité autant dans les matériaux que dans le service, ils peuvent être en effet contrôlés pour vérifier qu'ils ne manquent pas à leurs engagements.

Un autre avantage que fourni le réseau de soins est que le patient profite, dans ce cadre, du tiers payant. C'est à dire qu'il n'a pas à avancer la part ni de l'assurance maladie ni de la mutuelle.

Un des objectifs de ces réseaux est de mettre en place un maillage de professionnels de santé sur le territoire pour permettre à l'assuré de pouvoir en profiter à proximité (Mutualité Française 2016).

2.6.2. Avantages et contraintes pour organismes complémentaires et professionnels de santé.

Les organismes complémentaires trouvent dans les réseaux de soins un des leviers de la « gestion du risque » qu'ils utilisent pour passer de payeur aveugle à régulateur responsable auprès de leurs adhérents. Les réseaux de soins sont également un outil majeur manié par les complémentaires pour se différencier de la concurrence. Malgré le fait qu'ils répondent à un besoin réel (des patients/assurés et des organismes complémentaires), les réseaux de soins doivent leur croissance à un cadre juridique très peu développé, constitué principalement par le droit de la concurrence pour lequel l'Autorité de la concurrence a donné, depuis 2009, un avis favorable aux plateformes de gestion. Cette jurisprudence considère que les réseaux de soins auraient un effet « pro-concurrentiel » qui serait bénéfique aux consommateurs car ils garantissent des prix plus avantageux et une meilleure lisibilité de l'offre.

Étant donné l'absence de cadre juridique, ces réseaux ne sont pas contrôlés par les autorités sanitaires. Pourtant, ils régulent véritablement les parcours de santé en référencant les produits et les soins et en établissant leurs tarifs, en orientant les patients vers des professionnels de santé sélectionnés préalablement, en contrôlant la qualité des produits et des pratiques...

Pour ce qui est des professionnels de santé, la relation contractuelle avec les plateformes est déséquilibrée. Tout d'abord, elle est conclue sans négociations (contrats d'adhésion), elle présente donc une asymétrie en obligations et en droits des deux parties. En effet, ce sont les complémentaires qui détiennent le pouvoir de sanction et qui décident et mettent en œuvre toute modification ou actualisation des réseaux. Ceci, alors que les responsabilités restent à la charge des professionnels de santé, et que les contreparties offertes sont légères par rapport aux l'engagement pris par le professionnel.

On peut en effet évoquer les responsabilités du praticien dans le secteur dentaire : la qualité du soin, diplômes et titres, respect des règles d'hygiène et d'asepsie, traçabilité etc.

D'autre part, la contrainte est également économique et financière car ces réseaux représentent souvent une part importante et croissante de leur chiffre d'affaires. Cette contrainte pourrait avoir un effet sur la qualité des soins réalisés et les représentants des praticiens déplorent l'introduction dans l'exercice de « logiques commerciales et financières ».

Elle porte également sur les pratiques car les praticiens sont très encadrés par ces réseaux par des grilles tarifaires, et l'innovation doit figurer dans les catalogues avant d'être utilisée.

Par ailleurs, les principes déontologiques de la profession de chirurgien-dentiste ne s'appliquent pas directement aux réseaux de soins, et par conséquent ces réseaux sont protégés

des sanctions mises en œuvre pour publicité abusive ou détournement de patientèle (Durand et Emmanuelli 2017).

2.6.3. L'état actuel

En 2016, Un tiers des organismes complémentaires sont liés à des réseaux dentaires. Les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance sont plus souvent liées à des réseaux que les mutuelles. Néanmoins, 52 % des bénéficiaires de mutuelles sont couverts par un organisme lié à un réseau de dentistes. D'autre part, la part des personnes ayant accès aux réseaux de dentistes et d'opticiens est la même que la couverture soit individuelle ou collective. La différence observée entre les garanties maximales des contrats avec réseaux de soins ou non est en moyenne de 200 € pour les prothèses dentaires. Cependant ces différences de garantie ne se traduisent pas nécessairement par une baisse équivalente du reste à charge car les assurés ont tendance à choisir des soins de meilleures qualités (DREES 2019j).

Par ailleurs le nombre de praticiens concerné est relativement faible (moins de six milles pour le réseau le plus étendu, soit 14 % du total des chirurgiens-dentistes) et le nombre d'actes proposés est limité.

Bien que l'impact de ces réseaux sur le reste à charge soit bénéfique pour les patients, celui sur l'accès aux soins du point de vue géographique est moins sûr. Enfin, des éléments indiquent que loin de corriger les inégalités d'accès aux soins, les réseaux auraient plutôt tendance à les accentuer : les assurés qui bénéficient des meilleurs contrats complémentaires sont ceux qui ont le plus accès aux réseaux et aux prix préférentiels qu'ils offrent.

Enfin, même si le patient conserve son droit de choisir son professionnel de santé, les réseaux de soins opèrent malgré tout une forte restriction de cette liberté (Durand et Emmanuelli 2017).

3. Enquête auprès des mutuelles

3.1. Les enjeux de la nouvelle loi du 100% santé pour les mutuelles

3.1.1. L'étude Santiane

Cette étude, portant sur 100 000 assurés, prévoit une augmentation des cotisations à venir suite à la loi du RAC0. Elle a été effectuée conjointement avec des assureurs, et stipule que d'ici 2021 les remboursements des mutuelles augmenteront d'environ 7 % car leurs prestations seront plus importantes. De plus, il semble évident que cette réévaluation ne sera pas la même selon l'âge de l'individu. Ainsi, cette enquête indique que le RAC 0 impliquera une revalorisation des remboursements d'environ de 2,5 % pour les moins de 60 ans et d'environ 9,5 % pour les plus de 60 ans.

Selon cette étude, les mutuelles ne seront pas à même de contenir ces dépenses supplémentaires. Celles-ci seront donc plus ou moins reportées sur l'assuré. À titre d'exemples :

- Une augmentation de 9 € par an pour un étudiant qui cotise 30 € par mois à ce jour.
- Une augmentation de plus 40 € par an pour une famille avec deux enfants qui cotise 140 € par mois.
- Une augmentation de près de 100 € par an pour un retraité cotisant 85 € par mois. (Santiane.fr 2018b).

Toutefois, selon Agnès Buzyn, Ministre de la santé et des solidarités, les mutuelles se sont engagées à ne pas augmenter les cotisations des assurés au-delà de la revalorisation naturelle imposée par l'augmentation du budget global de la santé en France : autour de 2 % par an. Le RAC 0 coûterait aux mutuelles 250 millions d'euros. Ce chiffre est à mettre en rapport avec un budget de 36 milliards d'euros par an. Ainsi, toujours selon Madame la Ministre, une augmentation de moins de 0.7 % des dépenses d'une mutuelle ne justifierait pas une augmentation de 4 à 5 % des cotisations.⁶

3.1.2. Conférence Actuelia aux mutuelles

Dans le cadre de cette enquête, nous avons assisté à une conférence adressée aux mutuelles par un cabinet de conseil d'actuariat, le cabinet Actuelia. Cette conférence nous a permis de

⁶ Interview d'Agnès Buzyn par Jean-Jacques Bourdin sur RMC et BFMTV le 31 octobre 2018 dans Bourdin Direct

déterminer quels sont les impacts de cette loi sur les mutuelles et les moyens qu'elles emploient pour y remédier.

« Plusieurs types d'impacts ont été identifiés. Ceux-ci peuvent être d'ordre financier ou concerner la conformité des garanties, la communication, le calendrier à adapter pour mettre en place la réforme et le paramétrage. L'impact financier est étudié à l'aide d'estimations pour évaluer le surcoût causé par la réforme. Celui-ci dépendra de la structure des garanties de la mutuelle et de leur niveau. En effet, pour certains contrats haut de gamme l'impact peut être bénéfique alors que pour d'autres contrats d'entrées de gamme il peut être préjudiciable. Ainsi, l'aspect financier sera évalué par les mutuelles pour chacune des trois années à venir, au fur et à mesure de l'application de la loi. Il devra également prendre en compte des hypothèses de surconsommation du fait de l'accessibilité aux soins qui augmente. Ces hypothèses ne seront pas les mêmes selon les types de mutuelles et selon les types de garanties. Cet impact est en effet très important à évaluer par les mutuelles car elles seront probablement amenées à revoir leurs budgets et les prestations qu'elles proposeront à l'avenir.

Le second impact concerne la mise en conformité des garanties. Celle-ci suppose que l'ensemble des mutuelles travaillent sur des intitulés communs, explicités dans la loi par les trois paniers de soins. En effet, la lisibilité des garanties fait également partie des objets de la réforme. La date prévue d'entrée en vigueur de cette mesure est le 1^{er} janvier 2020. Aussi, si elles ne le font pas, les mutuelles devront payer une taxe et les entreprises adhérentes n'auront plus le droit à la déductibilité fiscale et sociale normalement prévue.

Par ailleurs, une fois la mise en conformité entrée en vigueur, les nouvelles garanties ne pourront plus limiter le nombre de prothèses concernant le 100 % santé.

Un troisième impact est celui touchant la communication des mutuelles. Celles-ci devront faciliter la lecture et la compréhension des garanties. Aussi, cet impact est important à prendre en compte du fait d'une concurrence qui portera davantage sur des détails. Cela implique des mutuelles qu'elles mettent en place différentes mesures, comme par exemple :

- mettre à disposition un simulateur de remboursement sur internet afin de rendre plus clair le reste à charge sur les différents postes ;
- donner des exemples concrets de remboursements sur chacune des garanties ;
- former le personnel à cette loi et notamment les commerciaux qui devront expliquer les nouvelles garanties aux individus et aux entreprises.

Un quatrième impact touche au paramétrage des logiciels utilisés. Si le logiciel est propre à la mutuelle les équipes informatiques doivent l'adapter à la nouvelle loi. Cependant, si la mutuelle

a acheté un logiciel de marché et qu'il a été mis à jour, il sera nécessaire de tester cette nouvelle version, et de corriger les erreurs éventuelles ».

Comment les actuaires proposent de mettre à profit cette réforme ?

« L'idée est de se différencier des autres mutuelles soit par la lisibilité, soit par la mise en place d'offres attractives. Plusieurs leviers de différenciation sont donc à exploiter. Tout d'abord, celui d'une communication simplifiée qui impliquera les ressources de marketing et de communication. Mais aussi, la différenciation des cibles avec, d'un côté, les assurés par un contrat d'entrée de gamme qui privilégieront le 100 % santé, et de l'autre, les personnes couvertes par les contrats haut de gamme qui préféreront des produits plus élaborés. Les mutuelles pourront aussi se démarquer en limitant la hausse des tarifs des cotisations ou en mettant en place une augmentation étalée dans le temps en se servant de leurs ressources. Cette dernière démarche devra faire l'objet d'une communication importante. Il est également possible de faire jouer l'esprit mutualiste de l'organisme, en demandant aux assurés de cotiser en fonction de leur facilité économique.

Les mutuelles peuvent envisager de se différencier sur les postes non concernés par le RAC0 comme la parodontologie, l'implantologie, l'orthodontie, les hospitalisations ou de s'intéresser aux médecines douces comme l'ostéopathie, la diététique, la naturopathie, les cures thermales etc... Enfin la différenciation peut se faire dans la prise en charge de l'assistance aux personnes dépendantes.

Quelques soient les leviers qui seront mis en œuvre, la communication restera primordiale pour faire face à la concurrence »⁷.

3.2. Enquête auprès des mutuelles

Après avoir compris ce que cette loi implique pour les mutuelles, nous nous sommes adressés directement aux mutuelles afin d'évaluer leurs réelles actions, et notamment, celles qui peuvent impacter l'exercice du chirurgien-dentiste.

⁷ Conférence Actuelia du 16 mai 2019

3.2.1. L'objectif du questionnaire

De nombreuses interrogations sont soulevées dans les médias, mais également par les patients et les soignants sur les nouveaux contrats qui seront établis par les mutuelles. Certains points en particulier sont à clarifier :

- la modification du prix des cotisations ;
- l'évolution ou non des remboursements des actes ne faisant pas partis du panier RAC0 ;
- la stratégie probable de différenciation des mutuelles entre elles.

Ainsi, l'évolution des dépenses au sein de la mutuelle, les raisons provoquant la variation d'un remboursement et les plans d'actions déterminés par la mutuelle permettraient d'avoir une vision plus claire des conséquences et impacts de la réforme 100 % santé.

Le questionnaire est présenté en Annexe (Annexe 1).

3.2.2. Matériels et méthodes

Pour répondre à ces interrogations, un questionnaire de 23 questions à l'intention des mutuelles a été réalisé.

Plus d'une vingtaine de mutuelles ont été approché pour répondre à ce questionnaire : Ampli, Apicil, Mgen, Mcci, Smatis, Harmonie Mutuelle, Smerep, Miasc, la mutuelle MPN, Groupe Malakoff Méderic, Groupe Pasteur Mutualité, GMI, Mutuale, Mutuelle Bleue, Mutuelle 403, Identité Mutuelle, MGEFI, Apivia, Apreva, Groupama, Generali, Mutuelle Générale, Avenir Mutuelle, April, France Mutuelle, ADREA Mutuelle, AG2R La Mondiale.

Pour obtenir des réponses au questionnaire réalisé, plusieurs moyens ont été utilisés afin de recueillir un maximum de réponses. Tout d'abord, des demandes spécifiques avec dépôt du questionnaire écrit ont été réalisées à l'accueil des nombreux sièges sociaux. En parallèle, des prises de contact ont été entreprises, par téléphone, afin d'obtenir les coordonnées de la personne ou du service en charge du projet. Des recherches ciblant les directeurs généraux ou marketing ou encore des services juridiques ont été menées par l'intermédiaire du réseau professionnel LinkedIn.

Parmi l'ensemble des mutuelles interrogées, 15 se sont montrées favorables à répondre au questionnaire. In-fine, malgré les relances fréquentes, seulement 6 ont effectivement rempli l'enquête : Ampli, MCCI, mutuelle 403, Mutuale, Apreva et la mutuelle MPN.

En effet, certaines ont finalement estimé leur projet confidentiel, d'autres ont jugé le projet encore très abstrait et sont elles-mêmes perdues, d'autres n'ont finalement jamais donné suite.

Certains biais ont été identifiés :

Tout d'abord le questionnaire présente plusieurs parties spécifiques et concerne donc plusieurs secteurs au sein de la mutuelle, ainsi le questionnaire a souvent été rempli par plusieurs personnes sans avoir le détail quant au rôle précis de chacune. D'autre part, toutes les mutuelles ayant répondu ne sont pas au même stade dans la compréhension de la loi et dans son application. Par conséquent certaines questions n'ont pas pu être complétées avec précision car il est encore trop tôt pour qu'elles se prononcent (notamment les chiffres concernant l'augmentation des dépenses par postes).

Notons que certains retours ont pu être obtenus par un échange direct rendant les réponses plus complètes. Ceci n'a pas été le cas pour d'autres mutuelles qui ont pu trouver certaines questions complexes.

3.2.3. Résultats

Globalement les mutuelles sont favorables à la loi « 100 % santé » du point de vue de la santé publique. Celle-ci est signée par leur représentants que sont la FFA (Fédération Française de l'Assurance) ou la Mutualité Française. Malgré tout, cette loi limite leur liberté dans l'établissement de leurs contrats et les rend moins compétitives. Elle leur impose une charge de travail supplémentaire pour mettre à jour leurs systèmes de gestion des données ou encore pour mettre en conformité leurs multiples grilles de garanties.

Aussi, l'échelonnage prévu sur 5 ans dans la Convention, l'est en réalité sur 3 ans pour les mutuelles, au-delà desquelles il n'y a plus de modifications de tarifs. Une adaptation des grilles de garanties est nécessaire chaque année, pour introduire les nouvelles modifications liées à cet échelonnage.

Les résultats du questionnaire indiquent une augmentation d'un grand nombre de dépenses à savoir :

- les remboursements des frais de santé ;
- la liquidation des prestations ;
- la Recherche et Développement, le marketing et la communication.

Concernant la recherche et le développement, elles doivent modifier l'outil de gestion des données de prestation en prenant en compte les changements liés à la réglementation. D'autre part, vis-à-vis du marketing et de la communication, les mutuelles doivent former en interne

les commerciaux à la nouvelle loi et mettre à jour les techniques de vente de la nouvelle plaquette de garanties.

- Les charges d'administration, les dépenses liées à la prévention et à l'éducation à la santé. D'autres dépenses ont été également citées par les mutuelles comme celles liées à la mise en place de nouveaux contrats non responsables qui seront fiscalisés.

Aussi, nombreuses sont les mutuelles qui ont dû faire appel en externe à des cabinets de conseil en actuariat. Finalement, face à l'augmentation de leurs dépenses, elles ont une politique interne orientée vers une réduction des coûts. En effet devant l'importante charge de travail, il n'y a pas d'embauche mais plus de travail pour ses employés. Par exemple, les codes de remboursements de prothèses doivent être beaucoup plus précis et différencier à la fois le type de matériau et la localisation dentaire et pas seulement « prothèse fixe » comme c'était le cas jusqu'à présent.

L'estimation approximative de l'augmentation de leurs dépenses révélée par les mutuelles est entre 2 et 4% pour les remboursements des frais de santé, de moins de 1% pour la liquidation des prestations et la gestion du tiers payant, et de même pour la recherche et le développement.

Cette étude a également permis de confirmer un point important : en fonction de l'importance de la mutuelle et de l'importance des remboursements des garanties initialement proposées, l'impact financier de la loi diffère. Ainsi pour les mutuelles présentant des contrats intermédiaires et hauts de gamme déjà très intéressants, les dépenses en prestation sur ces contrats peuvent diminuer jusqu'à 2 %, alors que les dépenses augmentent sur les contrats bas de gamme pour atteindre pour certaines les 8 %. C'est dans ce contexte qu'on peut assister à une augmentation des fusions inter-mutuelles car les nouvelles réglementations risquent de mettre à mal les plus petites mutuelles.

Par ailleurs, les mutuelles sont, en majorité, partisans des réseaux de soins, qu'elles souhaitent développer davantage que ce soit dans de nouveaux contrats ou dans des contrats déjà existants. Il s'agirait donc d'établir des contrats concernant les paniers ne relevant pas du dispositif 100 % santé. D'autres mutuelles sont encore en cours de réflexion car l'adhésion aux réseaux a un coût qui doit être comparé aux gains liés à la diminution des dépenses.

Un autre point important révélé par le questionnaire est qu'elles s'accordent dans la volonté d'absorber l'augmentation de leurs dépenses par une augmentation des cotisations. Cependant, cette augmentation peut différer entre les mutuelles : 3 % pour certaines, 6 % à 8 % d'ici la fin de la réforme pour d'autres. En effet, comme nous l'ont expliqué les actuaires rencontrés lors

de la conférence d'Actuelia, certaines mutuelles peuvent limiter la hausse des tarifs de cotisations ou mettre en place une augmentation plus douce étalée dans le temps en se servant des ressources de la mutuelle.

Concernant les contrats d'entreprises, les adhérents sont moins touchés par la réglementation car ces contrats présentent souvent des garanties très intéressantes et les remboursements restent très avantageux même pour les prothèses « hors RAC0). Les mutuelles doivent faire face à une fidélité moins assurée de leurs adhérents. Dorénavant l'adhérent peut résilier son contrat quand il veut à partir d'une année révolue, alors que précédemment il pouvait le faire seulement tous les ans.

La question principale que l'on s'est posé concerne l'évolution des remboursements sur les actes des paniers à entente directe mais limité et sur le panier à entente directe. Finalement les mutuelles nous répondent que les garanties ne seront pas modifiées pour ces deux paniers. Cependant, le pourcentage de remboursement étant attaché à la base de remboursement fixée par la Sécurité Sociale, le remboursement sera moins important si cette base de remboursement a diminué (exemple : inlay-core) et, au contraire plus important si cette base a augmenté (exemple : inlay-onlays).

Concernant les actes qui peuvent faire partie de plusieurs paniers de soins (comme la couronne provisoire ou l'inlay-core), le remboursement sera opéré selon le panier concerné ; intégralement s'il s'agit du dispositif 100 % santé, selon les garanties prévues du contrat s'il s'agit des deux autres paniers.

Mis à part la nouvelle réglementation, les mutuelles peuvent également influencer sur une modification du remboursement pour leurs adhérents : à la hausse ou à la baisse. Ainsi, pour limiter les remboursements, des plafonds en euros peuvent être ajoutés aux contrats ou être modifiés pour les prestations ne relevant pas du panier RAC0. Dans le même sens, si le patient n'a pas rempli son obligation de présenter un devis à la mutuelle, ses garanties seront réduites selon le plancher du contrat. Aussi, certaines mutuelles veulent développer leur recours aux dentistes conseils qui auront, selon eux, un avis plus objectif sur le plan de traitement proposé et pourraient orienter le patient vers une solution moins onéreuse en tenant compte de la demande du patient. Enfin, le développement de leurs réseaux de soins peut également permettre de diminuer le montant des remboursements.

D'autre part, les mutuelles peuvent augmenter les remboursements sur certaines prestations dans une logique de démarcation vis-à-vis des mutuelles concurrentes ou alors si elles considèrent qu'un acte est important médicalement mais qu'il a été oublié (le surfaçage par exemple). C'est en effet une des méthodes de démarcation utilisées par les mutuelles pour être attractives. Toutes ces mesures restent encore bien floues et sont encore, pour la plupart, à l'état de supposition au début de l'application de la loi.

Par ailleurs, l'opinion des mutuelles sur l'éventualité d'avoir une dentisterie « à deux vitesses » encore plus prononcée suite à cette loi est plutôt contraire, elles sont davantage d'avis que les inégalités entre les français en termes de santé bucco-dentaire diminueront. En effet la loi permet un nouvel accès aux soins pour ceux qui n'en avait pas les moyens, ainsi qu'un accès plus favorable pour ceux pour qui les soins présentaient un effort considérable.

Enfin, les mutuelles prévoient une augmentation des dépenses liées à la santé bucco-dentaire, l'attractivité de la réforme pouvant engendrer une surconsommation. Aussi, nous nous sommes intéressés à leur avis concernant la barre hypothétique des 30 % qui concerne les actes prothétiques effectués en « tarif libre ». Elles estiment qu'au vue de l'attractivité financière que peut représenter ces paniers pour les praticiens, cette prévision ne sera pas forcément respectée. Malgré tout, le nombre de prothèses du panier RAC 0 ne pouvant être limité par les contrats de mutuelles, ceci pourrait inciter les praticiens à en recourir davantage.

4. Impact sur l'exercice dentaire

4.1. Présentation du questionnaire adressé aux chirurgiens-dentistes

En 2019 un nouveau paysage concernant la santé et les soins dentaire se dessine en France. A la nouvelle loi doivent s'adapter les mutuelles et les praticiens conventionnés, ce qui explique les incertitudes autour de ce sujet.

Après avoir analysé le comportement des complémentaires dans le cadre du contexte actuel, nous nous intéresserons dans cette partie à la réaction des chirurgiens-dentistes en France et à leurs préoccupations. Le questionnaire réalisé (cf. Annexes : annexe 2) remplit donc les objectifs suivants :

- Analyser les réponses des praticiens en fonction de différents critères les concernant lorsque cela présente un intérêt ;
- Recueillir l'opinion d'un échantillon de professionnels au sujet du plafonnement des prothèses et de la revalorisation des soins conservateurs ;
- Estimer si la revalorisation des actes conservateurs (notamment les inlay-onlay) mène réellement à une pratique plus conservatrice ;
- Estimer les modifications des pratiques prothétiques vis-à-vis des matériaux utilisés ;
- Estimer les modifications qui pourraient être introduites au sein du cabinet vis-à-vis de sa structure et de son fonctionnement.

4.2. Matériel et méthodes

Population cible :

Grace à ce questionnaire, nous cherchons à recueillir l'opinion globale de la profession dentaire et en particulier celle des praticiens conventionnés. Il est intéressant cependant de mettre en évidence les spécificités de l'échantillon participant. Nous avons donc aussi récolté certaines informations comme la durée d'exercice du praticien, le type de structure dans lequel il travaille ainsi que son statut au sein de cette dernière ou encore le département d'exercice.

Groupe cible :

Nous avons adressé le questionnaire par le biais de réseaux sociaux dont principalement Facebook. Le groupe privé Facebook grâce auquel nous avons adressé nos questions s'appelle « Dentistes de France » et regroupe plus de vingt mille dentistes. Ainsi, les réseaux sociaux ont

permis d'accéder à un très large échantillon de dentistes sans avoir eu à récolter les coordonnées personnelles de chacun et ont permis une diffusion rapide de notre questionnaire. Cependant, la participation à ce questionnaire suppose que le praticien soit inscrit sur Facebook et membre de ce groupe.

Matériel : Nous avons réalisé le questionnaire sous la forme d'un Google Form pour sa facilité de conception, de participation et d'interprétation.

Réponses :

Nous avons récolté 371 réponses dont 4 incomplètes. Les réponses ont été garanties anonymes pour que chacune puisse être rendue de la façon la plus franche.

L'échantillon étudié se constitue d'un quart de praticiens exerçant depuis moins de 3 ans, à peu près d'un tiers qui exerce depuis 3 à 10 ans, et d'environ 42 % exerçant depuis plus de 10 ans. Par ailleurs, le total des effectifs exerçant en France jusqu'à 64 ans est de 39306, parmi lesquelles :

- les moins de 29 ans sont au nombre de 4495 soit 11,5 % des dentistes.
- Les dentistes de 30 à 39 ans sont au nombre de 9106, soit 23 % du total considéré.
- Les dentistes de 40 à 64 ans sont au nombre de 25705, soit 65 % du total considéré. (DREES 2018b)

L'échantillon est donc plus jeune que la population réelle des chirurgiens-dentistes en France. Cela peut s'expliquer par l'intérêt vis-à-vis de la réforme pour les praticiens encore au début de leur exercice, ou par le fait que la participation à l'enquête suppose l'utilisation des réseaux sociaux.

Concernant les départements d'exercice, nous avons différencié les praticiens travaillant en Ile-de-France (75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95) et ceux ne travaillant pas en Ile-de-France : 22,8 % des praticiens ayant répondu à l'enquête travaillent en Ile-de-France et 77,2 % travaillent en dehors de l'Ile-de-France.

D'après les données de la DREES, nous pouvons élaborer le tableau suivant :

Tableau 2 : Effectifs des chirurgiens-dentistes en fonction de leur lieu d'exercice en 2018

	Effectifs en Ile-de-France	Effectifs hors Ile-de-France
En nombre	8915	33434
En pourcentage	21%	79%

(DREES 2018b)

D'après ce tableau, 21 % des chirurgiens-dentistes exerçant en 2018 travaillent en Ile-de-France. Nous pouvons donc en conclure que notre échantillon est représentatif de la profession en termes de démographie concernant l'Ile-de-France dans son ensemble et la France entière. Dans notre échantillon, 90% des dentistes exercent en cabinet dentaire, 10% en centre de soins. Aussi, 57,5% sont titulaires du cabinet, 28 % sont collaborateurs libéraux tandis que 15% sont salariés.

Tableau 3 : Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice en 2018(DREES 2018b)

Mode d'exercice	Ensemble des modes d'exercice	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés Hospitaliers	Autres Salariés
France entière	42 348	34 756	2 552	703	4 337
France métropolitaine	41 376	33 831	2 541	688	4316

Dans ce graphique, nous pouvons lire l'effectif des chirurgiens-dentistes en fonction de leurs structures d'exercice. Ainsi 34756 sont libéraux exclusifs, 4337 sont salariés hors hôpitaux, et l'ensemble de ces deux exercices représente donc 39093 professionnels. La proportion de chirurgiens-dentistes libéraux est donc de 88,9 % tandis que celle des salariés de travaillant pas à l'hôpital est de 11 %. Nous pouvons déduire de ces données que notre échantillon est représentatif du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes en France.

Ce mode d'exercice étant intimement lié au type de structure dans lequel le praticien exerce, nous pouvons également supposer que notre échantillon est également représentatif à propos de la structure d'exercice.

Les biais identifiés :

- L'étude menée grâce à ce questionnaire suppose que l'individu soit inscrit sur Facebook, qu'il soit inscrit sur le groupe utilisé, et qu'il le consulte régulièrement.
- Nous avons choisi de ne pas rendre les questions obligatoires afin de limiter le nombre de perdus de vue. Cependant le praticien n'étant pas obligé de répondre à toutes les questions, nous avons reçu quelques réponses incomplètes que nous avons décidé de prendre en compte malgré tout dans nos résultats au vu de leur faible nombre (4).
- Nous avons choisi de ne pas multiplier le nombre de propositions de réponses à chaque question afin d'avoir des résultats plus exploitables. Par conséquent certaines questions ont pu

manquer de propositions et certains n'ont peut-être pas trouvé la réponse qui leur convenait le mieux.

- Le questionnaire n'était pas adapté aux dentistes déconventionnés.

4.3. Les résultats

Les résultats des réponses au questionnaire seront présentés sous forme de graphiques à secteurs pour chacune des questions.

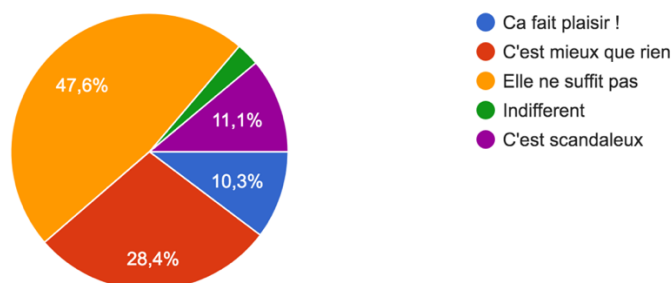
Aussi, à la vue du nombre important de critères enregistrés auprès des praticiens et du grand nombre de graphiques réalisables, nous présenterons uniquement les résultats selon les critères lorsque cela présente un intérêt par rapport à la question et son interprétation.

4.3.1. Le ressenti face à la hausse des soins conservateurs

Graphique 9 : Le ressenti concernant la hausse des tarifs des soins conservateurs.

Comment ressentez-vous la hausse des tarifs des soins conservateurs ?

370 réponses

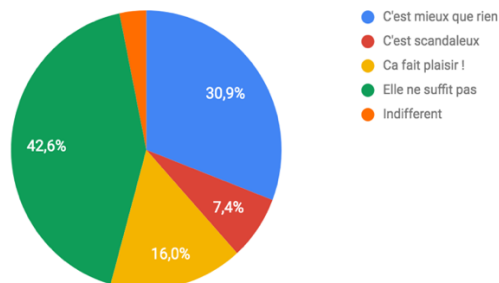


Sur les 370 réponses obtenues, 58,7 % pensent que la hausse des tarifs des soins conservateurs ne suffit pas, voire est « scandaleuse » alors que seulement 10,3 % sont satisfaits. Par ailleurs 28,4 % pensent que « c'est mieux que rien ».

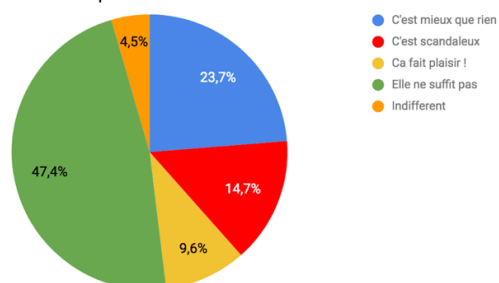
L'analyse selon le critère d'ancienneté

Graphique 10 : La hausse des tarifs des soins conservateurs selon l'ancienneté

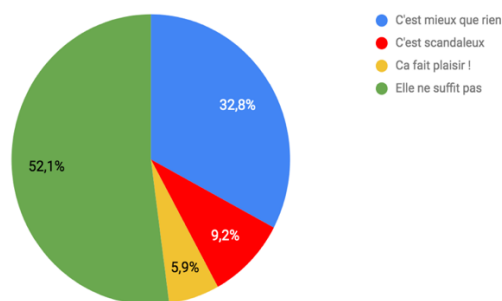
La hausse des tarifs conservateurs ressentie par les "moins de 3 ans"



Le ressenti sur la hausse des tarifs des soins conservateurs sur les praticiens de "plus de 10 ans"



Le ressenti sur la hausse des tarifs des soins conservateurs sur les praticiens "entre 3 et 10 ans"



Quelque soit l'ancienneté du praticien, près de la moitié pense que la hausse des tarifs ne suffit pas. Cependant, les praticiens qui exercent depuis plus de 10 ans sont les plus mécontents ; 14,7 % trouvent la hausse « scandaleuse » contre 7,4 % pour ceux qui exercent depuis moins de 3 ans et 9,2 % pour ceux qui exercent depuis entre 3 à 10 ans.

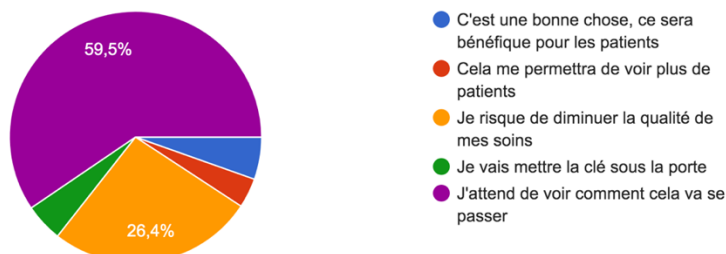
Aussi, parmi les praticiens exerçant depuis plus de 10 ans, seulement 24 % pensent que « c'est mieux que rien » contre 33 % et 31 % pour les praticiens exerçant depuis 3 à 10 ans ou depuis moins de 3 ans.

4.3.2. Le ressenti sur le plafonnement des prothèses

Graphique 11 : Le ressenti des chirurgiens-dentistes sur le plafonnement des prothèses dentaires

Comment ressentez-vous le plafonnement des prothèses dentaires ?

368 réponses

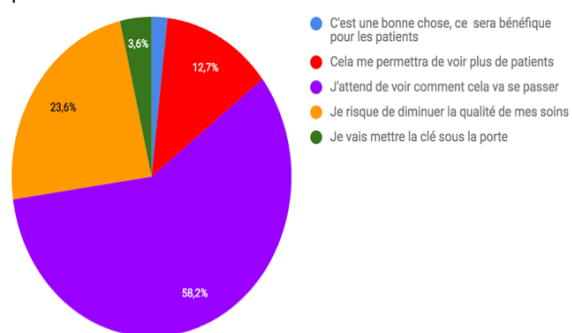


Concernant le plafonnement des prothèses, seuls 5,4 % des professionnels interrogés pensent que c'est une bonne chose et que ce sera bénéfique au patient, 59,5% sont encore dubitatifs sur la question et 26,4 % estiment qu'ils risquent de diminuer la qualité de leurs soins.

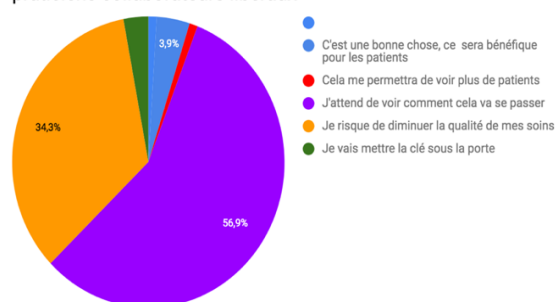
L'analyse selon le statut du praticien

Graphique 12 : Le ressenti des praticiens selon leur statut

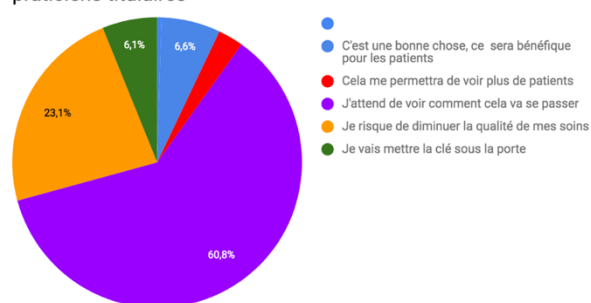
Le ressenti sur le plafonnement des prothèses pour les praticiens salariés ou collaborateurs salariés



Le ressenti sur le plafonnement des prothèses pour les praticiens collaborateurs libéraux



Le ressenti sur le plafonnement des prothèses pour les praticiens titulaires



Quelques soit le statut du praticien, la grande majorité d'entre eux reste dans l'attente et n'a pas encore d'opinion sur le plafonnement des prothèses : 58,2 % pour les salariés, 56,9 % pour les collaborateurs libéraux et 60,8 % pour les praticiens titulaires. Cependant on note que les praticiens salariés pensent davantage pouvoir profiter de ce plafonnement en accueillant plus de patients : 12,7 % contre 1 et 3 % respectivement pour les collaborateurs libéraux et les titulaires.

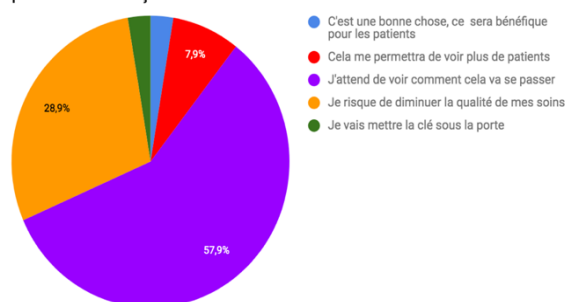
A l'inverse, les praticiens titulaires sont ceux qui, en proportion, pensent davantage que cette réforme va dans le bon sens et qu'elle sera bénéfique au patient : 6,6 % d'entre eux contre 3,9 % pour les collaborateurs libéraux et 2 % pour les salariés.

Par ailleurs, les collaborateurs libéraux sont plus inquiets sur la nécessité de devoir diminuer la qualité de leurs soins : 34,3 % d'entre eux contre environ 23 % pour les salariés et les titulaires.

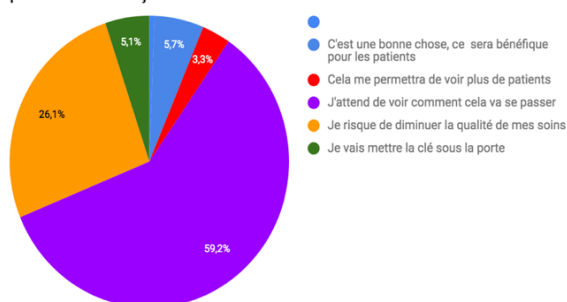
Analyse selon la structure d'exercice

Graphique 13 : Le plafonnement des prothèses dentaires vu par les praticiens selon leur structure d'exercice

Le ressenti sur le plafonnement des prothèses pour les praticiens exerçant en centre de soins



Le ressenti sur le plafonnement des prothèses pour les praticiens exerçant en cabinet dentaire



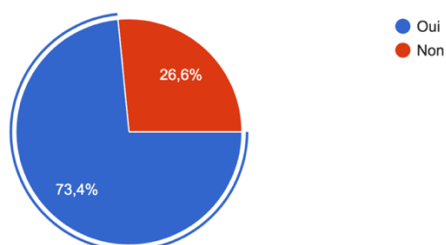
D'après les graphiques ci-dessus, les praticiens exerçant en centre de soins sont sensibles au fait que ce plafonnement leur permettrait de recevoir plus de patients par rapport à ceux qui exercent en cabinet dentaire : 7,9 % contre 3,3 %. Aussi, 5,7 % des praticiens exerçant en cabinet dentaire estime que cette réforme sera bénéfique pour le patient pour seulement 3 % des professionnels exerçant en centre de soins.

4.3.3. Inquiétudes vis-à-vis des charges du cabinet

Graphique 14 : L'inquiétude vis-à-vis de la gestion des charges du cabinet

Etes-vous inquiet pour la gestion des charges du cabinet ?

369 réponses



Concernant les charges du cabinet, 73,4% des praticiens ayant participé à l'enquête sont inquiets pour leur gestion.

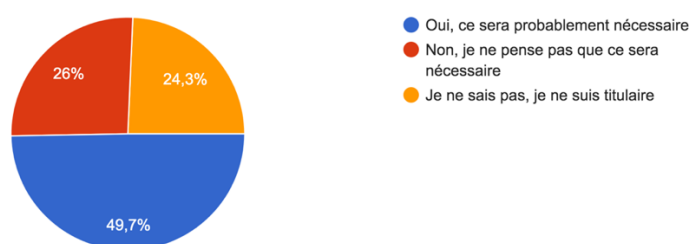
4.3.4. Modifications des dépenses du cabinet

a) Les dépenses en termes de matériel

Graphique 15 : L'évolution de la gestion des dépenses en termes de matériel

Pensez-vous voir à la baisse vos dépenses en terme de materiel ?

366 réponses



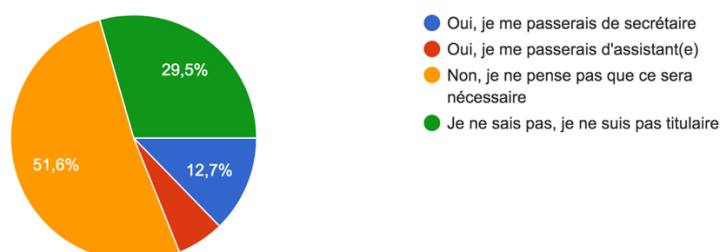
Parmi les praticiens ayant participé à l'enquête, seul 277 ont pu émettre un avis sur la question. Il en résulte que 65,7 % pensent qu'il sera probablement nécessaire de diminuer les dépenses en termes de matériel.

b) Les dépenses en termes de personnel

Graphique 16 : L'évolution de la gestion des dépenses en termes de personnel

Pensez-vous voir à la baisse vos dépenses en terme de personnel ?

370 réponses



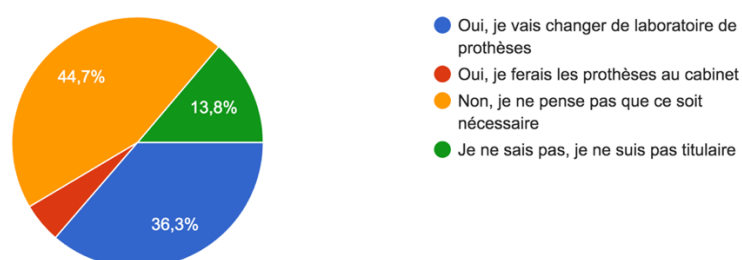
Parmi les praticiens ayant participé à l'enquête, seul 261 ont pu émettre un avis sur la question. Il en résulte que 73 % pensent qu'il ne sera pas nécessaire de diminuer les dépenses, 18 % pensent se passer de secrétaire et 8,7 % pensent se passer d'assistante.

c) Les dépenses prothétiques

Graphique 17 : L'évolution de la gestion des dépenses prothétiques

Pensez-vous voir à la baisse vos dépenses prothétiques ?

369 réponses



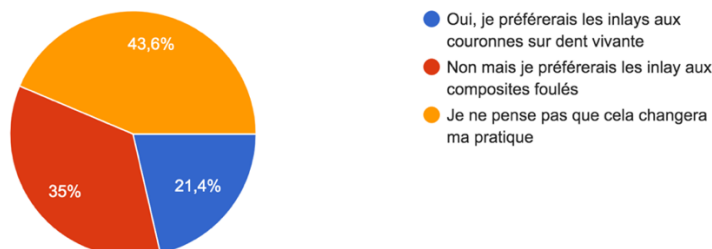
Parmi les praticiens ayant participé à l'enquête, seul 318 ont pu émettre un avis sur la question. Il en résulte que 51,9 % ne pensent pas diminuer leurs dépenses prothétiques, 42 % pensent changer de laboratoire de prothèses.

4.3.5. L'évolution dans la pratique des soins conservateurs

Graphique 18 : L'évolution de l'activité en termes de soins conservateurs

Pensez-vous faire plus d'actes conservateurs ?

369 réponses



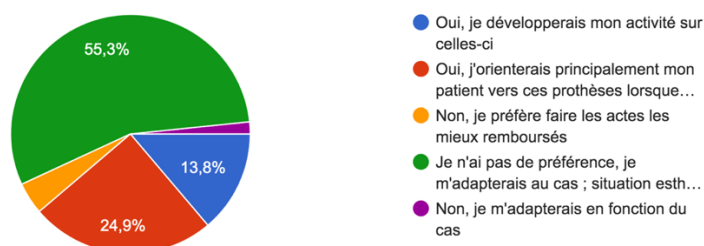
Concernant les soins conservateurs, 43,6 % des praticiens interrogés ne pensent pas changer leur pratique, tandis que 35 % préféreront les inlay-onlay aux composites foulés. 21,4 % des praticiens sollicités pensent avoir une pratique plus conservatrice en préférant les inlays aux couronnes sur dents vivantes.

4.3.6. La pratique concernant les actes en « tarif libre »

Graphique 19 : L'évolution de la pratique concernant les prothèses à entente directe libre

Proposez-vous en priorité des prothèses en "tarif libre" type CCC stratifiée ou sur implants?

369 réponses

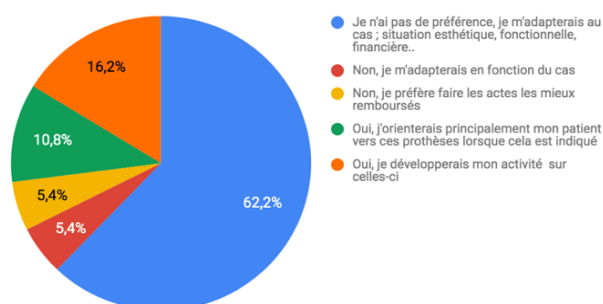


Concernant le panier des prothèses en tarifs libres, 13,8 % pensent développer leur activité sur celles-ci, 24,9 % essaieront de s'orienter principalement sur celles-ci lorsque cela est possible et 55,3 % n'ont pas de préférence et choisiront en fonction du cas clinique.

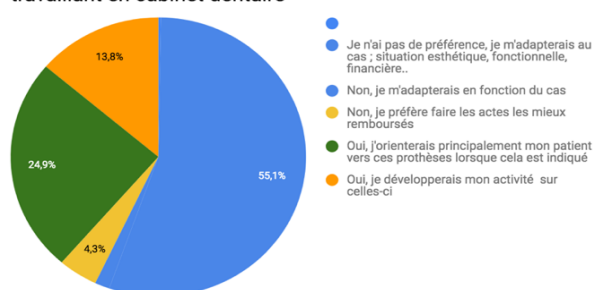
L'analyse selon la structure d'exercice

Graphique 20 : La pratique des praticiens selon leur structure d'exercice concernant les prothèses à entente directe libre

Les prothèses en "tarif libre" dans l'exercice des praticiens travaillant en centre de soins



Les prothèses en "tarif libre" dans l'exercice des praticiens travaillant en cabinet dentaire



D'après ces graphiques, les praticiens exerçant en cabinet dentaire auront plus tendance à orienter leurs patients vers la prothèse en tarif libre que ceux travaillant en centre de soins : 24,9 % contre 10,8 % en centre de soins.

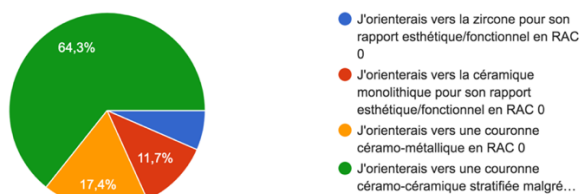
Par ailleurs la proportion de praticiens voulant développer leur activité sur ces prothèses dans ces deux types de structures sont plutôt voisines, avec 16,2 % dans les centres de soins et 13,8 % dans les cabinets dentaires.

4.3.7. La pratique concernant la prothèse esthétique antérieure

Graphique 21 : La pratique concernant le secteur antérieur après la réforme

Pour le secteur antérieur, que pensez vous des couronnes en zircone ou céramique monolithique prévues par la Convention ?

367 réponses

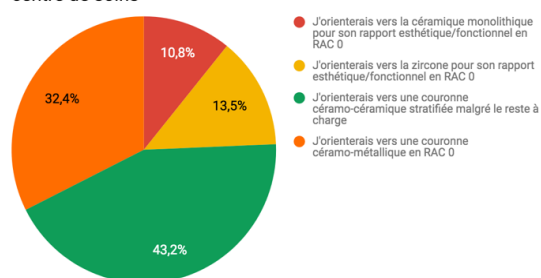


Concernant le secteur antérieur, 64,3 % des praticiens ayant répondu orienteront vers une couronne céramo-céramique stratifiée en tarif libre. En deuxième position, c'est la céramo-métallique qui sera proposée par 17,4 % des praticiens devant la céramique monolithique à 11,7 % et la full zircone à 6,5 %.

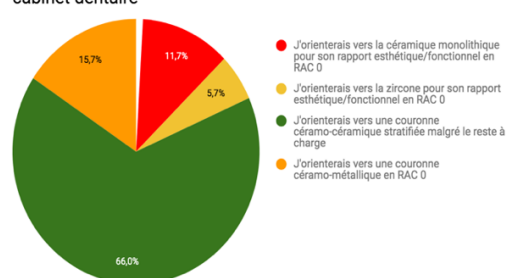
L'analyse selon la structure d'exercice

Graphique 22 : L'influence du cadre d'exercice des chirurgiens-dentistes sur l'orientation des prothèses esthétiques antérieures

La céramique antérieure vue par les praticiens travaillant en centre de soins



La céramique antérieure vue par les praticiens exerçant en cabinet dentaire



D'après ces graphiques, 66 % des praticiens exerçant en cabinet dentaire proposeront des couronnes céramo-céramiques stratifiées contre 43 % dans les centres de soins.

Par ailleurs, 32,4 % des praticiens travaillant en centre de soins proposeront des couronnes céramo-métalliques, contre 15,7 % des praticiens exerçant en cabinet.

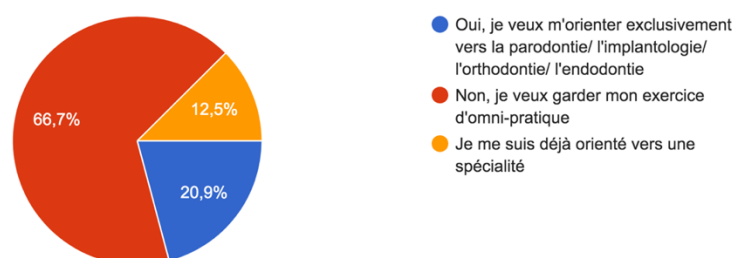
Globalement, les praticiens travaillant en centre de soins proposeront davantage de couronnes faisant partie du panier 0 (couronnes céramo-métalliques, full-zircone et céramiques monolithique) que dans les cabinets dentaires : 55 % contre 44 % en cabinet dentaire.

4.3.8. La volonté de spécialisation

Graphique 23 : La volonté de spécialisation après la réforme

Cherchez-vous à vous spécialiser davantage pour être moins soumis à la nouvelle loi ?

369 réponses

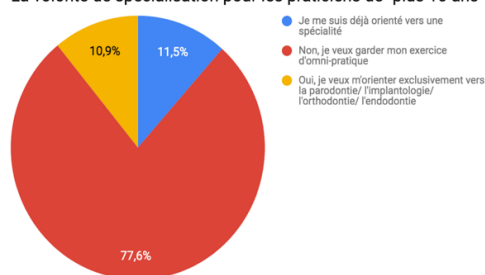


Face à cette réforme, 20,9 % des praticiens ayant répondu au questionnaire veulent s'orienter vers une spécialité non concernée par les nouveaux tarifs (parodontie, implantologie, orthodontie ou endodontie) contre 66,7 % qui veulent garder leur activité omnipratique. 12,5 % des praticiens ayant participé se sont déjà orienté vers une spécialité.

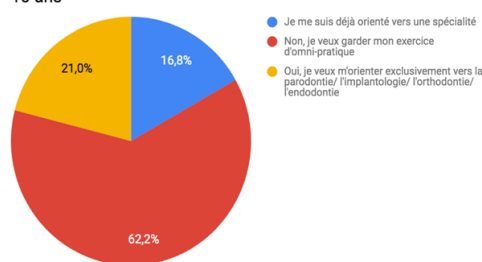
Analyse en fonction de l'ancienneté des praticiens

Graphique 24 : La volonté de spécialisation selon l'ancienneté des praticiens

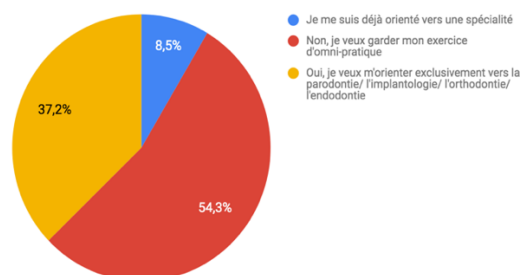
La volonté de spécialisation pour les praticiens de "plus 10 ans"



La volonté de spécialisation pour les praticiens de "entre 3 et 10 ans"



La volonté de spécialisation pour les praticiens de "moins de 3 ans"



D'après les graphiques ci-dessus, 77,6 % des praticiens exerçant depuis plus de 10 ans veulent garder leur exercice d'omnipratique, contre 62,2 % pour les praticiens exerçant depuis 3 à 10

ans et 54,3 % pour ceux exerçant depuis moins de 3 ans. D'autre part 37,2 % des praticiens exerçant depuis moins de 3 ans veulent se spécialiser, contre 21 % pour ceux qui travaillent depuis 3 à 10 ans et 11 % pour ceux qui exercent depuis plus de 10 ans. Ainsi la volonté de spécialisation semble corrélée à l'âge des praticiens : plus l'individu est jeune plus la solution de s'orienter vers une spécialité est attrayante du fait du nouveau cadre d'exercice imposé par la loi.

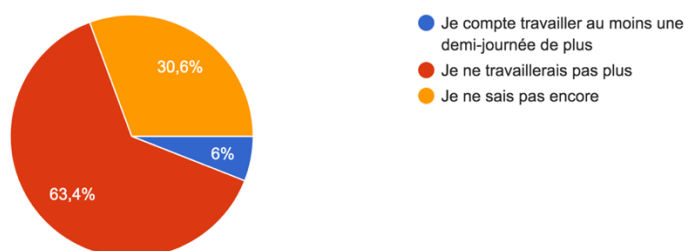
4.3.9. L'opinion vis-à-vis de l'organisation du temps de travail

a) L'organisation du temps de travail

Graphique 25 : Le temps de travail après la réforme

Comment envisagez-vous votre temps de travail ?

369 réponses

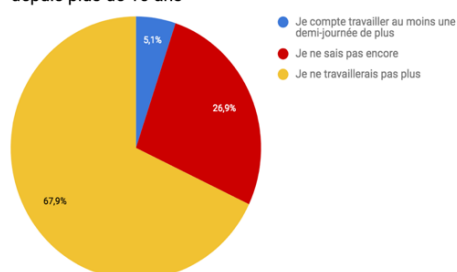


Concernant le temps de travail au cabinet, seulement 6 % pensent travailler au moins une demi-journée de plus, 30,6 % hésite sur le sujet tandis que 63,4 % ne comptent pas travailler plus.

L'analyse en fonction de l'ancienneté des praticiens

Graphique 26 : Le temps de travail après la réforme en fonction de l'ancienneté des praticiens

L'organisation du temps de travail par praticiens exerçant depuis plus de 10 ans



L'évolution du temps de travail par semaine vue par les praticiens "entre 3 et 10 ans"



L'évolution du temps de travail par semaine vue par les praticiens "de moins de 3 ans"



D'après ces graphiques, les praticiens exerçant depuis moins de 3 ans envisagent à 10,6 % de travailler davantage contre 5 % pour les praticiens exerçant depuis plus de 3 ans.

Aussi, plus de 67 % des praticiens exerçant depuis plus de 3 ans ne veulent pas travailler plus, contre 51 % pour les praticiens exerçant depuis moins de 3 ans.

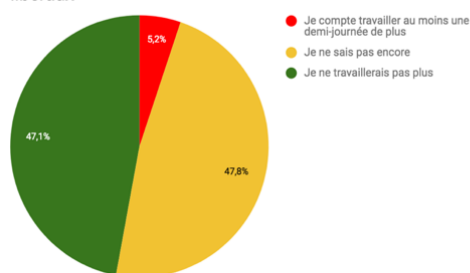
Malgré tout, parmi les praticiens travaillant depuis moins de 3 ans 38,3 % ne sont pas encore décidés sur la question, 29,4 % parmi les praticiens travaillant depuis entre 3 et 10 ans et 26,9 % pour ceux exerçant depuis plus de 10 ans.

Il apparait donc un élément intéressant vis-à-vis de l'organisation du temps de travail, elle serait liée à l'âge du praticien : plus le praticien exerce depuis longtemps, moins il envisage d'augmenter son temps de travail.

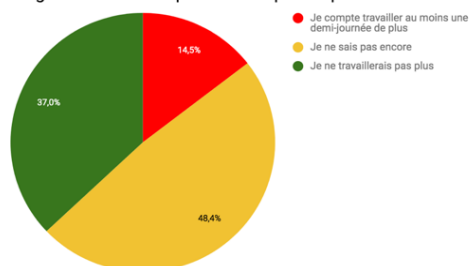
L'analyse en fonction du statut du praticien

Graphique 27 : Le temps de travail après la réforme en fonction du statut des praticiens

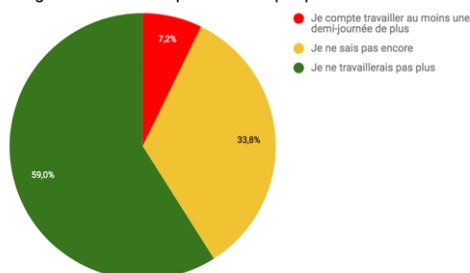
L'organisation du temps de travail par les collaborateurs libéraux



L'organisation du temps de travail par les praticiens salariés



L'organisation du temps de travail par praticiens titulaires



D'après ces graphiques, 59 % des praticiens titulaires ayant participé à l'enquête ne travailleront pas plus, contre 37 % parmi les salariés. Le collaborateur libéral se situe entre les deux avec 47 % d'entre eux qui ne travailleront pas plus. Par ailleurs, 14,5 % des praticiens salariés comptent travailler au moins une demi-journée de plus contre 7,2 % parmi les praticiens titulaires et 5,2 % parmi les collaborateurs libéraux. D'autre part, l'incertitude face à cette décision est encore très présente, en effet 33,8 % des praticiens titulaires ne savent pas encore s'ils augmenteront leur temps de travail, 47,8 % pour les collaborateurs salariés et 48,4 % pour les salariés.

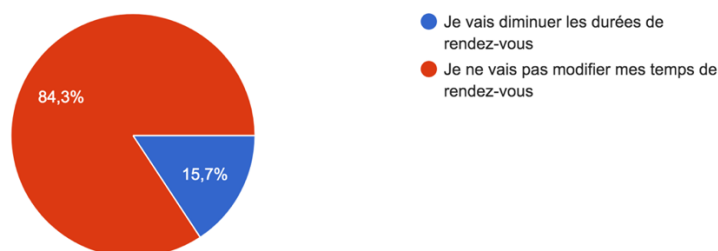
Finalement, les praticiens salariés et ceux qui exercent depuis moins de 3 ans sont ceux qui envisagent le plus de travailler davantage.

b) L'organisation de la consultation dentaire

Graphique 28 : La consultation dentaires après la réforme

Comment envisagez-vous votre consultation dentaire ?

369 réponses



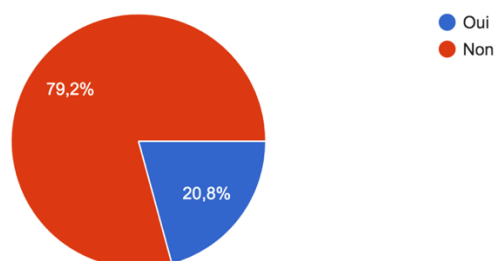
Concernant le temps de consultation, les dentistes ayant répondu à l'enquête ne comptent pas modifier leurs durées de rendez-vous pour 84 % d'entre eux. Par contre, 16 % comptent diminuer cette durée.

4.3.10. La volonté de travailler à l'étranger

Graphique 29 : L'exportation de l'exercice du chirurgien-dentiste français après la réforme

Envisagez-vous de travailler à l'étranger ?

366 réponses

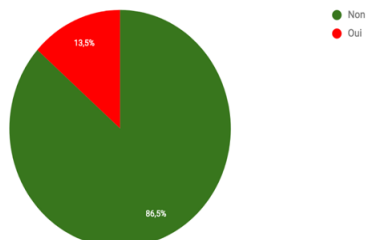


Concernant le pays d'exercice, 20,8 % des dentistes ayant répondu à notre enquête envisagent de travailler à l'étranger.

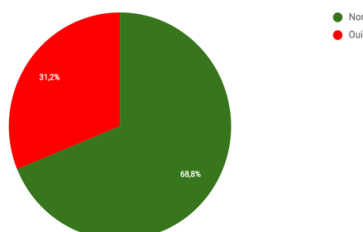
Analyse selon l'ancienneté des praticiens

Graphique 30: L'exportation de l'exercice du chirurgien-dentiste français en fonction de l'ancienneté

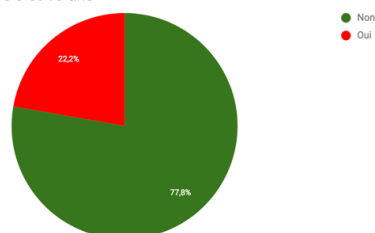
La volonté de travailler à l'étranger pour les praticiens exerçant depuis plus de 10 ans



La volonté de travailler à l'étranger pour les praticiens exerçant depuis moins de 3 ans



La volonté de travailler à l'étranger pour les praticiens exerçant depuis entre 3 et 10 ans



Parmi les praticiens ayant répondu, 31,2 % des praticiens travaillant depuis moins de 3 ans souhaiteraient travailler à l'étranger, contre 22,2 % pour les praticiens travaillants depuis 3 à 10 ans et 13,5 % pour les praticiens travaillant depuis plus de 10 ans.

D'après ces graphiques, il apparaît que la volonté de travailler à l'étranger soit corrélée à l'âge du praticien. Bien que le pourcentage soit malgré tout conséquent pour tous les âges confondus, les plus jeunes ont plus de facilité à l'envisager. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils aient

moins d'attaches professionnelles ou personnelles qui pourraient les retenir au vu de leur jeune âge.

4.3.11. Le déconventionnement

Graphique 31 : Le déconventionnement après la réforme

Envisagez-vous de vous déconventionner ?

368 réponses



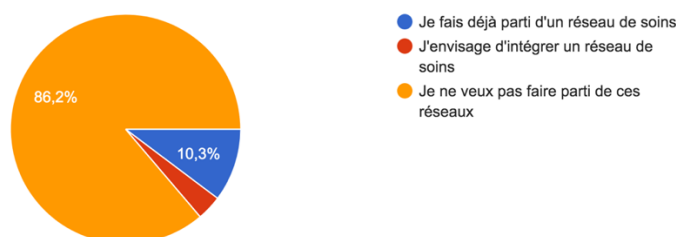
D'après ce graphique, 19,3 % des dentistes ayant participé envisagent de se déconventionner par principe ou par contrainte face aux nouveaux tarifs imposés.

4.3.12. L'opinion vis-à-vis des réseaux de soins

Graphique 32 : Les réseaux de soins vus par les chirurgiens-dentistes

Quelle est votre attitude vis-vis des réseaux de soins ?

370 réponses



Concernant des réseaux de soins, 86,2 % des dentistes ayant répondu à notre enquête ne veulent pas faire partie de ces réseaux contre 10,3 % qui en font déjà parti et 3,5 % seulement qui envisagent d'en intégrer un.

4.4. Discussion

Les résultats présentés ont permis de mettre en évidence l'avis des chirurgiens-dentistes face à l'application de la nouvelle loi. Bien que les résultats soient très intéressants et que cette enquête ait permis aux praticiens d'être écoutés concernant leurs inquiétudes, les résultats sont à prendre avec circonspection et ceci pour plusieurs raisons. Premièrement, même si

l'échantillon est important et qu'il est représentatif concernant le mode d'exercice et le type de structure d'exercice, il n'est pas représentatif de la profession en termes de répartition des tranches d'âges.

Deuxièmement, les dentistes ont été interrogés au moment de l'application de la loi, il serait donc intéressant de renouveler l'enquête dans 2 ans afin de pouvoir recueillir une opinion plus fondée. Par exemple, certaines réponses comme le déconventionnement et l'éventualité de partir travailler à l'étranger sont en effet des mesures assez importantes à prendre avec un certain recul.

4.5. Cas particulier : réflexions sur le dentiste déconventionné

Une interview a été réalisée auprès d'un dentiste déconventionné afin d'avoir certaines pistes de réflexion sur l'impact que présente cette loi sur ce type d'exercice. Il s'agit du dentiste M. le Docteur Boris Jakubowicz, qui a effectué ses études à Paris 7 et est aujourd'hui déconventionné. Nous présenterons l'interview sous la forme de questions/réponses.

- Est ce que toutes les mutuelles proposent un remboursement pour les actes prothétiques déconventionnés ?

Non, quasiment aucune, ça reste très anecdotique.

- Sous quelles conditions ?

Les complémentaires ont des contrats dits « responsables » qui remboursent un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. La base retenue par la Sécurité Sociale pour les actes effectués par un praticien exerçant hors convention est de 16 % de la base normale. Le remboursement par la Sécurité Sociale est donc de 70 % de 16 % de la BR par la Sécurité Sociale et X % de 16% de la BR par la complémentaire. X étant le pourcentage du contrat choisi par le patient. La base légale permettant d'appliquer ce taux de 16% est sujette à controverses.

- Travaillez-vous spécifiquement avec certaines mutuelles ? Vos relations vont-elles changer ?

Non, j'exclue tout rapport avec un organisme de remboursement. Je ne conserve qu'un rapport avec le patient. Pour le reste, c'est le patient qui s'en charge.

- La nouvelle loi va-t-elle changer le comportement des mutuelles vis-à-vis du remboursement ?

Peut-être mais il est déjà tellement faible que ça ne peut pas être pire. Pour que les patients n'aient pas de mauvaises surprises, je leur explique systématiquement qu'ils ne seront pas remboursés des frais engagés.

- Comment percevez-vous les nouveaux paniers de soins ?

Ce qui me semble le plus problématique est la modification de la CCAM pour définir ces paniers de soins. On arrive à une aberration par laquelle la CCAM, supposée être une codification médicale se voit modifiée pour intégrer des forfaits comptables. Il est ainsi surprenant de voir que des négociations conventionnelles modifient une codification qui, dans les faits, s'applique aussi aux praticiens exerçant hors convention. Ici aussi la base légale est discutable car, à ma connaissance, aucun texte ne vient imposer l'utilisation de la CCAM aux praticiens exerçant hors Convention : cela demeure une obligation conventionnelle. Malheureusement, les caisses d'assurance maladie refusent toute autre classification.

- Comment vos patients perçoivent ces nouveaux tarifs ? Sont-ils inquiets ? Pourquoi ?

Ils ne m'en ont même pas parlé ou alors sur le ton de la plaisanterie.

- Pensez-vous changer vos tarifs ? Et pourquoi ?

Non, mes tarifs ne sont pas calculés en fonction d'une base de remboursement mais en fonction du temps passé et du matériel utilisé, des risques, de la technicité de l'acte... L'intérêt de l'exercice hors convention est justement de ne pas voir son exercice impacté par des décisions politiques.

- Pensez-vous que la nouvelle loi va motiver ou démotiver les dentistes à se déconventionner ?

On aurait pu penser à une vague de déconventionnement mais je ne le crois pas. C'est une démarche risquée et personnelle qui reflète en général davantage une prise de position politique par refus d'un système qui s'éloigne de nos standards déontologiques, qu'une réaction économique.

Conclusion

Aux prémices de l'application de la nouvelle loi encadrant les nouveaux tarifs des prothèses dentaires beaucoup d'éléments restent encore à éclaircir. Suite à la décision du gouvernement pour améliorer la santé bucco-dentaire des citoyens français, les professionnels de santé et les complémentaires doivent s'adapter rapidement afin d'appliquer les nouvelles réglementations. Or, en réalité, les mutuelles sont pour la majorité encore incertaines des impacts qu'impliquera cette réforme sur leurs dépenses et leurs possibilités de différenciation face à la concurrence. Pour beaucoup elles attendent de voir comment leurs concurrents se comportent, d'autres font appel à des cabinets de conseils pour les aider à s'adapter au mieux aux nouvelles normes.

De l'autre côté, les praticiens sont pour la majorité inquiets face au plafonnement des prothèses et à la gestion de leurs charges. Ils attendent néanmoins d'avoir plus de recul pour pouvoir réellement mesurer l'impact de cette loi sur leur exercice et le fonctionnement de leurs structures.

Finalement, il est évident que cette loi a pour but de profiter principalement aux patients et que les praticiens et complémentaires doivent jouer le rôle de partenaires de l'Assurance Maladie pour que les objectifs fixés soient atteints. Aussi, les médias ainsi que la communication autour de cette réforme pourraient avoir une influence non négligeable quant à la nouvelle consommation de soins dentaires, influence qu'il serait également intéressant de mesurer.

Pour conclure, il serait intéressant dans la continuité de cette thèse, de mesurer plus précisément les changements qu'induirait la réforme sur le secteur de la santé bucco-dentaire en France avec un recul plus important. Ce recul est nécessaire pour valider et challenger les hypothèses formées afin de les rendre d'autant plus robustes.

Bibliographie

- ADP Assurances. Qu'est ce qu'une mutuelle loi Madelin ? [Internet]. adpassurances.fr. 2019 [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.adpassurances.fr/independants/guide-sante-tns/loi-madelin-pour-les-independants.html>
- Ameli. Soins et prothèses dentaires [Internet]. ameli.fr. 2019a [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-protheses-dentaires>
- Ameli. Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement [Internet]. ameli.fr. 2019b [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>
- Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie [Internet]. [Consulté le 9 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037335538&categorieLien=id>
- Assistant-Juridique.fr. Une association à but non lucratif peut-elle réaliser des bénéfices ? [Internet]. assistant-juridique.fr. 2019 [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur: http://www.assistant-juridique.fr/but_non_lucratif_association.jsp
- Assurance Maladie. Garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins [Internet]. assurance-maladie.ameli.fr. 2018a [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins/acces-soins>
- Assurance Maladie. Notre environnement : la Sécurité sociale [Internet]. assurance-maladie.ameli.fr. 2018b [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale>
- Assurance Maladie. Notre histoire [Internet]. assurance-maladie.ameli.fr. 2018c [Consulté le 15 juil 2019]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire/histoire>
- Code de la mutualité. Article L110-1. Modifié par [LOI n°2019-486 du 22 mai 2019 - art. 169](#)
- Code de la mutualité. Article L110-2. Créé par [Ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 - art. 1](#)
- Code de la mutualité. Article L110-3. Créé par [Ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 - art. 1](#)
- Code de la mutualité. Article L110-4. Créé par [Ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 - art. 1](#)
- Code de la mutualité. Article L114-53. Modifié par [Ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 - art. 3](#)
- Code de la mutualité. Article L111-1. Modifié par [LOI n°2019-486 du 22 mai 2019 - art. 169](#)
- Code de la mutualité. Article L112-1. Modifié par [LOI n°2014-57 du 27 janvier 2014 - art. 1](#),
Transféré par [Ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 - art. 1](#)

- Code de la sécurité sociale. Article L863-8. Créé par [LOI n°2014-57 du 27 janvier 2014 - art. 2 \(V\)](#)
- Code de la sécurité sociale. Article L111-2-1. Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 1](#)
- Code de la sécurité sociale. Article L162-5. Modifié par [LOI n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 72](#), [LOI n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 74](#), [LOI n°2016-1827 du 23 décembre 2016 - art. 99 \(V\)](#)
- Code de la sécurité sociale. Article 162-2-1. Créé par [Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 - art. 17 \(V\) JORF 25 avril 1996](#)
- Dispofi. Bridge, prothèse, orthodontie... le dentiste coûte cher! [Internet]. Dispofi.fr. 2018 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://mutuelle.dispofi.fr/dentiste-coute-cher>
- Dispofi. Les mutuelles santé sont indispensables [Internet]. Dispofi.fr. 2019 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://mutuelle.dispofi.fr/non-impot-mutuelle/complementaires-indispensables>
- DREES. Annexes [Internet]. 2019a. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes-14.pdf>
- DREES. La complémentaire santé dans le financement des dépenses de santé [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019b. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-11.pdf>
- DREES. La place du risque santé dans l'activité des organismes d'assurances [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019c. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-11.pdf>
- DREES. La prise en charge des soins dentaires et des audioprothèses [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019d. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/22-11.pdf>
- DREES. L'assurance santé privée en Europe [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019e. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/4-11.pdf>
- DREES. Le champ d'intervention de la complémentaire santé [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019f. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-11.pdf>
- DREES. Le poids des dépenses de santé dans le revenu des ménages [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019g. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/14-11.pdf>
- DREES. Les changements opérés par les entreprises sur leur offre de complémentaire santé [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019h. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/24-11.pdf>
- DREES. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv.fr. 2018a [Consulté le 17 juil 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et>

[statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018)

DREES. Les différents modes de tarification des organismes de complémentaire santé [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019i. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10-11.pdf>

DREES. Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019j. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11-11.pdf>

DREES. Les réseaux de soins [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019k. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/9-11.pdf>

DREES. Modalités de mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019l. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/25-11.pdf>

DREES. Satisfaction des salariés à la suite de la généralisation de la complémentaire santé [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2019m. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/26-11.pdf>

DREES. Tableau 1. Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. data.drees.sante.gouv.fr. 2018b [Consulté le 23 juil 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3735>

Droit-finances. Mutuelle santé d'entreprise obligatoire: les règles légales [Internet]. droit-finances.commentcamarche.com. 2019 [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur: <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/44252-mutuelle-sante-d-entreprise-obligatoire-les-regles-legales>

Durand N, Emmanuelli J. Les réseaux de soins. Inspection générale des affaires sociales. Rapport No.: 2016-107R [Internet]. 2017 [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur : [Rapport-sur-les-reseaux-de-soins-par-l-inspection-generale-des-affaires-sociales.pdf](https://www.inspection.gouv.fr/rapports/2017/2016-107R-les-reseaux-de-soins-par-l-inspection-generale-des-affaires-sociales.pdf)

Malakoff Médéric Humanis. Soins dentaires: quels remboursements par les mutuelles ? [Internet]. humanis.com. 2016 [Consulté le 19 juil 2019]. Disponible sur: <https://humanis.com/particulier/mutuelle-sante/comprendre-remboursements-dentaire/?fbclid=IwAR0jNBkJCU9PVE3IBAEiNuGfZTChIFyYJOsX3otEowtJSS2zSWIETPPibk>

Ministères de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics. Une mutuelle, c'est quoi ? [Internet]. economie.gouv.fr. 2012 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/ess/mutuelle-cest-quoi>

Mutualité Française. Cinq bonnes raisons de fréquenter les réseaux de soins [Internet]. La Mutualité Française. 2016 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/presse/cinq-bonnes-raisons-de-frequenter-les-reseaux-de-soins/>

- Mutualité Française. Guide de fonctionnement des organismes mutualistes. [Internet]. Mutualité Française. 2018. Disponible sur : [le-guide-de-fonctionnement-des-organismes-mutualistes.pdf](#)
- Mutualité Française. Missions de la FNMF pour les mutuelles [Internet]. La Mutualité Française. 2019 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/les-missions/>
- Parion A. Mutuelles santé, comprendre les remboursements [Internet]. Dispofi.fr. 2017 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://mutuelle.dispofi.fr/remboursements-mutuelle>
- Raymond G, Paris M. L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé : enquêter pour comprendre, sensibiliser, améliorer. Actualité et dossier de santé publique. 2018;(102):45-47.
- Réassurez-moi. Faut-il choisir sa mutuelle d'entreprise ou une mutuelle individuelle ? [Internet]. reassurez-moi.fr. 2016 [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur: <https://reassurez-moi.fr/guide/mutuelle-sante/entreprise-ou-individuelle>
- Réassurez-moi. Comprendre un contrat de mutuelle santé [Internet]. reassurez-moi.fr. 2019a [Consulté le 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://reassurez-moi.fr/guide/mutuelle-sante/contrat>
- Réassurez-moi. Quel tarif pour une mutuelle santé ? [Internet]. reassurez-moi.fr. 2019b [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur: <https://reassurez-moi.fr/guide/mutuelle-sante/tarif>
- Réassurez-moi. Quel niveau de garanties pour ma mutuelle santé ? [Internet]. reassurez-moi.fr. 2019 [Consulté le 18 juil 2019]. Disponible sur: <https://reassurez-moi.fr/guide/mutuelle-sante/niveau-garanties>
- Santiane.fr. Quel remboursement en cas de parodontite ? [Internet]. Santiane.fr. 2018a [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.santiane.fr/mutuelle-sante/guides/remboursement-parodontologie>
- Santiane.fr. Reste à charge zéro : Le comparateur Santiane.fr alerte sur les hausses de tarifs des complémentaires santé. Communiqué de presse [Internet]. Santiane.fr. 2018b [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <https://www.santiane.fr/revue-de-presse/reste-a-charge-zero-le-comparateur-santiane-fr-alerte-sur-les-hausses-de-tarifs-des-complementaires-sante>
- Sécurité Sociale. Le portail du service public de la Sécurité sociale. L'organisation de la Sécurité sociale [Internet]. securite-sociale.fr. 2018 [Consulté le 15 juil 2019]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/L-organisation-de-la-Securite-sociale>
- Sécurité Sociale. Le portail du service public de la Sécurité sociale. Qu'est ce que la branche maladie (...) [Internet]. securite-sociale.fr. 2019 [Consulté le 16 juil 2019]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Missions-organisation-et-prestations-de-la-branche-maladie>
- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). La consommation des soins et des biens médicaux [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018a. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-9.pdf>

- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018b. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/25-9.pdf>
- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Le financement par les organismes complémentaires [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018c. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-9.pdf>
- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Le reste a charge des ménages [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018d. Disponible sur: [: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-8.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-8.pdf)
- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Les soins dentaires [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018e. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10-9.pdf>
- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). L'évolution de la CSBM depuis 1950 [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018f. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-9.pdf>
- Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Vue d'ensemble [Internet]. dress.solidarites-sante.gouv. 2018g. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-7.pdf>
- Viel A. Rac 0 dentaire : 100 M€ par an pour les complémentaires [Internet] L'argus de l'assurance. 2018 [Consulté le 18 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.argusdelassurance.com/institutions/rac-0-dentaire-100-m-par-an-pour-les-complementaires.130315?fbclid=IwAR0mcN20J5xP0gHSFoaYPmaDQZLSs9iJXhNgx7haOOJydbBXcZX26RlfJao>.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux mutuelles

1. Étiez-vous complètement favorable à la nouvelle réforme du 100% santé ?
OUI NON
Si non pourquoi ?

2. L'échelonnement sur cinq ans du projet « RAC 0 » vous permet-il une meilleure adaptation à la Convention ?
OUI NON
Est-il suffisant ?
OUI NON

3. Selon Nicolas Revel, directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, cet étalement de la mise en place de la réforme devrait vous permettre de l'absorber sans douleur. Êtes-vous d'accord ?
OUI NON

4. a. Cette convention en vigueur, quelles sont les dépenses qui vont augmenter de votre côté ?
Remboursements des frais de santé
Liquidation des prestations, gestion du tiers payant
Recherche et Développement, marketing et communication
Charges d'administration, prévention, éducation à la santé
Autres charges

b. De combien (en pourcentage et en ordre de grandeur) ?

Remboursements des frais de santé _____

Liquidation des prestations, gestion du tiers payant _____

Recherche et Développement, marketing et communication _____

Charges d'administration, prévention, éducation à la santé _____

Autres charges _____

c. Avez-vous des dépenses qui diminuent ?

OUI NON

d. Si oui lesquelles ?

Remboursements des frais de santé

Liquidation des prestations, gestion du tiers payant

Recherche et Développement, marketing et communication

Charges d'administration, prévention, éducation à la santé

Autres charges

5. Les réseaux de soins vous permettraient-ils de réduire l'importance de cette dépense ?

OUI NON

6. Pensez-vous qu'il faille les développer davantage ?

OUI NON

7. a. Allez-vous modifier le prix des cotisations auprès des abonnés ?

À la hausse À la baisse Aucune modification n'est prévue

b. De combien (en pourcentage et en ordre de grandeur) ?

8. Comptez-vous diminuer les remboursements des actes prothétiques ne faisant pas parti du panier « Reste à Charge 0 » ?

OUI NON

9. a. La part des dépenses liée à la santé buccodentaire en France va-t-elle augmenter selon vous ?

OUI NON

b. Pensez-vous que nous allons vers une dentisterie à deux niveaux encore plus prononcée (entre le 100% santé et le tarif libre) ?

OUI NON

c. Les dépenses liées à la santé vont-elles augmenter pour votre mutuelle ?

OUI NON

10. Pensez-vous que la part des actes à « tarif libre » se placera autour de 30 % des actes de prothèses effectués ?

OUI NON

11. Implant : Allez-vous modifier le remboursement des implants et prothèses sur implants ?

À la hausse

À la baisse

Aucune modification

12. Prothèse amovible : le stellite (prothèse amovible métal) ne faisant pas parti du reste à charge 0, contrairement à la prothèse en résine, allez-vous augmenter son remboursement ?

À la hausse

À la baisse

Aucune modification

13. Pouvez-vous nous donner 5 éléments qui orientent la modification du remboursement d'un acte ?

Pour une diminution du remboursement :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Pour une augmentation du remboursement :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

14. Entreprise. Il est connu être plus avantageux d'avoir une mutuelle par l'entreprise qu'à titre individuel : les modifications établies seront-elles plus avantageuses pour les contrats entreprises qu'individuel?

OUI NON

Si non, quelles différences prévoyez-vous ?

15. Couronne esthétique : une couronne céramo-céramique sur incisive ne faisant pas partie du reste à charge 0 contrairement à la couronne céramo-métallique, Comment allez-vous adapter le remboursement de cet acte ?

- Pas de modification
- Augmentation du remboursement
- Diminution du remboursement

16.a) Un élément prothétique peut faire partie de différents paniers de soins en fonction du traitement globale (exemples : couronne provisoire, inlay-core).

Prévoyez-vous le même remboursement quel que soit le panier de soins dont il est question ?

OUI NON

b) Quelle base de remboursement allez-vous fixer pour ces actes ?

Ce sera le même remboursement que pour le 100% santé

Celui du BR selon le barème des garanties

Autre : _____

17) Vos barèmes de remboursements sont-ils identiques entre 2 couronnes dento-portées issues du panier limité ou libre ?

OUI NON

18) Face à l'uniformité croissante des garanties entre les mutuelles, quelles méthodes mettez-vous en place pour vous différencier face à la concurrence ?

- Nous allons proposer des garanties plus élevées pour les paniers limité et libre ou hors panier de soins

- Nous allons augmenter nos plafonds pour les paniers limité et libre

- Nous allons assister davantage nos adhérents. Si oui de quelle manière ?

- Nous allons développer notre site internet avec un simulateur de remboursement par exemple.

- Nous allons nous concentrer sur des modifications sur les postes hors dentaire (médecines douces...)

- Nous allons limiter au maximum l'augmentation des cotisations

- Autre :

19) Étant donné l'impossibilité de plafonner le nombre de prothèses du 100% santé pour un adhérent, allez-vous revoir le plafonnement des deux autres paniers de soins ?

à la hausse

à la baisse

aucune modification

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux chirurgiens-dentistes

Questionnaire aux praticiens sur le RAC0: préoccupations/projets

Ce questionnaire vise à comprendre les préoccupations des chirurgiens-dentistes, leurs attentes et orientations suite à la nouvelle loi encadrant la prothèse dentaire.

1. Dans quelle type de structure exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- En cabinet dentaire
 En centre de soins
 Autre : _____

2. Dans quel département exercez-vous ?

3. Quel est votre statut au sein de cette structure ?

Une seule réponse possible.

- Collaborateur libéral
 Collaborateur salarié
 Salarié
 Titulaire

4. Depuis combien d'années exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Moins de 3 ans
 Entre 3 et 10 ans
 Plus de 10 ans

5. Comment ressentez-vous la hausse des tarifs des soins conservateurs ?

Une seule réponse possible.

- Ca fait plaisir !
 C'est mieux que rien
 Elle ne suffit pas
 Indifferent
 C'est scandaleux

6. Comment ressentez-vous le plafonnement des prothèses dentaires ?

Une seule réponse possible.

- C'est une bonne chose, ce sera bénéfique pour les patients
 Cela me permettra de voir plus de patients
 Je risque de diminuer la qualité de mes soins
 Je vais mettre la clé sous la porte
 J'attends de voir comment cela va se passer

7. Etes-vous inquiet pour la gestion des charges du cabinet ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Pensez-vous voir à la baisse vos dépenses en terme de materiel ?

Une seule réponse possible.

- Oui, ce sera probablement nécessaire
 Non, je ne pense pas que ce sera nécessaire
 Je ne sais pas, je ne suis titulaire

9. Pensez-vous voir à la baisse vos dépenses en terme de personnel ?

Une seule réponse possible.

- Oui, je me passerais de secrétaire
 Oui, je me passerais d'assistant(e)
 Non, je ne pense pas que ce sera nécessaire
 Je ne sais pas, je ne suis pas titulaire

10. Pensez-vous voir à la baisse vos dépenses prothétiques ?

Une seule réponse possible.

- Oui, je vais changer de laboratoire de prothèses
 Oui, je ferais les prothèses au cabinet
 Non, je ne pense pas que ce soit nécessaire
 Je ne sais pas, je ne suis pas titulaire

11. Pensez-vous faire plus d'actes conservateurs ?

Une seule réponse possible.

- Oui, je préférerais les inlays aux couronnes sur dent vivante
 Non mais je préférerais les inlay aux composites foulés
 Je ne pense pas que cela changera ma pratique

12. Proposerez-vous en priorité des prothèses en "tarif libre" type CCC stratifiée ou sur implants?

Une seule réponse possible.

- Oui, je développerais mon activité sur celles-ci
 Oui, j'orienterais principalement mon patient vers ces prothèses lorsque cela est indiqué
 Non, je préfère faire les actes les mieux remboursés
 Je n'ai pas de préférence, je m'adapterais au cas ; situation esthétique, fonctionnelle, financière..

13. Pour le secteur antérieur, que pensez vous des couronnes en zircone ou céramique monolithique prévues par la Convention ?

Une seule réponse possible.

- J'orienterais vers la zircone pour son rapport esthétique/fonctionnel en RAC 0
- J'orienterais vers la céramique monolithique pour son rapport esthétique/fonctionnel en RAC 0
- J'orienterais vers une couronne céramo-métallique en RAC 0
- J'orienterais vers une couronne céramo-céramique stratifiée malgré le reste à charge

14. Cherchez-vous à vous spécialiser davantage pour être moins soumis à la nouvelle loi ?

Une seule réponse possible.

- Oui, je veux m'orienter exclusivement vers la parodontie/ l'implantologie/ l'orthodontie/ l'endodontie
- Non, je veux garder mon exercice d'omni-pratique
- Je me suis déjà orienté vers une spécialité

15. Comment envisagez-vous votre temps de travail ?

Une seule réponse possible.

- Je compte travailler au moins une demi-journée de plus
- Je ne travaillerais pas plus
- Je ne sais pas encore

16. Comment envisagez-vous votre consultation dentaire ?

Une seule réponse possible.

- Je vais diminuer les durées de rendez-vous
- Je ne vais pas modifier mes temps de rendez-vous

17. Envisagez-vous de travailler à l'étranger ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

18. Envisagez-vous de vous déconventionner ?

Une seule réponse possible.

- Oui, je ne peux pas appliquer ces tarifs
- Oui, par principe
- Non
- Je suis déjà déconventionné(e)

19. Quelle est votre attitude vis-vis des réseaux de soins ?

Une seule réponse possible.

- Je fais déjà parti d'un réseau de soins
- J'envisage d'intégrer un réseau de soins
- Je ne veux pas faire parti de ces réseaux

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à l'auteur, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

MAHOUN Rachel. Enquête sur le rapport des mutuelles à la nouvelle Convention et ses répercussions sur l'exercice de la chirurgie dentaire. 2019. 83 p. :graph., tabl. Réf. Biblio. : 70-74

Sous la direction de Monsieur le Docteur *GATEAU Philippe*

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2019

RESUME :

Aujourd'hui la Sécurité Sociale est le premier financeur des soins et biens médicaux devant les complémentaires santé. Cependant, les complémentaires se rendent indispensables dans le secteur dentaire; en particulier pour les prothèses. En effet, le reste à charge, avant remboursement par les complémentaires, reste conséquent. Devant l'importance de ces dépenses et afin de faciliter l'accès aux soins, une nouvelle loi a été promulguée en juin 2018 et est appliquée dès janvier 2019. Elle définit, notamment, une nouvelle organisation des soins prothétiques en trois paniers de soins : un panier regroupant les prothèses plafonnées à reste à charge nul, et deux paniers pour lesquels un reste à charge est possible : celui concernant les prothèses à entente directe mais limité et celui englobant les prothèses à entente directe libre. Cette loi engageant à la fois la Sécurité Sociale, les complémentaires et les dentistes, nous nous sommes intéressés aux nouvelles démarches engagées par les mutuelles et par les praticiens au début de son application. Notre enquête auprès des mutuelles nous a permis de mieux comprendre comment changeront les contrats et les remboursements. Tandis qu'un questionnaire adressé aux dentistes nous a éclairé sur leurs préoccupations et éventuels changements dans leur exercice.

TITRE en anglais : Survey regarding the report of mutuals societies with the new legislation and the impact on dental practice

DISCIPLINE : Santé publique

MOTS-CLES Français : Enquêtes et questionnaires (FMeSH) ; assurance maladie complémentaire (FMeSH) ; dentistes (FMeSH) ; réforme des soins de santé (FMeSH) ; assurance maladie (FMeSH) ; remboursements des soins de santé

MOTS-CLES Anglais : Surveys and Questionnaires (MeSH) ; insurance, major medical (MeSH) ; dentists (MeSH) ; health care reform (MeSH) ; insurance, health (MeSH) ; reimbursement of health care
