



HAL
open science

Enquête sur les choix d'une pratique déconventionnée chez les chirurgiens-dentistes en Île-de-France

Fanny Lacombrade

► **To cite this version:**

Fanny Lacombrade. Enquête sur les choix d'une pratique déconventionnée chez les chirurgiens-dentistes en Île-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03406866

HAL Id: dumas-03406866

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03406866v1>

Submitted on 28 Oct 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

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2020

N°

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2020

par **Fanny LACOMBRADE**

ENQUÊTE SUR LES CHOIX D'UNE PRATIQUE
DÉCONVENTIONNÉE CHEZ LES CHIRURGIENS-DENTISTES EN
ÎLE-DE-FRANCE

Dirigée par Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

UNIVERSITÉ DE PARIS

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie Garancière : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINÉ	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

**Mme la Professeure Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités Emérite

Je vous remercie de me faire l'honneur de bien vouloir présider ce jury. Je vous témoigne ici tout mon respect et ma reconnaissance.

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-
LEVY**

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

*Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury.
Nous avons travaillé ensemble au cours de ma sixième année, votre enthousiasme et votre bonne humeur me laisseront de très bons souvenirs de mes vacances hospitalières.*

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire
Diplôme de Doctorat

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de m'encadrer pour la réalisation de ma thèse et vous remercie pour votre disponibilité, votre rigueur et votre soutien. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés. J'ai su apprécier vos conseils et la confiance que vous m'avez portée.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

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

*Je suis très heureuse que vous fassiez partie de ce jury et je vous en remercie.
Ce fut un bonheur pour moi de vous assister lors des vacances hospitalières des cinquièmes années.*

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury.
Vos compétences, votre rigueur et votre savoir-faire lors de mes vacances cliniques en pédodontie m'ont beaucoup apporté.*

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités Associée

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous avons peu travaillé ensemble mais je crois savoir que votre patience, votre bienveillance et vos compétences professionnelles sont très appréciées.

Table des sigles

1. Introduction

2. Contexte actuel de l'exercice des chirurgiens-dentistes en France et comparaisons avec le système de santé du Royaume-Uni.

2.1. La régulation des soins dentaires en France avant 2019

2.1.1. *Répartition des professionnels sur le territoire*

2.1.2. *Régulation tarifaire en cours avant 2019*

2.1.3. *La convention en vigueur à partir du 1^{er} avril 2019*

2.1.4. *Nouvelle convention, objectif 1 : Améliorer l'accès aux soins pour tous et partout*

2.1.5. *Nouvelle convention, objectif 2 : Garantir l'accessibilité financière aux actes prothétiques*

2.1.6. *Nouvelle convention, objectif 3 : Procéder à un rééquilibrage au profit des soins conservateurs et chirurgicaux*

2.1.7. *Nouvelle convention, objectif 4 : Renforcer la prévention et l'éducation sanitaire*

2.2. Qu'est-ce que l'exercice hors convention ?

2.2.1. *Les modalités administratives pour exercer hors convention*

2.2.2. *La prise en charge financière des patients*

2.2.3. *Les conséquences sur la protection sociale personnelle du chirurgien-dentiste non conventionné*

2.3. Modèle national : le système de santé britannique, comparaison rapide avec le système français

2.3.1. *Le National health service (NHS)*

2.3.2. *L'offre de soins dentaires au Royaume-Uni*

2.3.3. *Comparaison avec le système de soins bucco-dentaires français*

3. Enquête transversale : Portrait des chirurgiens-dentistes non conventionnés en Île-de-France

3.1. Présentation de l'enquête

3.2. Recueil de données

3.2.1. *Population-cible*

3.2.2. *Recueil de données*

3.2.3. *Les variables*

3.2.4. *Analyse statistique*

3.3. Résultats

3.3.1. *Résultats du recrutement de l'enquête*

3.3.2. *Variables démographiques*

3.3.3. *La formation des chirurgiens-dentistes non conventionnés*

3.3.4. *Les spécialités exercées*

3.3.5. *Structure du lieu d'exercice*

3.3.6. *La patientèle et la prise en charge financière*

3.3.7. *Les motivations pour un exercice déconventionné*

3.4. Discussion

3.4.1. *Critiques*

3.4.2. *Portée des résultats*

3.4.3. *Comparaisons des résultats*

3.4.4. *Prospectives*

4. Conclusion

5. Bibliographie

6. Annexes

Annexe 1.a. : Description du panier de soins « reste à charge zéro »

Annexe 1.b. : Description du panier de soins « reste à charge modéré »

Annexe 1.c. : Description du panier de soins « honoraires libres »

Annexe 2 : Revalorisation des actes lors la mise en place de la nouvelle convention au 01/04/2019

Annexe 3 : Questionnaire pour entretien oral

Annexe 4 : GoogleForm

Annexe 5 : Message 1 destiné aux réseaux sociaux

Annexe 6 : Message 2 destiné aux réseaux sociaux

Annexe 7 : Table des figures

Annexe 8 : Table des tableaux

Table des sigles

ACS : Aide pour une complémentaire santé

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ALD : Affection longue durée

AME : Aide médicale d'État

AOD : Anticoagulant oral direct

ARS : Agences régionales de santé

AVK : Antivitamines K

CAID : Contrat type nationale d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes

CAMCD : Contrat type national d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes

CAOD : Nombre de dent cariée, absente ou obturée

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire

CNSD : Confédération nationale des syndicats dentaires

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CSS : Complémentaire santé solidaire

CURPS : Contribution aux unions régionales des professionnels de santé

HAS: Haute Autorité de santé

NHS : National health service

NICE : National Institute for health and clinical excellence

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes

ONSCD : Observatoire national de la santé des chirurgiens-dentistes

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie et obstétrique

PCH : Prestation compensation du handicap

PUMA : Protection universelle maladie

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

UD : Union dentaire

UNCAM : Union nationale des caisses d'Assurance maladie

UNOCAM : Union nationale des organismes d'Assurance maladie

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

1. Introduction

Une profession libérale s'exerce de manière indépendante et sans hiérarchie. En France, les chirurgiens-dentistes peuvent exercer leur profession de façon libérale ou salariée. Les libéraux choisissent un exercice conventionné ou non.

Les chirurgiens-dentistes conventionnés constituent la quasi-totalité des chirurgiens-dentistes libéraux. Ils exercent en suivant les règles, notamment tarifaires, édictées par une convention signée entre l'Assurance maladie et les instances syndicales représentatives de la profession. Les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés bénéficient en contrepartie de prestations sociales : assurances complémentaire santé, vieillesse, maternité et décès. Les chirurgiens-dentistes déconventionnés n'observent pas la convention mais doivent, comme leurs confrères, être inscrits au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et en respecter les règles de déontologie. Ces professionnels fixent eux-mêmes leurs tarifs et leurs patients sont très peu remboursés de leurs dépenses de soins par les caisses d'Assurance maladie.

En 2014, plus de 17 % de la population française renonçaient à des soins pour des raisons financières (Célant et al, 2017). Dans ce contexte de fort renoncement aux soins dentaires, notamment prothétiques, la liberté tarifaire impacte l'accès aux soins (Després et al, 2012). En effet, plus les prix sont élevés et plus la population a des difficultés à se soigner. Les prix des soins en Île-de-France sont particulièrement élevés par rapport au reste des régions françaises. Il existe aussi une très grande hétérogénéité des prix dans cette région. La pratique déconventionnée de la chirurgie-dentaire doit participer à ces constats puisqu'en parallèle, l'Île-de-France est l'une des régions où il y a le plus de dentistes déconventionnés. Selon le site officiel de l'Assurance maladie (Assurance maladie, 2018), plus de 77 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés exercent en Île-de-France.

Devant cette spécificité de l'offre des prix en Île-de-France et dans l'objectif de nourrir de futurs travaux sur le sujet, nous voulons étudier les caractéristiques de la pratique déconventionnée en Île-de-France. Nous nous sommes intéressées en particulier aux raisonnements d'arbitrage qui ont amené ces praticiens à choisir de fixer leurs prix en toute liberté malgré les nombreuses contraintes que cela implique, pour eux, leur famille et leur patientèle. Ces éléments sont vierges de tout travail scientifique et universitaire antérieur. Nous nous intéresserons au contexte actuel de régulation de l'offre de soins bucco-dentaires en France, que nous comparerons au système de santé du Royaume-Uni. Ce système de santé permet deux délivrances de soins dentaires parallèles : le National health service (NHS),

système public où les tarifs des soins sont réglementés et un système privé où les tarifs des soins sont libres. D'autre part, nous réaliserons une enquête transversale sur les motivations du déconventionnement en Île-de-France. Nous interrogerons les chirurgiens-dentistes déconventionnés sur les raisons de leur choix d'exercer en dehors de la convention, leur ressenti et leur satisfaction vis-à-vis de ce statut. Le but de l'étude est de dresser un portrait-type du chirurgien-dentiste déconventionné et de décrire leur exercice dans le cadre de la pratique hors convention. Nous nous interrogerons aussi sur les conséquences qu'une pratique non conventionnée peut avoir sur la prise en charge des patients.

2. Contexte actuel de l'exercice des chirurgiens-dentistes en France et comparaisons avec le système de santé du Royaume-Uni.

2.1. La régulation des soins dentaires en France avant 2019

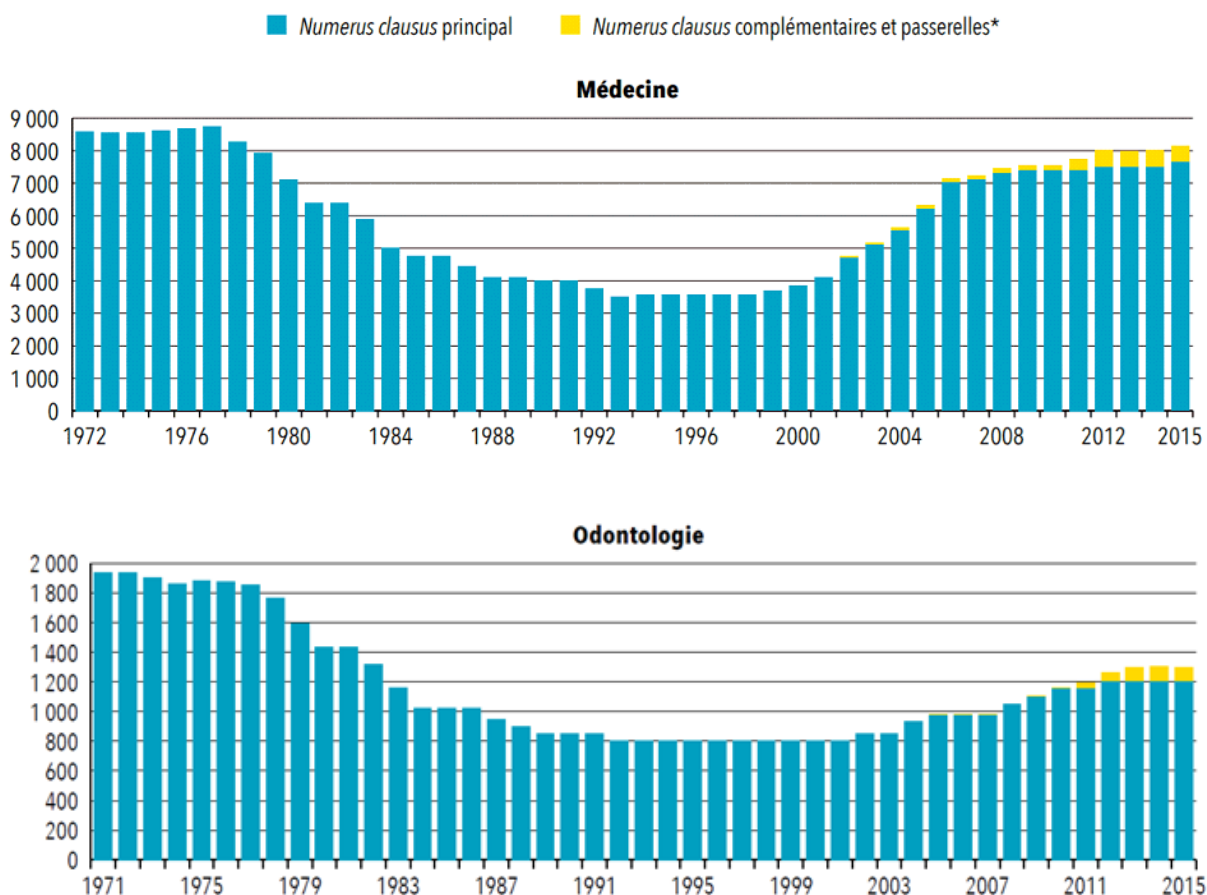
2.1.1. Répartition des professionnels sur le territoire

Depuis 30 ans, les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et notamment la France font face au double enjeu d'enrayer l'augmentation des dépenses de santé et d'assurer l'égalité de l'accès aux soins pour tous.

Devant la nécessité de maîtrise des dépenses de santé, plusieurs mesures de régulation des professions de santé ont été mises en place. Il s'agit notamment de l'encadrement des pratiques tarifaires et du nombre de praticiens. Le *numerus clausus* est appliqué aux études médicales depuis 1971 et a permis de bloquer l'augmentation rapide des effectifs de médecins, et ainsi les coûts de formation et des dépenses de santé qui l'accompagnaient. Le but de la mesure était de diminuer le nombre d'étudiants en médecine, odontologie et maïeutique afin qu'il soit en adéquation avec les capacités de formation des hôpitaux et les besoins de santé de la population. En pratique, à partir de 1971, un concours d'entrée aux études de santé a été instauré « afin de restaurer l'ordre dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux universitaires et de maintenir intacts la réputation et le prestige de la profession » (Déplaudé, 2009). Il est à noter que le *numerus clausus* a évolué au fil des années. Stable dans les années 70, il a diminué dans les années 80. Dans les années 1970, le *numerus clausus* de médecine dépassait les 8 000 étudiants mais est descendu à un peu plus de 4 000 à la fin des années 80. Une augmentation du *numerus clausus* de médecine dans les années 2000 a porté le nombre d'étudiants reçus au concours à 7 000. Ce chiffre est resté stable depuis. Le *numerus clausus* en odontologie a une évolution semblable à celui des médecins (Figure 1). Actuellement, le *numerus clausus* en odontologie est d'environ 1 000 étudiants contre plus de 1 800 dans les années 1970.

Dans les années 2000, un *numerus clausus* complémentaire a été ajouté au *numerus clausus* principal afin d'augmenter le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études de santé et de diversifier les profils. Grâce aux passerelles, certains publics spécifiques comme « les étudiants provenant d'autres cursus, les professionnels exerçant déjà une activité paramédicale ou les étudiants étrangers » (DREES, 2016) ont des places qui leur sont réservées.

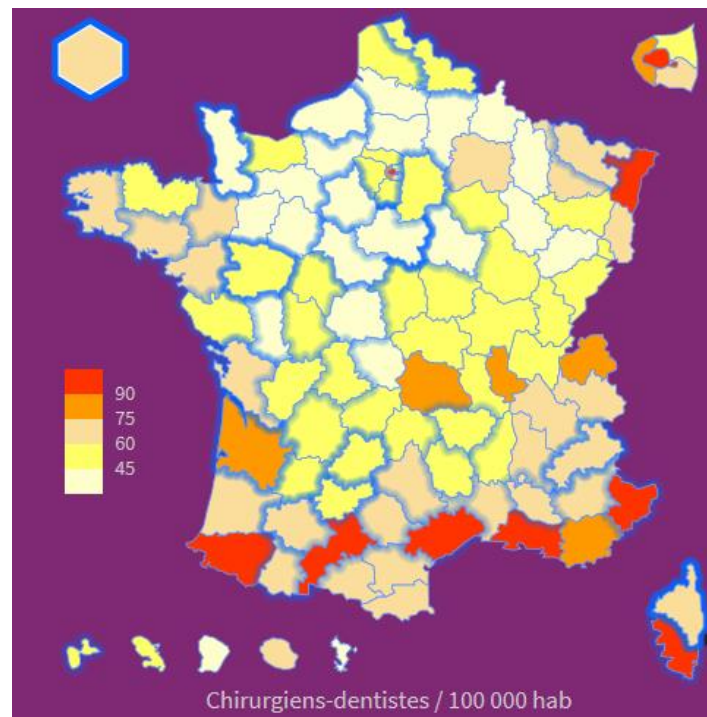
Figure 1 : Évolution du *numerus clausus* de 1971 à 2015 en médecine et en odontologie



Source : DREES, Portrait des professionnels de santé, 2016

La répartition de l'offre de santé est très inégale sur le territoire français. En effet, le code de déontologie permet la libre installation des praticiens : « à condition qu'il dispose, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge » (Article R.4127-71 du Code de Santé Publique).

Figure 2 : Répartition de la population des chirurgiens-dentistes en France



Source : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

La conséquence de la liberté d'installation est une disparité des chirurgiens-dentistes en France. En moyenne, il y a 66 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Paris, le Bas-Rhin, la Corse-du-Sud et certains départements du sud de la France ont une densité plus importante de chirurgiens-dentistes. Dans les Alpes-Maritimes, il y a 151 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. La Somme et la Creuse avec respectivement 33 et 35 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants ont les densités les moins importantes. Au sein d'une région, et notamment en Île-de-France, il y a une disparité entre les départements. À Paris, il y a 141 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants contre 55 en Seine-Saint-Denis (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2016). Ces disparités inter et intra-régionales des densités de chirurgiens-dentistes en France entraînent une différence de prise en charge entre les patients selon leur lieu d'habitation. Dans les zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes, l'accès aux soins est rendu plus difficile. Deux dimensions de l'accès géographique aux soins se cumulent : (i) la dimension spatiale, soit l'éloignement et le trajet que le patient doit faire pour se rendre chez le praticien ainsi que (ii) la dimension temporelle, soit les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les enquêtes menées à l'initiative de diverses instances régionales (Agences régionales de santé (ARS), Unions régionales des professionnels de santé (URPS)) montrent que la dimension spatiale (i) est bien moins souvent évoquée que la

dimension temporelle (ii) (délais d'attente) comme cause de difficulté d'accès aux soins (DREES, 2017). Dans certaines régions les délais d'attente s'allongent et peuvent rendre difficile le suivi régulier des patients (DREES, 2017).

2.1.2. Régulation tarifaire en cours avant 2019

2.1.2.1. La convention de 2006

La maîtrise des dépenses de soins dentaires passe par une maîtrise du volume mais aussi par la régulation tarifaire de l'activité. Cette régulation concerne le prix des actes pratiqués puisque les chirurgiens-dentistes libéraux en France sont soumis à une rémunération à l'acte. La régulation tarifaire est le fruit d'un accord trouvé entre les syndicats de chirurgiens-dentistes et l'Assurance maladie appelé « convention ». La convention est le document législatif qui régit les relations entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance maladie. Elle résulte de négociations entre les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes et les caisses d'Assurance maladie réunies en une structure fédérale, l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), et sous le contrôle de l'État. Elle définit les devoirs du chirurgien-dentiste face à l'Assurance maladie pour qu'en retour ses patients puissent bénéficier d'une prise en charge des soins (Blainville, 2016). La convention est réétudiée régulièrement et de nouvelles versions permettent de faire évoluer la réglementation au fil du temps. La convention en vigueur à partir du 14 juin 2006 s'appliquait encore avant le 1^{er} avril 2019, bien qu'elle ait plusieurs avenants (2006) (c'est-à-dire des modifications secondaires à la convention signée initialement, trop marginales pour nécessiter une nouvelle convention). La convention de 2006 avait été débattue et rédigée dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins aux personnes les plus démunies. Les parties signataires déclarent avoir pris en compte et vouloir « contribuer à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui leur sont consacrées par la Nation » (2006). La convention rassemble les obligations mutuelles des chirurgiens-dentistes signataires et de l'Assurance maladie. Il s'agit d'une part d'un référencement des actes dont la pratique est rémunérée par l'Assurance maladie, et d'autre part des conditions de protection sociale qui peuvent être offertes aux chirurgiens-dentistes adhérents à la convention.

Le référencement des actes ayant une prise en charge par l'Assurance maladie est une longue liste appelée nomenclature où chaque acte se voit associé un tarif applicable ou dépassable qui

sert de base-guide pour le remboursement. La nomenclature des actes professionnels dentaires est nommée Classification commune des actes médicaux (CCAM) depuis 2002.

2.1.2.2. *La prise en charge financière des soins de la CCAM*

2.1.2.2.1. La sécurité sociale : système général

Schématiquement, la CCAM attribuait une régulation différente aux actes chirurgicaux et conservateurs d'une part et aux actes prothétiques d'autre part. Le premier groupe de soins avait des tarifs opposables. Les tarifs opposables sont des tarifs plafonnés et qui doivent obligatoirement être observés par les chirurgiens-dentistes. L'Assurance maladie prenait en charge 70 % du tarif conventionnel et les 30 % restants étaient à la charge soit à l'éventuelle complémentaire santé du patient soit à la charge du patient en l'absence de complémentaire santé. Les tarifs des soins prothétiques étaient non opposables : le chirurgien-dentiste était libre d'établir ses honoraires, en rapport avec un tarif de référence établi par la convention. La limite de cette liberté est une injonction au « tact et à la mesure ». L'Assurance maladie prenait en charge 70 % de ce tarif plancher. La complémentaire santé du patient ou le patient lui-même prenait en charge le reste des coûts engendrés par les soins prothétiques.

2.1.2.2.2. Les couvertures complémentaires santé

En France, 95 % de la population bénéficie d'une couverture santé complémentaire privée (DREES, 2016). Il existe différents types d'organismes complémentaires santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

Les mutuelles, régies par le code de la mutualité, sont des sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés. En 2013, il y avait 481 mutuelles exerçant une activité d'assurance en santé, dont un peu plus d'une centaine étaient substituées, c'est-à-dire qu'elles transfèrent une partie ou l'intégralité des risques assurantiels à d'autres mutuelles tout en conservant des relations avec leurs adhérents (DREES, 2016). Il y a 2 types de mutuelles : les mutuelles exerçant une activité d'assurance dites « de livre II », en référence au code de la mutualité surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle et les mutuelles dites « de livre III », qui n'exercent pas d'activité d'assurance mais gèrent des établissements ou services sanitaires et sociaux (comme les centres d'optique, dentaires, de services aux personnes âgées, etc.) (DREES, 2016). Les mutuelles sont les organismes de couverture

complémentaire santé qui ont la plus grande part du marché (54 %) et qui réservent la plus grande part de leur chiffre d'affaires à leur activité santé (91 %) (DREES, 2016).

Les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Ce sont majoritairement des sociétés anonymes à but lucratif dont les actionnaires sont les assurés. En 2013, 96 sociétés d'assurance avaient une activité de complémentaire santé (DREES, 2016).

Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Ces organismes sont gérés conjointement par les partenaires sociaux et se développent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. En 2013, les 28 institutions de prévoyance existantes pratiquaient une activité de complémentaire santé (DREES, 2016). Les contrats collectifs avec un institut de prévoyance peuvent être signés à la suite d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité différents.

Plusieurs améliorations de la couverture sociale ont été mises en place pour éviter les inégalités sociales d'accès aux soins et le renoncement aux soins pour raisons financières. Après la loi de la sécurisation de l'emploi de 2013 et depuis le 1^{er} janvier 2016, les entreprises sont dans l'obligation de proposer une complémentaire santé à leurs salariés. Une partie du financement est à la charge de l'employeur et l'autre à la charge du salarié. Cela a pour objectif de garantir à une majorité de la population française d'avoir une complémentaire santé. Les contrats souscrits peuvent être individuels ou collectifs, c'est-à-dire conclus par un employeur pour ses salariés.

En parallèle, différentes protections sociales ont été mises en place pour les plus démunis:

-La Couverture maladie universelle (CMU) remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) permet « d'être remboursé de la part obligatoire des frais de santé » (Complémentaire santé solidaire, 2019). Le patient paye directement ses dépenses de santé et l'Assurance maladie lui rembourse la part obligatoire. Pour bénéficier de la CMU, il faut remplir certaines conditions : résider en France de manière régulière et stable et avoir des ressources inférieures à un plafond (8 951 euros annuels pour une personne habitant en France métropolitaine). Celui-ci dépend du nombre de personnes composant le foyer.

-La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) permet « une prise en charge gratuite des dépenses de santé à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, la CMU-c inclut des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes et les

prothèses auditives » (Complémentaire santé solidaire, 2019). Pour bénéficier de la CMU-c, il faut remplir certaines conditions : résider en France de manière régulière et stable et avoir des ressources inférieures à un plafond (8 951 euros annuels pour une personne habitant en France métropolitaine). Celui-ci dépend du nombre de personnes composant le foyer.

-La Complémentaire santé solidaire (CSS) permet la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé. Elle remplace CMU-c et est ouverte aux bénéficiaires de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) laquelle a été supprimée. Pour en bénéficier, il ne faut pas dépasser un certain montant de ressources. Au-delà, une participation peut être demandée au patient. Cette participation est différente en fonction de l'âge du patient (Complémentaire santé solidaire, 2019).

-L'Aide médicale d'État (AME) « prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'Assurance maladie des patients étrangers qui ne disposent pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant les démarches pour obtenir un titre de séjour » (Complémentaire santé solidaire, 2019). Pour bénéficier de l'AME, il faut résider en France de manière irrégulière et depuis plus de 3 mois et ne pas dépasser un certain niveau de ressources.

Il y avait 5,63 millions de personnes ayant la CMU-c en 2018. Entre 2017 et 2018, il a été constaté une augmentation de 1,8 % des effectifs de la CMU-c. Les dépenses de la CMU-c s'élevaient à 2 298 millions d'euros en 2018 (CMU, 2018). L'ACS avait 1,65 millions de bénéficiaires. Entre 2017 et 2018, on constate une hausse 4,7 % du nombre de bénéficiaires (CMU, 2018).

2.1.2.2.3. Les difficultés d'accès aux soins dentaires

Les restes à charge des patients pour les soins prothétiques sont très dépendants de la qualité de la couverture complémentaire. En moyenne, ces sommes sont très importantes. « Le montant médian pris en charge par les organismes complémentaires pour une prothèse dentaire de référence valant 750 euros représente un peu moins du tiers (240 euros) du montant total de la dépense » (Garnero et al 2009). Ainsi, pour une prothèse dentaire coûtant 750 euros, après remboursement de la sécurité sociale et de la complémentaire santé, il reste en moyenne 435 euros à la charge du patient. Ces dépenses personnelles étaient de nature à conduire à des inégalités d'accès aux soins dentaires importantes. Le constat en a été fait dès 2006 (Allonier et al, 2006).

En France, des difficultés d'accès aux soins dentaires concernent l'ensemble de la population et pas seulement les plus démunis. Il y a un fort renoncement aux soins dentaires, notamment aux soins prothétiques. En 2014, plus de 17 % de la population française renonçaient à des soins pour des raisons financières (Célant et al, 2017).

En France, il existe des inégalités sociales de santé bucco-dentaire (Azogui-Levy et al, 2017). « On appelle inégalités sociales de santé : toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (Sandon, 2016). Ainsi, les personnes les moins favorisées sont plus sujettes à la maladie carieuse. Or, ce sont celles qui consultent le moins régulièrement un chirurgien-dentiste et ne peuvent pas avoir accès à certains traitements du fait d'un reste à charge trop important. De plus, le système de santé dentaire en France est orienté essentiellement sur les soins curatifs. Ainsi, 8 % des enfants de cadres et 30 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée en grande section de maternelle (Azogui-Levy et al, 2017). Les négociations engagées pour rédiger une nouvelle convention doivent prendre en compte un objectif de diminution des inégalités sociaux-économiques et d'amélioration de la prévention.

2.1.3. La convention en vigueur à partir du 1^{er} avril 2019

Une nouvelle convention a été signée le 21 juin 2018 par l'UNCAM, 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 d'Assurance maladie (UNOCAM). L'arrêté validant cette nouvelle convention est paru dans le Journal Officiel de la République française le 20 août 2018. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2019 (2018).

Les signataires des conventions de 2006 et de 2018 ne sont pas les mêmes. Il y a eu entre temps une augmentation du nombre de syndicats représentant les chirurgiens-dentistes et l'inclusion de représentants des complémentaires santé dans les négociations.

Les négociations de cette nouvelle convention ont débuté en 2016 (Sénat, 2019) sous le gouvernement de Manuel Valls et se sont poursuivies et ont abouti à un accord le 21 juin 2018 sous le gouvernement d'Edouard Philippe. Cette convention propose un nouveau système de prise en charge des soins prothétiques où l'assuré aura accès à certains soins prothétiques sans reste à charge. La charge en est dévolue principalement aux couvertures complémentaires santé, c'est une des raisons qui explique la présence des représentants de l'UNOCAM à la table des négociations. La prise en charge complète des prothèses dentaires

en 2022 fait partie du programme santé du candidat élu à la Présidence de la République (EM!, 2019).

Selon l'arrêté paru le 20 août 2018, cette nouvelle convention a pour objectifs :

- D'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires en favorisant l'installation des chirurgiens-dentistes en zone sous-dotée ;
- De renforcer et développer la prévention et l'éducation sanitaire tout au long de la vie
- De procéder à un rééquilibrage de l'activité bucco-dentaire en faveur des soins précoces et conservateurs
- De garantir l'accessibilité financière aux actes prothétiques fréquents grâce à la mise en place de plafonds tarifaires.

2.1.4. Nouvelle convention, objectif 1 : Améliorer l'accès aux soins pour tous et partout

Afin d'encourager les chirurgiens-dentistes à s'installer dans des zones sous-dotées, des contrats incitatifs sont mis en place. Au niveau national, il en existe 2 types : le contrat type nationale d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAID) et le contrat type national d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD).

Le chirurgien-dentiste titulaire signataire du CAID s'engage à exercer à titre principal pendant une durée de 5 ans en zone « très sous-dotée ». En contrepartie, une aide de 25 000 euros lui est versée au cours de la première année. Le dentiste titulaire et son collaborateur peuvent adhérer au CAMCD s'ils exercent dans une zone où il y a une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins. En contrepartie, une aide de 3 000 euros leur est versée chaque année pendant 3 ans.

Des négociations doivent avoir lieu pour mettre en place des mesures de régulation de conventionnement dans les zones où l'offre de soins dentaires est importante (2018). Le but étant de « définir les zones dans lesquelles le conventionnement des chirurgiens-dentistes libéraux et des centres de santé sera régulé ou incité » (2018). Il est prévu de renforcer l'incitation des chirurgiens-dentistes à l'installation en zone très sous-dotée (2018).

Une majoration spécifique des actes réalisés en urgence est incluse pour encourager la permanence des soins. Une rémunération supplémentaire de 75 euros par demi-journée de garde les dimanches et jours fériés est mise en place.

2.1.5. Nouvelle convention, objectif 2 : Garantir l'accessibilité financière aux actes prothétiques

Trois paniers d'actes ont été mis en place selon la localisation des soins et le matériau choisi :

- Le panier « RAC 0 » (pour reste à charge zéro) dans lequel les tarifs sont plafonnés et l'Assurance maladie ainsi que les complémentaires santé s'engagent à prendre en charge intégralement le soin de l'assuré. Par conséquent l'assuré n'aura pas de reste à charge ;
- Le panier « RAC modéré » (reste à charge modéré) dans lequel les tarifs sont plafonnés mais il est possible que, selon la complémentaire santé du patient, il y ait un reste à charge ;
- Le panier « honoraire libre » où les tarifs ne sont pas limités (Annexes 1a, b et c). Le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires librement mais avec tact et mesure. L'Assurance maladie prend en charge 70 % de la base de remboursement. La complémentaire santé du patient rembourse un certain pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie. Ce pourcentage dépend du contrat signé entre le patient et sa complémentaire santé.

Afin de garantir un équilibre entre ces 3 paniers et de dissuader une orientation de pratiques exclusivement tournées vers le panier aux tarifs libres, une clause de revoyure est incluse dans la convention. L'évolution de la part de chacun des 3 paniers sur l'ensemble du volume d'actes pratiqués est analysée chaque année et comparée aux estimations projectives. Si l'Assurance maladie constate un écart important entre la distribution estimée et la distribution réelle des actes pratiqués entre les différents paniers, cela sera alors considéré comme une dérive et entraînera une modification des plafonds tarifaires.

2.1.6. Nouvelle convention, objectif 3 : Procéder à un rééquilibrage au profit des soins conservateurs et chirurgicaux

À partir du 1^{er} avril 2019, les tarifs de certains soins conservateurs et chirurgicaux vont évoluer. Ce changement se fera progressivement et est échelonné sur 5 ans jusqu'au 1^{er} janvier 2023. Les revalorisations tarifaires sont d'ordre différent selon le type de soins:

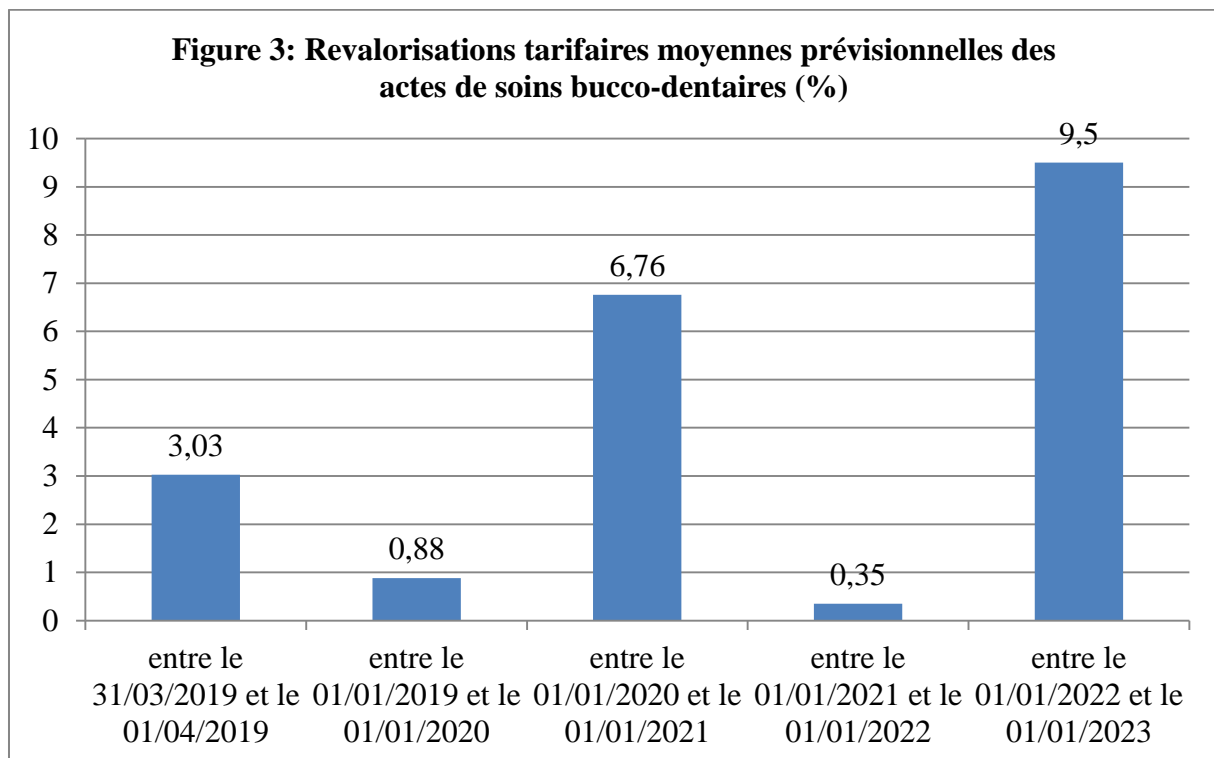
- + 48,5 % pour les restaurations coronaires ;
- + 27 % pour les actes d'endodontie ;
- + 150 % pour les inlay-onlays ;

- + 20 % pour les scellements de sillons ;
- + 49 % pour les actes chirurgicaux sur dents temporaires ;
- + 16 % pour les actes chirurgicaux sur dents permanentes.

Certains soins pour lesquels il n'était pas prévu de participation des organismes de couverture santé vont faire l'objet d'une nouvelle prise en charge. Il s'agit de :

- Le coiffage pulpaire ;
- Le comblement des sillons sur molaires jusqu'à 16 ans ;
- La consultation d'urgence de 8h à 20h ;
- La pose bi-annuelle de vernis fluoré chez les enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux élevé à hauteur de 25 euros par séance avec 2 séances par an maximum.

Au total, entre le 31/03/2019 et le 01/01/2023, les tarifs des actes revalorisés seront augmentés en moyenne de 21 % (Annexe 2). Cependant le pourcentage de revalorisation n'est pas le même chaque année. Il est prévu des revalorisations plus importantes au 1er janvier 2022 (Figure 3).



Source : Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie.

2.1.7. Nouvelle convention, objectif 4 : Renforcer la prévention et l'éducation sanitaire

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire et ainsi retarder ou éviter le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux, il est proposé des incitations à un suivi bucco-dentaire régulier (2018). En effet, les bilans des différents programmes de prévention mis en place à des catégories d'âges-clés a mis en évidence une réelle amélioration de la santé bucco-dentaire de la population en ayant bénéficié.

Un point d'information du 29 mai 2013 du programme « M'T dents » faisait le constat d'une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance maladie. « À la fin de l'année 2012, le taux de participation au programme atteignait 35 % (contre 32 % en 2011), avec une progression de la participation des enfants de toutes les tranches d'âge » (Assurance maladie, 2013). Par exemple, une étude réalisée en Gironde en 2017 sur des enfants de 12 ans a montré que le « nombre de dent cariée, absente ou obturée (CAOD) moyen des enfants participant au dispositif « M'T dents » s'élevait à 0,25, valeur inférieure au CAOD moyen des enfants de douze ans scolarisés » (Karaa, 2019). Les actions de prévention à différents âges de la vie vont être étendues aux enfants de 3 ans. L'examen de prévention est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie et le patient n'avance pas les frais. Les soins conservateurs, chirurgicaux et les radiographies consécutifs à l'examen de prévention sont pris en charge à 100 % ; également avec dispense d'avance des frais. Les femmes enceintes bénéficient aussi de l'examen de prévention à partir du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Pour les patients diabétiques, une visite annuelle est préconisée. Après accord de la Haute Autorité de santé (HAS), les patients diabétiques en Affection longue durée (ALD) pourront bénéficier d'un bilan parodontal pris en charge à hauteur de 50 euros et l'assainissement parodontal sera pris en charge à hauteur de 80 euros par sextant, si au cours de leur visite annuelle un problème parodontal a été dépisté.

En cas d'affection longue durée, la prise en charge des patients sous anticoagulant (AVK ou AOD) pour les soins chirurgicaux sera valorisée par un supplément de 20 euros par acte.

La prise en charge des patients atteints d'un handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant et bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation compensation du

handicap (PCH) sera valorisée par un supplément de 100 euros par séance de soins avec ou sans MEOPA.

2.2. Qu'est-ce que l'exercice hors convention ?

Les praticiens exerçant « hors convention » sont ceux qui refusent de suivre l'accord conventionnel signé par les syndicats et régissant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'Assurance maladie. Ils ne sont donc plus soumis aux règles de tarification en vigueur mais ne bénéficient pas non plus des avantages sociaux négociés.

2.2.1. Les modalités administratives pour exercer hors convention

Si les chirurgiens-dentistes ne souhaitent pas ou plus adhérer à la convention, ils doivent adresser un courrier recommandé avec avis de réception à leur Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) locale (Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie). La sortie de convention prendra alors effet un mois après la date de réception du courrier par la CPAM (Arrêté du 20 août 2018). S'ils le souhaitent par la suite, ces chirurgiens-dentistes pourront adhérer de nouveau à la convention en formulant une demande d'adhésion selon les mêmes modalités à leur CPAM. Leur adhésion est effective à la date où la CPAM accuse réception de la demande.

2.2.2. La prise en charge financière des patients

En dehors de la convention, les chirurgiens-dentistes fixent librement leurs honoraires. Cependant, ils restent tenus par le code de déontologie de fixer ces honoraires avec « tact et mesure ». Les chirurgiens-dentistes exerçant en dehors de la convention ont le devoir d'informer les patients de leurs honoraires en amont des soins prodigués. Un devis doit être réalisé concernant tous les actes dont le montant dépasse 70 euros. Le règlement du coût des soins réalisés doit faire l'objet d'une note d'honoraires. Les chirurgiens-dentistes non conventionnés utilisent les codes de la CCAM pour rédiger leurs devis et leurs notes d'honoraires.

Pour les chirurgiens-dentistes n'adhérant pas à la convention, il n'y a donc plus de tarif opposable. En revanche, tous les actes présents dans la CCAM génèrent un remboursement

par l'Assurance maladie, à hauteur de 16 % du tarif conventionnel (contre 70 % si les soins avaient été réalisés par un chirurgien-dentiste conventionné).

La prise en charge financière des soins dentaires par l'organisme de couverture complémentaire santé du patient ne dépend pas du conventionnement ou non du praticien effectuant les soins mais uniquement du contrat signé entre le patient et sa couverture complémentaire. Les organismes de couverture complémentaire en santé ne peuvent pas faire de différence entre les adhérents, qui sont libres de choisir leur praticien. Ainsi, pour un soin présentant un tarif conventionnel opposable et si la couverture complémentaire propose une prise en charge à 100 % de ce soin, les assureurs-santé financeront à hauteur de 30 % du tarif conventionnel que le soin soit réalisé chez un chirurgien-dentiste conventionné ou non. Par conséquent, le reste à charge pour le patient sera différent en raison de la différence de prise en charge par l'Assurance maladie (Tableau 1).

Tableau 1 : Prise en charge différentielle d'un même soin bucco-dentaire au même tarif conventionnel opposable selon l'adhésion du chirurgien-dentiste à la convention.

Cas d'un contrat de couverture complémentaire santé à 100 % du tarif opposable.

	Frais liés aux soins au tarif conventionnel opposable		
Chirurgien-dentiste	Part Assurance maladie	Part organisme complémentaire santé	Part patient
Conventionné	70 %	30 %	0 %
Hors convention	16 %	30 %	46 %

Source : <https://www.scdp.fr/sortir-de-la-convention/>

2.2.3. Les conséquences sur la protection sociale personnelle du chirurgien-dentiste non conventionné.

À travers la convention, les caisses d'Assurance maladie s'engagent à participer à l'Assurance maladie, maternité et décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ainsi qu'à leurs régimes complémentaires de vieillesse. Cette participation est calculée sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste et selon le taux de participation des caisses (2018). Comme les chirurgiens-dentistes non conventionnés n'ont pas adhéré à la convention, les caisses d'Assurance maladie ne sont pas tenues de participer à sa protection personnelle. Ainsi, les chirurgiens-dentistes non conventionnés ne cotisent plus à l'Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)

concernant leur assurance santé personnelle de base ni pour la retraite complémentaire. Enfin, les chirurgiens-dentistes non conventionnés n'ont pas à payer la contribution aux unions régionales des professionnels de santé (CURPS). Les cotisations à l'URSSAF sont donc diminuées ainsi que certains des avantages sociaux.

2.3. Modèle national : le système de santé britannique, comparaison rapide avec le système français

2.3.1. Le National health service

Créé en 1948, le National health service (NHS) est un système d'assurance national financé en grande partie par la fiscalité. Une petite partie est financée par les patients via le ticket modérateur pour les soins dentaires, l'optique et les médicaments. Le ticket modérateur est faible au Royaume-Uni. « En 2004, la participation maximale des patients (6,20 livres sterling) n'avait concerné que 8,9 % des médicaments prescrits » (Mason et al, 2006). Les dépenses de santé y représentent 9,8 % du produit intérieur brut national (OCDE, 2019).

La majeure partie des soins au Royaume-Uni est dispensée par des professionnels de santé salariés par le NHS. Les médecins du NHS ont une rémunération mixte qui aboutit au calcul d'un salaire mensuel fixe, complété de primes annuelles selon l'activité. Ils sont rémunérés en fonction (i) du nombre de patients suivis (paiement à la « capitation »), (ii) avec une valorisation forfaitaire favorisant la réalisation de certaines prises en charge spécifiques comme celles des personnes malades chroniques ou la réalisation d'actes de prévention, (iii) avec un dédommagement d'une partie des frais administratifs et d'équipement (Chevrier-Fatome, 2002). Les rémunérations liées aux points (i) et (iii) sont relativement stables d'une année sur l'autre, ce qui permet de prévoir une partie du budget alloué aux rémunérations des médecins et aux dépenses de santé (Albouy et al, 2009).

En théorie, la rémunération par capitation (au nombre de patients suivis) incite à une pratique médicale efficace car le médecin n'a pas d'intérêt financier à multiplier des consultations inutiles. Toutefois, le médecin peut être incité à limiter les rendez-vous de suivi de ses patients déjà inscrits, pour prendre davantage de nouveaux patients, afin d'augmenter le nombre d'inscrits à son cabinet. De plus, chaque médecin ayant intérêt à augmenter sa patientèle et la population étant stable, le paiement par capitation favorise la concurrence entre médecins. D'après Abouy et ses collaborateurs en 2009, « le praticien peut avoir intérêt

à satisfaire aux attentes de ses patients (médicaments, arrêts maladie...), même lorsque celles-ci ne sont pas justifiées, de peur que ses patients ne changent de médecin traitant ». Cette concurrence peut engendrer une augmentation des dépenses de santé injustifiée.

La rémunération complémentaire valorisant la prise en charge de patients malades chroniques est une rémunération « au forfait ». Elle permet de contrebalancer l'incitation de la capitation à une sélection de patientèle en bonne santé qui grossirait le volume de patientèle (et donc le revenu par capitation) tout en ne nécessitant que très peu de visites de suivi. En effet, avec la capitation « le médecin peut être (...) incité à rationner les soins ou à évincer de leur patientèle les patients aux pathologies les plus lourdes (surtout si le forfait est mal tarifé) » (Albouy et al, 2009). Les forfaits sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe et de la présence ou non d'une maladie chronique.

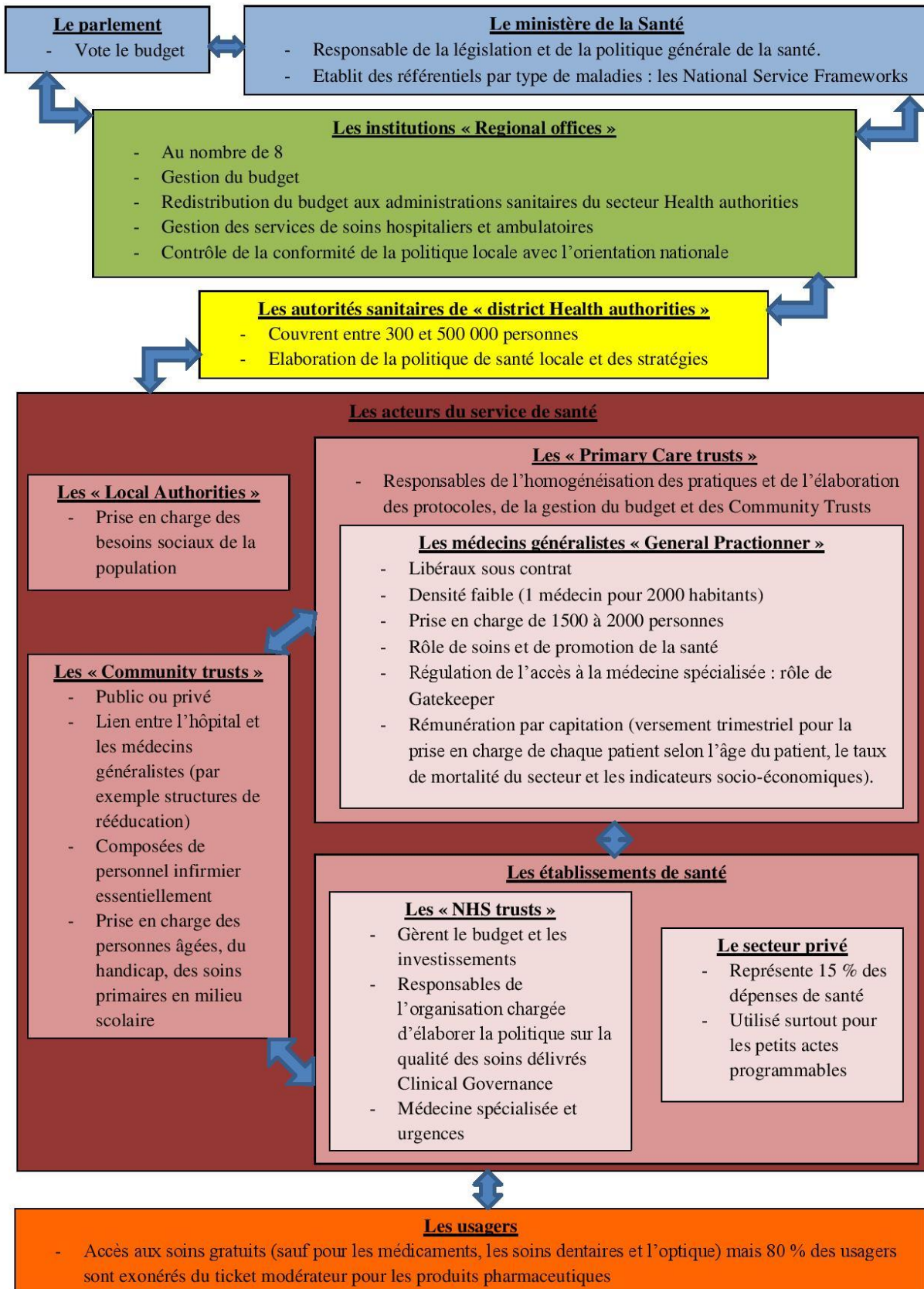
Le modèle de rémunération mixte par salariat permet en théorie d'inciter à la qualité. Par exemple, si on se concentre sur la durée de la consultation comme indicateur de la qualité des soins, alors le médecin salarié peut prendre davantage de temps en consultation pour s'occuper de ses patients ce qui peut laisser penser que la qualité des soins est meilleure (Albouy et al, 2009). Cependant, le salariat n'incite pas les médecins à la productivité. Comme leur revenu est en rapport avec le nombre de patients inscrits sur leur liste de patientèle et non sur les actes accomplis, le salariat n'incite pas les médecins à augmenter le nombre de patients vu par heure.

Chaque système de rémunération a ses avantages et ses inconvénients pour le praticien, ainsi que pour le gouvernement qui doit contrôler les dépenses en matière de santé. L'un des problèmes majeurs du NHS est en rapport avec des délais d'attente très longs. « Dans les années 90, il a aussi été reproché au NHS un manque de réactivité (illustré par des délais d'attente très longs pour bénéficier de certaines interventions chirurgicales non urgentes) et de piètres résultats sanitaires (en matière de survie au cancer par exemple) » (Mason et al, 2006). Ces problèmes sont devenus une des préoccupations majeures de l'opinion publique et ont abouti au développement d'une offre de soins parallèle au NHS, complètement privée. Cette offre privée étant destinée aux usagers les plus fortunés qui n'avaient plus confiance dans le NHS. Ainsi, près de 15 % des interventions chirurgicales non urgentes ont eu lieu dans le cadre du secteur privé en 2005. Ces soins ont été financés par une assurance privée ou directement par les patients. En effet, « près de 12 % de la population du Royaume-Uni est couverte par une assurance privée » (Mason et al, 2006). Une étude réalisée en 2018 par

NatCen social research's british social attitudes (BSA) interrogeait le public sur son opinion et ses sentiments à l'égard du NHS. 53 % des personnes interrogées s'étaient déclarées satisfaites du NHS contre 30 % de personnes insatisfaites (Robertson et al, 2018). Parmi les patients satisfaits, il restait tout de même 30 % de personnes insatisfaites par la qualité des soins et seulement 23 % avait trouvé la durée des temps d'attente satisfaisante. La satisfaction des usagers du NHS était principalement en rapport avec la gratuité des soins (financés par l'impôt). Les longs délais d'attente, la pénurie de personnel et les préoccupations au sujet d'un manque de financement étaient les principales raisons données par les patients insatisfaits (Robertson et al, 2018).

Le développement d'une offre concurrentielle non régulée justifierait un rejet de l'impôt lié au financement du NHS par les plus riches. En effet, ces personnes contribuent en parallèle au financement du NHS (qu'ils n'utilisent pas) par l'impôt, mais aussi à leur propre réseau de santé et d'assurance santé. Le NHS a donc dû remettre en question ses performances, notamment en termes qualitatifs, et mettre tout en œuvre pour les améliorer et re-fédérer toutes les classes sociales autour de ses valeurs. Dans cet objectif, plusieurs acteurs ont été mandatés pour mener à bien l'évaluation du système, établir des objectifs d'amélioration et mettre en œuvre les réformes pour atteindre ces objectifs. Le National Institute for health and clinical excellence (NICE) a notamment pour mission d'évaluer les technologies (nouveaux traitements), donner des recommandations cliniques et rédiger les procédures interventionnelles. Les objectifs du NICE sont donc de « promouvoir l'efficacité et un bon rapport coût-efficacité dans l'utilisation des technologies sanitaires. » (Mason et al, 2006).

Figure 4 : Organisation du système de santé anglais NHS

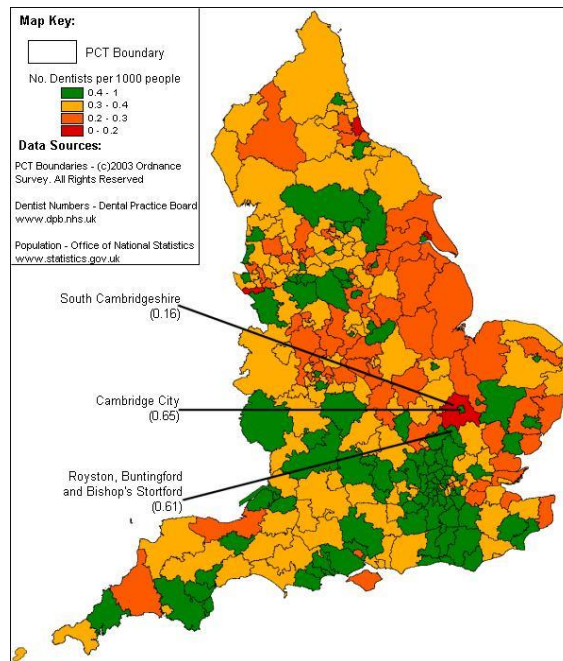


Source : Laplace et al, 2002.

2.3.2. L'offre de soins dentaires au Royaume-Uni

La répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire du Royaume-Uni est hétérogène. Par exemple, en Angleterre, l'offre de soins bucco-dentaires est plus dense dans le sud du pays et autour de la capitale (Figure 5).

Figure 5 : Répartition des chirurgiens-dentistes en Angleterre

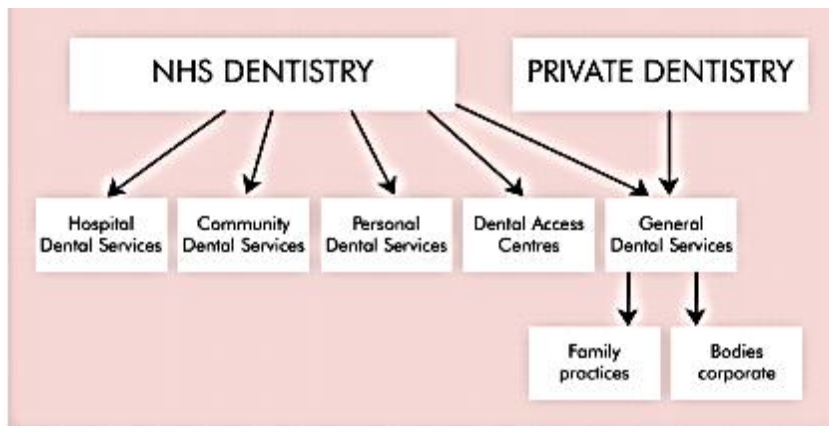


Source: *International Journal of Health Geographics*, Maged N Kamel Boulos, Guy Picton Phillipps, 2004.

2.3.2.1. L'offre de soins dentaires publics au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, l'offre de soins dentaires se répartit en 2 secteurs : le secteur public NHS et le secteur privé (voir Figure 6). La majorité des soins dentaires sont fournis par le service dentaire général (General Dental Services ou GDS) composé de chirurgiens-dentistes qui peuvent avoir une activité publique, privée ou mixte (c'est-à-dire qu'ils proposent dans le même cabinet des soins NHS et des soins non pris en charge par le NHS). La collaboration entre le chirurgien-dentiste et le NHS implique l'obligation pour le praticien de fournir tous les soins et les traitements nécessaires pour assurer et maintenir la santé orale des patients demandant une prise en charge NHS (Robinson et al, 2004).

Figure 6 : Structure de l'offre de soins dentaires au Royaume-Uni



Source: Robinson et al, 2004.

En dehors du GDS, il existe différentes modalités de délivrance des soins totalement publics, organisées par le NHS (Figure 6). Le service odontologique hospitalier prend en charge les urgences dentaires mais aussi les soins chirurgicaux, les traitements orthodontiques et les soins restaurateurs considérés comme sophistiqués. En général, les patients sont adressés à l'hôpital par un chirurgien-dentiste du GDS ou par un médecin. Les patients peuvent être hospitalisés ou soignés en ambulatoire.

Les services dentaires communautaires (Community Dental Services) fournissent les soins dentaires généraux et spécialisés à la population. Ils participent au dépistage scolaire, au programme d'éducation pour la santé et au programme de soins préventifs. Ils prennent en charge les besoins spécifiques et les patients défavorisés. Les chirurgiens-dentistes y sont salariés.

Les centres d'accès dentaire (Dental Access Centers) permettent aux personnes qui ne sont pas inscrites au NHS d'avoir accès aux soins dentaires NHS.

2.3.2.1.1. Tarifs et prise en charge des patients au sein du NHS

Au Royaume-Uni, le patient paye ses soins dentaires au praticien directement. Cependant, les soins NHS ont des tarifs plafonnés (NHS, 2017). Le NHS couvre une liste de 300 traitements répartis dans 3 groupes d'actes (band) et chaque groupe correspond un tarif (Robinson et al, 2004).

« Pour les soins du groupe 1, le patient devra payer £ 22,70 (25,29 €), par exemples :

- examen clinique et radiographique, diagnostic et planification du traitement ;
- détartrage et polissage ;
- scellements de sillons et actes de fluoruration.

Pour les soins du groupe 2, le patient devra payer £ 62,10 (69,19 €), par exemples :

- restaurations définitives à l'amalgame, au composite, au verre ionomère,... ;
- traitements endodontiques de dents permanentes, pulpotomie et apexification ;
- extraction de dents.

Pour les soins du groupe 3, le patient devra payer £ 269,30 (300,05 €), par exemples :

- couronnes métalliques, céramo-métalliques, en céramique, résine synthétique et autres couronnes non métalliques ;
- Prothèses amovibles complètes et partielles résine ou à châssis métallique » (NHS, 2017).

Enfin, si dans les 2 mois après le soin, le patient a de nouveau besoin d'un soin de la même catégorie ou d'une catégorie inférieure, cela n'est pas facturé. Sous certaines conditions, certaines restaurations sont garanties un an : le patient n'aura pas à payer le remplacement ou la réparation de la restauration s'il retourne chez le dentiste qui a fait le soin.

Afin de permettre un accès aux soins facilité pour les populations fragiles ou défavorisées, certains patients sont exonérés de reste à charge pour les soins NHS :

- « les patients âgés de moins de 18 ans ou de moins de 19 ans et dans une formation qualifiante à temps plein ;
- les femmes enceintes ou ayant accouché au cours des 12 derniers mois ;
- les patients hospitalisés dans un hôpital NHS dans le cas où les soins dentaires sont effectués par le dentiste de l'hôpital ;
- les patients bénéficiant de certaines aides de l'Etat comme le Soutien du revenu ou l'allocation d'emploi et de soutien liée au revenu » (NHS, 2017).

2.3.2.1.2. Rémunération des chirurgiens-dentistes au sein du NHS

Les chirurgiens-dentistes sont rémunérés de 3 façons. Ils peuvent être salariés de structures comme les hôpitaux, les services dentaires communautaires ou les centres d'accès dentaire. Dans le cadre du GDS, les chirurgiens-dentistes sont rémunérés à l'acte, mais aussi par capitation lorsqu'il s'agit de soins NHS sur les enfants, les femmes enceintes ou certaines populations spécifiques. C'est-à-dire que le chirurgien-dentiste reçoit un paiement forfaitaire pour chacune de ces personnes qui seraient inscrites sur sa liste de patients (NHS, 2017).

2.3.2.2. *Le secteur privé de l'offre de soins dentaires*

Les chirurgiens-dentistes travaillant dans le secteur privé sont rémunérés à l'acte dont ils fixent eux-mêmes le prix. En sus, il existe aussi un système de capitation dans le secteur privé. Les chirurgiens-dentistes peuvent adhérer au programme Denplan pour en faire bénéficier leur patientèle (Robinson et al, 2004). En effet, « Denplan » est un système d'assurance pour lequel les patients cotisent tous les mois afin de limiter le reste à charge des traitements privés les plus coûteux. Le chirurgien-dentiste adhérant au programme Denplan reçoit pour une période donnée, un forfait correspondant à la prise en charge d'un patient Denplan.

En 2018, 2 500 des 35 000 chirurgiens-dentistes du Royaume-Uni avaient une pratique uniquement privée (soit un peu plus de 7 %) (Office for national statistics, 2018). On peut noter une augmentation du nombre de dentistes exerçant dans le privé en dehors du système NHS. En effet en 1996, il y avait 500 dentistes privés en dehors du système NHS sur un total de 29 055 chirurgiens-dentistes (soit un peu moins de 2 %) (Calnan et al, 2000). Cette augmentation peut s'expliquer par les contraintes financières considérées comme trop élevées dans le système NHS, des tarifs NHS trop bas qui ne permettent pas des soins de qualité ni une bonne prise en charge du patient à qui on accorde trop peu de temps et par un manque de liberté et d'autonomie pour les chirurgiens-dentistes travaillant dans le NHS (Calnan et al, 2000).

2.3.3. *Comparaison avec le système de soins bucco-dentaires français*

Fondés dans les années 40, le NHS et la sécurité sociale française reposent sur des principes différents, mais ont en commun leur valeur centrale d'égalité d'accès aux soins. Cependant dans les 2 pays, on constate une mauvaise répartition de l'offre bucco-dentaire.

Ainsi en Angleterre et en France, il y a d'avantage d'offre dans le sud du pays et autour de la capitale. On compte 35 000 chirurgiens-dentistes au Royaume-Uni (Statista, 2019) contre 41 858 en France (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2016) ce qui fait 53 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants au Royaume-Uni (Statista, 2019) et 66 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en France. La part de chirurgiens-dentistes salariés est plus importante au Royaume-Uni, 9 000 dentistes salariés (Office for national statistics, 2018) pour 5 577 en France (Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2016).

De plus, les deux pays ont dû gérer des dépenses de santé exponentielles. La France consacre 11 % de son PIB à la santé contre 10 % pour le Royaume-Uni (DREES, 2017). Toutefois, la part du PIB accordée aux dépenses de soins bucco-dentaires est la même dans les deux pays (0,50 %) (ASD, 2018). Dans les 2 pays, le budget alloué à la santé est voté par le parlement et financé en partie par l'impôt. Un ticket modérateur a été mis en place, c'est la part qui reste à la charge de l'assuré. Dans les 2 pays, certains usagers parmi les populations les plus fragiles sont exonérés de ce ticket.

La notion de qualité des soins est importante aussi bien en France qu'au Royaume-Uni. Des systèmes de contrôle ont été mis en place. Les orientations nationales de santé sont édictées par le ministère de la Santé dans les 2 pays. En France, la HAS « évalue d'un point de vue médical et économique les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, actes professionnels et technologies de santé) », « élabore des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de la santé », « mesure et améliore la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville, et la qualité des accompagnements dans les établissements sociaux et services médico-sociaux » (Haute Autorité de santé, 2018). Au Royaume-Uni, NICE évalue les technologies d'un point de vue coût-efficacité, donne des recommandations cliniques et rédige les procédures interventionnelles. La Healthcare Commission veille au respect des normes nationales de qualité et de sécurité. Cette institution est responsable de l'évaluation de toutes les organisations du NHS et de tous les prestataires de santé.

Le taux de recours aux soins bucco-dentaires varie selon le pays. En moyenne, en France, le nombre annuel de consultations dentaires par habitant est de 1,3 alors qu'il n'est que de 0,7 au Royaume-Uni (DREES, 2016). En France, les régimes d'assurances privées et les ménages prennent en charge une part plus importante du coût des soins bucco-dentaires qu'au Royaume-Uni. Ceci peut expliquer qu'en France, le taux de renoncement aux soins dentaires pour raisons financières est supérieur à celui du Royaume-Uni (DREES, 2016). Toutefois, la prévention occupe une place particulièrement importante au Royaume-Uni. Chez les enfants âgés de 5 ans, l'indice CAOD est de 0,8 au Royaume-Uni (Public Health England, 2018) contre 1,38 chez les enfants de 6 ans en 2006 en France (DRESS, 2011). En revanche, il y a 23 % de patients de plus de 65 ans édentés au Royaume-Uni (Public Health England, 2018) contre 16 % en France (Carlac'H et al, 2018).

Il est possible de faire un parallélisme entre les chirurgiens-dentistes conventionnés en France et les chirurgiens-dentistes sous contrat avec le NHS. Dans les deux pays, les tarifs des soins sont plafonnés et réglementés par un accord entre professionnels de santé et assureurs. Cependant, les tarifs des soins prothétiques sont davantage réglementés par le NHS même si de nouveaux plafonds tarifaires pour les soins prothétiques ont été mis en place en France avec la convention signée en 2018 (2018).

Les chirurgiens-dentistes français conventionnés ont une activité tarifaire qui ressemble à celle des chirurgiens-dentistes anglais qui ont une activité mixte publique et privée. En effet, dans les deux cas, ils sont libres de fixer leurs tarifs pour certains soins. Les chirurgiens-dentistes anglais sont libres de leurs tarifs pour les soins hors panier NHS et les chirurgiens-dentistes français sont libres de fixer leurs tarifs pour les soins non opposables.

Dans les deux pays, les chirurgiens-dentistes se plaignent des tarifs trop bas imposés pour la réalisation des soins (Calnan et al, 2000 ; ONDPS, 2008). Cette réglementation des tarifs est l'un des motifs du rejet des accords dans les deux pays.

En effet, les chirurgiens-dentistes du secteur privé anglais qui n'ont pas signé la convention avec le NHS peuvent comme les chirurgiens-dentistes non conventionnés en France fixer l'ensemble de leurs tarifs librement. Un peu plus de 7 % des chirurgiens-dentistes au Royaume-Uni ont une pratique exclusivement privée hors du NHS (Calnan et al, 2000) et fixent librement leur tarif. Moins de 1 % des chirurgiens-dentistes sont déconventionnés en France (Assurance maladie, 2018) et fixent librement leur tarif. Il a donc une part plus importante de chirurgiens-dentistes au Royaume-Uni qui exercent en dehors de l'accord signé entre les professionnels de santé et les assureurs (NHS)

3. Enquête transversale : portrait des chirurgiens-dentistes non conventionnés en Île-de-France

3.1. Présentation de l'enquête

Cette enquête cible les chirurgiens-dentistes non conventionnés exerçant en Île-de-France. L'objectif de l'étude était de dresser un portrait de ces praticiens. Il s'agit de savoir s'il existe des particularités communes aux chirurgiens-dentistes exerçant hors convention. Après avoir présenté la méthodologie de ce travail et décrit la population étudiée, nous discuterons des différences potentielles entre chirurgiens-dentistes conventionnés et hors convention.

3.2. Recueil de données

3.2.1. Population-cible

La population-cible concerne les chirurgiens-dentistes non conventionnés travaillant en Île-de-France. Cette région a le double avantage d'être la plus dense en praticiens exerçant hors convention et d'être celle où l'enquêteur (nous-même) a la possibilité géographique de se déplacer.

3.2.2. Recueil de données

3.2.2.1. Sources d'information

L'annuaire santé du site ameli.fr propose les coordonnées des chirurgiens-dentistes français, dont les chirurgiens-dentistes non conventionnés d'Île-de-France. Les coordonnées des praticiens correspondants à la population-cible ont été collectées grâce à ce site. Cet annuaire recensait 111 chirurgiens-dentistes non conventionnés travaillant en Île-de-France au 20 avril 2019.

Il s'est avéré que ce recensement n'était pas exhaustif. En effet, certaines coordonnées affichées n'étaient pas ou plus valides et certains des praticiens identifiés comme déconventionnés ne l'étaient finalement pas ou plus. Les modalités de notification à l'Assurance maladie des chirurgiens-dentistes lors de leur installation font partie de l'accord conventionnel entre les deux parties (Arrêté du 20 août 2018). L'article 36.2 traitant des modalités de notification et d'adhésion, tient « le chirurgien-dentiste conventionné responsable, lors de son installation ou à la demande des caisses, de faire connaître

notamment son numéro d'inscription au tableau de l'ordre comportant entre autre son numéro de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ainsi que l'adresse de son cabinet professionnel principal et, le cas échéant, les différentes structures d'activité et les coordonnées de celles-ci, la date de début d'activité » (Arrêté du 20 août 2018). Les chirurgiens-dentistes non conventionnés ne sont donc pas obligés de déclarer leur installation ni leurs nouvelles coordonnées à l'Assurance maladie.

Compte tenu du faible nombre de praticiens inscrits grâce aux coordonnées disponibles sur ameli.fr et du caractère exploratoire de la présente enquête, une seconde source de recrutement a été acceptée à travers les enquêtés qui ont transmis à l'enquêteur les coordonnées de confrères exerçant hors convention. Des répondants ont aussi été recrutés via une annonce sur le réseau social Facebook, sur les groupes appelés « Dentistes de France » et « Les dentistes libres ». L'adhésion au groupe « Dentistes de France » est acceptée pour les chirurgiens-dentistes exerçant en France ou bien pour les étudiants en odontologie d'une Faculté française. Pour adhérer au groupe « Les Dentistes libres », il faut être un chirurgien-dentiste non conventionné ou être un chirurgien-dentiste qui cherche des renseignements sur l'exercice non conventionné. Au moment de la demande d'adhésion au groupe « Les Dentistes libres », nous avons dû répondre à trois questions théoriques sur le domaine de l'odontologie (par exemple, à la question que signifie Lt ? Nous avons répondu longueur de travail). L'annonce, postée sur chacun des deux groupes, invitait les chirurgiens-dentistes non conventionnés du groupe à contacter l'enquêteur pour des entretiens en tête-à-tête ou téléphoniques (Annexe 5). Ces trois sources de recrutement (contact via les coordonnées disponibles sur Ameli.fr, sur le groupe Facebook 1 et sur le groupe Facebook 2) présentent des biais différents et ne sont pas exhaustives, même associées. Elles ont cependant permis de rencontrer plus de sujets d'étude. C'est aussi dans cette optique que plusieurs modes de recueil de l'information (en entretien, par téléphone puis par GoogleForm) ont été mis en place.

3.2.2.2. Les différents modes de recueil

Trois modes de recueils différents ont été utilisés :

- Les entretiens en tête-à-tête : Ils ont l'avantage de permettre la reformulation des questions lorsque celles-ci semblent mal comprises. Ils permettent aussi de demander des précisions aux réponses données par le sujet interrogé, les réponses sont donc de meilleure qualité. Les entretiens individuels semi-structurés sont utilisés dans le cadre de la recherche qualitative. La

recherche qualitative permet de collecter des données plus riches et de permettre une meilleure compréhension de la pratique non conventionnée étudiée (Kohn et al, 2014). La recherche qualitative permet de décrire et d'obtenir des explications significatives sur la pratique non conventionnée (Kohn et al, 2014). Les entretiens individuels réalisés sur le lieu de travail des praticiens permettent « d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes et l'expérience des praticiens interrogés » (Kohn et al, 2014).

- Les entretiens téléphoniques : Ils ont l'avantage d'être plus simples à mettre en œuvre qu'un entretien de visu d'un point de vue logistique (qualiquanti, 2017). Le praticien peut répondre au moment où il le souhaite et n'est pas obligé de bloquer un créneau horaire sur son planning de soins. Les entretiens téléphoniques permettent donc d'interroger des chirurgiens-dentistes qui n'auraient pas accepté un entretien en tête-à-tête faute de temps. La durée des entretiens téléphoniques est plus variable que celle des entretiens en tête-à-tête où les rendez-vous sont fixés. Le téléphone préserve d'avantage l'anonymat. L'examineur n'est pas influencé par l'environnement (structure du cabinet du chirurgien-dentiste interrogé) mais ne peut pas l'observer non plus.

- Les questionnaires de type GoogleForm : Ils permettent une meilleure acceptabilité des participants mais ils sont plus directifs (Fenneteau, 2015). En effet, des propositions de réponses sont faites ce qui peut orienter le chirurgien-dentiste dans ses réponses (Fenneteau, 2015). Le biais d'interprétation de la question par l'enquêté est aussi plus important.

Ces trois modes de recueil de l'information présentent aussi de potentiels biais de réponses différents.

3.2.2.3. Temporalité

Cette enquête s'est déroulée sur 3 temps, qui se chevauchent en partie:

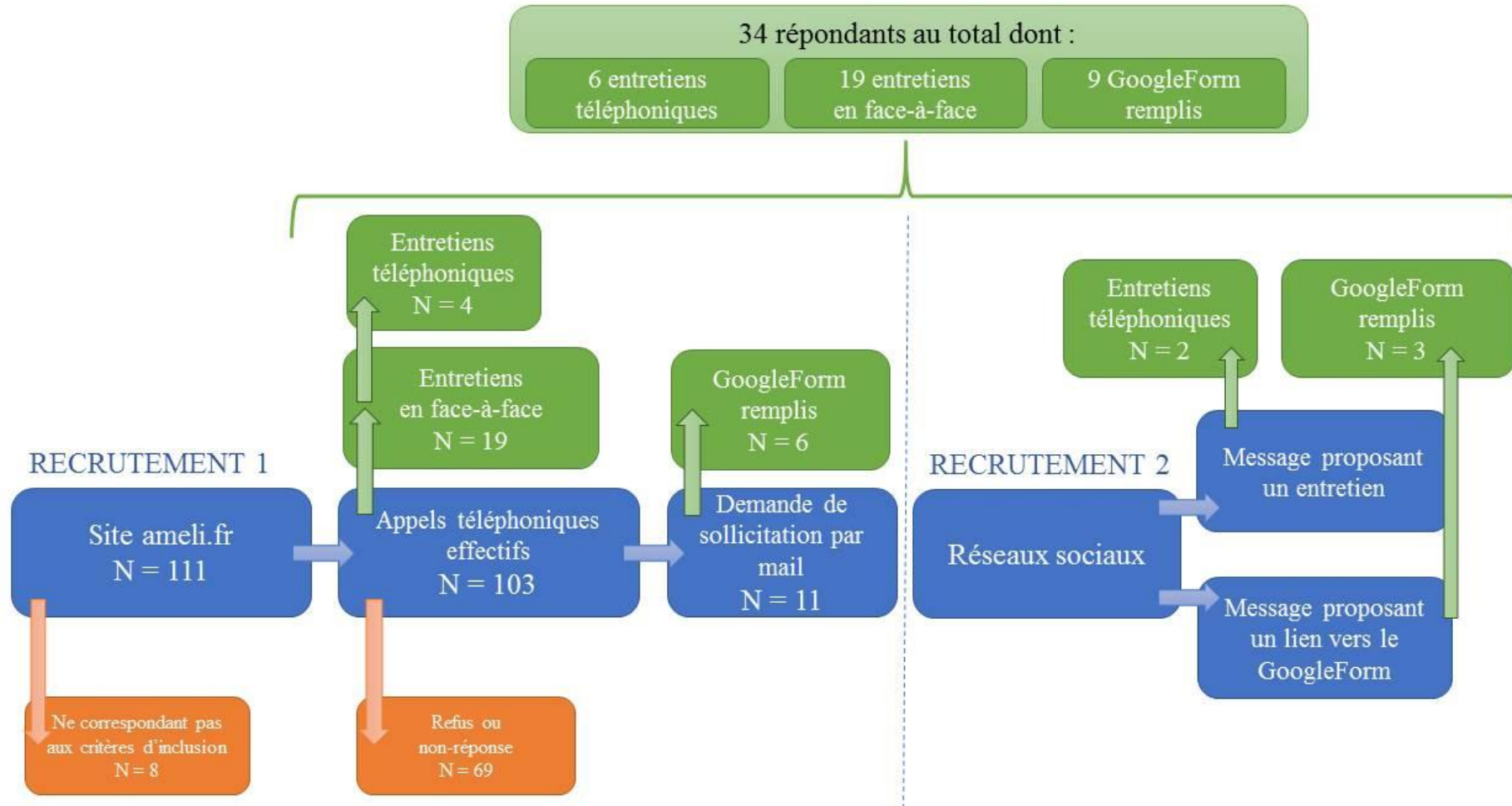
- Premier temps du 29 avril au 10 juin 2019 : À partir des adresses disponibles sur ameli.fr, puis grâce à celles confiées par les premiers répondants, les chirurgiens-dentistes ont été contactés par téléphone afin de solliciter un rendez-vous à leur cabinet et de l'organiser si la réponse était favorable. Les entretiens en face à face étaient privilégiés, car l'enquêteur redoutait la façon dont ce questionnaire serait reçu par des professionnels qui ont déjà choisi de travailler en dehors du système général. Au cours de ces entretiens semi-structurés, l'enquêteur écoutait tout en prenant des notes. Le praticien pouvait s'exprimer spontanément, toutefois le questionnaire préétabli était suivi afin qu'au cours de l'entretien tous les points

souhaités soient abordés (Annexe 3). Lors de ces appels, il y a eu de nombreux refus et non-réponses (voir le diagramme de flux, Figure 7). Les entretiens téléphoniques ont été acceptés lorsque la rencontre n'était pas possible. Pendant ce premier temps, il y a donc eu un recrutement via les adresses d'ameli.fr et celles transmises par les répondants. Il y a eu un entretien par personne enquêtée, soit de visu et soit par téléphone.

- Second temps, du 10 juin 2019 au 19 juillet 2019 : Lors de ce temps, le recrutement via le réseau social Facebook sur le groupe appelé « Dentistes de France » a débuté et un entretien de visu ou téléphonique était proposé (message consultable Annexe 5). Pendant ce second temps, il y a donc eu un recrutement via les adresses d'ameli.fr, celles transmises par les premiers répondants et à travers des contacts sur le réseau social Facebook. Il y a eu un entretien par personne enquêtée, soit de visu et soit par téléphone.

- Troisième temps, du 17 juin 2019 au 19 juillet 2019 : En dernier recours et pour augmenter le nombre de personnes enquêtées, le questionnaire a été transformé en un GoogleForm (Annexe 6). Ce GoogleForm a été envoyé le 17 juin 2019 sous forme d'un lien cliquable par mail aux adresses électroniques récupérées sur ameli.fr et proposé comme lien direct par clic sur la page du groupe Facebook « Dentistes de France ». En parallèle, le 18 juin l'invitation à contacter l'enquêteur pour des entretiens en tête-à-tête a été relancée sur le même *medium*. Certains membres du groupe social m'ont permis d'intégrer le groupe social de confrères plus spécifique, « Dentistes libres ». Les 2 messages précédents ont été postés (Annexes 5 et 6) selon le même protocole : un message sollicitant un entretien posté le 24 juin 2019 puis un message le 1^{er} juillet 2019 sollicitant un entretien et proposant un lien cliquable vers le GoogleForm en cas d'impossibilité d'entretien. Pendant ce dernier temps, il y a donc eu un recrutement via les adresses d'ameli.fr, celles transmises par les premiers répondants et à travers des contacts sur le réseau social Facebook. Il y a eu soit un entretien (visu ou téléphonique) par personne enquêtée, soit un GoogleForm renseigné.

Figure 7 : Diagramme de flux



3.2.3. Les variables

Les variables choisies permettent de caractériser la population de chirurgiens-dentistes non conventionnés et, dans la mesure de l'information disponible, de la comparer aux autres chirurgiens-dentistes français. Les caractéristiques les plus fréquemment utilisées (notamment dans les travaux descriptifs de la Direction de la Recherche et des Statistiques des ministères chargés de la santé (DREES)) ont été recueillies dans le cadre de cette enquête. Ainsi, les données démographiques suivantes : âge, sexe, lieu d'exercice ont été reconstituées.

3.2.3.1. Les variables relatives au mode d'exercice

La spécialité. La pratique de l'odontologie est de plus en plus spécialisée (ONDPS, 2008), l'enquêteur a ainsi demandé aux chirurgiens-dentistes non conventionnés si ils avaient un exercice spécifique (oui/non), qui pouvait ou non être reconnu par le Conseil de l'Ordre et, en cas de réponse positive, de quelle orientation il s'agissait:

- Médecine Bucco-Dentaire ;
- Orthodontie Dento Faciale ;
- Chirurgie Orale ;
- Omni-pratique ;
- Endodontie ;
- Odontologie conservatrice ;
- Odontologie pédiatrique ;
- Parodontologie ;
- Prothèses ;
- Traitement des dysfonctions oro-faciales.

Formation continue. La formation continue étant une obligation depuis la création du développement professionnel continu (DPC) (Agence nationale du développement professionnel continu, 2019). Nous nous sommes demandés si les chirurgiens-dentistes déconventionnés suivaient des formations et avaient des diplômes en plus de celui de Docteur en chirurgie-dentaire. Dans le cas où la réponse était positive, les enquêtés devaient préciser le nom des formations et des diplômes réalisés ainsi que la date d'obtention.

Type de la structure. Les chirurgiens-dentistes exercent de plus en plus à plusieurs et délaissent l'exercice libéral individuel (ONDPS, 2008). Les enquêtés ont été interrogés sur le type de structure : le nombre de collaborateurs ou d'associés (oui/non + nombre) et le type

d'exercice du collaborateur ou de l'associé (conventionné ou non). Les enquêtés étaient aussi interrogés sur la présence ou non de personnels paramédicaux (oui/non + fonction + nombre).

3.2.3.2. Les variables relatives au choix et effets du déconventionnement sur la pratique du chirurgien-dentiste

Les praticiens étaient interrogés sur les motivations du choix d'un exercice hors convention et sur les conséquences sur leur pratique et leurs conditions de travail. Le questionnaire est disponible Annexe 3.

Les effets du changement de statut pour le praticien. Sous bien des aspects, le cabinet dentaire peut être considéré comme une entreprise où les coûts d'investissements sont lourds. Nous avons supposé que la liberté tarifaire permettait de faire (i) plus d'investissements, d'avoir un meilleur matériel et de produire des soins que le praticien considère comme de meilleure qualité, (ii) d'obtenir de meilleurs revenus et (iii) de simplifier les tâches administratives en court-circuitant la partie dédiée à la communication avec l'Assurance maladie.

Afin de valider ces hypothèses, les enquêtés devaient donner leur avis sur les items suivants (l'avis était quantifié sur une échelle allant de tout à fait d'accord, à pas du tout d'accord) :

- Le déconventionnement permet d'avoir un meilleur matériel (i) ;
- Le déconventionnement permet d'améliorer la qualité des soins (i) ;
- Le déconventionnement permet d'améliorer l'accueil du patient (i).

Concernant les items sur les revenus (ii), l'avis sur l'évolution du revenu transitoire était quantifié sur une échelle de 0 (pas de perte) à 6 (perte importante) et l'avis sur l'évolution du revenu à long terme (ii) était quantifié de 0 (perte de revenus) à 6 (hausse importante des revenus) :

- Le déconventionnement provoque une perte de revenu transitoire ;
- Le déconventionnement provoque une hausse de revenu à long terme.

Pour les démarches administratives (iii), l'avis était quantifié sur une échelle de 0 (grandes difficultés) à 6 (grandes facilités) :

- Le déconventionnement permet de diminuer la charge des démarches administratives.

Les praticiens non conventionnés ont aussi été interrogés sur certains facteurs liés au syndrome d'épuisement professionnel. En effet, de nombreux facteurs font que notre profession est affectée par ce problème de santé publique. « Selon l'Observatoire national de la santé des chirurgiens-dentistes (ONSCD), 48 % des praticiens sont concernés par l'épuisement professionnel » (Ousset, 2015). Nous avons supposé que la liberté tarifaire permettait (1) de diminuer le nombre d'heures de travail, (2) d'améliorer la qualité de vie au travail et (3) de modifier la relation avec les patients, d'augmenter la compliance des patients mais de rendre l'acceptation des devis plus difficile et d'augmenter le nombre de rendez-vous manqués. Afin de valider ces hypothèses, les enquêtés devaient donner leur avis sur les items suivants (l'avis était quantifié sur une échelle allant de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord) :

- Le déconventionnement permet de diminuer le nombre d'heures de travail (1), les enquêtés devaient préciser le nombre d'heures travaillées ;
- Le déconventionnement permet d'améliorer la qualité de vie au travail (2).

Pour les items suivants, concernant le point (3), l'avis était quantifié sur une échelle de 0 (grandes difficultés) à 6 (grandes facilités) :

- Impact du déconventionnement sur la relation avec les patients;
- Impact du déconventionnement sur l'absentéisme (rendez-vous manqués);
- Impact du déconventionnement sur la compliance des patients;
- Impact du déconventionnement sur l'acceptation des devis.

3.2.3.3. Les variables relatives à la patientèle

La prise en charge par la sécurité sociale des soins effectués par un chirurgien-dentiste non conventionné est faible. Dans un contexte de fort renoncement aux soins dentaires, notamment prothétiques (Célan et al, 2017), nous nous sommes demandés comment les chirurgiens-dentistes non conventionnés expliquaient la prise en charge financière des soins et leurs tarifs à leurs patients et comment cela était accepté. Les enquêtés devaient répondre aux items suivants :

- Si les patients soignés dans leurs cabinets dentaires non conventionnés sont effectivement couverts par l'Assurance maladie française (oui, en très grande majorité / Non, j'ai beaucoup de patients étrangers) ;
- Si une part de leur patientèle a quitté le cabinet lors du déconventionnement pour des raisons financières (prise en charge insuffisante ou tarifs des soins trop élevés).

3.2.3.4. *Les variables relatives au rapport aux confrères*

Les chirurgiens-dentistes non conventionnés représentent moins de 1 % des chirurgiens-dentistes de France. Les enquêtés étaient donc interrogés sur le type de relation qu'ils entretenaient avec leurs confrères et si leurs patients étaient adressés par des confrères. Les variables étudiées sont les suivantes :

- Sur une échelle de 0 (aggravation de l'isolement) à 6 (diminution de l'isolement), pensez-vous que le déconventionnement a impacté votre isolement professionnel ?
- Vos patients vous sont-ils adressés par des confrères ? (Oui/Non) Si oui, sont-ils conventionnés ? (Oui, en majorité/ Oui, parfois (entre 15 et 50 %)/ Oui, mais rarement (entre 5 et 15 %)/ Non (moins de 5 %)). Si oui, y a-t-il eu moins de patients adressés après le déconventionnement ? (Oui/Non)

3.2.4. *Analyse statistique*

Une analyse des entretiens a été réalisée, afin de les réduire aux mêmes variables que celles issues des questionnaires GoogleForm. Ensuite une analyse statistique univariée des indicateurs choisis, toutes sources de recrutement et de recueil confondues, a été menée. Cette analyse a été enrichie à l'aide des commentaires obtenus lors des entretiens oraux et téléphoniques.

3.3. Résultats

Les caractéristiques démographiques de l'échantillon seront d'abord décrites, puis leurs formations et leurs spécialités seront étudiées. Ensuite, l'organisation de leur cabinet sera précisée. Les caractéristiques de leur patientèle seront étudiées et enfin les motivations pour le déconventionnement des chirurgiens-dentistes seront examinées. Les effectifs étaient trop faibles pour étudier les éventuels biais de réponse selon les modes de recrutement et de recueil.

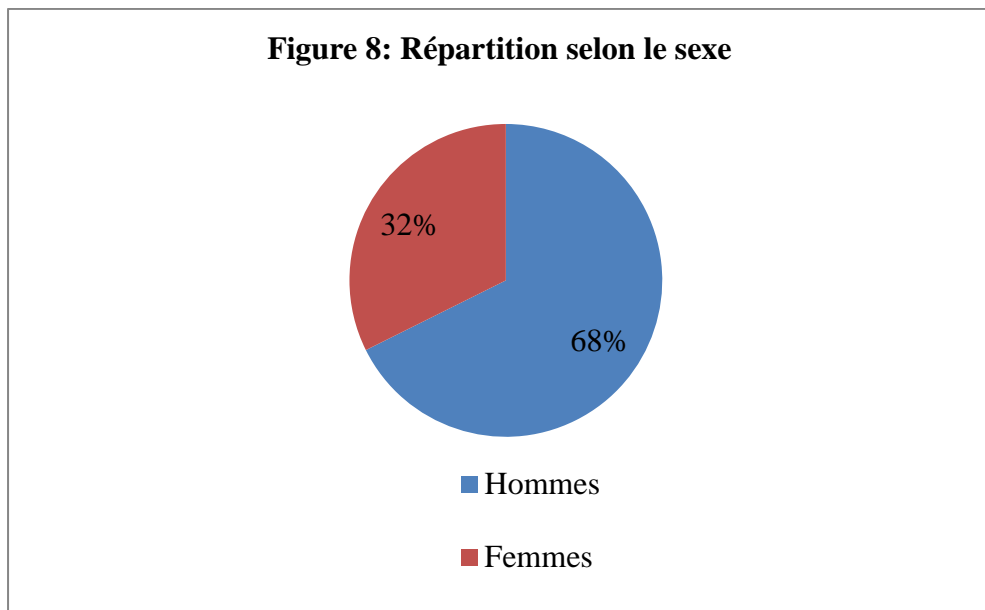
3.3.1. Résultats du recrutement de l'enquête

Sur les 111 chirurgiens-dentistes non conventionnés répertoriés sur l'annuaire santé du site ameli.fr, 103 ont été contactés par téléphone. En effet, la liste comportait des erreurs, certains numéros n'étaient plus attribués ou les chirurgiens-dentistes étaient finalement conventionnés. Sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes contactés, 19 entretiens en tête à tête et 6 entretiens téléphoniques ont été obtenus. Le lien GoogleForm a été transféré à 6 personnes qui n'avaient accepté d'être sollicitées que par messagerie électronique. Les réseaux sociaux ont permis d'obtenir 3 réponses supplémentaires et donc, en totalité 9 GoogleForm ont été obtenus en plus des entretiens.

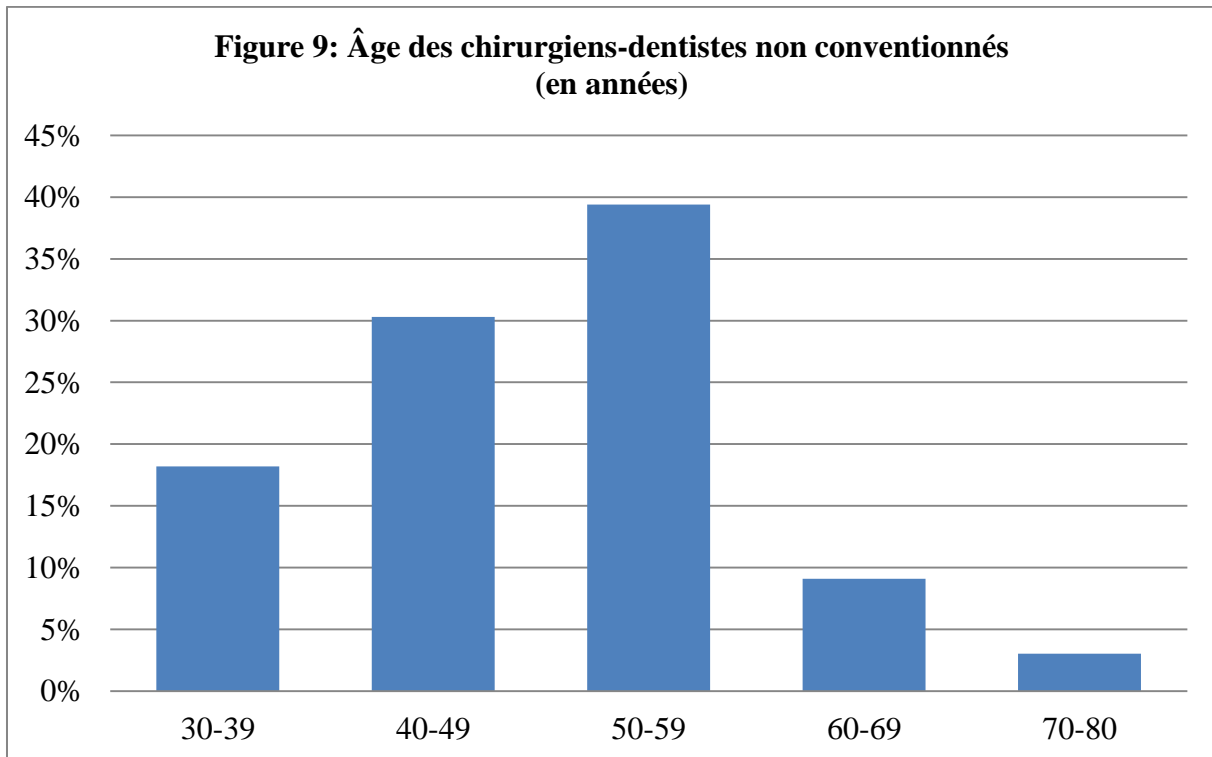
Le fort nombre de non-répondants engendre un biais à cette étude (biais de sélection). Les différents protocoles de recueil utilisés créent aussi des biais de mesure. Ce qui renforce le caractère exploratoire de ce travail.

3.3.2. Variables démographiques

L'âge et le sexe de l'échantillon ont été étudiés.



Le diagramme en secteurs montre que parmi les chirurgiens-dentistes interrogés, plus des deux tiers sont des hommes (Figure 8).

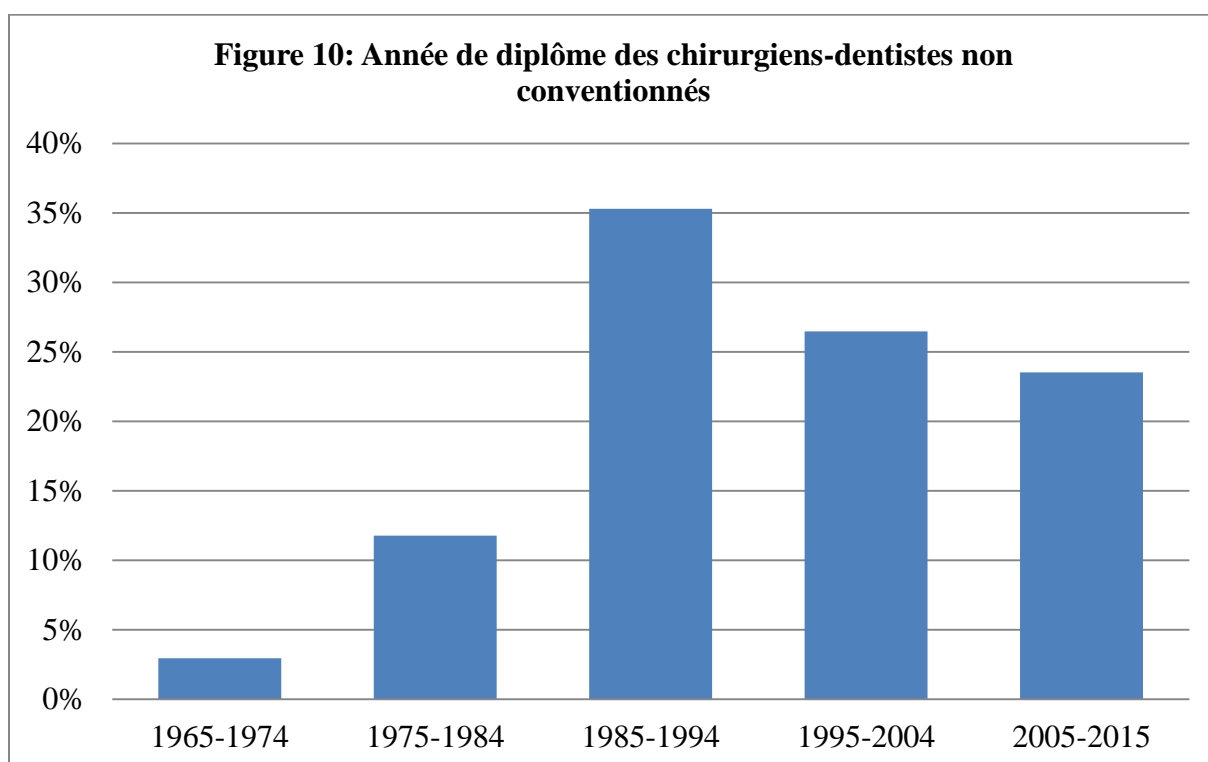


Près de 40 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés interrogés ont entre 50 et 59 ans. La moyenne d'âge est de 49,5 ans. Un seul répondant a refusé de donner son âge (Figure 9).

Les hommes ont en moyenne 53 ans. Les femmes ont en moyenne 42,6 ans. Les femmes concernées sont en moyenne plus jeunes que les hommes, d'une dizaine d'années.

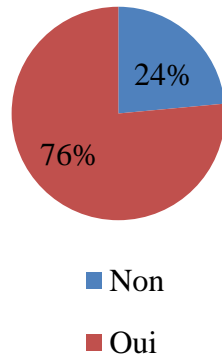
L'ensemble des chirurgiens-dentistes interrogés exercent en Île-de-France mais 3 réponses de praticiens exerçant hors de cette région (issus du recrutement via Facebook) ont été obtenues.

3.3.3. La formation des chirurgiens-dentistes non conventionnés



Plus du tiers de la population d'étude a été diplômée entre 1985 et 1994 (Figure 10). En moyenne, le diplôme a été obtenu en 1995. En moyenne, les études en odontologie durent 6 ans. Les chirurgiens-dentistes de l'échantillon étaient donc diplômés à l'âge moyen de 24 ans.

Figure 11: Autres diplômes des chirurgiens-dentistes non conventionnés

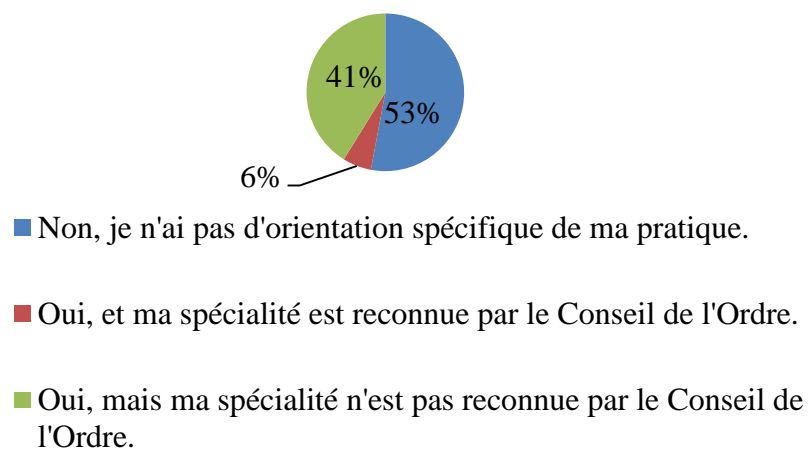


Plus des $\frac{3}{4}$ des chirurgiens-dentistes répondant ont des diplômes de formation continue en odontologie (Figure 11). La majorité de ces diplômes est universitaire (par exemple masters, certificats d'études supérieures ou des diplômes universitaires à l'étranger ou en France). La majorité des chirurgiens-dentistes de l'échantillon déclare suivre des formations privées régulièrement que ce soit à l'étranger ou en France.

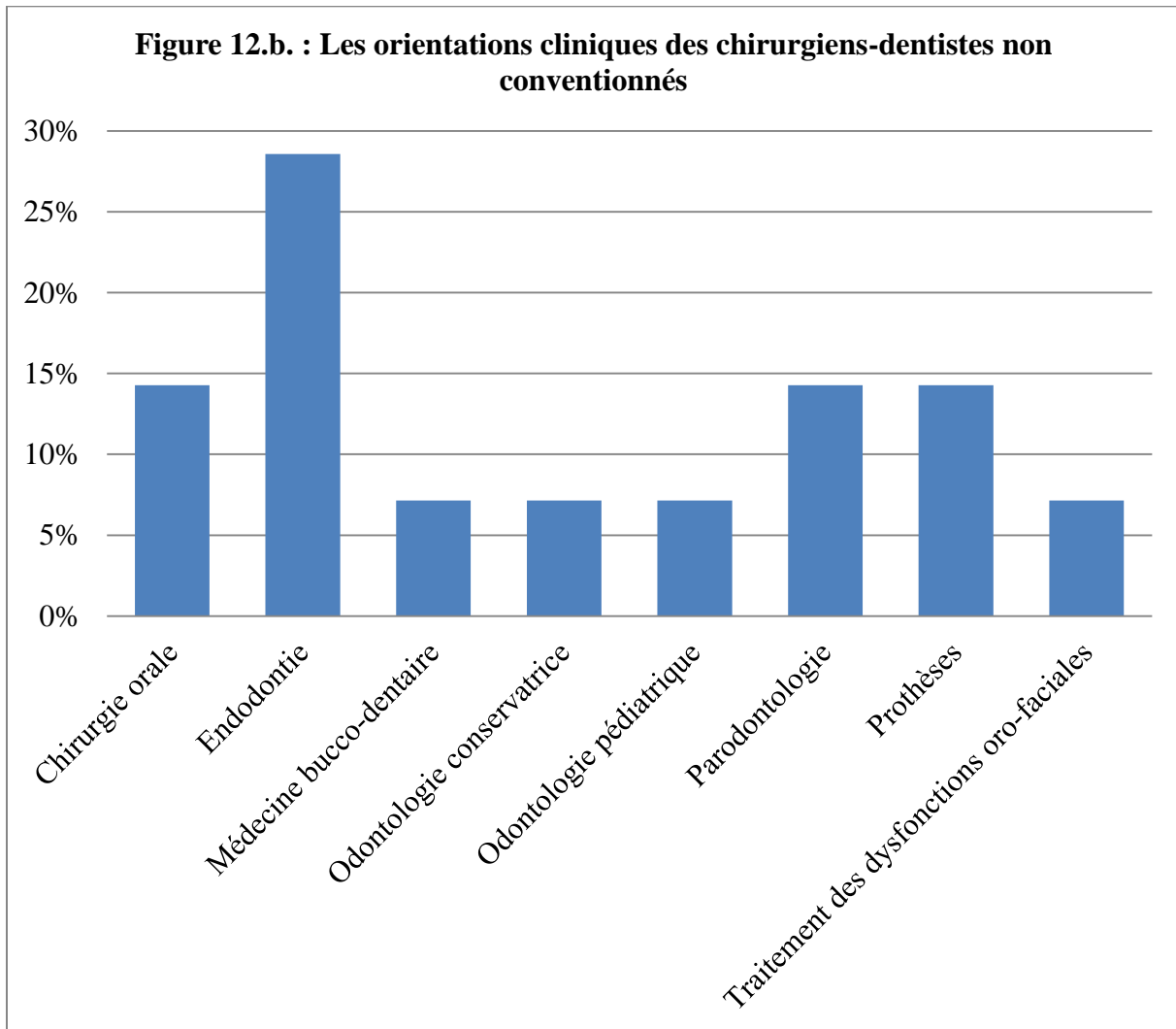
3.3.4. Les spécialités exercées

Certaines spécialités sont reconnues par le Conseil de l'Ordre. Lorsqu'elles ne le sont pas, il s'agit d'une « orientation spécifique ».

Figure 12.a. : Les spécialités des chirurgiens-dentistes non-conventionnés



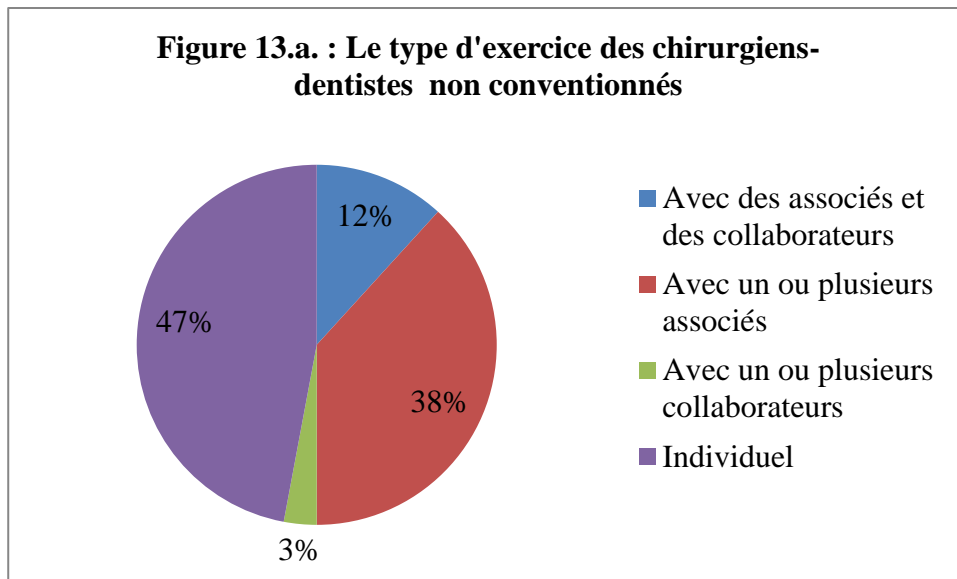
La moitié de l'échantillon ne déclare pas exercer de spécialité (Figure 12.a.). Seulement 2 des répondants déclarent exercer une spécialité reconnue par le Conseil de l'Ordre. Il s'agit pour l'un de la spécialité médecine bucco-dentaire et pour l'autre de la spécialité chirurgie orale.



En majorité, les chirurgiens-dentistes non conventionnés qui déclarent une spécialité non reconnue par le Conseil de l'Ordre pratiquent exclusivement des soins d'endodontie (Figure 12.b.).

3.3.5. Structure du lieu d'exercice

Dans la structure du lieu d'exercice, il est inclus : le nombre de chirurgiens-dentistes, d'assistantes et de secrétaires au sein du cabinet et le type de pratique des chirurgiens-dentistes travaillant dans le cabinet.



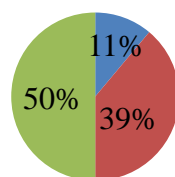
Dans l'échantillon, les chirurgiens-dentistes non conventionnés exercent en majorité en exercice individuel (Figure 13.a.).

Tableau 2 : Nombre d'associés et de collaborateurs des chirurgiens-dentistes non conventionnés

	Pas d'associé	1 ou 2 associés	3 associés et plus	Total
Pas de collaborateur	16	10	4	30
1 collaborateur	0	0	2	2
2 collaborateurs	1	0	1	2
Total	17	10	7	34

Certains chirurgiens-dentistes non conventionnés travaillent en tant que collaborateur d'un confrère propriétaire du cabinet. En général, en cas d'association, ils ont 1 ou 2 associés (Tableau 2).

Figure 13.b. : Type d'exercice des associés et des collaborateurs



- Certains sont conventionnés, d'autres non
- Praticien(s) conventionné(s)
- Praticien(s) déconventionné(s)

Selon la forme juridique de la structure du cabinet, les associés et collaborateurs peuvent avoir un exercice différent (conventionné ou non) (Figure 13.b.).

Figure 14 : Présence d'assistantes, secrétaires ou assistantes-secrétaires au sein du cabinet non conventionné

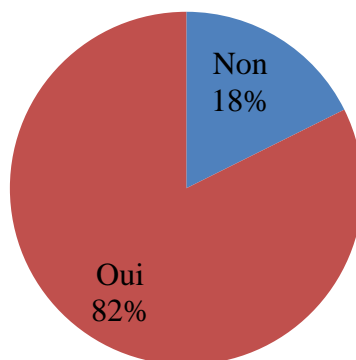
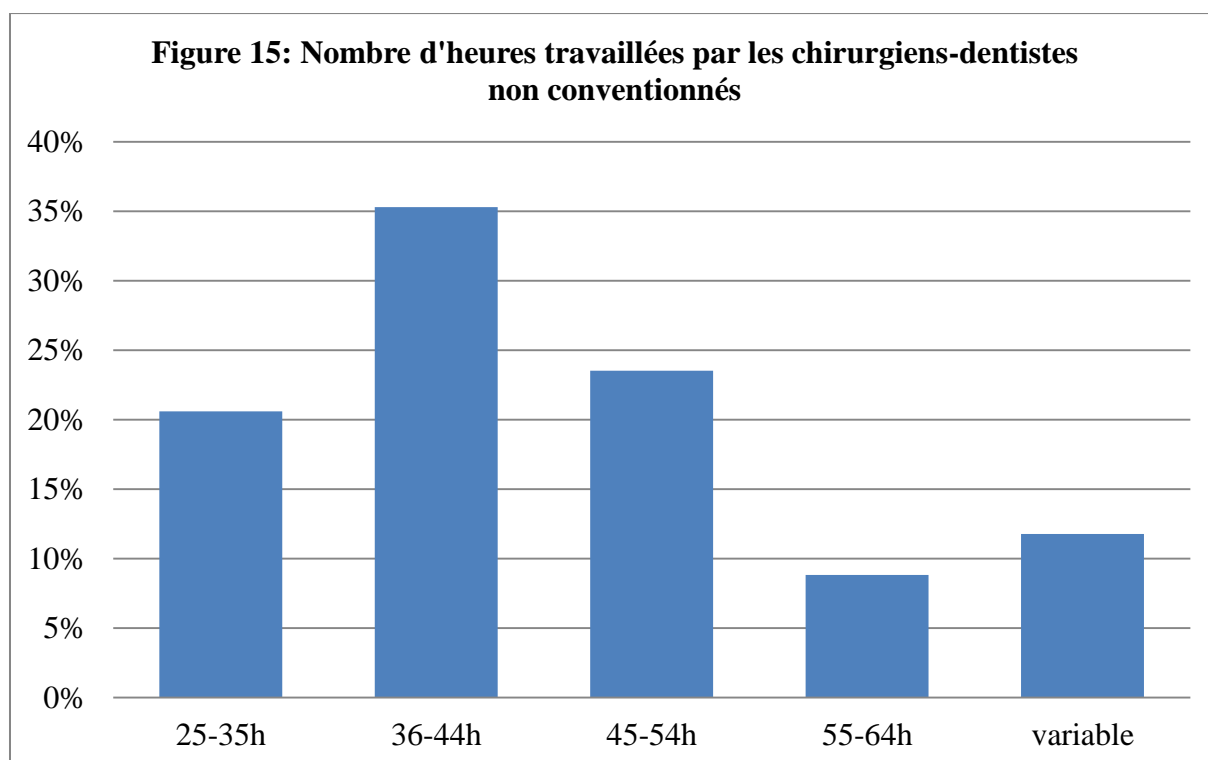


Tableau 3 : Nombre d'assistantes, de secrétaires et d'assistantes-secrétaires des cabinets dentaires non conventionnés

pas d'assistante	1 assistante	2 assistantes ou plus	au moins une secrétaire
6	15	13	11

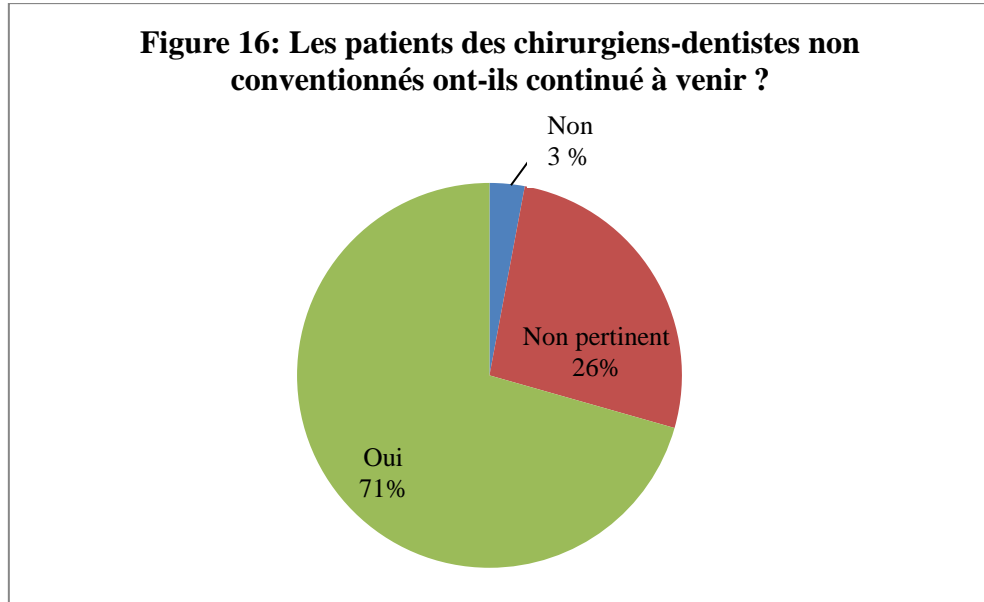
En grande majorité, les chirurgiens-dentistes de l'échantillon ont des assistantes, des secrétaires ou des assistantes-secrétaires (Figure 14). Dans l'échantillon, plus de 40 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés ont une assistante. Onze chirurgiens-dentistes déconventionnés (plus de 30 %) ont au moins une personne chargée de s'occuper du secrétariat (Tableau 3).



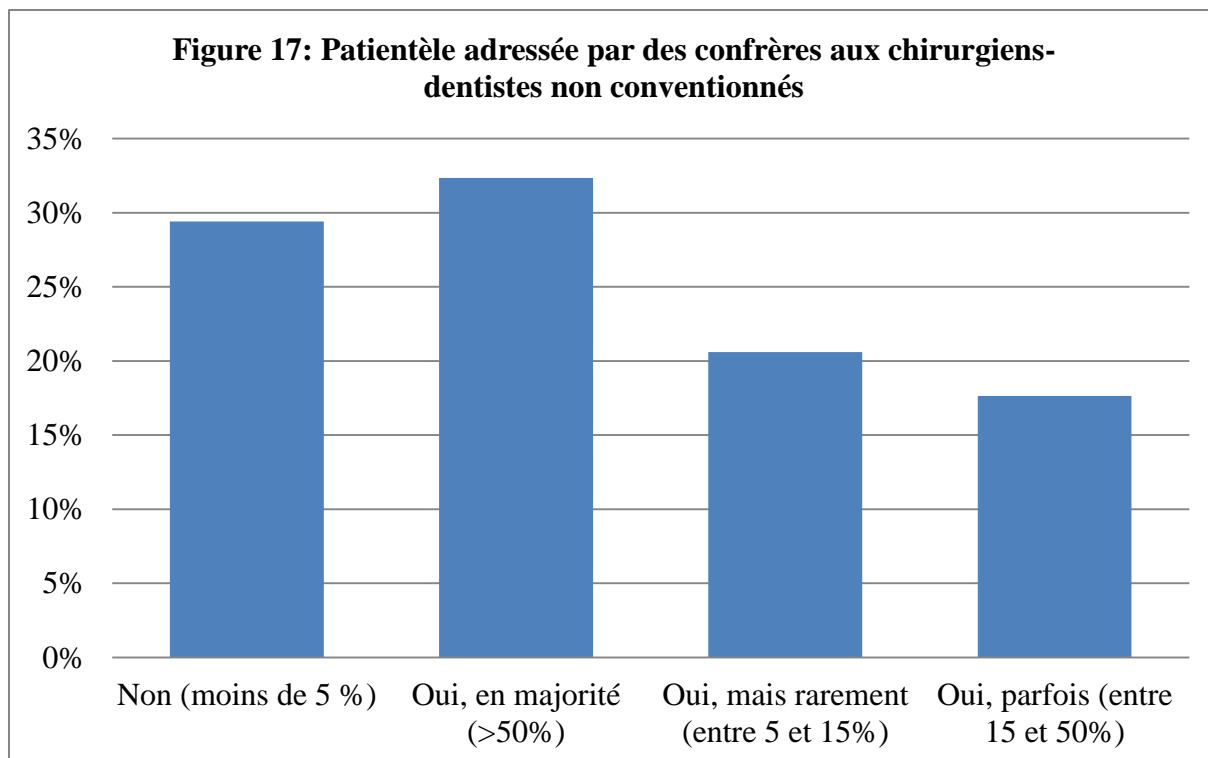
Plus du tiers des chirurgiens-dentistes non conventionnés travaillent entre 35 et 44 heures (Figure 15).

3.3.6. La patientèle et la prise en charge financière

La pratique non conventionnée du praticien semble influencer sur la prise en charge financière des soins pour le patient.



En majorité (71 %), les chirurgiens-dentistes de l' échantillon déclarent que leurs patients ont continué à venir malgré le changement de leur statut vis-à-vis de la convention. Ils estiment en moyenne à 78 % la part de leur patientèle qui a continué à les consulter. Plus du quart des chirurgiens-dentistes interrogés ne pouvaient pas répondre à cette question, (i) soit ils n'avaient jamais exercé dans la convention, (ii) soit il y a un renouvellement constant de la patientèle dû à leur spécialité. Dans ce cas, les patients ne viennent que pour quelques rendez-vous ponctuels (Figure 16).



Il y a quasiment autant de dentistes non conventionnés (près d'un tiers) qui répondent que leurs patients sont en majorité (plus de 50 %) adressés par des confrères ou qui déclarent que leurs patients ne sont pas adressés (moins de 5 %). Les confrères qui adressent leurs patients aux chirurgiens-dentistes non conventionnés sont en très grande majorité conventionnés, ce qui peut s'expliquer par le faible nombre de chirurgiens-dentistes non conventionnés. La majorité des confrères ont continué d'adresser leurs patients aux chirurgiens-dentistes non conventionnés malgré le changement de statut (Figure 17).

Selon plus de 85 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés, peu de patients renoncent à un second rendez-vous en raison des tarifs présentés à la première consultation. Seulement 15 % des chirurgiens-dentistes interrogés rapportent qu'une part importante de patients renonce à un second rendez-vous (part estimée en moyenne à 39 % de leur patientèle).

Comment informer que la prise en charge financière ne soit pas celle « usuelle », faut-il l'expliquer aux patients ? Chez une majorité de 13 participants, le devoir d'information est délégué au personnel non médical. Par exemple, la secrétaire informe le patient lorsqu'il prend rendez-vous par téléphone. Elle peut aussi préciser le tarif de la première consultation (c'est le cas chez 6 chirurgiens-dentistes interrogés). Trois chirurgiens-dentistes utilisent Doctolib pour informer les patients, au moment de la prise de rendez-vous un message apparaît et précise que le professionnel de santé a une activité non conventionnée. Neuf chirurgiens-dentistes ont déclaré que leurs patients sont déjà au courant de leur statut par rapport à la convention lorsqu'ils prennent rendez-vous, soit parce que les patients sont suivis depuis plus longtemps que le déconventionnement et que l'information a eu lieu à ce moment-là (c'est le cas pour 3 chirurgiens-dentistes), soit parce que les confrères qui adressent les patients se chargent de transmettre cette information (c'est le cas pour 3 chirurgiens-dentistes). De plus le patient est aussi informé par écrit, 8 chirurgiens-dentistes informent les patients sur le devis, 3 chirurgiens-dentistes donnent une feuille explicative aux patients, 3 autres ont installé une affiche explicative dans la salle d'attente et un chirurgien-dentiste a consigné l'information sur le questionnaire médical remis au patient en salle d'attente lors de la première consultation. En ce qui concerne la prise en charge financière, seulement 8 chirurgiens-dentistes précisent aux patients qu'ils n'auront pas de remboursements ou très peu. L'un des chirurgiens-dentistes interrogés a précisé : *« Les praticiens n'ont pas signé de convention avec l'Assurance maladie (la Sécurité sociale). Ils sont donc autorisés à fixer librement le montant de leurs honoraires et les remboursements de l'Assurance maladie seront d'un montant très inférieur à celui des honoraires. Étant donné que les praticiens ne sont pas conventionnés, leur responsabilité ne saurait en aucune façon être engagée pour ce qui est des modalités de remboursement de soins par l'assurance maladie, par les mutuelles ou par les assurances complémentaires. »*

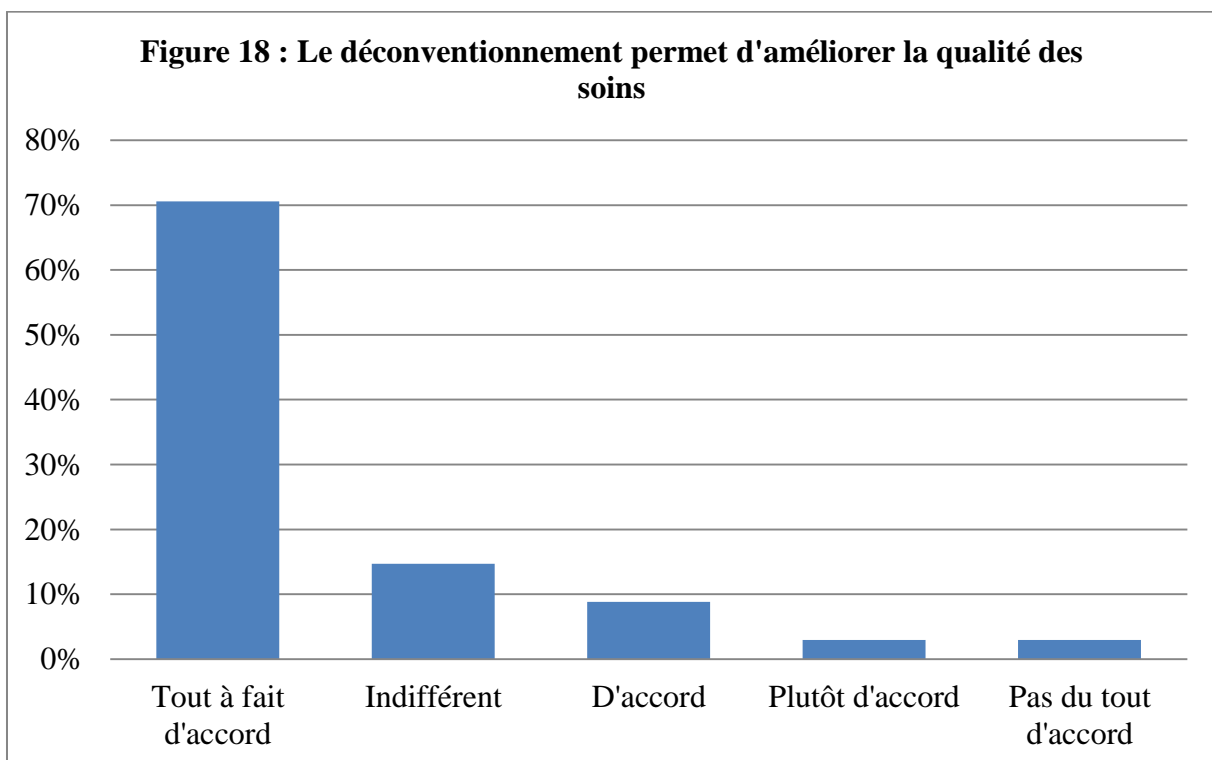
Comment informer que le praticien exerce hors convention, faut-il l'expliquer aux patients ? Les chirurgiens-dentistes non conventionnés expliquent de différentes manières à leurs patients qu'ils sont déconventionnés. Selon trois des enquêtés, les motivations de leur déconventionnement n'ont pas à être expliquées aux patients. Lorsque les dentistes expliquent aux patients leur choix de pratique non conventionnée, dix d'entre eux font référence à la qualité des soins, neuf évoquent le temps nécessaire à la réalisation des soins, cinq expliquent aux patients les charges élevées du cabinet et cinq précisent qu'ils utilisent des matériaux de qualité ou travaillent avec des laboratoires français. Trois chirurgiens-dentistes ont une

philosophie différente qu'ils expliquent au patient. Pour eux, chaque patient doit pouvoir avoir une prise en charge globale et personnalisée ce qui n'est pas possible lors d'une pratique conventionnée. En effet, d'après eux, une consultation dans leur cabinet dure en moyenne une heure. Huit des chirurgiens-dentistes non conventionnés parlent d'une inadéquation des tarifs de la sécurité sociale avec leur pratique et la qualité des soins qu'ils délivrent. Le matériel, les matériaux utilisés, le temps de prise en charge du patient et le temps de la réalisation du soin dans leur cabinet nécessiteraient un tarif supérieur à celui imposé par la sécurité sociale.

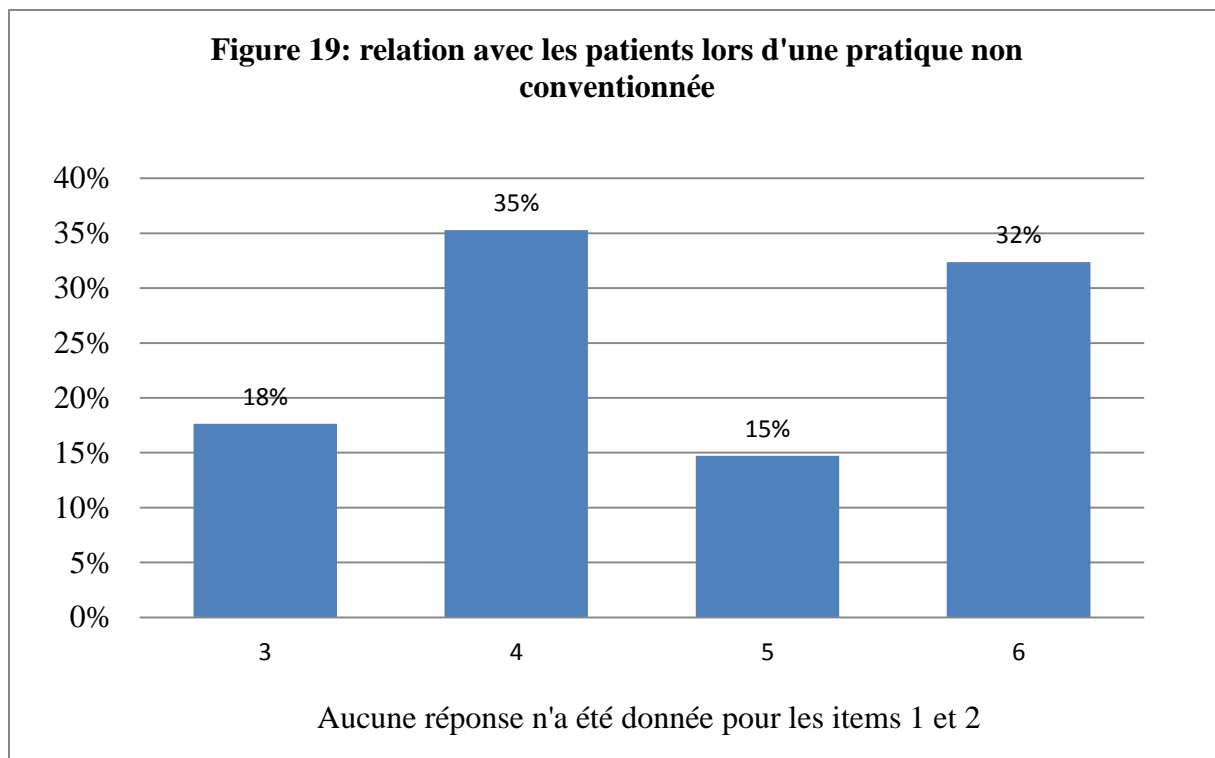
3.3.7. Les motivations pour un exercice déconventionné

3.3.7.1. Une amélioration de la qualité des soins pour le patient

Les chirurgiens-dentistes interrogés évoquent souvent la qualité des soins comme motivation à l'exercice déconventionné.



Ainsi, pour plus de 77 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés de l'échantillon, le déconventionnement permet d'améliorer la qualité des soins (Figure 18). Parmi ceux-ci plus de 74 % déclarent que le déconventionnement permet d'avoir un meilleur matériel et plus de 85 % déclarent que le déconventionnement permet d'améliorer l'accueil du patient.

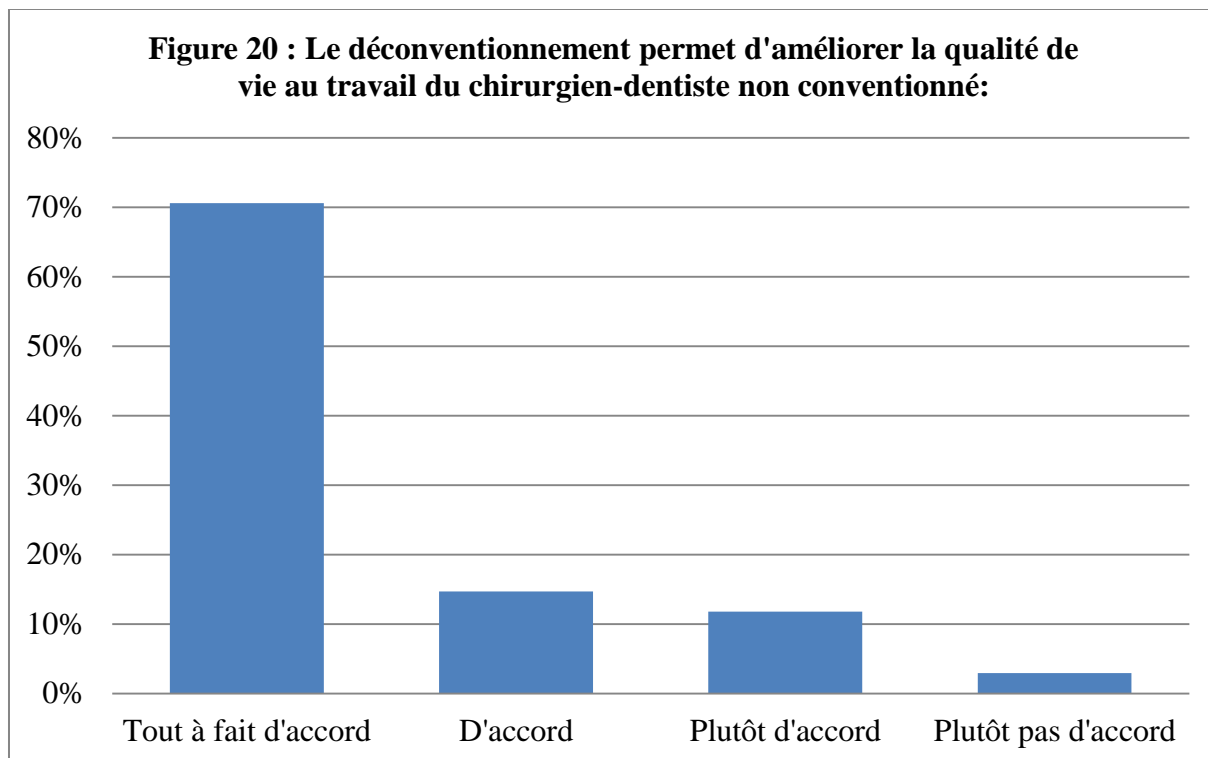


Sur une échelle de 0 (grandes difficultés) à 6 (grandes facilités), plus de 82 % des chirurgiens-dentistes de l'échantillon déclarent que le déconventionnement a amélioré leurs relations avec leurs patients (Figure 19).

Ainsi plus de 79 % des chirurgiens-dentistes déconventionnés de l'échantillon pensent que la compliance des patients est améliorée lors d'une pratique non conventionnée. Cependant, la moitié affirme que l'absentéisme (rendez-vous manqué) n'a pas changé.

3.3.7.2. Une amélioration des conditions de travail du chirurgien-dentiste

La majorité des chirurgiens-dentistes interrogés se déclare satisfaits du choix d'une pratique non conventionnée.



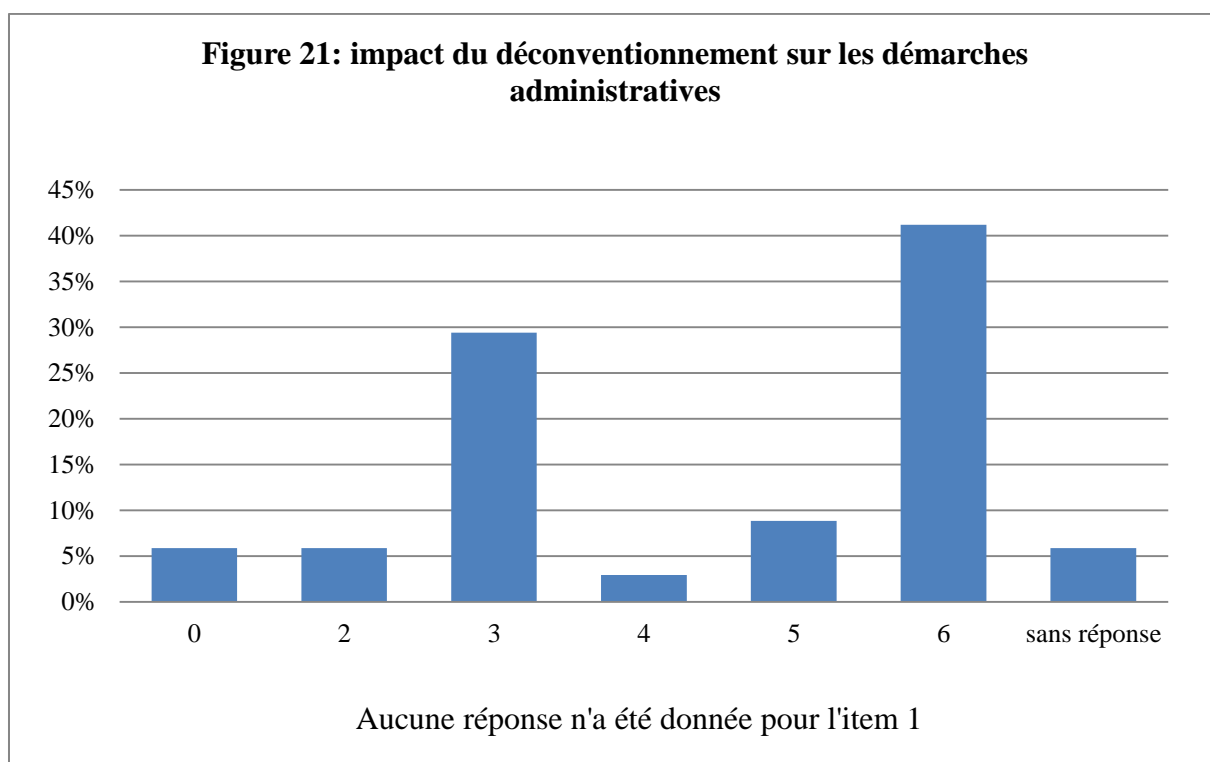
Pour 97 % des enquêtés, le déconventionnement permet d'améliorer leur qualité de vie au travail (Figure 20). Cependant, pour eux, le déconventionnement ne modifie pas le nombre d'heures travaillées.

Concernant leurs revenus, sur une échelle de 0 (pas de perte transitoire de revenus) à 6 (perte transitoire de revenus importante), plus de 60 % des chirurgiens-dentistes de l'échantillon déclarent que le déconventionnement n'a pas engendré de perte transitoire de revenus.

Sur une échelle de 0 (perte de revenus à long terme) à 6 (augmentation de revenus à long terme), un peu moins de la moitié des chirurgiens-dentistes interrogés déclarent que le déconventionnement n'a pas modifié leurs revenus à long terme.

Sur une échelle de 0 (aggravation de l'isolement) à 6 (amélioration de l'isolement), plus de 60 % des chirurgiens-dentistes de l'échantillon déclarent que le déconventionnement n'a pas modifié leurs relations confraternelles.

3.3.7.3. Des démarches administratives facilitées



Plus de 50 % des chirurgiens-dentistes de l'échantillon déclarent que le déconventionnement a facilité leurs démarches administratives (Figure 21).

La moitié des chirurgiens-dentistes interrogés déclare que les devis sont acceptés plus facilement par les patients.

3.4. Discussion

L'objectif de l'étude était de dresser un portrait-type du chirurgien-dentiste non conventionné en Île-de-France. Pour cela, 19 entretiens en tête-à-tête et 6 entretiens téléphoniques ont été réalisés. Six chirurgiens-dentistes ont répondu par mail via un GoogleForm et trois autres ont répondu via un GoogleForm posté sur les réseaux sociaux (Facebook). Il a été constaté qu'il n'y avait pas de portrait-type du chirurgien-dentiste non conventionné, même s'il y avait plus d'hommes âgés de 55 à 59 ans omnipraticiens dans l'échantillon. De plus, la majorité des chirurgiens-dentistes non conventionnés déclarent que le déconventionnement permet d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie du praticien au travail. Ils ne déclarent pas d'évolution du revenu, transitoire ou à long terme, dûe au déconventionnement. Selon les praticiens interrogés, les patients ont continué à venir se faire soigner au sein du cabinet après le déconventionnement.

3.4.1. Critiques

Les résultats de l'enquête doivent être interprétés avec précaution. L'enquête cible uniquement les chirurgiens-dentistes non conventionnés d'Île-de-France et les résultats n'ont pas été obtenus de la même manière (mail, entretien en tête-à-tête, entretien par téléphone, réseau social). Enfin, seul un nombre restreint de réponses a été obtenu. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'établir un portrait type avéré du chirurgien-dentiste non conventionné.

La multiplicité des sources nous a amené à considérer ce travail comme une étude exploratoire, préliminaire à d'éventuels autres travaux, dont l'objectif est de proposer un portrait général des chirurgiens-dentistes pratiquant en dehors de la convention en Île-de-France, mais nullement de caractériser cette population ou d'en tirer des résultats inspirant des politiques publiques.

Cette enquête comporte plusieurs biais dont un lié au recrutement des différents individus de l'échantillon et au mode de recueil multiple. Il y a un biais de sélection, l'échantillon n'est probablement pas représentatif car il y a un fort nombre de non-répondants. Il y a aussi un biais de mesure. Celui-ci peut-être lié à la subjectivité de l'enquêteur. En effet lors des entretiens en tête-à-tête ou des entretiens téléphoniques, l'enquêteur a pu inconsciemment suggérer des réponses ou interpréter de façon différente les réponses données. Cependant, l'enquêteur durant l'étude a toujours été la même personne. Nous pouvons supposer que son interprétation a été similaire. De plus, l'enquêteur a suivi le questionnaire pré-établi. Quant

aux réponses obtenues via le GoogleForm, il n'est pas possible de savoir dans quelles conditions, les chirurgiens-dentistes y ont répondu (moment de la journée, lieu d'exercice, domicile, sur ordinateur ou sur smartphone). Ainsi, le biais de mesure est aussi dû aux différents protocoles de recueil de données.

3.4.2. Portée des résultats

Il n'y a pas d'étude antérieure sur le déconventionnement des chirurgiens-dentistes. En revanche, une thèse aborde le sujet du déconventionnement des médecins généralistes en France (Blainville, 2016). Dans le cadre de sa thèse d'exercice de médecine l'auteur Blainville a réalisé une étude sur les médecins généralistes non conventionnés de la Seine-Maritime et de l'Eure en organisant des entretiens semi-directifs. Suite à l'arrêté approuvant la nouvelle convention de 2018, certains chirurgiens-dentistes ont exprimé des menaces concernant un éventuel déconventionnement. La presse s'est donc intéressée à cette pratique. Par conséquent, on trouve aussi des interviews des chirurgiens-dentistes non conventionnés dans la presse. « 2019 dira si la réforme est susceptible de réussir, avec des frais moins élevés pour les patients, ou de chasser une partie des dentistes hors du système public » (Mazevet et al, 2018). Selon les personnes interrogées dans le cadre de cette enquête, le déconventionnement permet d'améliorer la qualité des soins ainsi que la relation soignant-patient. Le déconventionnement permet d'améliorer la qualité de vie au travail du chirurgien-dentiste et facilite les démarches administratives. Dans cette enquête, il a été constaté que le chirurgien-dentiste non conventionné est le plus souvent un homme âgé de 49,5 ans ayant un exercice omnipratique individuel aidé par une assistante.

3.4.3. Comparaisons des résultats

Les suivantes comparaisons permettent de mettre en rapport les caractéristiques des chirurgiens-dentistes français et de la population d'étude. Les précautions d'interprétations de nos résultats s'appliquent.

Selon l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), il y a 46 % de femmes chirurgiens-dentistes en France métropolitaine contre 32 % de femmes chirurgiens-dentistes non conventionnées en Île-de-France. Ainsi le taux de femmes est moins important chez les praticiens déconventionnés. La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes non conventionnés est plus élevée par rapport à celle nationale (49,5 vs. 47,1 ans). Ceci peut s'expliquer par la nécessité d'avoir de l'expérience, une patientèle déjà fidélisée pour se déconventionner. Il y a autant de chirurgiens-dentistes qui exercent une spécialité reconnue par le Conseil de l'Ordre

au niveau national que chez les non conventionnés en Île-de-France (6 %). En revanche, 41 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés interrogés déclarent exercer une spécialité non reconnue par le Conseil de l'Ordre. En effet, lors des entretiens en tête-à-tête, ces enquêtés ont déclaré que leur exercice spécialisé n'était pas compatible avec un exercice conventionné. D'après eux, les tarifs des soins réglementés par la sécurité sociale ne permettent pas de faire les investissements nécessaires à l'exercice de leur spécialité, d'assurer la pérennité financière de leur cabinet et de consacrer suffisamment de temps pour la réalisation de certains soins liés à cette spécialité (par exemple, la réalisation d'un traitement endodontique). Enfin, certains enquêtés avec une spécialité non reconnue par le Conseil de l'Ordre (par exemple, implantologie), ont déclaré que les soins qu'ils procurent ne sont pas ou très peu remboursés par la sécurité sociale (ces actes ne figureraient pas dans la nomenclature des actes médicaux de la sécurité sociale). Par conséquent, le fait d'être conventionné ou non ne modifie pas ou très peu le reste à charge du patient.

Selon l'ONCD, 10 % des chirurgiens-dentistes valident leur développement professionnel continu (DPC). Or, 75 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés ont un diplôme en plus de leur doctorat en chirurgie dentaire et font des formations régulièrement. Mais il est à noter qu'ils ne font pas annuellement des formations et que ces formations ne font pas forcément parties du DPC. Il est donc difficile de comparer ces deux pourcentages.

En 2015, en France, plus de 50 % des chirurgiens-dentistes exerçaient en groupe dans le secteur des soins de villes (Mokhtar, 2017). La proportion des chirurgiens-dentistes déconventionnés exerçant en groupe est similaire. La question de la forme juridique du cabinet n'a pas été posée aux chirurgiens-dentistes non conventionnés.

On compte « quelques 37 000 aides, assistantes, secrétaires-réceptionnistes » parmi lesquelles « 18 500 sont des assistantes formées ou en formation » (Duhamel, 2010). Ainsi 46 % des chirurgiens-dentistes ont au moins une assistante dentaire qualifiée ou en formation. Les chirurgiens-dentistes de cette étude sont beaucoup plus nombreux à déclarer une assistante au cabinet. Cela peut être en rapport avec les améliorations de l'accueil du patient, la qualité des soins et de la qualité de vie au travail du praticien déclarés par les enquêtés.

En 2014, plus de 17 % de la population française renonçaient à des soins pour des raisons financières (données IRDES, ESPS 2014). D'après nos résultats, plus de 70 % des patients auraient continué à venir se faire soigner chez leur dentiste malgré son déconventionnement et le peu de remboursement des soins réalisés chez le déconventionné. La région Île-de-France

est celle où le salaire moyen que ce soit pour les cadres ou les ouvriers ou les employés est le plus important (Journal du net (JDN), 2020) ceci peut expliquer que les patients n'aient pas changé de praticien malgré un reste à charge plus important.

La relation avec les patients a évolué : « les attentes et exigences irréalistes du patient, (...) les incivilités (rendez-vous manqués, non paiements des soins) et l'agressivité des patients, (...) problèmes d'acceptation du plan de traitement (respect des recommandations d'hygiène bucco-dentaire) » (Ousset, 2015). Or, les chirurgiens-dentistes enquêtés déclarent que le déconventionnement a amélioré les relations avec leurs patients ainsi que leur compliance. En revanche l'acceptation des devis et l'absentéisme (rendez-vous manqués) n'ont pas changé.

Selon l'OMS, le métier de chirurgien-dentiste est le second métier le plus stressant après celui des policiers. Cela peut-être dû à une surcharge de travail (nombre de patients par jour), à des contraintes financières (revenus, charges du cabinet) mais aussi à la réalisation des soins qui nécessite technicité, « travail minutieux et concentration permanente » (Ousset, 2015).

Les chirurgiens-dentistes non conventionnés interrogés n'estiment pas que leurs heures de travail aient diminué. Ils déclarent cependant qu'ils prennent en charge moins de patients par jour et donc ont des rendez-vous plus longs (agenda avant/après déconventionnement à l'appui pour 9 enquêtés). Leurs revenus n'auraient pas changé non plus. En revanche, les enquêtés estiment que la qualité des soins réalisés, le matériel utilisé ainsi que l'accueil du patient sont meilleurs. En effet, l'augmentation de la durée de la consultation permettrait de réaliser des soins plus minutieux.

Offrir des soins de meilleure qualité et prendre plus de temps pour les patients sont d'ailleurs les motivations principales au déconventionnement. La lourdeur de l'administration et les tarifs incompatibles de la sécurité sociale sont d'autres motivations, « la rigidité de la nomenclature de la sécurité sociale » et « le poids des tâches de gestion » (Rigal et al, 2007) sont en effet décriés par la profession. Le déconventionnement faciliterait les tâches administratives.

De façon générale, les chirurgiens-dentistes non conventionnés pensent que le déconventionnement a amélioré leur qualité de vie au travail.

3.4.4. Prospectives

Quelques ouvertures font suite à cette recherche. Il serait intéressant de faire une étude plus systématique sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes non conventionnés en France, mais

aussi de voir l'évolution des pratiques non conventionnées (nombre de chirurgiens-dentistes déconventionnés, spécialités, âge, sexe, type de patientèle, ect).

4. Conclusion

Cette étude permet d'avoir une meilleure connaissance des chirurgiens-dentistes non conventionnés en Île-de-France. Les chirurgiens-dentistes non conventionnés sont peu nombreux et ont des profils variés. La plupart d'entre eux a eu un exercice conventionné avant de choisir de sortir de la convention. Les raisons de ce choix sont multiples, mais le motif de l'insuffisance du tarif des soins imposé par l'Assurance maladie est souvent cité (pour 56 % de la population d'étude). Parmi ces praticiens, huit ont déclaré que le tarif conventionnel est incompatible avec la réalisation de soins de qualité. Cependant, peu de chirurgiens-dentistes non conventionnés déclarent avoir fait ce choix pour obtenir une meilleure rémunération. Enfin, la majorité des chirurgiens-dentistes éprouve une satisfaction à exercer l'art dentaire hors convention et estime que leur qualité de vie au travail en a été améliorée. Cette satisfaction pourrait être liée à une diminution des démarches administratives. La liberté d'exercer l'art dentaire en toute indépendance et notamment sans régulation tarifaire, mais en respectant les règles éthiques et déontologiques de la profession, sous couvert du Conseil de l'Ordre est l'une des motivations et l'une des conséquences du déconventionnement.

5. Bibliographie

Aballea P, Bartoli F, Eslous L, Yeni I. Les dépassements d'honoraires médicaux. Inspection générale des affaires sociales [Internet]. Cfef. 2007 [consulté le 25 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/IGAS-depassements.pdf>

Agence nationale du développement professionnel continu. Le DPC en pratique [Internet]. agencedpc.fr. 2019. [consulté le 27 octobre 2019]. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>

Agir pour la santé dentaire (ASD). La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique [Internet]. Agirsd. 2018. [consulté le 15 mars 2019]. Disponible sur: <http://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/04/180402-La-sant%C3%A9-bucco-dentaire-un-enjeu-de-sant%C3%A9-publique.pdf>

Albouy V et Déprez Muriel. Mode de rémunération des médecins. La Documentation française. Économie et prévision. 2009;2(188):131-9.

Allonier C, Guillaume S et Rochereau T. Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats. Questions d'économie de la santé. 2006;(110):2-7.

Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006 [Internet]. irdes. 2008 [consulté le 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>

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 25 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037335538&categorieLien=id>

Arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie [Internet].[consulté le 18 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000427320>

Askenazy P, Dormont B, Geoffard P-Y et Paris V. Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique.2013;8(8):1-12.

Assurance maladie. Annuaire santé. Professionnels de santé. Chirurgiens-dentistes [Internet]. annuaresante.ameli. 2018 [consulté le 13 novembre 2018]. Disponible sur:

http://annuaresante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-2/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-aleatoire-7846c95619878b317c62c31879d86019.html

Assurance maladie. M'T dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance Maladie [Internet]. Ameli. 2013 [consulté le 17 novembre 2019]. Disponible sur :

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_MT_dents_VDEF.pdf

Azogui-Levy S et Boy-Lefevre M-L. La sante bucco-dentaire en France. Actualité et dossier en santé publique. 2005;(51):4-8.

Azogui-Levy S et Boy-lefevre M-L. Inégalités d'accès aux soins dentaires. Après-demain. 2017;2(42) :30-32.

Bien F. Essais en économie de la santé et assurance [Thèse de doctorat : sciences économiques]. [Nanterre]:Université Paris X Nanterre; 2001.

Bishop M-A. The patient-dentist relationship and the future of dentistry. Br Dent J. 2018;225(12):1059-62.

Blainville S. Médecins généralistes non conventionnés: motivations et degré de satisfaction. Enquête auprès des médecins de la Seine-Maritime et de l'Eure. [Thèse d'exercice : médecine générale]. [Rouen] : Université de Rouen Normandie - Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2016.

Bourgueil Y, Elbaum M, Grignon M et Leplâtre S. Quand les patients renoncent aux soins: un diagnostic sur notre état de santé ? Esprit. 2012;384(5):90-101.

Bras P-L et Duhamel G. Le système de soins anglais, un modèle pour la france ? Les Tribunes de la santé. 2010;1(26):39-48.

Calnan M, Silvester S, Manley G et Taylor-Gooby P. Doing business in the NHS: exploring dentists' decisions to practice in the public and private sectors. *Sociol Health Illn.* 2000;22(6):742-64.

Carlac'H D, Ouairi M, Romeo K. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. *Collection Etudes. Série « études et recherche ».* 2018;(136):1-72.

Célan N, Guillaume S, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 [Internet]. *irdes.* 2017 [consulté le 24 nov 2018]. Disponible sur: www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf

Chevrier-Fatome C. Le système de santé en Angleterre : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. [Internet]. *Vie-publique.* 2002 [consulté le 24 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000090.pdf>

Code de la santé publique. Article R.4127-71

Complémentaire santé solidaire. CMU complémentaire [Internet]. *complementaire-santé-solidaire.gouv.* 2019 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/cmu-complementaire.php>

Complémentaire santé solidaire. Complémentaire santé solidaire. [Internet]. *complementaire-santé-solidaire.gouv.* 2019 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/complementairesantesolidaire.php>

Complémentaire santé solidaire. Protection universelle maladie. [Internet]. *complementaire-santé-solidaire.gouv.* 2019 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/protection_universelle_maladie_puma.php

Complémentaire santé solidaire. Vous êtes un étranger en situation irrégulière ? [Internet]. *complementaire-santé-solidaire.gouv.* 2019 [consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/vous_etes_etrangeur_en_situation_irreguliere.php

Couverture mutuelle universelle (CMU). Rapport d'activité 2018. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. [Internet]. complémentaire-sante-solidaire. 2018 [consulté le 17 novembre 2019]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf

Cron, William L, Gilly, Mary C, Graham, John L, Slocum JR, John W. Gender differences in the pricing of professional services: Implications for income and customer relationships. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2009;109(1):93-105.

Cross, Susan E, Morris, Michael L, Gore, Jonathan S. Thinking about oneself and others: The relational-interdependent self-construal and social cognition. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82(3):399-418.

Dagneaux I. Limiter la liberté du soignant ou celle du patient ? Les enjeux éthiques du (dé)conventionnement des soignants. In : Dupuis M, Gueibe R, Hesbeen W. *Ethique du management et de l'organisation dans le système de soins : réflexions pour la pratique quotidienne*. Paris : Seli Arslan ; 2015. p.133-147.

Déplauze M-O. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68. *Revue d'histoire de la protection sociale*. 2009;1(2):79-100.

Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières - Analyse socio-anthropologique. [Internet]. *bdsp-ehesp.inist*. 2012 [consulté le 24 nov 2018]. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieEtudesRecherches/2012/119/serieetud119.pdf>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011 [Internet]. *drees.solidarites-sante*. 2011 [consulté le 24 nov 2018]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Comparaisons internationales des soins dentaires [Internet]. *drees.solidarites-sante*. 2016

[consulté le 24 nov 2018]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche43.pdf>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Portrait des professionnels de santé. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé; 2016 (Collection Panoramas de la Drees – Santé).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé; 2016 (Collection Panoramas de la Drees – Santé).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé; 2017 (Collection Panoramas de la Drees – Santé).

Duhamel G. Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistants dentaires dans le code de la santé publique [Internet]. vie-publique. 2010 [consulté le 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000306.pdf>

EM!. Le programme d'Emmanuel Macron la santé [Internet]. en-marche.fr. 2019 [consulté le 12 décembre 2019]. Disponible sur: <https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante>

Estryn-béhar M, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique ; 2008.

Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 3^{ème} édition, Paris : Dunod ; 2015.

Gagné C, Godin G. Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Sainte-Foy: Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé. Université Laval; 1999.

Garnero M, Rattier M-O, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007. Etudes et résultats. 2009;(698):1-8.

Guillaume G. Sécurité sociale et honoraires médicaux. La Revue administrative. 1979; 32(188):149–52.

Haute Autorité de santé. Missions de la HAS. [Internet]. has-sante.fr. 2018 [consulté le 3 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has

Hautefeuille N. Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien-dentiste. [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. [Nantes] : Université de Nantes- Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2013.

Journal du net (JDN). Salaire moyen en Île-de-France. [Internet]. jounaldunet.com. 2020 [consulté le 3 janvier 2020]. Disponible sur: <http://www.jounaldunet.com/business/salaire/ile-de-france/region-11>

Karaa S. État bucco-dentaire des enfants de douze ans en Gironde : analyse des données fournies par les bilans bucco-dentaires MT'dents. [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux- Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2019.

Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;53(4):67-82.

Laplace L, Kamendje B, Nizard J, Coz J-M, Chaperon J. Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90. Sante Publique. 2002;14(1):47-56.

Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007;55(1):23-30.

Markus J-P. Déontologie professionnelle du chirurgien-dentiste. Encycl Med Chir- Médecine buccale. 2008;[28-980-C-10].

Mason A et Smith P-C. Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs. Rev Fr Aff Soc. 2006;2-3:265-84.

Mazevet M, Garygab V, Pitts a N, Mark W. Penningtonc M. The highly controversial payment reform of dentists in France: Seeking a new compromise after the 2017 strike. Health Policy. 2018;122(12):1273-1277.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions [Internet]. Solidaritessante. 2007 [consulté le 25 nov 2018]. Disponible sur :

https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste-caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf#page=1&zoom=auto,-178,237

Mokhtar W. Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes en Île-de-France et enquête sur l'exercice des jeunes diplômés de l'UFR d'Odontologie de l'Université Paris Diderot. [Thèse d'exercice : Chirurgie Dentaire]. [Paris] : Université de Paris Diderot-Paris 7. Faculté de Chirurgie Dentaire ; 2017.

Nassiri A, Rochaix L. Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach. Health Econ. 2006;15(1):49-64.

National health service (NHS). Get help with dental costs [Internet]. nhs.uk. 2017 [consulté le 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/get-help-with-dental-costs/>

National health service (NHS). Understanding NHS dental charges [Internet]. nhs.uk. 2017 [consulté le 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/dentists/understanding-nhs-dental-charges/>

N Kamel Boulos M, Picton Philipps G. Is NHS dentistry in crisis? 'Traffic light' maps of dentists distribution in England and Wales. Int J Health Geogr. 2004;3(10):1-15.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Rapport 2006-2007: Analyse des professions : chirurgien-dentiste, les métiers de la périnatalité. Tome 3. Paris : La Documentation française; 2008.

OCDE. Les dépenses de santé devraient dépasser la croissance du PIB à l'horizon 2030 [Internet]. oecd.org. 2019 [consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/sante/les-depenses-de-sante-devraient-depasser-la-croissance-du-pib-a-l-horizon-2030.htm>

Office for national statistics. Number of dentists and dental practices in the UK [Internet]. Ons.gov.uk. 2018 [consulté le 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/aboutus/transparencyandgovernance/freedomofinformationfoi/numberofdentistsanddentalpracticesintheuk>

Ordre national des chirurgiens-dentistes. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes [Internet]. ordre-chirurgiens-dentistes.fr. 2016 [consulté le 25 novembre 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

Ousset M. Prévention et prise en charge du burnout chez le chirurgien-dentiste. [Thèse d'exercice : Chirurgie Dentaire]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux. Collège des Sciences de la Santé - Unité de formation et de recherche des sciences odontologiques Chirurgie ; 2015.

Pascal R. En solo et déconventionnée. Solutions. 2018;(5):32-41.

Peckham S. Accountability in UK Healthcare System: an overview. Healthc Policy. 2014;(10):154-62.

Public Health England. National Dental Epidemiology Programme for England: oral health survey of mildly dependent older people, 2016. A report on the oral health and dental service use of older people living in supported housing [Internet]. assets.publishing.service. 2018 [consulté le 25 nov 2018]. Disponible sur : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/773355/NDEP_For_England_oral_health_survey_of_mildly_dependent_older_people_2016_report.pdf

Public Health England. National Dental Epidemiology Programme for England: oral health survey of five-year-old children 2017. A report on the inequalities found in prevalence and severity of dental decay. [Internet]. dera.ioe. 2018 [consulté le 25 nov 2018]. Disponible sur : https://dera.ioe.ac.uk/31603/1/Oral_health_survey_5yr_2017_report.pdf

QualiQuanti - Marketing & Télévision - TestConso. Les entretiens semi-directifs par téléphone. [Internet]. Testconso.typepad. 2017 [consulté le 10 décembre 2019]. Disponible sur : https://testconso.typepad.com/Les_entretiens_semi_directifs_par_telephone.pdf

Raittio E, Lahti S et Suominen A-L. Adult Finns' perceptions about communication with the dentist during their latest visit. Community Dent Oral Epidemiol. 2018;47(2):112-8.

Reinders J-J, Krijnen W-P, Stegenga B et Van der Schans C-P. Perceived dentist and dental hygienist task distribution after dental and dental hygiene students' team intervention. J Dent Educ. 2017;81(4):413-9.

Robertson R, Appleby J, Evans H, Hemmings N. Public satisfaction with the NHS and social care in 2018. Results from the British Social Attitudes survey [Internet]. kingsfund. 2019 [consulté le 25 nov 2018]. Disponible sur :

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2019-03/Public_satisfaction_with_NHS_social_care_in_2018.pdf

Robinson R, Patel D et Pennycate R. The economics of dental care. Londres : Office of health economics ; 2004.

Sabek M. Chirurgien-dentiste et assurance maladie obligatoire : convention, contrôles, contentieux. Encycl Med Chir- Médecine buccale. 2018;[28-986-C-10].

Sandon A. Inégalités sociales de santé et promotion de la santé. [Internet]. ireps. 2016 [consulté le 26 dec 2019]. Disponible sur : https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf

Sénat. Convention nationale des chirurgiens-dentistes. [Internet]. senat.fr. 2019 [consulté le 10 décembre 2019]. Disponible sur:

<https://www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ170425647.html>

Statista. Nombre de chirurgiens-dentistes exerçant leur profession pour 100 000 habitants au Royaume-Uni de 2007 à 2016 [Internet]. fr.statista.2019 [consulté le 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/594559/densite-de-dentistes-exercant-profession-royaume-uni/>

Vergier N, Chaput H, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les dossiers de la DREES. 2017;(17):1-63.

6. Annexes

Annexe 1.a. : Description du panier de soins « reste à charge zéro »

		Tarifs applicables à partir du 01/04/2019	Tarifs applicables à partir du 01/01/2020	Tarifs applicables à partir du 01/01/2021	Tarifs applicables à partir du 01/01/2022	Tarifs applicables à partir du 01/01/2023	Base de remboursement en euros
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zicone) sur incisives, canines et 1ère prémolaire	530	500	500	500	500	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur incisives, canines et 1res prémolaires	530	500	500	500	500	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) hors molaires	480	440	440	440	440	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	320	290	290	290	290	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] pour : – couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038); – couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1res prémolaires (HBLD634); – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) – couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur les incisives, canines et 1res prémolaires (HBLD680); – piliers de bridge de base tout métallique (HBLD033);	230	175	175	175	175	90

	– piliers de bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785)						
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour : – couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038); – couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1res prémolaires (HBLD634); – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350); – couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur les incisives, canines et 1res prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne réalisée en extemporané	60	60	60	60	60	10
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1465	1465	1465	1465	1465	279,5
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	870	870	870	870	870	279,5
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	201,25	201,25	201,25	120,4
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	130	130	130	68,8
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	190	190	190	103,2
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	250	250	250	137,6
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	100	100	100	51,6
HBHD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	50	50	50	17,2
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	80	80	80	34,4
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	220	220	220	86
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	sans	sans	1100	1100	1100	182,75
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	sans	sans	520	520	520	182,75
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	sans	sans	2300	2300	2300	365,5

HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	sans	sans	765	765	765	150,5
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	sans	sans	680	680	680	129
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	sans	sans	450	450	450	107,5
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	sans	sans	720	720	720	139,75
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	sans	sans	450	450	450	129
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	sans	sans	490	490	490	150,5
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	sans	sans	368	368	368	86
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	sans	sans	450	450	450	139,75
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	sans	sans	500	500	500	172
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	sans	sans	500	500	500	161,25
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	sans	sans	460	460	460	118,25
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	sans	sans	850	850	850	172
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	sans	sans	275	275	275	64,5
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	sans	sans	800	800	800	161,25
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	sans	sans	400	400	400	96,75

HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	sans	sans	310	310	310	75,25
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	85	85	85	21,5
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	sans	sans	80	80	80	21,5
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	120	120	120	32,25
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	520	520	520	150,5
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	560	560	560	161,25
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	251	251	251	75,25
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	440	440	440	129
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	324	324	324	96,75
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	215	215	215	64,5
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	360	360	360	107,5
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	150	150	150	43
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	400	400	400	118,25
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	480	480	480	139,75
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	287	287	287	86

HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	185	185	185	53,75
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	60	60	60	21,5
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	142,8	142,8	142,8	64,5
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	100	100	100	43
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	210	210	210	129
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	193,8	193,8	193,8	107,5
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	140	140	140	86

Annexe 1.b. : Description du panier de soins « reste à charge modéré »

		Tarifs applicables à partir du 01/04/2019	Tarifs applicables à partir du 01/01/2020	Tarifs applicables à partir du 01/01/2021	Tarifs applicables à partir du 01/01/2022	Tarifs applicables à partir du 01/01/2023	Base de remboursement
HBLD158	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) sur 2e prémolaires et molaires	sans	550	550	550	550	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD491	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur 2e prémolaires	sans	550	550	550	550	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur molaires	sans	440	440	440	440	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2020
HBLD745	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] pour : – couronnes céramo-métalliques sur 2e prémolaires (HBLD491); – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073); – couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2e prémolaires et molaires (HBLD158); – piliers de bridge de base (HBLD040, HBLD043, HBDM351)	230	175	175	175	175	90
HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour : – couronnes céramo-métalliques sur 2e prémolaires (HBLD491);	60	60	60	60	60	10

	<p>– couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073);</p> <p>– couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2e prémolaires et molaires (HBLD158);</p> <p>Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané</p>						
HBDM351	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	sans	sans	1635	1635	1635	279,5
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique	sans	sans	1170	1170	1170	279,5
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	sans	sans	1635	1635	1635	279,5
HBLD227	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique [inlay-onlay]	sans	sans	350	350	350	100
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	sans	sans	sans	3600	3600	623,5
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	sans	sans	sans	1600	1600	311,75
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	sans	sans	sans	2800	2800	494,5
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	sans	sans	sans	1315	1315	236,5
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	sans	sans	sans	1430	1430	268,75

HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	sans	sans	sans	1500	1500	290,25
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	sans	sans	sans	1100	1100	193,5
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	sans	sans	sans	1430	1430	279,5
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	sans	sans	sans	1520	1520	301
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	sans	sans	sans	1200	1200	204,25
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	sans	sans	sans	1400	1400	258
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	sans	sans	sans	1240	1240	215
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	sans	sans	sans	1365	1365	247,25
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	sans	sans	sans	1281	1281	225,75
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	sans	sans	sans	145	145	38,7
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	sans	sans	sans	120,81	120,81	32,25
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	sans	sans	sans	250	250	58,05
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	290	290	129
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	1197	1197	559
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	150	150	43
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	1300	1300	516

HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	417	417	215
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	sans	sans	sans	240	240	116,1
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	210	210	86
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	875	875	602
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	sans	sans	sans	250	250	109,65
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	sans	sans	sans	350	350	77,4
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	sans	sans	sans	280	280	64,5
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	sans	sans	sans	300	300	70,95
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	sans	sans	sans	450	450	122,55
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	680	680	430
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	500	500	301
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	870	870	473
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	350	350	172
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	sans	sans	sans	375	375	90,3
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	456,4	456,4	258
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	550	550	344

HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	sans	sans	sans	420	420	103,2
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	sans	sans	sans	350	350	83,85
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	sans	sans	sans	225	225	51,6
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	sans	sans	sans	220	220	96,75
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	760	760	387
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	sans	sans	sans	184	184	45,15
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	280	280	280	280	280	150
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	810	810	322,5
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	635	635	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	702	702	258
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	100	100	32,25
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	900	900	354,75
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	840	840	419,25
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	300	300	96,75
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	392	392	129
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	500	500	387

YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	200	200	64,5
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	715	715	451,5
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	470	470	161,25
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	540	540	193,5
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	750	750	290,25

**Annexe 1.c. : Description du panier de soins
« honoraires libres »**

		Base de remboursement en euros
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	32,25
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2022
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires	107,5 puis 120 à partir du 01/01/2022
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] Facturation pour : – couronnes céramo-métalliques sur molaires (HBLD734); – couronnes céramo-céramiques (HBLD403); – piliers de bridge de base tout céramique (HBDM046); – adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087)	90
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire Facturation pour : – couronnes céramo-métalliques sur molaires (HBLD734); – couronnes céramo-céramiques (HBLD403)	10

	Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané	
HBDM046	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramo- céramiques et 1 élément intermédiaire céramo-céramiques	279,5
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e	10,75
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	107,5
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e	10,75
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	107,5
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	0,1
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	0,1
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	0,1
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	0,1
HBLD425	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté céramique [inlay-onlay]	100
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée	182,75
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine	182,75
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents	102,13
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique	623,5
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine	365,5
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique	311,75
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents	279,5
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents	236,5
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents	150,5

HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade	94,08
HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades	174,72
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée	107,5
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	38,7
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	38,7
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	18,81
HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	30,72
LBLD004	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1513,16
LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	785,84
LBLD013	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1149,5
LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte	422,18
LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal	160,93
LBLD020	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1876,82
LBLD025	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	2240,48
LBLD026	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	2604,14
LBLD034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux	96,14
LBLD038	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	2967,8
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus	144,21
LBLD073	Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	309,82
LBLD075	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant	438,9
LBLD086	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	457,71
LBLD117	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1542,42
LBLD143	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1051,27
LBLD193	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	606,1
LBLD214	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1496,44
LBLD235	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1199,66
LBLD270	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	902,88
LBLD294	Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	3695,12
LBLD311	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1348,05

LBLD447	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	754,49
---------	--	--------

**Annexe 2 : Revalorisation des
actes lors la mise en place de la
nouvelle convention au
01/04/2019**

Actes d'odontologie conservatrice et endodontique		Tarifs au 31/03/2019 (en euros)	Tarifs à partir du 01/04/2019 (en euros)	Pourcentage d'augmentation entre le 31/03/2019 et le 01/04/19	Tarifs à partir du 01/01/2020 (en euros)	Pourcentage d'augmentation entre le 01/04/2019 et le 01/01/2020	Tarifs à partir du 01/01/2021 (en euros)	Pourcentage d'augmentation entre le 01/01/2020 et le 01/01/2021	Tarifs à partir du 01/01/2022 (en euros)	Pourcentage d'augmentation entre le 01/01/2021 et le 01/01/2022	Tarifs à partir du 01/01/2023 (en euros)	Pourcentage d'augmentation entre le 01/01/2022 et 01/01/2023	Pourcentage d'augmentation entre le 31/03/2019 et le 01/01/2023
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	21,69	21,69	0,00	21,69	0,00	21,69	0,00	21,69	0,00	26,03	20,01	20,01
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	43,38	43,38	0,00	43,38	0,00	43,38	0,00	43,38	0,00	52,06	20,01	20,01
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	65,07	65,07	0,00	65,07	0,00	65,07	0,00	65,07	0,00	78,08	19,99	19,99
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	86,76	86,76	0,00	86,76	0,00	86,76	0,00	86,76	0,00	104,11	20,00	20,00

HBBD03 9	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	108,45	108,45	0,00	108,45	0,00	108,45	0,00	108,45	0,00	119,3	10,00	10,00
HBBD40 4	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	130,14	130,14	0,00	130,14	0,00	130,14	0,00	130,14	0,00	143,15	10,00	10,00
HBBD09 8	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	151,83	151,83	0,00	151,83	0,00	151,83	0,00	151,83	0,00	167,01	10,00	10,00
HBBD42 7	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	173,52	173,52	0,00	173,52	0,00	173,52	0,00	173,52	0,00	190,87	10,00	10,00
HBMD05 8	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	19,28	25,06	29,98	26,97	7,62	27,6	2,34	29,3	6,16	29,3	0,00	51,97
HBMD05 0	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	33,74	42	24,48	45,38	8,05	46,5	2,47	50	7,53	50	0,00	48,19
HBMD05 4	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	40,97	53	29,36	60,95	15,00	63,6	4,35	65,5	2,99	65,5	0,00	59,87

HBMD04 4	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	43	53	23,26	60,95	15,00	63,6	4,35	65,5	2,99	65,5	0,00	52,33
HBMD04 7	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	86	86	0,00	92,45	7,50	94,6	2,33	94,6	0,00	94,6	0,00	10,00
HBMD05 3	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	19,28	25,06	29,98	26,97	7,62	27,6	2,34	29,3	6,16	29,3	0,00	51,97
HBMD04 9	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	33,74	42	24,48	45,38	8,05	46,5	2,47	50	7,53	50	0,00	48,19
HBMD03 8	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	40,97	53	29,36	60,95	15,00	63,6	4,35	65,5	2,99	65,5	0,00	59,87
HBMD04 2	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	79,53	92	15,68	98	6,52	100	2,04	100	0,00	100	0,00	25,74

HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire	16,87	23	36,34	23	0,00	23	0,00	23	0,00	23	0,00	36,34
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire	33,74	33,74	0,00	33,74	0,00	40	18,55	40	0,00	40	0,00	18,55
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire	81,94	81,94	0,00	81,94	0,00	100	22,04	100	0,00	100	0,00	22,04
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	33,74	33,74	0,00	33,74	0,00	40	18,55	40	0,00	40	0,00	18,55
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	61	26,56	61	0,00	61	0,00	26,56
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	61	26,56	61	0,00	61	0,00	26,56
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente	81,94	81,94	0,00	81,94	0,00	100	22,04	100	0,00	100	0,00	22,04
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire	33,74	33,74	0,00	33,74	0,00	47	39,30	47	0,00	47	0,00	39,30
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	81,94	81,94	0,00	81,94	0,00	110	34,24	110	0,00	110	0,00	34,24

HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	33,74	33,74	0,00	33,74	0,00	47	39,30	47	0,00	47	0,00	39,30
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	68	41,08	68	0,00	68	0,00	41,08
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	68	41,08	68	0,00	68	0,00	41,08
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	81,94	81,94	0,00	81,94	0,00	110	34,24	110	0,00	110	0,00	34,24
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	33,74	33,74	0,00	33,74	0,00	47	39,30	47	0,00	47	0,00	39,30
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	68	41,08	68	0,00	68	0,00	41,08
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	68	41,08	68	0,00	68	0,00	41,08

HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	81,94	81,94	0,00	81,94	0,00	110	34,24	110	0,00	110	0,00	34,24
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	33,74	33,74	0,00	33,74	0,00	47	39,30	47	0,00	47	0,00	39,30
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	68	41,08	68	0,00	68	0,00	41,08
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification	48,2	48,2	0,00	48,2	0,00	68	41,08	68	0,00	68	0,00	41,08
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	81,94	81,94	0,00	81,94	0,00	105	28,14	105	0,00	105	0,00	28,14
Actes de chirurgie orale													
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade	16,72	25	49,52	25	0,00	25	0,00	25	0,00	25	0,00	49,52
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	25,08	30	19,62	30	0,00	30	0,00	30	0,00	37	23,33	47,53
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade	33,44	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	49	46,53	46,53
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade	41,8	41,8	0,00	41,8	0,00	41,8	0,00	41,8	0,00	61	45,93	45,93
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade	50,16	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	73	45,53	45,53
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade	58,52	58,52	0,00	58,52	0,00	58,52	0,00	58,52	0,00	85	45,25	45,25

HBGD46 4	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade	66,88	66,88	0,00	66,88	0,00	66,88	0,00	66,88	0,00	95	42,05	42,05
HBGD26 3	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade	75,24	75,24	0,00	75,24	0,00	75,24	0,00	75,24	0,00	105	39,55	39,55
HBGD28 0	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade	83,6	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	115	37,56	37,56
HBGD09 3	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade	91,96	91,96	0,00	91,96	0,00	91,96	0,00	91,96	0,00	125	35,93	35,93
HBGD36 2	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade	100,32	100,32	0,00	100,32	0,00	100,32	0,00	100,32	0,00	135	34,57	34,57
HBGD05 4	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade	108,68	108,68	0,00	108,68	0,00	108,68	0,00	108,68	0,00	145	33,42	33,42
HBGD11 1	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade	117,04	117,04	0,00	117,04	0,00	117,04	0,00	117,04	0,00	155	32,43	32,43
HBGD17 4	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade	125,4	125,4	0,00	125,4	0,00	125,4	0,00	125,4	0,00	165	31,58	31,58
HBGD05 7	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade	133,76	133,76	0,00	133,76	0,00	133,76	0,00	133,76	0,00	175	30,83	30,83
HBGD13 3	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade	142,12	142,12	0,00	142,12	0,00	142,12	0,00	142,12	0,00	185	30,17	30,17
HBGD12 3	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade	150,48	150,48	0,00	150,48	0,00	150,48	0,00	150,48	0,00	190	26,26	26,26
HBGD46 8	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade	158,84	158,84	0,00	158,84	0,00	158,84	0,00	158,84	0,00	195	22,77	22,77
HBGD28 2	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade	167,2	167,2	0,00	167,2	0,00	167,2	0,00	167,2	0,00	200	19,62	19,62
HBGD20 1	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade	175,56	175,56	0,00	175,56	0,00	175,56	0,00	175,56	0,00	205	16,77	16,77
HBGD03 6	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	33,44	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	39	16,63	16,63

HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	50,16	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	57	13,64	13,64
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	66,88	66,88	0,00	66,88	0,00	66,88	0,00	66,88	0,00	75	12,14	12,14
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	83,6	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	93	11,24	11,24
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	100,32	100,32	0,00	100,32	0,00	100,32	0,00	100,32	0,00	108	7,66	7,66
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	117,04	117,04	0,00	117,04	0,00	117,04	0,00	117,04	0,00	123	5,09	5,09
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	133,76	133,76	0,00	133,76	0,00	133,76	0,00	133,76	0,00	138	3,17	3,17
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	150,48	150,48	0,00	150,48	0,00	150,48	0,00	150,48	0,00	153	1,67	1,67
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	167,2	167,2	0,00	167,2	0,00	167,2	0,00	167,2	0,00	168	0,48	0,48
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	183,92	183,92	0,00	183,92	0,00	183,92	0,00	183,92	0,00	183	-0,50	-0,50
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	200,64	200,64	0,00	200,64	0,00	200,64	0,00	200,64	0,00	198	-1,32	-1,32

HBGD14 6	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	217,36	217,36	0,00	217,36	0,00	217,36	0,00	217,36	0,00	213	-2,01	-2,01
HBGD38 2	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	234,08	234,08	0,00	234,08	0,00	234,08	0,00	234,08	0,00	228	-2,60	-2,60
HBGD24 7	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	250,8	250,8	0,00	250,8	0,00	250,8	0,00	250,8	0,00	243	-3,11	-3,11
HBGD19 7	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	267,52	267,52	0,00	267,52	0,00	267,52	0,00	267,52	0,00	258	-3,56	-3,56
HBGD33 3	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	284,24	284,24	0,00	284,24	0,00	284,24	0,00	284,24	0,00	273	-3,95	-3,95
HBGD26 1	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	300,96	300,96	0,00	300,96	0,00	300,96	0,00	300,96	0,00	288	-4,31	-4,31
HBGD49 9	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	317,68	317,68	0,00	317,68	0,00	317,68	0,00	317,68	0,00	303	-4,62	-4,62
HBGD46 1	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	334,4	334,4	0,00	334,4	0,00	334,4	0,00	334,4	0,00	318	-4,90	-4,90
HBGD27 8	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	351,12	351,12	0,00	351,12	0,00	351,12	0,00	351,12	0,00	333	-5,16	-5,16
HBGD25 8	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	367,84	367,84	0,00	367,84	0,00	367,84	0,00	367,84	0,00	348	-5,39	-5,39

HBGD31 1	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	384,56	384,56	0,00	384,56	0,00	384,56	0,00	384,56	0,00	363	-5,61	-5,61
HBGD23 5	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	401,28	401,28	0,00	401,28	0,00	401,28	0,00	401,28	0,00	378	-5,80	-5,80
HBGD37 4	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	418	418	0,00	418	0,00	418	0,00	418	0,00	393	-5,98	-5,98
HBGD47 5	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	434,72	434,72	0,00	434,72	0,00	434,72	0,00	434,72	0,00	408	-6,15	-6,15
HBGD28 5	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	451,44	451,44	0,00	451,44	0,00	451,44	0,00	451,44	0,00	423	-6,30	-6,30
HBGD33 8	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	468,16	468,16	0,00	468,16	0,00	468,16	0,00	468,16	0,00	438	-6,44	-6,44
HBGD19 3	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	484,88	484,88	0,00	484,88	0,00	484,88	0,00	484,88	0,00	453	-6,57	-6,57
HBGD34 5	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	501,6	501,6	0,00	501,6	0,00	501,6	0,00	501,6	0,00	468	-6,70	-6,70
HBGD41 4	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	518,32	518,32	0,00	518,32	0,00	518,32	0,00	518,32	0,00	483	-6,81	-6,81
HBGD24 5	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	535,04	535,04	0,00	535,04	0,00	535,04	0,00	535,04	0,00	498	-6,92	-6,92

HBGD28 3	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	551,76	551,76	0,00	551,76	0,00	551,76	0,00	551,76	0,00	513	-7,02	-7,02
HBGD02 2	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	33,44	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	43	28,59	28,59
HBGD03 4	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	50,16	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	61	21,61	21,61
HBGD28 7	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	66,88	66,88	0,00	66,88	0,00	66,88	0,00	66,88	0,00	79	18,12	18,12
HBGD03 1	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines	33,44	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	43	28,59	28,59
HBGD03 2	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	50,16	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	61	21,61	21,61
HBGD03 9	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines	33,44	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	33,44	0,00	43	28,59	28,59
HBGD00 2	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines	50,16	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	50,16	0,00	61	21,61	21,61
HBGD04 7	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe	83,6	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	96,14	15,00	15,00

HBGD01 8	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe	83,6	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	96,14	15,00	15,00
HBGD00 4	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe	83,6	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	83,6	0,00	96,14	15,00	15,00
HBGD02 5	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	125,4	125,4	0,00	125,4	0,00	125,4	0,00	125,4	0,00	144,21	15,00	15,00
HBGD02 1	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	167,2	167,2	0,00	167,2	0,00	167,2	0,00	167,2	0,00	192,28	15,00	15,00
HBGD03 8	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	209	209	0,00	209	0,00	209	0,00	209	0,00	240,35	15,00	15,00

Annexe 3 : Questionnaire pour entretien oral

EXERCICE DÉCONVENTIONNÉ DE LA CHIRURGIE-DENTAIRE : PORTRAITS

Questionnaire pour entretien oral

I) CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

1) Êtes-vous : un homme une femme

2) Quel âge avez-vous ? ans

3) Où exercez-vous ? :

a. Île-de-France

b. PACA

c. Autres

II) FORMATION & SPÉCIALITÉS

4) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme de Docteur en Chirurgie-dentaire ?

.....

5) Avez-vous d'autre(s) diplôme(s) de formation en odontologie ? Oui Non

Si oui, le ou les quel(s) ?

..... (Formation universitaire ? oui – non)

..... (Formation universitaire ? oui – non)

..... (Formation universitaire ? oui – non)

6) Exercez-vous une spécialité ?

Oui, et elle est reconnue par le Conseil de l'Ordre.

Oui, mais elle n'est pas reconnue par le Conseil de l'Ordre.

Non, je n'ai pas d'orientation spécifique de ma pratique.

a. Si votre spécialité est reconnue par le Conseil de l'Ordre, est ce :

Médecine Bucco-Dentaire

Orthodontie Dento Faciale

Chirurgie Orale

b. Quelle est votre orientation clinique en dehors des spécialités institutionnelles ?

Omni-pratique

Endodontie

Odontologie conservatrice

Odontologie pédiatrique

Parodontologie

Prothèses

Traitement des dysfonctions oro-faciales

Orthodontie Dento faciale

Médecine Bucco-Dentaire

Chirurgie orale

III) MODE D'EXERCICE

7) Avez-vous un exercice libéral individuel ?

Oui

Non

a) Si non, avez-vous :

- Des associés Combien ?.....
- Des collaborateurs Combien ?.....

b) Vos associés/collaborateurs ont-ils une pratique hors convention ?

- Oui, ils ont une pratique hors convention
- Certains sont conventionnés, d'autres non
- Non, ils ont une pratique conventionnée

8) Avez-vous un, une ou des assistant(e-s) dentaire(s) et secrétaire(s) ?

Oui

Non

Si oui, combien il y a t'il d'assistant(s) dentaire(s) et/ ou secrétaire(s) dans votre cabinet ? Précisez leur fonction (assistant-secrétaire) ?.....

9) Depuis combien de temps avez-vous une pratique déconventionnée ?

.....
.....

10) Combien d'heures travaillez-vous au cabinet par semaine ?.....

IV) PATIENTÈLE ET PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

11) Les patients de votre ancienne pratique conventionnée ont-ils continué à venir se faire soigner dans votre cabinet?

- a. Non
- b. Non pertinent
- c. Oui Dans quelle proportion (%)?.....

12) Vos patients sont-ils adressés par des confrères ?

- Oui, en majorité (>50%)
- Oui, parfois (entre 15 et 50%)
- Oui, mais rarement (entre 5 et 15%)
- Non (moins de 5 %)

a. Si oui, ces confrères sont-ils conventionnés ?

- Rarement (<15%)
- Parfois (entre 15% et 50 %)
- Le plus souvent (>50%)

b. Certains confrères ont-ils arrêté de vous adresser des patients ?

- Oui, en majorité (>50%)
- Oui, parfois (entre 15 et 50%)
- Oui, mais rarement (entre 5 et 15%)
- Non (moins de 5%)

13) Vos patients sont-ils soumis au régime français de sécurité sociale ?

- Oui, en très grande majorité Non, j'ai beaucoup de patients étrangers

Si oui, dans quelle proportion (%)?.....

14) Comment expliquez-vous aux patients les caractéristiques de prises en charge financière des soins réalisés ?

.....

.....

.....

15) Pensez-vous qu'il existe une part importante des patients qui renoncent à un second rendez-vous en raison des tarifs présentés à la première consultation ?

Oui

Non

Si oui, dans quelle proportion (%)?.....

V) MOTIVATIONS DE L'EXERCICE HORS CONVENTION

16) Quelles sont les motivations initiales de votre déconventionnement ?

.....

.....

.....

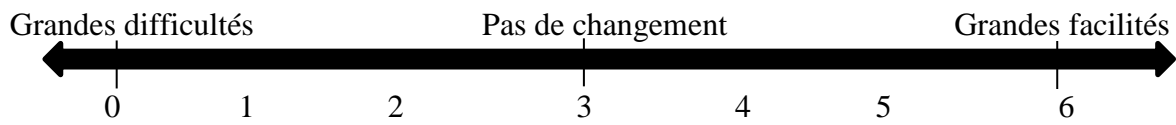
.....

.....

17) Diriez-vous que votre pratique déconventionnée vous permet :

	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PAS DE CHANGEMENT	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD
De diminuer le nombre d'heures travaillées ?							
D'avoir un meilleur matériel ?							
D'augmenter la qualité des soins délivrés ?							
D'augmenter la qualité de vie au travail ?							
D'améliorer l'accueil du patient ?							

18) Sur une échelle de 0 à 6, comment qualifieriez-vous l'impact du déconventionnement par rapport à un exercice conventionné concernant :



- a. Vos démarches administratives :
- b. Votre protection sociale personnelle :
- c. Une perte de revenu transitoire (0= pas de perte) :
- d. Une hausse de revenu à long terme (0= perte de revenu) :
- e. Un isolement par rapport aux confrères (0=aggravation de l'isolement) :
- f. Votre relation avec les patients :
 - i. Absentéisme (0= plus de rendez-vous manqués) :
 - ii. Compliance :
 - iii. Acceptation du devis :

19) Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez nous expliquer en rapport avec votre exercice déconventionné ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 4 : GoogleForm

Exercice hors convention de la chirurgie-dentaire : portraits

Ce formulaire a été rédigé afin de monter une étude sur la pratique de la chirurgie-dentaire hors convention en France. Cette étude est le support d'une thèse d'exercice en chirurgie-dentaire. L'objectif de ce travail est de dresser un premier portrait de cette pratique spécifique peu connue mais qui propose plusieurs caractéristiques alternatifs développés dans les systèmes de santé étrangers.

SUIVANT Page 1 sur 25

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#)

Google Forms

Exercice hors convention de la chirurgie-dentaire : portraits

I. Caractéristiques démographiques

1) Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

Votre réponse _____

3) Où exercez-vous ?

- Île-de-France
- Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- Autre région de France

RETOUR

SUIVANT Page 2 sur 25

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Annexe 5 : Message 1 destiné aux réseaux sociaux



« Cher(e)s futur(e)s confrère(s) et consœur(s),

Je prépare ma thèse d'exercice à Paris VII sur la pratique de la chirurgie-dentaire hors convention.

Cette enquête se déroule en 2 phases :

-(1) une phase exploratoire d'interviews de dentistes non conventionnés concernant leur pratique, anonymisation à posteriori

-(2) une phase descriptive répondant à un questionnaire systématique anonyme sur les caractéristiques des chirurgiens-dentistes hors convention et leur pratique.

Vous pouvez m'aider à lever une première difficulté : les ressources recensant les dentistes déconventionnés sont loin d'être exhaustives, ce qui m'empêche de tous vous solliciter personnellement. Alors, si vous êtes chirurgien-dentiste, travaillant hors convention sur le territoire français, que vous souhaitez partager vos motivations professionnelles et que vous êtes partants pour la phase 1, contactez moi !

Nous pourrions organiser un rendez-vous unique d'environ 20 minutes, par téléphone ou en personne (en Île-de-France).

Je vous remercie par avance de votre participation et à bientôt pour la phase 2. »

Annexe 6 : Message 2 destiné aux réseaux sociaux

« Cher(e)s futur(e)s confrère(s) et consœur(s),

Je prépare ma thèse d'exercice à Paris VII sur la pratique de la chirurgie-dentaire hors convention.

Cette enquête se déroule en 2 phases, l'une exploratoire et l'autre descriptive.

Merci à tous ceux qui ont répondu à mon appel au moment de la phase 1. Nous avons eu des échanges très utiles et très enrichissants.

Le temps de la phase 2 est venu. Il s'agit d'une étude descriptive répondant à un questionnaire systématique anonyme sur les caractéristiques des chirurgiens-dentistes hors convention et leur pratique.

Si vous êtes chirurgien-dentiste, travaillant hors convention sur le territoire français, que vous souhaitez partager vos motivations professionnelles et que vous n'avez pas répondu à la phase 1, n'hésitez pas à me contacter ou cliquez sur ce lien ! Le questionnaire a été testé, il est simple et rapide (5 min).

Je vous remercie par avance de votre participation et suis à votre disposition pour toute information complémentaire. »

Annexe 7 : Table des figures

Figure 1 : Évolution du numerus clausus de 1971 à 2015 en médecine et en odontologie

Figure 2 : Répartition de la population des chirurgiens-dentistes en France

Figure 3 : Revalorisations tarifaires moyennes prévisionnelles des actes de soins bucco-dentaires (en %)

Figure 4 : Organisation du système de santé anglais NHS

Figure 5 : Répartition des chirurgiens-dentistes en Angleterre

Figure 6 : Structure de l'offre de soins dentaires en Angleterre

Figure 7 : Diagramme de flux

Figure 8 : Répartition selon le sexe

Figure 9 : Âge des chirurgiens-dentistes non conventionnés (en années)

Figure 10 : Année de diplôme des chirurgiens-dentistes non conventionnés

Figure 11 : Autres diplômes des chirurgiens-dentistes non conventionnés

Figure 12.a. : Les chirurgiens-dentistes non conventionnés et leur spécialité

Figure 12.b. : Les orientations cliniques des chirurgiens-dentistes non conventionnés

Figure 13.a. : Le type d'exercice des chirurgiens-dentistes non conventionnés

Figure 13.b. : Type d'exercice des associés et des collaborateurs

Figure 14 : Présence d'assistantes, secrétaires ou assistantes-secrétaires au sein du cabinet non conventionné

Figure 15 : Nombre d'heures travaillées par les chirurgiens-dentistes non conventionnés

Figure 16 : Les patients des chirurgiens-dentistes non conventionnés ont-ils continué à venir ?

Figure 17 : Patientèle adressée par des confrères aux chirurgiens-dentistes non conventionnés

Figure 18. : Le déconventionnement permet d'améliorer la qualité des soins

Figure 19 : Relation avec les patients lors d'une pratique non conventionnée

Figure 20 : Le déconventionnement permet d'améliorer la qualité de vie au travail du chirurgien-dentiste non conventionné

Figure 21 : Impact du déconventionnement sur les démarches administratives

Annexe 8 : Table des tableaux

Tableau 1 : Prise en charge différentielle d'un même soin bucco-dentaire au même tarif conventionnel opposable selon l'adhésion du chirurgien-dentiste à la Convention. Cas d'un contrat de couverture complémentaire santé à 100 % du tarif opposable.

Tableau 2 : Nombre d'associés et de collaborateurs des chirurgiens-dentistes non conventionnés

Tableau 3 : Nombre d'assistantes, de secrétaires et d'assistantes-secrétaires des cabinets dentaires non conventionnés

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

LACOMBRADÉ Fanny. Enquête sur les choix d'une pratique déconventionnée chez les chirurgiens-dentistes en Île-de-France. 2020. 113 p.: ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : 61-69.

Sous la direction du Docteur BAS Anne-Charlotte

Th : Chir Dent. : Université de Paris : année 2020

Résumé :

En France, les chirurgiens-dentistes ont une pratique principalement libérale, c'est-à-dire qu'ils exercent leur profession de manière indépendante et sans hiérarchie. La majorité des chirurgiens-dentistes libéraux sont conventionnés, ils suivent les règles, notamment tarifaires, édictées par une convention signée entre l'Assurance maladie et les instances syndicales représentatives de la profession. Cependant, certains chirurgiens-dentistes (moins de 1 %) n'ont pas accepté la convention et sont déconventionnés. Nous avons réalisé une enquête transversale sur les motivations du déconventionnement et dressé un portrait des chirurgiens-dentistes non conventionnés en Île-de-France en 2019. Nos données ont été recueillies grâce à un questionnaire selon différents modes de recueil (entretien en-tête-à-tête semi-dirigé, entretien téléphonique, questionnaire sous forme de Googleform). Nous avons obtenu 34 réponses sur les 103 chirurgiens-dentistes non conventionnés en Île-de-France et répertoriés sur le site officiel de l'Assurance maladie (annuaire.sante.ameli.fr). Selon les personnes interrogées, le déconventionnement permet d'améliorer la qualité des soins ainsi que la relation soignant-patient, la qualité de vie au travail du chirurgien-dentiste et facilite les démarches administratives. Chez 38 % des chirurgiens-dentistes non conventionnés interrogés, le devoir d'information de la pratique non conventionnée et de la prise en charge financière est délégué au personnel non médical.

Discipline : Santé Publique, économie de la santé

Mots clés français (FMeSH et Rameau) : accessibilité des services de santé (FMeSH), pratique professionnelle privée (FMeSH), dichotomie (FMeSH), recherche sur les systèmes de santé publique (FMeSH), portrait (FMeSH), entretien (FMeSH), relations entre professionnels de santé et patients (FMeSH), sécurité sociale (FMeSH), gestion des soins aux patients (FMeSH), organisation et administration (FMeSH), déconventionnement.

Survey on the choices of a private practice among dentist in Ile-de-France

English keywords (MeSH) : health services accessibility (MeSH), private practice (MeSH), partnership practice (MeSH), public health systems research (MeSH), portrait (MeSH), interview (MeSH), professional-patient relations (MeSH), social security (MeSH), patient and management (MeSH), organization and administration (MeSH).

Université de Paris
UFR d'odontologie
5, rue Garancière
75006 Paris