



HAL
open science

Le devis en odontologie : vingt ans d'évolution

Margot Guichard

► **To cite this version:**

Margot Guichard. Le devis en odontologie : vingt ans d'évolution. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-04020139

HAL Id: dumas-04020139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04020139v1>

Submitted on 8 Mar 2023

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2022

N° D050

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 23 mai 2022

Par

Margot GUICHARD

Le devis en odontologie : vingt ans d'évolutions

Dirigée par M. le Docteur Hadrien Diakonoff

JURY

M. le Professeur Philippe Pirnay

Président

Mme le Docteur Francesca Mangione

Assesseur

M. le Docteur Rufino Felizardo

Assesseur

M. le Docteur Hadrien Diakonoff

Assesseur



L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse d'exercice comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation, auprès du ou des titulaires des droits. Le droit de citations doit s'exercer avec rigueur et discernement. Certaines citations peuvent comporter un extrait textuel de la source. Cet extrait textuel doit être relativement court (une quinzaine de lignes tout au plus), mis entre guillemets ou clairement séparé du corps du texte et bien évidemment référencé en citation. En ce qui concerne la citation sans extrait textuel (mention d'idées ou concepts originaux, données chiffrées, figures, etc.), il faut également en citer la source. Toute figure, tableau, graphique reproduit doit également être accompagné de la citation de la source. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse d'exercice. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers.

Margot GUICHARD

Tableau des enseignants de l'UFR d'Odontologie

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme M. AUJAY DE LA DURE-MOLLA Mme É. DURSUN Mme S. VITAL	Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme A. VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme E. LE NORCY	Mme M. BENAHMED M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOUM Mme B. VI-FANE
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme S. AZOGUI-LEVY M. P. PIRNAY	Mme A.-C. BAS Mme A. GERMA Mme V. SMAIL-FAUGERON Mme A. TENENBAUM
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme F. ANAGNOSTOU M. M. BIOSSE DUPLAN Mme M.-C. CARRA Mme M.-L. COLOMBIER Mme M. GOSSET Mme H. RANGÉ	M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. KERNER M. F. MORA
	CHIRURGIE ORALE	Mme G. LESCAILLE M. L. MAMAN Mme L. RADOÏ M. Y. ROCHE	Mme V. BAAROUN M. B. COURRIER Mme A.-L. EJEIL M. F. GAULTIER M. A. HADIDA M. N. MOREAU M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT Mme I. TAÏHI M. H. TARRAGANO
	BIOLOGIE ORALE	Mme A. C. AZEVEDO (PU associée) Mme C. BARDET (PR) Mme A. BERDAL Mme C. CHAUSSAIN M. V. DESCROIX M. B. FOURNIER M. B. GOGLY Mme R. KOZYRAKI Mme S. SÉGUIER	Mme C. ANDRIQUE (MCU associée) M. C.-D. ARRETO M. J. BOUCHET (MCF) Mme H. CHARDIN M. P. COLLIN Mme M.-H. COTTET Mme A. COUDERT (MCF) M. F. FERRÉ Mme C. GORIN Mme S. HOUARI-MEJRI Mme J. ISAAC (MCF) M. O. LE MAY M. G. LIGNON (MCU associé) Mme N. NOWWAROTE (MCU associé)
3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT)	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme T. BOUKPESSI Mme F. CHEMLA M. P. COLON Mme C. GAUCHER	Mme F. BERÈS Mme C. BESNAULT M. É. BONTE Mme A.-M. COLLIGNON M. F. DECUP Mme A. HARTMANN M. G. KUHN Mme C. MESGOUÉZ-MENEZ Mme C. MOCQUOT Mme N. PRADELLE PLASSE Mme M. ZANINI

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
3. RÉHABILITATION ORALE (SUITE)	PROTHÈSES	Mme M.-V. BERTERETCHE Mme A. BRAUD M. O. FROMENTIN M. C. RIGNON-BRET M. B. TAVERNIER Mme C. WULFMAN	M. J.-M. CHEYLAN M. M. DAAS M. D. DOT Mme L. FRIEDLANDER M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX M. P. GATEAU M. D. MAURICE M. P. MOULIN M. P. RENAULT Mme É. SARFATI M. J.-E. SOFFER M. P. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	Mme S. DOUBLIER (PR associée) Mme L. JORDAN M. J.-F. NGUYEN M. B. SALMON	M. J.-P. ATTAL M. C. AZEVEDO Mme R. BENBELAÏD Mme A. BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) Mme J. BOSCO M. D. BOUTER M. J.-L. CHARRIER M. M. CHERRUAU M. R. FELIZARDO M. B. FLEITER M. P. FRANÇOIS Mme H. FRON CHABOUIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA
PROFESSEURS ÉMÉRITES		M. C. BÉRENHOLC M. A. LAUTROU M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET M. J.-L. SAFFAR	M. R. GARCIA M. G. LEVY M. B. PELLAT Mme A. POLIARD Mme M. WOLIKOW

Liste mise à jour le 28 février 2022

Remerciements

À M. le Professeur Philippe Pirnay ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifié en Médecine bucco-dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilité à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Chef de service de l'hôpital Henri-Mondor ; Officier de l'ordre des palmes académiques ; Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire ; Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine ; Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury, mais également de votre dévotion au quotidien pour le service d'odontologie « de Créteil », comme nous aimons l'appeler. Ce service restera à jamais dans mon cœur, merci de le rendre tel qu'il est.

À Mme le Docteur Francesca Mangione ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifiée en Chirurgie orale ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Docteur de l'Université Sorbonne Paris Cité ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Je vous remercie infiniment pour votre douceur et votre gentillesse. Vous m'avez fait confiance et avez réussi à me faire prendre confiance en moi, je ne vous remercierai jamais assez pour cela. J'ai pu énormément apprendre à vos côtés, tant chirurgicalement que humainement, et j'espère pouvoir un jour apporter à quelqu'un ce que vous m'avez apporté. Merci pour tout.

À M. le Docteur Rufino Felizardo ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Pierre et Marie Curie ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie – Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Vos connaissances et qualifications me sont d'une aide précieuse dans l'appréciation de ce travail de thèse. Un grand merci pour ce temps consacré.

À M. le Docteur Hadrien Diakonoff ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Assistant Hospitalo-Universitaire,
UFR d'Odontologie - Université Paris Cité

Je vous remercie de m'avoir reçue il y a maintenant quatre ans, lorsque j'étais assaillie par les doutes, et pour m'avoir offert l'opportunité d'ouvrir mes horizons, ce qui a donné naissance à ce sujet de thèse. Merci pour le temps consacré à ce travail, pour votre disponibilité et votre patience.

Résumé et indexation en français et anglais

Résumé :

Le devis en odontologie est une pièce maîtresse dans la relation praticien-patient : support de l'information, il participe au consentement éclairé et permet aux patients d'accéder à une prise en charge par les organismes tiers. Si l'importance du devis est reconnue, ce n'est pas le cas du formalisme de l'écrit. Initialement rédigé à la convenance de chacun, ce document obligatoire a subi plusieurs transformations au cours de ces vingt dernières années, faisant de lui un reflet de l'évolution des politiques de santé en matière de chirurgie dentaire. Le devis en odontologie a évolué pour répondre à une obligation légale d'information du patient de plus en plus exigeante, faisant parfois naître un sentiment d'incompréhension au sein de la profession. L'objectif de ce travail de thèse d'exercice est de réaliser une analyse qualitative de l'évolution du cadre légal du devis en odontologie par le biais d'entretiens semi-dirigés réalisés avec des acteurs politiques, institutionnels et syndicaux. Afin de servir de support à cette analyse, une revue préalable des politiques de santé en matière de devis dentaire au cours des vingt dernières années a été menée.

Discipline ou spécialité :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

fMeSH : Politique de santé ; Relations dentiste-patient

Rameau : Conventions (sécurité sociale) ; Dentistes -- Honoraires

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Abstract:

The odontology estimate is a centerpiece in the practitioner-patient relationship: information support, it participates in informed consent and allows patients to access treatment by third-party organizations. While the importance of estimate is recognized, this is not the case with the formalism of writing. Initially written for everyone's convenience, this mandatory document undergone several transformations over the past twenty years, making it a reflection of the evolution of health policies in the field of dental surgery. The estimate in odontology has evolved to meet an increasingly demanding legal obligation to inform the patient, sometimes giving rise to a feeling of incomprehension within the profession. The objective of this thesis work is to carry out a qualitative analysis of the evolution of the legal framework of the dental estimate through semi-structured interviews carried out with political, institutional and union actors. In ordore to support this analysis, a preliminary review of health policies in terms of dental quotes over the past twenty years was conducted.

Branch or specialty:

Public Health and Prevention

English keywords (MeSH):

Health policy ; Dentist-patient relations

Publication type (MeSH):

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- C2S : Complémentaire Santé Solidaire
- CA : Cour d'Appel
- CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des non-salariés (aujourd'hui RSI)
- Cass : Cours de Cassation
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
- CD : Chirurgien-dentiste
- CDF : Chirugiens-Dentistes de France (syndicat), anciennement CNSD
- CE : Conseil d'État
- CFAO : Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur
- CMU : Couverture Maladie Universelle (aujourd'hui C2S)
- CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNSD : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (aujourd'hui CDF)
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CSP : Code de la Santé publique
- DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
- DM : Dispositif Médical
- DMI : Dispositif Médical Implantable
- DMSM : Dispositif Médical Sur Mesure
- DSS : Direction de la Sécurité Sociale
- FSDL : Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- JO : Journal Officiel
- JORF : Journal Officiel de la République Française
- LPP (codes) : Liste des Produits et Prestations
- MGEN : Mutuelle Générale de l'Education nationale

- NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire couramment appelé « numéro de sécurité sociale »
- OCAM : Organisation Complémentaire d'Assurance Maladie
- ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes
- RAC0 : Reste à Charge 0
- RACM : Reste à Charge Modifié
- LaREM : La République en Marche
- RSI : Régime Social des Indépendants
- SFCD : Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes
- UD : Union Dentaire
- UE : Union Européenne
- UJCD-UD : Union des Jeunes Chirugiens-Dentistes – Union Dentaire
- UMP : Union pour un Mouvement Populaire
- UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
- UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : LE DEVIS, OUTIL DE L'AUTONOMISATION DU PATIENT AU SEIN D'UNE RELATION PRATICIEN-PATIENT EN EVOLUTION	5
1.1 DU PATERNALISME MEDICAL VERS L'AUTONOMISATION DU PATIENT.....	6
1.1.1 <i>Le paternalisme médical</i>	6
1.1.2 <i>L'avènement du consentement éclairé et de l'information du patient</i>	7
1.1.3 <i>Loi du 4 mars 2002 : consécration de la pleine autonomie du patient</i>	7
1.2 UNE EVOLUTION DE LA RELATION PRATICIEN-PATIENT, COROLAIRE DE L'EVOLUTION DU CONTRAT DE SOIN	9
1.2.1 <i>Définition du contrat de soin</i>	9
1.2.2 <i>D'une relation contractuelle à une responsabilité légale</i>	10
1.3 LE DEVIS : UN PILIER DU CONTRAT DE SOIN ACTUEL	11
1.3.1 <i>Principes éthiques et déontologiques du devis en odontologie</i>	11
1.3.2 <i>Le devis, support de l'information</i>	13
1.3.3 <i>Responsabilité professionnelle et devis odontologique</i>	15
2 : VINGT ANS DE POLITIQUES DE SANTE EN MATIERE DE DEVIS EN ODONTOLOGIE	19
2.1. LE DEVIS EN ODONTOLOGIE A L'AUBE DES ANNEES 2000.....	19
2.1.1 <i>La mise en œuvre du devis conventionnel de 2003</i>	21
2.1.2 <i>Un manque de transparence déploré</i>	22
2.2 PARADIGME POLITIQUE ET EVOLUTION DES DEVIS 2009-2011	23
2.2.1 <i>La loi HPST, un mot d'ordre : transparence</i>	23
2.2.2 <i>La loi Fourcade : la réponse aux difficultés d'application de la loi HPST</i>	24
2.3 UN NOUVEAU DEVIS CONFORME AUX EXIGENCES LEGISLATIVES : 2012-2021.....	26
2.3.1 <i>Un avenant pour faire écho à la loi Fourcade</i>	26
2.3.2 <i>Garantir le 100 % santé à travers le devis odontologique</i>	28
2.3.3 <i>L'analyse des devis : une pratique des organismes complémentaires</i>	30
3 : ÉVOLUTIONS EN DROIT, EVOLUTIONS EN PRATIQUE ?	32
3.1 MATERIEL ET METHODE.....	32
3.1.1 <i>Choix du type d'étude</i>	32
3.1.2 <i>Choix des intervenants</i>	33
3.1.3 <i>Guide d'entretien</i>	33
3.1.4 <i>Recueil des données</i>	34
3.1.5 <i>Analyse des données</i>	35

3.2 RESULTATS	35
3.2.1 Caractéristiques de la population de l'étude	35
3.2.2 Caractéristiques des entretiens	38
3.2.3 Analyse thématique transversale	38
3.3 DISCUSSION	63
3.3.1 Discussion de la méthode	63
3.3.2 Discussion des résultats : confrontation avec les données connues de la littérature	65
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	70
TABLE DES FIGURES	77
TABLE DES TABLEAUX	78
ANNEXE 1: TABLE DE JURISPRUDENCE	79
ANNEXE 2 : AVENANT N°2 A LA CONVENTION DENTAIRE DE 2006	86
ANNEXE 3 : AVENANT N°3 – 100 % SANTE	100
ANNEXE 4 : ANALYSE DES DONNEES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE : LA GRILLE COREQ	102
ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	106
ENTRETIEN 1.....	106
ENTRETIEN 2.....	110
ENTRETIEN 3.....	114
ENTRETIEN 4.....	117
ENTRETIEN 5.....	121
ENTRETIEN 6.....	128
ENTRETIEN 7.....	133

Introduction

En matière de médecine bucco-dentaire, le devis constitue une pièce maîtresse de la relation praticien-patient. Support de l'information, élément de preuve du consentement et outil de prise en charge des frais de santé par les assurances complémentaires, cet écrit illustre l'autonomisation croissante du patient dans notre exercice. Elle constitue également une source de litiges pouvant conduire à l'engagement de la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, qui fête ses 20 ans cette année, de nombreuses politiques de santé sont venues renforcer l'autonomie du patient. Logiquement, le législateur s'est penché sur la question du contenu du devis en odontologie. Si ce dernier a évolué au gré des avancées techniques et cliniques, il a également épousé les évolutions de la nomenclature professionnelle et de la réglementation, notamment en matière de dispositifs médicaux. Le devis, simple formalité en apparence, constitue alors un réel reflet de l'évolution de notre exercice et des politiques de santé en matière de chirurgie dentaire.

Cependant, les différents devis conventionnels proposés depuis les années 2000 et jusqu'à la réforme du 100 % santé ont parfois été accueillis par notre profession de façon mitigée. Leur application n'a pas non plus été parfaite, en atteste les enquêtes menées par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Enfin, les campagnes de médiatisation qui ont entouré les évolutions du devis n'ont pas toujours été élogieuses à l'égard de la profession de chirurgien-dentiste.

Ce constat nous amène à porter un regard rétrospectif et pragmatique sur le devis en odontologie. En vue de répondre à la question de savoir si, après 20 ans d'évolution, le devis en odontologie est adapté à notre exercice, il est apparu nécessaire de mener une enquête de terrain auprès des acteurs concernés par les politiques de santé ayant permis l'évolution du devis en odontologie. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a donc été menée avec plusieurs personnalités des domaines gouvernementaux, parlementaires, syndicaux et institutionnels concernées par le devis en odontologie et/ou ayant participé à son élaboration. Ces différents entretiens nous permettront de rétablir les raisons de ces évolutions, mais aussi de mieux comprendre les difficultés et réticences face à ces dernières.

Afin de mieux présenter le contexte et les raisons de cette étude, nous commencerons cette thèse par l'analyse objective de l'évolution du devis en odontologie à travers l'évolution de la relation praticien-patient et mettrons en avant l'importance de ce document obligatoire dans cette relation. Ensuite, nous étudierons l'évolution du devis à travers celle des politiques de santé en matière de chirurgie dentaire au cours des vingt dernières années. La dernière partie sera consacrée à l'étude qualitative basée sur une analyse thématique transversale des données issues des entretiens semi-dirigés.

1 : Le devis, outil de l'autonomisation du patient au sein d'une relation praticien-patient en évolution

Le devis est un élément majeur du contrat de soin conclu entre le chirurgien-dentiste et son patient : il est notamment employé avant la mise en oeuvre des traitements prothétiques, implantaire ou esthétiques. Ce document présente plusieurs caractéristiques essentielles qui reflètent l'autonomie du patient, une des notions fondamentales de l'éthique médicale.

Support de l'information, le devis participe au recueil du consentement éclairé du patient, aujourd'hui réel acteur de sa prise en charge. De plus, dans un système de santé où la grande majorité des actes de prévention, de dépistage et de soins sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par des assureurs complémentaires, le devis est un écrit important pour le patient, car il permet de connaître les modalités de prise en charge du traitement proposé. Le devis répond ainsi aux dispositions de l'article R4127-240 du Code de la santé publique relatif à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires. Cet article relevant du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, nous pouvons voir que le devis s'inscrit au cœur de notre déontologie.

Enfin, le devis peut également être une pièce maîtresse dans la résolution du litige porté devant les juridictions judiciaires ou ordinaires, car, comme dans tout contrat, le non-respect de dispositions juridiques, éthiques et déontologiques peut conduire à des litiges entre patient et praticien.

Ce constat nous invite à nous intéresser davantage à la place du devis dans la relation praticien-patient et le contrat de soin. Nous étudierons dans un premier temps l'évolution de la relation praticien-patient à l'ère contemporaine avant d'aborder plus en détail la notion de devis en odontologie, sous le spectre de l'éthique médicale, de la déontologie et de la responsabilité professionnelle.

1.1 Du paternalisme médical vers l'autonomisation du patient

La relation entre patient et praticien a connu de nombreux changements au cours du temps. La pratique de la chirurgie dentaire n'ayant connu un réel essor qu'à partir de l'époque contemporaine, il semble préférable de limiter notre étude de la relation praticien-patient en odontologie au XXe siècle.

L'évolution vers des modèles de relation praticien-patient plus équilibrés a été longue en France, et plusieurs phénomènes historiques y ont fortement contribué. L'après-Seconde Guerre mondiale a fait naître un mouvement d'humanisation dans les hôpitaux, la chronicité des maladies a révélé l'importance de la prévention (comme pour le diabète) ou encore la survenue de l'épidémie du VIH qui a mis en évidence la nécessité d'information et de participation du patient dans le protocole de prise en charge. Mais on peut raisonnablement penser que c'est la loi du 4 mars 2002 (1) qui met fin au principe historique de paternalisme médical en octroyant au patient le droit à l'information et donc par extension le droit à la décision et au respect de son autonomie.

1.1.1 Le paternalisme médical

Depuis l'arrêt Mercier de 1936 (cf. Annexe 1), le lien qui unissait le médecin au malade était considéré comme un contrat entre deux particuliers (2) et sanctionné dans le Code civil suivant les articles 1382 « *Tout fait quelconque de l'homme qui a causé à autrui un dommage, oblige par la faute duquel il est arrivé à réparer* » et 1384 « *chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence* ».

D'abord asymétrique, la relation praticien-patient était qualifiée de paternaliste. D'après Gérald Dworkin, professeur émérite de philosophie, le paternalisme est « *une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte* » (3). En effet, on estime que le médecin est détenteur du savoir scientifique et qu'il a face à lui une personne qui, par sa condition de malade, est inapte à la décision. En 1950 Louis Portes, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins déclarait : « *Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper — un enfant à consoler, non pas à abuser — un enfant à sauver, ou simplement à guérir* » (4). La prise de position du Pr Portes est révélatrice de la place du praticien par rapport au malade, considéré comme un enfant. Le patient

n'étant pas son égal, le partage du savoir médical et la transmission d'informations le concernant ne peuvent se faire. L'éthique de l'époque est ainsi de ne pas « tromper » ou « abuser », il n'est aucunement question pour le moment d'une quelconque autonomie du patient.

1.1.2 L'avènement du consentement éclairé et de l'information du patient

D'une relation paternaliste dans les années 50, une autonomisation accrue des patients est apparue progressivement, rendue possible par l'avènement des impératifs d'information et de consentement.

Au niveau national, la notion de consentement préalable avant toute opération a pour la première fois été évoquée au cours de l'arrêt Teyssier le 28 janvier 1942 (cf. Annexe 1), réaffirmée par la suite au cours du premier Code de déontologie médicale du 28 juin 1947 (5). Si d'un point de vue déontologique cette notion est désormais obligatoire, elle le devient plus tardivement sur le plan législatif. À la suite des expérimentations inhumaines de la Seconde Guerre mondiale, la première loi en France établissant le consentement éclairé au cours de recherches biomédicales est adoptée en 1988 avec la loi Huriet-Sérusclat « *Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès de celle-ci doit être recueilli (...)* » (6), notion réaffirmée dans les lois de bioéthique de 1994 et plus particulièrement celle du 29 juillet 1994 (7) .

L'obligation d'information, quant à elle, est rappelée à de nombreuses reprises, mais c'est l'arrêt Guidi en 1987 (cf. Annexe 1) qui en précise la qualité, le contenu, la délivrance et la nécessité de compréhension. Ce sont ces mêmes termes que reprendra le Code de déontologie médicale en 1995 « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état* ». Les modalités entourant le cadre juridique de l'information et la façon de la divulguer n'ont eu de cesse d'être précisées et renforcées dans le temps, car, comme le rappelle le Professeur de médecine Didier Sicard, « *En fait, le véritable consentement est une information suffisamment élaborée pour que le refus soit aussi fort que l'acceptation : un choix plutôt qu'un consentement* » (8).

1.1.3 Loi du 4 mars 2002 : consécration de la pleine autonomie du patient

Si depuis le début du XXe siècle de multiples jurisprudences sont venues préciser ce rapport patient-praticien, c'est dans la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, que se trouvent réunis en un seul texte les droits et les devoirs de chacun (1).

Ainsi on y consacre l'obligation d'obtention d'un consentement préalable aux thérapeutiques médicales à l'article L1111-4 du CSP « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Par la suite, une nouvelle loi intégrera cette notion au sein du Code civil : « *Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* » (9).

L'information, quant à elle, n'est désormais plus un devoir déontologique du praticien, mais devient, sur le plan législatif, un droit du patient à l'article L1111-2 du CSP : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ». Ce texte définit ainsi le contenu de l'information et conforte la position jurisprudentielle sur la charge de la preuve en matière d'information médicale, introduite par la Cour de cassation en 1997, à l'article L.1111-2 du CSP : « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen* ».

Le patient désormais acteur de sa prise en charge, les rapports avec le médecin s'en trouvent profondément transformés. Afin de répondre aux besoins et à l'autonomisation de chacun des deux protagonistes, leur relation est encadrée par des règles et leur non-respect peut être invoqué en justice en cas de litige.

1.2 Une évolution de la relation praticien-patient, corolaire de l'évolution du contrat de soin

En France, le régime juridique traditionnel fondant la relation patient-praticien repose, sauf exception, sur l'existence d'un contrat, suivant l'arrêt Mercier de 1936. Façonné au cours du temps par la jurisprudence, le contrat de soin dans le cadre de l'exercice de l'Art dentaire a été défini par un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation en 1960 (cf. Annexe 1). Cette responsabilité contractuelle du chirurgien-dentiste envers son patient, fondée sur l'article 1147 du Code civil, a progressivement évolué vers une responsabilité légale.

1.2.1 Définition du contrat de soin

Le contrat de soin est un accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes ayant pour finalité de créer un lien et une obligation. Cet accord constitue un ensemble de droits et d'obligations dont les personnes pourront avoir à répondre devant des Instances juridiques et disciplinaires.

Le contrat de soin établi entre un patient et un praticien est soumis à six caractéristiques principales : il est civil, synallagmatique, intuitu personae, consensuel, résiliable unilatéralement et à titre onéreux (10). De cette dernière caractéristique découle le fait que la prestation du praticien est rémunérée, et justifie la nécessité d'une information tarifaire. Cependant, la gratuité des soins ne constitue pas un obstacle à l'existence de la relation contractuelle comme l'est stipulé à l'article R4127-240 du CSP « *Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle* ». Il convient également de rappeler, d'après le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, que « *La profession de chirurgien-dentiste ne doit pas être pratiquée comme un commerce* » à l'article R4127-215 du CSP. Par ailleurs ce contrat peut être tacite, un accord verbal suffit la plupart du temps et il impose la délivrance d'informations au patient. Pour finir, ce contrat engage le praticien à donner des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science.

Dès lors qu'un des principes précédemment évoqués ne fait pas partie de la relation praticien-patient, nous nous mettons en position « hors contrat de soin ».

1.2.2 D'une relation contractuelle à une responsabilité légale

Le dynamisme de l'œuvre jurisprudentielle a permis de déterminer avec précision les obligations du chirurgien-dentiste à travers ce contrat (cf. Annexe 1) : une obligation de satisfaction ou de conformité à l'égard de la réalisation prothétique, une obligation d'information et de conseils et à la charge du patient, l'obligation de suivre les conseils et prescriptions du praticien et de le rémunérer (11). Nous pourrions voir par la suite que ces obligations seront renforcées au fur et à mesure de l'évolution des politiques de santé en France.

Dès lors le contrat est soumis aux règles du Code civil, mais également au Code de déontologie à l'Article R4127-33: « *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige [...] à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin ; [...]* ».

Plus de neuf ans après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, la Cour de cassation a décidé d'en appliquer les dispositions en rappelant que, pour les soins dispensés après le 5 septembre 2001, « *date d'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, la responsabilité des professionnels de santé est devenue une responsabilité légale, les obligations de ces derniers sont entièrement définies par la loi, de sorte que le fondement contractuel, qui a pu se poser naguère, revêt à présent un caractère artificiel.* » (12). Depuis la loi du 4 mars 2002, la relation praticien-patient et la responsabilité médicale reposent désormais sur des fondements légaux.

Du temps du cadre contractuel, le chirurgien-dentiste était, comme le médecin, soumis à une obligation de moyens. La référence, désormais légale, de la relation praticien-patient suit ce même régime concernant les soins dentaires. Mais lors de la pose d'une prothèse, la responsabilité médicale du chirurgien-dentiste est accrue et il doit répondre à une obligation de résultat en temps que fournisseur d'une prothèse (11). L'approche juridique est difficile compte tenu du polymorphisme de l'acte prothétique, comme l'exprime la cour d'appel de Pau « *Le rôle du dentiste est complexe, s'apparentant à la fois à celui du médecin et au travail du technicien* » (cf. Annexe 1). Le contrat liant le chirurgien-dentiste et le patient doit prendre en compte les aléas inhérents à tout acte thérapeutique, mais également la sécurité que doit garantir la démarche du praticien. De la même façon, il doit faire la part des choses entre les attentes du patient et la finalité fonctionnelle de la prothèse (13). Aujourd'hui celle-ci décompose l'acte prothétique : si la pose, l'adaptation du DMSM constitue un acte médical soumis aux aléas répondant à une obligation de moyen, ce n'est pas le cas de sa conception et de sa confection d'après la jurisprudence (cf. Annexe 1). Plus précisément, une

trilogie de ce que le patient est en droit d'attendre de sa prothèse est définie : fiabilité, confort et amélioration palpable de l'esthétique, que le praticien doit donc satisfaire au titre d'une obligation de résultat (13).

Le régime juridique de la relation patient-praticien a donc bien évolué au cours de ces dernières années et l'aspect contractuel de la relation est de plus en plus fragilisé. En effet, un contrat résiliable unilatéralement n'est pas compatible avec l'obligation de répondre aux urgences et de continuité des soins, de la même façon que le contrat à titre onéreux est facilement rompu en raison d'une insatisfaction de l'acte thérapeutique. C'est dans cette limitation de l'autonomie contractuelle des deux protagonistes que le document éthique du devis prend tout son sens et son importance.

1.3 Le devis : un pilier du contrat de soin actuel

De manière simpliste, le devis en odontologie pourrait être assimilé à un écrit professionnel standardisé, répondant à un cadre réglementaire mis en place récemment. Il n'en est rien. Le devis odontologique s'inscrit dans un triptyque : éthique, déontologie et droit et est ainsi un véritable pilier du contrat de soin actuel. Nous allons détailler les différents aspects éthiques et déontologiques qui sous-tendent le devis et voir en quoi celui-ci engage pleinement la responsabilité du chirurgien-dentiste.

1.3.1 Principes éthiques et déontologiques du devis en odontologie

Jusqu'en 2020, le devis était mentionné à l'article R 4127-240 du Code de la santé publique : « *Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient* ». La disparition de cette disposition est révélatrice du caractère changeant des principes déontologiques dans le temps. Elle est désormais inscrite à l'article 1111-3-2 du Code de la santé publique, mentionné dans l'article R4127-240 modifié.

Depuis le décret du n°2020-1658 du 22 décembre 2020, l'article R 4127-240 du Code de la santé publique dispose :

« I. - Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières.

Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle.

II. - Le chirurgien-dentiste se conforme aux dispositions des articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispense d'avance de ces frais. Il veille à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires.

Le chirurgien-dentiste qui présente son activité au public, notamment sur un site Internet, doit y inclure une information sur les honoraires pratiqués, les modes de paiement acceptés et les obligations posées par la loi pour permettre l'accès de toute personne à la prévention ou aux soins sans discrimination. L'information doit être claire, honnête, précise et non comparative.

Pour l'application des deux premiers alinéas, le chirurgien-dentiste tient compte des recommandations du conseil national de l'ordre.

Le chirurgien-dentiste doit répondre à toute demande d'information ou d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement.

III. - Le chirurgien-dentiste ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé au patient. »

Ces dispositions nous permettent d'identifier les principes éthiques et déontologiques qui sous-tendent le devis en odontologie, ces principes étant inscrits dans le Code de la santé publique :

- L'information préalable au traitement, gratuite, claire, honnête, précise et non comparative,
- L'information sur les frais afférents aux prestations et conditions de prises en charge,
- L'établissement d'un devis préalable lorsque le montant du traitement dépasse un certain seuil, ou lors de la fourniture d'un dispositif médical sur mesure,
- La fixation des honoraires avec tact et mesure,
- L'interdiction d'abaisser des honoraires dans un but de détournement de la patientèle.

La déontologie (déon : ce qui convient/le devoir et logos : discours, « ce qu'il faut faire ») fournit un système codifié d'obligations et d'interdictions auxquelles se référer en cas de difficulté, elle se pose à la charnière entre le professionnel et la morale (14). Si la morale est irréfléchie, sans fondement ni finalité, une démarche de réflexion cherche à en apprécier la pertinence : l'éthique. D'après Paul Ricoeur, l'éthique vient comme encadrer la morale en la questionnant sur ses fondements et ses

principes (15). Face à la pluralité des morales et aux fluctuations des modèles éthiques, la déontologie est apparue comme une solution immédiate à la question du devoir-être, notamment lorsque celle-ci se pose en urgence dans le cadre professionnel (14). Elle a par ailleurs pu être définie en terme « *d'éthique expresse* » (16).

Les « règles de bonne conduite » introduites par la déontologie sont garanties par une autorité supérieure, dans notre cas l'Ordre des chirurgiens-dentistes, qui en vérifie l'application et qui peut également sanctionner un mésusage.

Suivant cette approche, il apparaît opportun d'étudier de plus près les différents aspects éthiques et déontologiques qui fondent le devis en odontologie, mais également leurs cadres juridiques, sans cesse en évolution en regard des changements de la relation praticien-patient.

1.3.2 Le devis, support de l'information

En odontologie, le consentement éclairé porte généralement sur deux aspects : le premier concernant l'acte thérapeutique que le patient accepte, avec les risques encourus dûment expliqués, et le second le volet financier du traitement, notamment lorsque celui-ci est partiellement ou aucunement pris en charge par l'assurance maladie. Le devis tient alors lieu de pièce maîtresse dans le recueil du consentement (11) et répond donc aux trois premiers critères éthiques et déontologiques précédemment établis (information préalable au traitement, gratuite, claire, honnête, précise et non comparative ; information sur les frais afférents aux prestations et conditions de prises en charge ; établissement d'un devis préalable lorsque le montant du traitement dépasse un certain seuil, ou lors de la fourniture d'un dispositif médical sur mesure).

L'information tarifaire, divulguée au travers du devis, est donc une obligation légale dont le consentement éclairé dépend en grande partie. Si dans un premier temps le patient devait prouver un manquement à l'information au cours d'un conflit, le patient était condamné au paiement des honoraires malgré un défaut d'information sur le devis dans la mesure où il n'ignorait pas l'importance du traitement dont il bénéficiait régulièrement, un revirement jurisprudentiel en 2000 impose désormais au praticien d'apporter la preuve de l'exécution de son obligation d'information (cf. Annexe 1).

En plus de l'obligation d'information et de conseil, le chirurgien-dentiste est tenu de renseigner son patient sur les démarches à suivre auprès des organismes de sécurité sociale afin de bénéficier des

aides à sa disposition d'après la jurisprudence « *Ce devoir d'information pèse, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, tant sur l'aspect médical que l'aspect administratif des soins prodigués [...] sauf en cas d'urgence manifeste, le praticien qui doit dispenser l'acte ou le traitement doit, préalablement à l'exécution dudit acte ou traitement, remettre à son patient un formulaire d'entente préalable dûment complété et signé, que le patient doit adresser au service médical de sa caisse d'assurance maladie.* » (cf. Annexe 1). Cette obligation concerne les régimes obligatoires de santé, considérant que le recours aux mutuelles et organismes complémentaires en va de la décision personnelle

Le devis, en détaillant le montant des honoraires, matérialise le « tact et mesure ». Cette notion présente dans divers textes : déontologique à l'article R4127-240 depuis 1947, mais également conventionnel (17), est difficile à appréhender : le tact et mesure vise à encadrer la libre fixation des honoraires par le chirurgien-dentiste. En effet, l'absence de tact et mesure est considérée par le Conseil d'État comme un abus d'honoraire, qui pourrait donner lieu à une pénalité financière (18). La jurisprudence portant sur le devis en odontologie montre que l'absence de devis, ou à l'inverse son existence, peuvent servir de support à la décision du juge en ce qu'il sanctionne le chirurgien-dentiste pour des honoraires fixés sans tact ni mesure : la Cour de cassation, dans une décision du 30 juin 1992, approuve la fixation du montant des honoraires par le juge en cas de litige portant sur le montant des honoraires de soins réalisés sans devis préalable (cf. Annexe 1).

Si les éléments d'appréciation du tact et mesure sont définis dans le Code de déontologie, la loi n'énonce pas expressément les critères qui fixent le seuil à partir duquel le tact et la mesure n'est plus respecté.

La notion de tact et mesure touche ainsi à la relation praticien-patient, praticien-assurance maladie et praticien-ordre professionnel et relève, d'une part de l'obligation d'information financière pesant sur le praticien et d'autre part l'obligation de payer les honoraires pour le patient. Ainsi le devis est un pilier de cette notion de tact et mesure, qui semble avoir plusieurs finalités : l'encadrement tarifaire et l'encadrement informatif, le tout dans une volonté d'accès au soin pour le plus grand nombre.

Pour finir, le devis normalisé qui matérialise le plafonnement des soins permet, indirectement, de réguler les tarifs et ainsi d'éviter le détournement de patientèle par abaissement des honoraires (article R4127-240 du Code de déontologie). Cette notion de détournement de patientèle est d'autant plus fondamentale aujourd'hui, à l'ère de l'accessibilité des informations tarifaires au grand public avec l'évolution du Code de déontologie de 2020 et de la présence des centres dentaires et réseaux de soins entraînant une logique concurrentielle.

Cependant, la logique concurrentielle au terme de laquelle le patient peut faire de multiples devis chez différents praticiens est bien évidemment une des dérives connues, plus efficace pour abaisser les prix

que les sanctions disciplinaires, d'après M. Jacotot (19). S'il est évident que ce type de pratique relève du libre choix du praticien par le patient « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire* » article L1110-8 du CSP, l'impact des mutuelles dans le remboursement des soins suivant l'appartenance ou non d'un praticien à un réseau de soin pourrait constituer une entrave à cette liberté.

Cette considération de l'autonomie du patient à travers l'information préalable au traitement conduit François Violla à relever le lien existant entre la faute éthique et le comportement juridiquement sanctionnable du professionnel de santé (20). Si l'éthique et la déontologie ne sont pas du droit, le Code de déontologie, lui, est du droit (21). Dès lors, toute rupture dans les principes éthiques et déontologiques qui fondent le devis peut venir alimenter un litige entre un professionnel de santé et son patient puisque ces derniers sont inscrits dans le Code de la santé publique. Dès lors, il convient d'analyser l'engagement de la responsabilité du chirurgien-dentiste du fait d'un manquement à ses obligations en matière de devis.

1.3.3 Responsabilité professionnelle et devis odontologique

Le défaut d'information constitue, comme vu précédemment, à la fois une faute déontologique et une faute civile. Cependant, la responsabilité du chirurgien-dentiste ne peut être engagée que lorsqu'est démontré un lien causal entre la faute et le préjudice. Si dans un premier temps le préjudice établi pour un défaut d'information était uniquement la perte de chance (il ne pouvait y avoir sanction qu'à condition que l'information donnée ait été de nature à dissuader le patient de subir ou non une intervention), l'Arrêt du 3 juin 2010 reconnaît désormais un préjudice moral inhérent à la dignité humaine « *l'obligation du médecin d'informer son patient avant de porter atteinte à son corps est fondée sur la sauvegarde de la dignité humaine ; que le médecin qui manque à cette obligation fondamentale cause nécessairement un préjudice à son patient, fût-il uniquement moral, que le juge ne peut laisser sans indemnisation* » (cf. Annexe 1).

La responsabilité civile du chirurgien-dentiste est ainsi recherchée en cas de manquement à l'information sur les coûts des traitements : « *Attendu qu'il apparaît nettement que le Docteur F. n'a pas suffisamment informé sa patiente sur le coût des travaux à effectuer, qui comme l'ont relevé les premiers juges était un élément déterminant de son consentement à leur réalisation [..]* » (cf. Annexe 1). En ce qui concerne la responsabilité déontologique, le devis peut également être un élément support de la décision du juge, comme il est possible de le voir à travers la lecture de décisions des

juridictions ordinaires et du Conseil d'État (cf. Annexe 1). Il convient de souligner que la juridiction disciplinaire peut, même si elle retient l'existence d'une faute, tenir compte de certaines circonstances ou certains faits pour décider de ne pas infliger de sanction au professionnel poursuivi, et le juge de cassation exerce sur ce point un contrôle de qualification juridique (cf. Annexe 1). Ainsi toute violation du droit du patient à l'information préalable est indemnisée et le recueil de cette information doit être rigoureux afin de pouvoir répondre à un quelconque manquement.

En ce sens, pour que le consentement au devis soit valable, il doit obligatoirement recueillir la signature manuscrite du patient. Dans le cas où le praticien présente cette dite signature, mais que le patient la conteste, le tribunal correctionnel est saisi et le juge pénal peut établir une condamnation pour faux et usage de faux (cf. Annexe 1). De la même façon, si le chirurgien-dentiste réalise des soins prothétiques sans établir de devis préalable ni convenir à l'avance ses honoraires avec le patient, ceux-ci sont fixés judiciairement, dans le cas où les soins prodigués ont été nécessaires et conformes aux règles de l'art (cf. Annexe 1).

Le devis peut également protéger le chirurgien-dentiste en cas de litige, lorsqu'un patient refuse de régler les honoraires d'un traitement pour lesquels il avait consenti et qui ont été exécutés ou qu'il allègue à tort un défaut d'information de la part du professionnel (cf. Annexe 1).

Les différentes obligations du chirurgien-dentiste au sein de sa relation avec le patient brouillent parfois la compréhension de ce dernier. Pour preuve, la responsabilité du chirurgien-dentiste a été recherchée sur le fondement d'un autre droit, celui de la consommation, en atteste un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 21 mars 2013 : une patiente reprochait à un chirurgien-dentiste un défaut d'information préalable sur le montant des honoraires et leur prise en charge par le tiers payeur en vertu des articles L1111-1 et L122-3 du Code de la consommation. Dans le cadre du traitement réalisé, un devis avait été produit, mais non signé par la patiente. La demande de la patiente est rejetée par le juge d'appel qui rappelle que les dispositions des articles L111-1 et L122-3 du Code de la consommation posent, pour le premier, le principe d'une information préalable du consommateur par le professionnel vendeur de biens ou prestataire de services et, pour le second, prohibe certaines pratiques commerciales comme celle communément désignée sous le terme d'envoi forcé. Le juge précise ensuite que ces articles n'ont pas vocation à régir les relations entre un patient et un professionnel de santé organisées par des dispositions du Code de la santé publique, étant relevé que l'absence de commande (matérialisée par l'absence de signature du devis en odontologie), qui ne doit pas être assimilée à l'absence d'écrit (le devis en odontologie ayant été produit par le chirurgien-dentiste), ne peut être retenue s'agissant de soins dentaires qui supposent sinon la participation active du patient à tout le moins qu'il se rende aux rendez-vous fixés par le praticien.

Il convient également de rappeler que l'article L. 611-4 du Code de la consommation énonce que « *ne sont pas considérés comme des litiges de consommation, (...) les litiges concernant (...) les services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, l'administration et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux* ».

L'émergence d'un statut de consommateur de soins pour les patients semble s'inscrire dans l'évolution de la relation patient-praticien et la rééquilibration des rapports entre, d'une part, les professionnels de santé, et d'autre part des patients devenus usagers du système de santé et consommateurs de soins. Le droit de la consommation vient alors en support du droit commun fondé, pour les professionnels de santé, sur le Code de la santé publique (22). D'autres facteurs permettraient d'expliquer l'intrusion consumériste dans la relation de soins (23) : l'influence de la société de consommation sur la sphère de la santé personnelle (le soin devenant acte de consommation en vue d'améliorer le bien-être individuel), l'accroissement du flux d'information et notamment de la publicité en matière de produits de santé et, selon certains auteurs, un changement de sacralité de la médecine qui répond à une montée de l'individualisme (qui se traduirait par une importance accrue portée au corps et à la prévention des maladies et de la mort). Il convient également de relever que si la médecine ne doit pas s'exercer comme un commerce, certains actes sont assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée tels que les traitements esthétiques et jusqu'à récemment, l'implantologie orale (24).

La lecture de ces éléments de droit et de jurisprudence nous permet de comprendre l'importance de matérialiser le traitement dentaire sous la forme d'un écrit signé par l'ensemble des parties prenantes du traitement : patient et praticien. Tout écart à cette démarche pouvant être sanctionné dès lors que le lien de confiance qui unit ces parties est rompu et que le patient recherche la responsabilité du praticien. S'il est tentant de rechercher la responsabilité sur le fondement du Code de la consommation, le patient ne pourra fonder sa démarche que sur les dispositions du Code de la santé publique.

Depuis la première moitié du XXe siècle, le patient n'a cessé de gagner en autonomie. La relation contractuelle avec son praticien a donc considérablement changé et évolué au cours du temps, s'inscrivant désormais dans une relation régie par la législation. Ainsi, le praticien, tout comme le patient, a des droits et des devoirs et tout litige peut être juridiciarisé. Cependant, beaucoup de difficultés entourent certains actes, comme l'acte prothétique tantôt régi par une obligation de moyen tantôt par une obligation de résultat, en témoigne l'évolution de la jurisprudence précédemment

évoquée (cf. Annexe 1). Ces conflits qui en découlent peuvent poser la question d'un patient tendant de plus en plus vers un consommateur de la santé. Cette observation peut se ressentir également au travers de l'évolution du devis en odontologie, document éminemment éthique en ce qu'il consacre l'autonomie du patient : droit à l'information et au consentement éclairé, au libre choix du chirurgien-dentiste, au tact et mesure et au tiers payant ou encore à la prise en charge par des organismes obligatoires et complémentaires.

Ces changements, révélateurs d'une dynamique sociétale, vont ainsi directement impacter le patient, le praticien et la relation qui les anime. Nous allons désormais nous intéresser aux évolutions de politiques de santé en matière de devis en odontologie.

2 : Vingt ans de politiques de santé en matière de devis en odontologie

La première partie de ce travail de thèse a mis en avant la nécessité, pour le devis en odontologie, de répondre à des considérations déontologiques et aussi légales. Nous allons désormais étudier une troisième obligation à laquelle le devis se doit de répondre : l'obligation conventionnelle.

Sur la forme, il paraît indispensable de délivrer au patient un seul et unique document, en vue du remboursement de ses soins par les organismes d'assurance complémentaire. En ce sens, son contenu et sa présentation nécessitent une harmonisation, étendue à l'ensemble des chirurgiens-dentistes. Pour ce faire, plusieurs mécanismes peuvent permettre la mise en œuvre d'un devis unique à l'ensemble de la profession : une initiative unilatérale de la part du législateur, une mise en œuvre émanant de l'Ordre - garant de la déontologie de la profession - ou être le résultat d'un accord conventionnel entre les syndicats majoritaires et les organismes tiers-payeurs.

Si, dans les faits, c'est par la convention que le devis s'est mis en place au sein de la profession au début des années 2000, l'influence du législateur dans ce processus n'a pas été anodine : la modification du devis conventionnel a été rendue nécessaire par la loi du 4 mars 2002 (1) , la loi HPST de 2009 (25) , puis par la loi Fourcade de 2011 (26). Enfin, l'avènement du 100 % santé en 2020 engendrera de nouvelles modifications épousant une volonté d'accessibilité aux soins. Nous détaillerons dans un premier temps les règles entourant le devis au début des années 2000 puis nous verrons sa remise en cause par le législateur. Pour finir, nous étudierons ces nouveaux devis conventionnels en accord avec la législation.

2.1. Le devis en odontologie à l'aube des années 2000

Dès 1996, la MGEN et la CNSD ont élaboré ensemble un partenariat permettant l'amélioration de l'accès aux soins prothétiques et orthodontiques. Ce partenariat, qui repose sur un protocole de prise en charge établi entre le patient et le chirurgien-dentiste, est matérialisé par la délivrance d'un devis type « *Le chirurgien-dentiste s'engage également et préalablement à tout traitement prothétique à établir un devis (note d'honoraires selon un formulaire type négocié et annexé au protocole). Ce devis devra être daté et signé par le praticien et remis au mutualiste avec la demande d'entente préalable*

de la sécurité sociale et faire apparaître l'intégralité des honoraires demandés. Le devis note d'honoraires annexé au protocole prévoit une description du travail envisagé portant sur la nature du traitement, sa cotation et les honoraires demandés ainsi que des informations sur les matériaux utilisés et sur les motifs de l'acte (de nature thérapeutique ou autre). » (27). Ce premier devis, fruit d'accords entre le syndicat et l'organisme complémentaire, était initialement réservé à une partie de la population (les enseignants). À l'exception de cet accord, la rédaction initiale du devis avant les années 2000 n'était pas formalisée.

Le 18 avril 1997 les trois Caisses Nationales d'assurance maladie (CNAM-CCMSA-CANAM) et la CNSD signent une nouvelle convention dentaire pour une durée de quatre ans. Publiée au Journal Officiel le 31 mai 1997, celle-ci établit le premier devis conventionnel s'appliquant à l'ensemble des chirurgiens-dentistes conventionnés :

« Le devis pour traitement prothétique figurant à l'annexe II a été élaboré par les Parties Signataires de la précédente convention. Conformément aux souhaits des partenaires conventionnels et des services de la direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, cet imprimé a été rendu plus lisible pour l'assuré et plus informatif à plusieurs niveaux ; on y retrouve aisément les informations suivantes :

- schéma dentaire afin que le praticien affiche les dents qui font l'objet d'un traitement prothétique.
- les matériaux utilisés (métal non précieux ou métal semi-précieux ou précieux)
- le montant des honoraires et celui remboursable.

Ce devis tient également compte des nouvelles références de normes européennes [...] » (28)

Dès lors, ce devis constitue la première étape d'une longue série d'évolutions législatives et conventionnelles, marquée par un besoin grandissant de transparence rapporté par les parlementaires : en 1999 le sénateur Serge Matthieu déclare « La transparence d'un acte prothétique, pris ou non en charge par les organismes sociaux, ne saurait se faire par le biais d'un simple devis, mais bien par la remise d'un double de la facture du prothésiste dentaire, ayant effectivement réalisé la prothèse. » (29). La nécessité de transparence se concrétise par la loi du 4 mars 2002 réunissant les droits d'informations et de consentement éclairé des patients.

Cette volonté de transparence est également revendiquée par les patients et associations de consommateurs. En effet, en parallèle des évolutions technologiques, celle-ci a été accrue face aux différents scandales sanitaires (30) touchant les produits de santé comme l'affaire du Mediator en 2009 ou encore celui des prothèses PIP en 2010. La transparence dans notre prise en charge thérapeutique devient donc essentielle pour la sécurité et coopération du patient.

2.1.1 La mise en œuvre du devis conventionnel de 2003

L'avenant n°6 de la convention collective de 2003 met en place un nouveau devis unique pour l'ensemble des chirurgiens-dentistes conventionnés (31), pour tout acte soumis à entente directe. Il a été conçu, à l'époque, à la suite d'un partenariat entre les organismes complémentaires et deux syndicats professionnels : CNSD et UJCD-Union Dentaire.

L'objectif recherché, à la fois par les syndicats professionnels et les organismes complémentaires, était double : freiner la multiplication des formulaires et les contraintes administratives résultant des traitements de ces documents, et répondre aux exigences légales en matière d'information du patient « *l'obligation conventionnelle du devis n'est qu'un rappel des règles générales relatives au recueil du consentement du patient et à la nécessaire information préalable pour que ce consentement au traitement proposé se fasse de manière libre et éclairé* » (32). Enfin, ce devis sert également de note d'honoraires.

Le contenu du devis est précisé en annexe II de la convention : des éléments obligatoires sont tenus de figurer dans le devis en odontologie, complétés par des éléments facultatifs (cf. Tableau 1). Aucun autre élément ne peut figurer dans le devis. Parmi les éléments facultatifs, la mention « proposition de traitement – convention d'honoraires » a été insérée à la demande de la CNSD « *compte tenu des risques de conflit et d'interprétations du document. [...] Il s'agit de faire prendre conscience au patient qui signe le devis qu'il s'engage dans une convention et en accepte librement le volet financier* » (33).

En ce qui concerne la forme, tout chirurgien-dentiste est libre de rédiger son propre devis et sa propre note d'honoraire, dès lors qu'il indique au minimum les éléments obligatoires décrits au premier point de l'annexe II de la convention. Il peut également choisir d'employer un modèle type proposé par un syndicat (34) ou son logiciel.

Tableau 1 : Éléments obligatoires et éléments facultatifs pouvant figurer dans le devis (2003)

I. - Éléments obligatoires	II. - Éléments facultatifs
1. Date d'établissement du devis. 2. Identification du praticien traitant. 3. Identification du patient. 4. Durée de validité du devis. 5. Description du traitement proposé.	1. Sous-titre : "Proposition de traitement et de convention d'honoraire ». 2. Référence du devis. 3. NIR de l'assuré. 4. Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives

6. Description précise et détaillée des actes : nature de l'acte, localisation, matériaux utilisés (nature et normes) et montant des honoraires. 7. Cotation des actes selon la nomenclature. 8. Montant total des honoraires. 9. Base de remboursement pour l'assurance maladie obligatoire. 10. Mention : "Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement. 11. Signature du praticien. 12. Signature du patient, ou du (des) responsable(s) légal (légaux). 13. Toute mention légale obligatoire.	complémentaires. 5. Schéma dentaire initial. 6. Mention « les soins ne sont pas compris dans ce devis »
---	---

Source : Auteur, d'après Légifrance, « Avenant n°6 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes », 2022.

2.1.2 Un manque de transparence déploré

Si les éléments obligatoires sont définis depuis 2003, l'absence de normalisation quant à la description des matériaux des dispositifs médicaux ou encore de leur provenance et coût de fabrication soulève des réserves. Plusieurs propositions sont formulées afin d'intensifier la transparence comme en 2006 où il était suggéré d'apporter d'autres informations au devis telles que l'origine de la fabrication, la composition des matériaux, les honoraires du praticien ou encore la facture du dispositif médical (35). La proposition de faire directement payer le patient sa prothèse dentaire au « laboratoire fabricant » (36) a pu être mal perçue par l'ensemble de la profession, ce à quoi le Secrétariat d'État chargé de la santé répond « [...] le praticien et notamment le chirurgien-dentiste n'est pas simplement un intermédiaire, mais il réalise un réel travail technique sur la prothèse ce qui justifie parfois une adaptation de son prix. »

Ces différentes prises de position d'élus mettent en lumière une ambiguïté entre la conception d'un produit de santé - la prothèse dentaire - et l'activité de soin qui est définie sous la terminologie « d'acte prothétique ». En effet, comme vu précédemment dans la partie 1, il convient de distinguer l'acte médical prothétique comportant la conception ainsi que la pose du DMSM de la confection de la prothèse dentaire en tant qu'objet, appareillage. Le prothésiste étant tenu à une obligation de résultat dans la réalisation de l'appareillage, renforcer son poids dans la délivrance du dispositif médical risque de conduire à une requalification des responsabilités des acteurs : le prothésiste s'engageant non plus exclusivement auprès du professionnel de santé, mais également auprès d'un patient qu'il n'aura jamais vu, et auprès duquel il n'aura pas contracté directement. Cette ambiguïté est maintenue par la

jurisprudence évoquée précédemment, imposant une obligation de résultat quant à la conception du DMSM qui, elle, est à la charge du chirurgien-dentiste (cf. 1.1.2).

2.2 Paradigme politique et évolution des devis 2009-2011

2.2.1 La loi HPST, un mot d'ordre : transparence.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), ou encore « loi Bachelot », a été promulguée le 21 juillet 2009 (25) . Cette loi ambitionne notamment de *“garantir, à tous nos concitoyens, l'accès à des soins de qualité”* (37).

L'article 57 de la loi HPST modifie le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique, introduit par la Loi Kouchner (1), en le complétant par deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à R. 5211-24 dans des conditions fixées par décret. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. »

L'Ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux va modifier l'article 1111-3 du Code de la santé publique, concerné par cet article 57 (38) : *« Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines. »*. Ce texte cible explicitement les professionnels libéraux, qui constituent la grande majorité de la profession (plus de 80 %).

Si cette mesure a pour but - affiché - d'introduire davantage de transparence dans la facturation de l'acte prothétique, sont craintes des difficultés dans son application du fait des disparités, mais également une différence de traitement selon si le praticien exerce en libéral ou non, en l'atteste le propos du sénateur Barbiet qui parle de « discrimination » : « [l'article 57] visait à apporter plus de transparence à l'information des patients sur le coût et la traçabilité des dispositifs médicaux, notamment des prothèses dentaires. Les conditions de son application étaient renvoyées à un décret. Or, l'ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux, prise en application de l'article 70 de cette même loi, supprime toute référence à ce décret de même que l'obligation de fournir au patient copie du certificat de conformité du dispositif médical. Au-delà des difficultés posées par l'absence de décret, les chirurgiens-dentistes dénoncent le dévoiement de l'article 57 de la loi HPST qu'ils estiment par ailleurs discriminatoire puisque certains praticiens n'y seraient pas soumis, notamment les salariés des hôpitaux, des centres de santé et des cabinets mutualistes. Il souhaite donc connaître les raisons qui ont poussé le Gouvernement à supprimer la référence au décret et surtout l'obligation de fournir au patient copie du certificat de conformité du dispositif médical » (39).

À ce sujet, la réponse du ministère de la santé reconnaît l'existence d'obstacles pratiques à la mise en application de la mesure et soulève le risque de fournir une information difficile à recevoir pour le patient :

« [...] Il est apparu que les spécificités de fabrication des prothèses dentaires, différentes d'un chirurgien-dentiste à l'autre, ne permettent d'envisager facilement un tel devis, notamment en regard de l'obligation d'indiquer le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage. L'application de cette mesure législative pourrait donc avoir un effet inverse de celui recherché en apportant aux patients une information complexe et peu standardisée. Un travail est en cours avec les représentants des chirurgiens-dentistes pour envisager de remplacer cette obligation d'indiquer le prix d'achat par le coût de la prothèse et d'indiquer le lieu de fabrication de la prothèse. »

2.2.2 La loi Fourcade : la réponse aux difficultés d'application de la loi HPST

En réponse aux difficultés de mise en œuvre de la loi HPST, une proposition de loi est déposée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade en vue de modifier celle-ci : « Le texte proposé supprime l'obligation de détailler chaque élément de l'appareillage et remplace l'obligation de faire figurer le prix d'achat par l'obligation de faire figurer le « coût » des matériels, afin de tenir compte de la situation de chirurgiens-dentistes qui emploient des prothésistes. » (40).

En effet, indiquer le prix d'achat des constituants de l'appareillage n'inclut pas l'adaptation de ce dernier en vue d'être un DMSM ni les divers frais inhérents au cabinet. De plus, cette demande d'information risquait de contribuer à la perte de confiance et la sensation d'être « floué » en regard de la différence entre le prix d'achat et le prix de vente final au patient, en attestent les propos de Valérie Boyer, rapporteur de la proposition de la Loi Fourcade : « *Le véritable problème, c'est la méconnaissance de l'art dentaire en France. Quand vous payez 1 000 euros pour une fausse dent, la prothèse en elle-même ne constitue que 10 à 15 % de ce prix. Mais il faut que le public comprenne que le chirurgien engage beaucoup de frais à côté du simple achat* » (41).

La proposition de loi du sénateur Jean-Pierre Fourcade va conduire à la loi du 10 août 2011 (26) qui porte son nom.

L'article L1111-3 du Code de la santé publique est ainsi réécrit : « [...] *Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, en application du deuxième alinéa du présent article, le montant du dépassement facturé. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés* ».

Cette modification a son importance, elle permet au chirurgien-dentiste d'inclure les frais liés à la fabrication du dispositif médical sur mesure et donc de renseigner son prix de vente final, bien différent du prix d'achat des éléments de l'appareillage. Le montant de la prestation de soin permet quant à lui d'expliquer la différence entre le prix de vente de l'appareil et les honoraires payés par le patient. Enfin, sont aussi bien concernés les chirurgiens-dentistes libéraux que les salariés exerçants en centre de santé : il n'y a plus de discrimination sur la modalité d'exercice du professionnel. De plus, la compréhension pour le patient ainsi que la faculté pour le praticien de renseigner ces informations en sont considérablement améliorées, comme en attestent les propos du ministre des Affaires sociales et de la Santé en réponse à une question « *L'article L. 1111-3 du code de la santé publique a ensuite été modifié par l'article 13 de la loi du 10 août 2011 en remplaçant les termes : « prix d'achat » par : « prix de vente », car cette information est complexe, peu standardisée et qu'il n'est pas possible de détailler le prix d'achat de chacun des appareillages qui compose la prothèse.* » (42).

Malgré les avantages exposés précédemment, le rapport de la Cour des comptes de 2016 revient sur cette modification et déplore la « perte » de l'information du prix d'achat de la prothèse « *Par ailleurs, il conviendrait de rétablir les dispositions de la loi du 21 juillet 2009, qui rendaient obligatoires l'information du patient sur le prix d'achat de sa prothèse dentaire. La disparition de cette information et l'opacité du calcul du prix de vente, qui comporte, sans qu'on puisse en distinguer les composantes, le prix d'achat, des quotes-parts d'autres frais variables et de frais fixes et la marge du dentiste font reculer la transparence des prix au détriment des patients.* » (43). Celle-ci n'a donc pas changé d'avis depuis 2010 où elle déclarait « *Il reste qu'un renforcement de la transparence et de la concurrence permettrait en tout état de cause de réduire la rente spécifiquement liée à ces importations à bas coûts* » (44).

2.3 Un nouveau devis conforme aux exigences législatives : 2012-2021

2.3.1 Un avenant pour faire écho à la loi Fourcade

La loi Fourcade impose alors aux partenaires conventionnels de trouver un accord sur la rédaction d'un document type, faute de quoi celui-ci serait rédigé par le gouvernement par décret (45). Au terme de négociations avec l'UNCAM et l'UNOCAM, la CNSD ainsi que l'UJCD-UD signent le 16 avril un avenant n°2 à la Convention dentaire de 2006. Le texte est adopté par 65 % des syndicats confédéraux lors d'un conseil des départements extraordinaire le 13 avril. L'UNOCAM déclarera à ce propos qu'elle « *sera signataire de l'avenant n°2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, même si celui-ci n'est pas à la hauteur des enjeux du secteur dentaire.* » (46).

C'est le 31 juillet 2012 qu'est publié au JO cet avenant conventionnel, avalisé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol Touraine, qui établit une ventilation des honoraires en trois parties en accord avec la loi Fourcade (cf. Annexe 2):

- Prix de réalisation de la prothèse
- Coût du fonctionnement du cabinet et plateau technique ou « taux de charge de structure » calculé à partir de la déclaration de revenus 2 035
- Montant de la prestation médicale

Cette présentation, répondant aux exigences législatives, présente plusieurs avantages d'après M. Daniel Hugues (CNSD) (45) ;

Tout d'abord la remise en valeur et en lumière du travail médical du chirurgien-dentiste via la présentation du coût du plateau technique et du coût de réalisation de la prothèse, la fabrication de

la pièce prothétique étant alors reléguée au second plan. Celle-ci permet également, à l'heure où la notion de « dépassement d'honoraires » est omniprésente, de faire la démonstration que les honoraires libres sont le résultat de diverses contraintes structurelles. Pour finir les exigences en matière de traçabilité ont été écoutées puisque le chirurgien-dentiste renseignera sur le devis les indications quant à l'origine de la prothèse, fournies par son prothésiste. À cela s'ajoute un « kit de transparence », mis en place par la CNSD, imposant au prothésiste de certifier l'origine du DMSM sur la déclaration de conformité, qu'il doit remettre avec toute prothèse qu'il réalise (47).

À l'occasion d'une réunion de la Commission le 6 septembre 2012, les difficultés d'application du devis ont été listées : exercices en société, collaborateurs libéraux ou salariés, cabinet avec laboratoire de prothèse ou CFAO, jeunes installés depuis moins de deux ans, etc. La CNSD avait alors fait acter la nécessaire concomitance de l'application du devis aux libéraux avec les centres de santé sans quoi le devis ne serait pas appliqué (48). Cependant, les négociations de l'avenant n°3 sur la mise en place de la CCAM retardent les travaux et c'est en septembre 2013 seulement que la commission finalise les modes d'emploi. La non-application de ce devis type n'étant alors plus justifiable, les contrôles dans les cabinets se multiplient dans plusieurs régions de France via la DGCCRF, relevant 83 % de taux d'infraction concernant le devis conventionnel (49).

M. Chantrel, conseiller chargé des réformes structurelles et de la concurrence auprès du ministre, a révélé à la CNSD que *« l'enquête a été menée d'août 2013 à janvier 2014 par les services de la DGCCRF. Les résultats sur la conformité des devis sont ceux d'un panel extrait par les enquêteurs eux-mêmes. L'enquête a été menée dans 49 directions départementales réparties dans 22 régions. Elle a porté sur 553 chirurgiens-dentistes, opérant seuls ou en cabinet commun. Les départements ont été classés en 4 groupes en fonction du nombre de chirurgiens-dentistes implantés, ce qui a conduit à enquêter auprès de 30 professionnels sur Paris, 15 pour les départements comptant plus de 1000 praticiens, 10 pour ceux comptant plus de 500 praticiens et 5 pour ceux comptant moins de 500 dentistes. »*. En réponse à l'écart important entre les chiffres de 2013 de la DGCCRF et ceux de l'OCAM M. Chantrel répond que celui-ci *« pourrait s'expliquer par un décalage à la fois temporel et de périmètre entre ces deux constats. En tout état de cause, s'il convient de saluer cette amélioration, il demeure préoccupant que plus de deux ans après l'entrée en vigueur du devis type, celui-ci ne soit pas davantage respecté »* (50).

En réaction aux résultats de ces contrôles, le député M. Richard Ferrand suggère en proposition n°15 - dans un rapport missionné par le ministre de l'Économie Emmanuel Macron- de remettre au patient un devis dans lequel figure le prix d'achat du dispositif médical dans le but de *« [...] permettre au consommateur (patient ou justiciable) de donner un consentement éclairé sur le tarif qui sera appliqué. »* (51).

Cette remise en question du devis conventionnel, fruit de cinq années de discussions, ne fait pas l'unanimité au sein de la profession. La CNSD déclare ne pas avoir été auditionnée, contrairement à ce que recommandait la lettre de mission du Premier ministre, l'empêchant ainsi d'expliquer les différents enjeux de ce devis à savoir que revenir à une information parcellaire comme préconisée serait « *la victoire de l'opacité et une nouvelle attaque contre la profession* » (52). De plus, l'application totale de ce devis par les chirurgiens-dentistes est en cours, parallèlement à la mise à jour des logiciels liée à la mise en œuvre de la CCAM. En commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et séance plénière, plusieurs députés ont également demandé à remettre cette mention (53).

2.3.2 Garantir le 100 % santé à travers le devis odontologique

Quelques années plus tard, les élections présidentielles de 2017 marquent un nouveau tournant dans l'évolution de ce devis conventionnel avec M. Emmanuel Macron élu Président de la République. M. Richard Ferrand devient Président de l'Assemblée nationale en 2018, dont le groupe majoritaire est la République En Marche depuis 2017.

Une nouvelle réglementation entre en vigueur dans la remise d'un devis préalable aux soins. En effet, celui-ci doit désormais être obligatoirement remis au patient dans les conditions définies par l'article 7 de l'Arrêté du 30 mai 2018 (54): « *Les professionnels mentionnés (...) lui délivrent une information écrite préalable comprenant la description des actes et prestations, le montant des honoraires fixés ainsi que, le cas échéant, le montant pris en charge par la sécurité sociale, dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros. La détermination de ce seuil inclut également le montant des actes indissociables à la prestation initiale, à réaliser par le même professionnel, lors de consultations ultérieures.* ». Parallèlement la réforme 100 % santé en optique, dentaire et audioprothèse (promesse électorale du Président Emmanuel Macron), débutée depuis 2018, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Les dispositions l'encadrant sont prévues par le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 (55) . En conséquence, un avenant conventionnel voit le jour pour répondre aux nouvelles volontés législatives : l'avenant n°3, conclu le 26 novembre 2019. Voté par l'UNCAM, l'UNOCAM ainsi que les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes CDF, FSDL et l'UD, celui-ci est publié au JO le 7 février 2020.

Le nouveau devis conventionnel prévu par cet avenant s'articule autour de deux pages : la première correspond aux informations administratives avec les explications des colonnes, la seconde présente les traitements et les alternatives thérapeutiques sans reste à charge ou reste à charge modéré. Plusieurs évolutions sont observables (cf. Annexe 3) :

Le dernier paragraphe de l'article 26.4 intitulé « devis » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), le praticien s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe. Le modèle de devis est établi en annexe 14 du présent texte accompagné d'une fiche explicative. [...] » (56). Si le professionnel de santé est désormais tenu d'informer sur l'existence de ces alternatives thérapeutiques - en signant le devis le patient lira dans cette même case « Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choix de son traitement » - il n'est toutefois pas obligé de les réaliser. Il devra néanmoins renseigner son intention de réaliser l'alternative thérapeutique ou non en remplissant la case « réalisé par votre praticien ».

Les trois colonnes précédemment définies dans l'avenant n°2 sont fusionnées en une seule nommée « honoraires dont prix de vente du dispositif médical » et trois nouvelles colonnes font leur apparition (57) :

- N° de traitement : permet d'identifier les prothèses en rapport et donc d'établir la correspondance avec les alternatives thérapeutiques.
- Panier : 1 pour RACO, 2 pour RACM, 3 pour tarif libre et 4 pour complémentaire santé solidaire
- Honoraires limites de facturation : indiquer dans cette colonne les honoraires limites de facturation des actes des paniers RACO et modéré.

L'Assurance Maladie propose le tableau ci-contre aux éditeurs de logiciel comme outil d'aide au remplissage de ces nouvelles parties « alternatives thérapeutiques » (56) :

Tableau 2 : Aide au remplissage des parties « Alternatives thérapeutiques » prévue par l'Assurance Maladie

R0	Si l'acte inscrit dans le traitement proposé appartient au panier libre ou maîtrisé, la recherche d'un acte alternatif selon les règles ci-dessous est effectuée pour inscription dans la partie « information ».
R1	Le choix de l'acte alternatif est effectué selon le tableau de correspondance
R2	L'acte alternatif inscrit dans la partie « information » doit être remboursable
R3	L'acte alternatif est choisi en priorité dans le panier 100 % santé, puis dans le panier modéré.
R4	Si plusieurs actes alternatifs sont possibles dans le même panier, le choix doit se faire selon le type de matériau le plus proche (métallique, non métallique) – (colonne Type)
R5	Si l'acte alternatif n'est pas réalisé par le praticien, il est inscrit dans la partie « information » sur le devis. Le praticien ne renseigne pas la colonne « honoraire... », la colonne « montant

non remboursé... », et indique « NON » dans la colonne « réalisé par votre praticien ». Un nouveau choix alternatif est effectué parmi les actes réalisés au cabinet et inscrit, s'il existe, dans la partie « information ».

Source : Auteur, d'après Légifrance, « Avis relatif à l'avenant n°3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 », 2022.

Si des améliorations ont été apportées depuis 2009, certains syndicats dentaires déplorent la persistance de l'absence d'une information claire et adaptée, comme c'est le cas de la FSDL allant jusqu'à comparer le nouveau devis à une « usine à gaz » en évoquant sa lisibilité. Par ailleurs, ils condamnent la persistance de la mention prix de vente « *faisant passer le chirurgien-dentiste pour un commerçant.* » (58). Mais tous les syndicats ne sont pas de cet avis comme M. Thierry Soulié, président de la CNSD, qui se réjouit de la disparition des trois colonnes anciennement présentes dans l'Avenant n°2 de 2006 (59).

2.3.3 L'analyse des devis : une pratique des organismes complémentaires

Les difficultés d'application des devis conventionnels ont conféré un poids plus important aux organismes complémentaires. En effet, les réseaux de soins ont d'ores et déjà modernisé leurs services d'analyse de devis. Deux cas de figure sont décrits : si le chirurgien-dentiste est adhérent au réseau, il adresse directement le devis de façon électronique au réseau de soin et celui-ci apporte une réponse en temps réel à l'assuré sur son smartphone, en l'informant du respect des tarifs en vigueur et de son reste à charge. Si ce n'est pas le cas, alors l'assuré doit lui-même envoyer le devis sur la plateforme en se connectant à son espace client, et recevra une réponse là aussi dans les quelques minutes suivantes.

L'analyse et le conseil concernant les praticiens hors réseaux constituent une nouvelle activité, comme le déclare M. Jean-François Tripodi, directeur général de la complémentaire santé « Carte blanche ». Ce dernier précise (60) que le devis en odontologie décrypté est proposé avec l'analyse, par le réseau, du matériau utilisé et du placement de la dent. Par exemple sera renseigné le risque d'apparition d'un « fin liseré métallique » au niveau de la gencive dans le choix d'un alliage céramo-métallique avec un métal précieux car « *Ce niveau de détail permettra à l'assuré d'avoir des éléments de discussion lors de la deuxième visite chez le chirurgien-dentiste.* ».

Cette différence de traitement laisse craindre un biais dans le droit fondamental de libre choix du praticien par le patient, en attestent les propos du sénateur Alain Milon, rapporteur de la loi Fourcade, « [...] rapporteur, j'avais dit qu'offrir un meilleur remboursement aux adhérents qui se font soigner par

un professionnel conventionné par un réseau de soins s'inscrit non pas dans le cadre du conventionnement de ce dernier, mais bien dans celui des relations entre les adhérents et les mutuelles. J'avais aussi dit que cette incitation financière semble actuellement interdite aux mutuelles par le code de la mutualité - ce qui n'a pas changé - et qu'il ne semblait pas légal de la part des autres catégories d'organisation complémentaire d'assurance maladie (Ocam), puisque le code de la santé publique érige en règle fondamentale de la législation sanitaire le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé. » (61).

Si la transparence et la traçabilité ont été les éléments majeurs de la mise en œuvre d'un devis conventionnel harmonisé, au travers de la loi HPST puis de la loi Fourcade, ces exigences ont donné naissance à un devis conventionnel considéré comme très descriptif et parfois difficile à comprendre pour le patient et pouvant remettre en cause la délivrance d'une information claire et adaptée. De plus, les demandes croissantes de transparence ont été vécues, par une grande partie de la profession, comme une volonté d'afficher une « marge » réalisée sur les prothèses dentaires et ainsi causer une perte de confiance à l'égard des chirurgiens-dentistes. L'avènement du 100 % santé quant à lui, a fait prendre un virage important dans le devis conventionnel, abandonnant la ventilation demandée au profit des alternatives thérapeutiques dans une volonté d'accès aux soins pour tous.

Ce constat nous invite à nous intéresser aux positions des acteurs concernés par l'élaboration des politiques de santé en matière de devis en odontologie : ordre professionnel, syndicats de la profession et des prothésistes, décideur politique, complémentaires santé, DGCCRF...

Nous allons chercher, dans la continuité de notre étude, à recueillir les points de vue de ces acteurs en ce qui concerne l'évolution du devis odontologique : passé, actuel et futur.

3 : Évolutions en droit, évolutions en pratique ?

Le cadre réglementaire du devis en odontologie s'est construit en réponse aux changements de notre société et de nos pratiques. Le devis doit désormais répondre à un grand nombre d'obligations dont le non-respect peut engager la responsabilité du praticien sur différents fondements. Dès lors, qu'en est-il en pratique ? Il est légitime de se demander si le devis en odontologie, dans sa forme actuelle, répond aux exigences affichées en matière d'information du patient et de transparence du dispositif médical. Afin de répondre à cette question, trois solutions s'offrent à nous : interroger les chirurgiens-dentistes, qui émettent les devis, interroger les patients, qui sont les bénéficiaires directs de ces devis, ou recueillir le point de vue des acteurs qui ont mis en œuvre les politiques de santé récentes relatives au devis conventionnel.

Cette troisième voie nous a semblé la plus opportune puisqu'elle nous permettrait de mieux appréhender les différentes forces en présence et leurs points de vue respectifs : organisations professionnelles (ordre, syndicats), législateur, institutions et administrations.

3.1 Matériel et méthode

3.1.1 Choix du type d'étude

Une analyse qualitative a été menée sur une période de cinq mois allant du 13 septembre 2021 au 23 février 2022 au moyen d'entretiens individuels semi-directifs. En effet, les entretiens individuels sont la forme classique en recherche qualitative (62). Il en existe trois sortes : directif, non directif et semi-directif.

À mi-chemin de l'entretien directif, présentant une information partielle et concise, et de l'entretien libre qui lui au contraire obtient une information peu pertinente et peu ciblée, se situe la démarche semi-directive. Celle-ci permet d'obtenir une information de qualité, pertinente, nous permettant de comprendre les enjeux de chacun (63). Ainsi, cet outil de recherche semble le plus adapté pour notre étude.

L'entretien semi-directif est structuré par la réalisation d'un guide d'entretien qui prend la forme d'une consigne de départ et d'une liste de thèmes sous forme de mots clés (64).

3.1.2 Choix des intervenants

Les participants ont été choisis d'après leur statut ainsi que leur implication dans la rédaction et dans l'application du devis en odontologie ces vingt dernières années.

Dans un premier temps, nous avons listé les catégories ayant un impact sur la rédaction du devis en odontologie :

- Le Gouvernement actuel, afin d'avoir une vision plus large de la politique de santé actuelle et à venir en matière de chirurgie dentaire
- Le Parlement, ayant examiné et modifié les lois encadrant le devis
- La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, qui veille à l'application du devis par les chirurgiens-dentistes
- La Direction de la sécurité sociale, ayant vérifié la bonne application des textes réglementaires lors de l'élaboration du devis conventionnel
- L'UNCAM/UNOCAM, acteur dans l'élaboration du devis conventionnel
- L'Ordre des chirurgiens-dentistes, garant de la déontologie
- Les différents syndicats dentaires impliqués dans les négociations conventionnelles (CDF, UD, FSDL, SCFD)

3.1.3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit à partir de problématiques soulevées après une analyse approfondie de la littérature, en fonction des objectifs de l'étude. Notre étude présente deux objectifs principaux : celui d'analyser les causes de l'évolution du devis en odontologie ces vingt dernières années et les conséquences en ce qu'il consacre ou non les droits et devoirs des patients. Comme objectif secondaire, il conviendra de proposer un devis permettant de répondre aux besoins fondamentaux des patients, de la société et du chirurgien-dentiste. En ce sens, nous avons développé quatre thématiques principales et, au sein de celles-ci, des sous-catégories énoncées selon le déroulement de l'entretien.

Tableau 3 : Guide d'entretien

Thématique	Pistes de réflexion
Comment interprétez-vous l'évolution du devis en odontologie sur ces vingt dernières années ?	<ul style="list-style-type: none">▪ Etat de la relation praticien-patient▪ Inquiétude grandissante vis-à-vis de la sécurité des DMSM, exportation

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'influence du législateur
Comment trouvez-vous la forme actuelle du devis, celle-ci répond-elle aux droits fondamentaux des patients ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité d'un document standardisé ▪ Facilité de compréhension : consentement éclairé et information loyale, claire et adaptée ▪ Maintien du secret médical ▪ Sécurité vis-à-vis des DMSM ▪ Données acquises de la science et règle de l'art
Que va-t-il advenir du devis en odontologie selon vous et quelles sont vos inquiétudes si vous en avez ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application du devis ▪ Logique concurrentielle ▪ Demande accrue de transparence ▪ Encadrement de la profession ▪ Ingérence des organismes tiers dans la relation praticien-patient
Propositions d'améliorations pour avoir un devis répondant aux droits fondamentaux des patients et à l'accès aux soins pour tous ?	

Source : Auteur, 2022.

3.1.4 Recueil des données

Les différents acteurs ont été contactés par mail ou par téléphone. Les quatre thématiques ainsi qu'une présentation du travail de thèse ont été jointes. L'entretien s'est déroulé en présentiel, par téléphone, visioconférence ou par retour écrit selon la convenance de l'interlocuteur et a été enregistré via l'application dictaphone du smartphone de l'enquêteur dans le cas où l'intervenant l'acceptait. Celui-ci a ensuite été retranscrit sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word®) le plus fidèlement possible puis envoyé à l'interlocuteur afin qu'il le valide, ce dernier étant autorisé à apporter des modifications ou précisions s'il le souhaitait. Par ailleurs, un formulaire de consentement a été également transmis pour permettre l'utilisation des données collectées. L'entièreté des entretiens, relus et approuvés par chaque intervenant, figure en annexe.

3.1.5 Analyse des données

Une analyse thématique transversale de contenu a été réalisée par l'enquêteur, sans utilisation de logiciel d'aide à l'analyse.

Un codage thématique dit « axial » des verbatims a été réalisé manuellement sur Word via un code couleur. Ainsi chaque partie du verbatim a été classée dans une catégorie, les catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise.

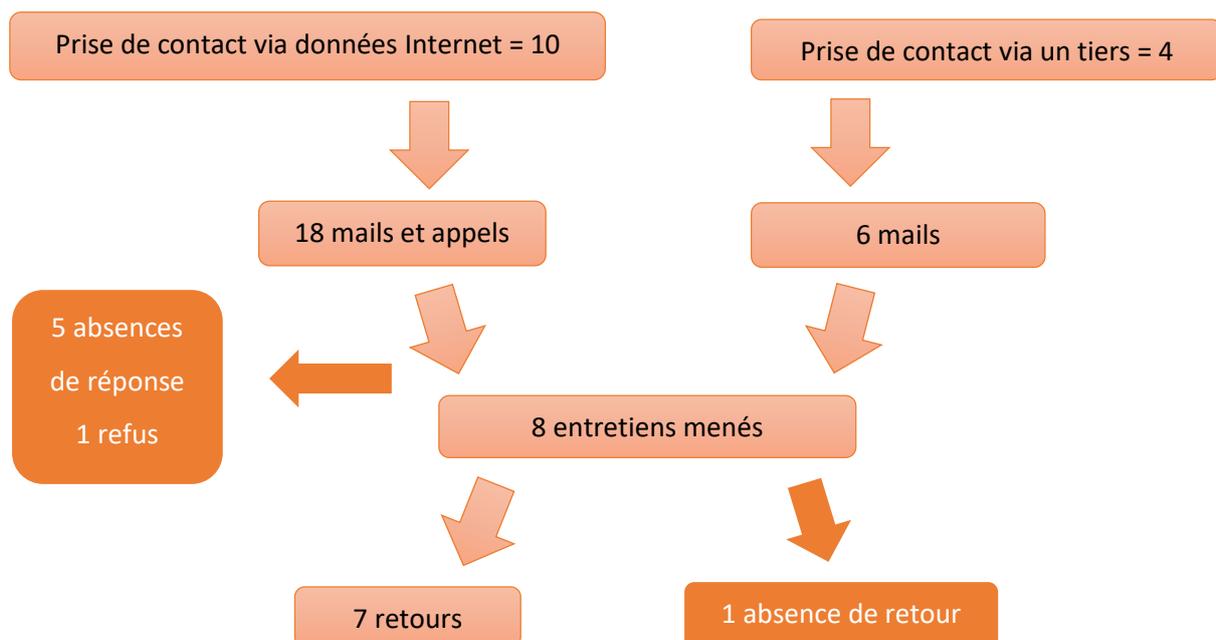
Les thèmes et catégories n'ont donc pas été définis à l'avance, mais ont été déterminés à partir des données. Ce codage a été réalisé par une seule personne, l'enquêteur, et validé par le directeur de thèse.

3.2 Résultats

3.2.1 Caractéristiques de la population de l'étude

Sur les 14 prises de contact téléphonique et/ou Internet, huit réponses positives ont été obtenues, une réponse négative et cinq sont restées sans réponse sur une période de cinq mois allant du 13 septembre 2021 au 23 février 2022.

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude



Source : Auteur, 2022.

Ainsi parmi notre choix idéal de population étudiée, six n'ont pu avoir lieu avec :

- Un représentant national du syndicat FSDL
- Trois anciens présidents de l'ONCD
- Un représentant de l'UNCAM
- Un représentant de l'UNOCAM

Par ailleurs, un entretien a été mené avec un représentant de l'Ordre national des Chirurgiens-dentistes, mais n'a pas conduit à un retour validé par l'intervenant de l'entretien écrit.

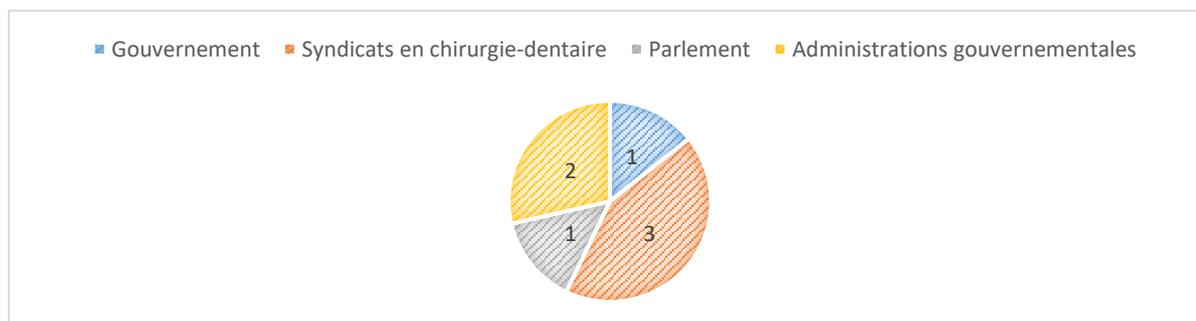
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des acteurs interrogés

Nom/Prénom	Secteur d'activité	Institution représentée	Statut professionnel	Rôle vis-à-vis du devis en odontologie	N°
Gabriel ATTAL	Politique Parti : La République en Marche	Gouvernement	Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, Porte-parole du Gouvernement (depuis 2020)	Représentant du Gouvernement, élaboration des politiques de santé	1
Alain MILON	Politique Parti : Les Républicains	Sénat	Sénateur du Vaucluse Vice-Président de la Commission des Affaires sociales Membre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale 1 ^{er} vice-président de la délégation parlementaire française au Conseil de l'Europe	Rapporteur de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.	2
Ambroise PASCAL	Administration gouvernementale	DGCCRF	Chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne à la DGCCRF	Contrôle de l'application des devis (via enquêtes)	3

Emmanuel Frère-Lecoutre	Administration gouvernementale	DSS	Chef du bureau des relations avec les professions de santé	Élaboration et suivi des politiques publiques de Sécurité sociale (n'a pas participé à la rédaction du devis, mais a vérifié la bonne application des textes réglementaires, cf. entretien n°4)	4
Sylvain Vieules	(Ministère des Solidarités et de la Santé)		Chargé de mission Bureau 1B- Relations avec les professions de santé Sous-direction du financement du système de santé (SD1)		
Thierry SOULIER	Syndical Libéral	CDF	Président national du syndicat des chirurgiens-dentistes de France Chirurgien-dentiste	Participation à la rédaction des deux derniers devis conventionnels (signataire)	5
Franck MOUMINOUX	Syndical Libéral	UD	Président national du syndicat Union-Dentaire Chirurgien-dentiste	Participation à la rédaction des deux derniers devis conventionnels (signataire)	6
Marie-Christine BARBOTIN	Syndical Libéral	SFCD	Vice-Présidente nationale du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes Présidente Régionale IDF du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes	Action syndicale	7

Source : Auteur, 2022.

Figure 2 : Secteurs d'activité des intervenants

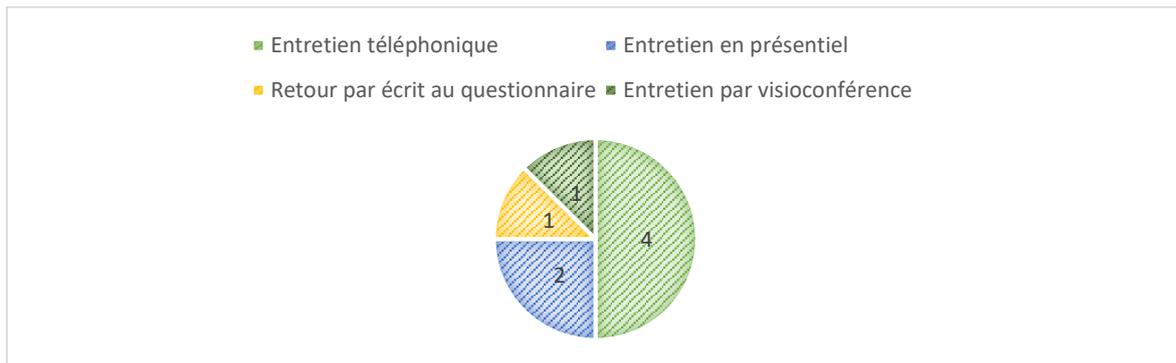


Source : Auteur, 2022.

3.2.2 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été proposés sur une période allant du 13 septembre 2021 au 23 février 2022, réalisés en majorité par téléphone sur une durée variable de 18 minutes à 1h30. Parmi les entretiens, un seul intervenant n'a pas souhaité l'enregistrement.

Figure 3 : Types des entretiens menés



Source : Auteur, 2022.

Sur les huit entretiens menés, sept ont mené à un consentement retourné et à une transcription écrite validée par l'intervenant.

3.2.3 Analyse thématique transversale

3.2.3.1 Évolution des devis : causes et conséquences

[Une demande de normalisation du devis en odontologie d'origine multifactorielle](#)

La nécessité d'une normalisation des devis en odontologie est un consensus pour tous les intervenants :

« Il y a toujours eu un devis ! Mais ces devis étaient somme toute classiques, certains les faisaient même à la main il y a une époque, c'était un petit peu l'anarchie » (cf. Entretien 6)

"A l'époque c'était « j'informe que je pose une couronne à tel montant » et voilà, moi le premier, et on faisait ça sur du papier chacun un peu à sa façon" (cf. Entretien 5)

« C'est sûr qu'il a beaucoup évolué depuis les années 60 où une simple poignée de main suffisait pour se mettre d'accord avec son praticien » (cf. Entretien 7).

Cette demande de normalisation est d'origine multifactorielle :

« L'évolution est multifactorielle, elle ne peut pas être due à une chose précise » (cf. Entretien 6).

Tableau 5 : Causes multifactorielles de la normalisation du devis en odontologie : analyse des verbatims

L'influence du législateur	
<p>"Pour le législateur, la santé est un bien comme un autre et doit être traitée de la même manière, sans discrimination" (cf. Entretien 5).</p> <p>« Les pouvoirs publics s'en sont mêlés, car il fallait y rajouter tout ce qui concernait les matériaux utilisés et il fallait que le devis soit signé puisque, par son biais, il donnait lieu à un consentement éclairé » (cf. Entretien 6).</p> <p>« Les pouvoirs publics ont voulu s'immiscer dans cette réalité relationnelle, je ne pense pas que ça ait aidé » (cf. Entretien 7).</p> <p>« Ce n'était absolument pas une demande du patient qui se perdait complètement dans ces chiffres et dont ce n'était pas le souci. Cela ne correspondait pas du tout à une réalité, à une problématique entre le patient et son praticien. » (cf. Entretien 7).</p>	
Demande des usagers du système de santé	
<p>"Le devis s'est adapté à des changements de comportement de la part des patients, des consommateurs et des usagers qui sont des assurés sociaux" (cf. Entretien 5).</p> <p>" Le devis a répondu à une demande grandissante de la part de la société" (cf. Entretien 5).</p> <p>« Quand l'État s'en mêle, c'est qu'il y a eu une pression de certains organismes de défense du patient. C'est un petit peu mêlé. » (cf. Entretien 6).</p>	
Information sur la provenance des matériaux	Information sur les prix des soins dentaires
<p>« La préoccupation première des patients, concernant leur sécurité [est] davantage vis-à-vis de la provenance des dispositifs médicaux que de leur coût » (cf. Entretien 3).</p>	<p>« L'évolution du devis dentaire correspond également à une attente du consommateur à propos de la transparence sur les prix de la prothèse, il en va de l'aspect de protection</p>

<p>« Il y avait une demande accrue de la part des usagers, parce que j'ai aussi auditionné les usagers, et il y avait également une demande accrue de la part des collègues parlementaires, députés et sénateurs, qui contestaient un petit peu tous les textes qu'on pouvait mettre en place s'il n'y avait pas cette assurance d'avoir des produits de qualité » (cf. Entretien 2).</p>	<p>économique du consommateur (loyauté) » (cf. Entretien 3).</p>
<p>La spécificité de la chirurgie dentaire</p>	
<p>« La difficulté pour la profession de chirurgien-dentiste est de réguler les tarifs au niveau global; normalement on régule l'acte d'une part et les dispositifs médicaux de l'autre, mais pas de manière unique ! » (cf. Entretien 4).</p>	
<p>Influence de l'informatisation</p>	
<p>« Le devis a donc évolué et s'est normalisé surtout avec l'avènement de l'informatique dans les cabinets. » (cf. Entretien 5).</p> <p>« Avec Internet, on n'a jamais autant demandé l'origine des produits quel que soit le secteur : le devis ne fait que normaliser certaines choses. » (cf. Entretien 5).</p>	
<p>Influence de l'évolution de la nomenclature</p>	
<p>« Il a évolué en parallèle de l'évolution technique et en fonction de l'évolution de nomenclature [...] Elle épousait les réalités de l'époque où la diversité des traitements n'était pas celle d'aujourd'hui. » (cf. Entretien 5).</p> <p>« Aujourd'hui, il y a bien plus de possibilités avec près de 800 actes concernant notre discipline inscrits dans la CCAM. Le patient est en droit d'être informé de tout cela, c'est une demande qu'il faut satisfaire, on ne pouvait s'y soustraire. » (cf. Entretien 5).</p>	
<p>Influence des organismes de remboursement</p>	
<p>[Le document permettant cette prise en charge a également dû évoluer] « Au gré des évolutions techniques et des obligations, il s'est complexifié pour coller à la demande des consommateurs, mais aussi des assurances complémentaires. » (cf. Entretien 5).</p> <p>« Le devis était très peu et mal rempli, cela créait notamment un problème avec les organismes complémentaires qui avaient des difficultés à rembourser les soins. » (cf. Entretien 4).</p>	

« Un élément qui a aussi poussé vers ce devis : la disparition des demandes d'entente préalable avec la sécurité sociale en 2003 et dont il persiste encore un exemple en orthodontie de nos jours. En l'absence de devis et sans entente préalable, le législateur ne pouvait laisser faire tout et n'importe quoi. Les responsables des assurances complémentaires recevaient aussi des soi-disant devis illisibles et incapables d'être traités pour une éventuelle prise en charge. » (cf. Entretien 5).

« En matière économique sur la liberté tarifaire en matière de santé il y aurait beaucoup à dire, en 30 ans la partie réellement libre non prise en charge par les complémentaires n'a jamais bougé. Les confrères ont eu une sensation de liberté, car les complémentaires ont solvabilisé pendant des décennies « à l'aveugle ». Mais cette situation ne pouvait perdurer, c'est ainsi que depuis les années 2000 elles ont progressivement fait ce qu'on appelle de la gestion du risque d'où les exigences entre autres inscrites sur le devis pour limiter le risque. Ce que nous avons signé a permis d'augmenter les prestations des complémentaires, mais cela ne pouvait se faire sans contrepartie. » (cf. Entretien 5).

Source : Auteur, 2022

L'influence des politiques de santé sur l'évolution du devis et application

Tableau 6 : Influence des politiques de santé sur l'évolution du devis en odontologie et application : analyse des verbatims

Influence de la loi HPST
Volonté de mise en concurrence
<p><i>« Au départ, le devis était essentiellement centré sur le tarif du fait de la disparité de l'offre entre les praticiens [...] Les associations de consommateurs demandaient : « quel prix pour une prothèse ? Pourquoi tel prix ? Est-ce justifié ? Parce que dans un monde où la concurrence est la règle, on nous a poussés à faire des devis pour que le patient soit informé et puisse faire son choix. Ce d'autant plus qu'il y a une grosse dizaine d'années on nous reprochait, non sans raison, d'avoir le monopole de la distribution des soins bucco-dentaires en France. Ce qui dans l'esprit de certains, supposait que « vous n'avez pas de concurrence. » (cf. Entretien 5).</i></p> <p><i>« La prothèse fournie en tant qu'appareillage est un bien de consommation, à distinguer de la prestation d'où l'intérêt de la ventilation initialement proposée, notamment pour être en mesure de mieux comparer des offres. » (cf. Entretien 3).</i></p>

Influence d'une autre profession

« Dans cette histoire, les prothésistes n'ont pas été nos amis en militant pour que soit mentionnée la facture du laboratoire pour montrer que les « dentistes étaient trop chers » et que c'était à cause de nous qu'ils estimaient ne pas pouvoir faire assez de couronnes etc.. [...] Ils ont été indirectement responsables des plafonds mis en place 6 ans plus tard dans la convention de 2018. » (cf. Entretien 5).

Influence de la loi Fourcade

Abandon de la notion de « prix d'achat »

« La loi Fourcade a été un vecteur législatif qui a permis de faire reconnaître les charges de structures et la prestation médicale de soin. Cela a permis aussi de montrer la marge très réduite de la prestation médicale du soin sur les actes CMUC. » (cf. Entretien 5).

« J'avais, à l'époque, travaillé avec les chirurgiens-dentistes, syndicats et ordre pour essayer de faire en sorte que la loi soit la plus proche possible des désirs des spécialistes dentaires. Donc nous avons fait progresser évidemment beaucoup la façon dont vous pourriez travailler et la façon dont les mutuelles et la sécurité sociale pourraient regarder votre travail avec la possibilité de prendre en charge. » (cf. Entretien 2).

Constat : non-application du devis

« Ensuite, il y a eu le devis conventionnel qui est sorti, mais très peu utilisé parce qu'il était très contraignant. » (cf. Entretien 6).

« Ce devis-là malgré tout, plein de praticiens ne l'utilisaient pas, jusqu'à ce que certaines mutuelles renvoient le devis au patient, car il n'était pas conforme » (cf. Entretien 6).

« Il a été relevé durant l'enquête de 2016 un fort taux d'infraction sur le lieu de fabrication, une tendance à la francisation des éléments prothétiques et une absence de marquage de la provenance pourtant obligatoire. [...]. En 2016, les interlocuteurs nous rappellent qu'avaient été relevées plus de 2/3 d'anomalies. » (cf. Entretien 3).

« Ça n'a pas été obligatoirement une mince affaire parce qu'il y avait beaucoup de contestations, surtout par rapport à des produits qui ne venaient pas obligatoirement de France ou d'Europe et qui étaient refacturés comme des produits pouvant provenir de France ou d'Europe. Donc ça par contre, au niveau des services de l'état et en particulier au niveau du service de la concurrence, les choses ont été mises au point. » (cf. Entretien 2).

Raisons évoquées de la non-application

▪ Difficulté de mise en œuvre :

« Je vais être franc, les praticiens étaient souvent perdus, car il fallait reprendre la 2 035, rentrer tout un tas de chiffres de la déclaration de l'année d'avant donc la moitié se trompait et faisait n'importe quoi... Parfois, il y avait des chiffres négatifs dans les prix de vente ou charge de structure. » (cf. Entretien 6).

« Difficulté de remplissage évoquée par les praticiens. » (cf. Entretien 3).

▪ Non-adhésion à ce devis :

« Ça n'avait pas lieu d'être et c'est pour ça que ce devis n'a pas été bien suivi. Ça ne correspondait à aucune réalité parce que les informations demandées étaient tronquées, comme je l'ai déjà dit parce que ces informations n'étaient pas précisées pour l'ensemble des actes : une extraction, une dévitalisation, voire même une consultation. » (cf. Entretien 7).

▪ Mauvaise communication avec le prothésiste dentaire :

« Les raisons invoquées à ces manquements ont été notamment une difficulté de communication entre les dentistes et fournisseurs de prothèses, principalement sur la transmission des documents de traçabilité et de conformité. Il s'agissait d'un problème d'échange d'information et de suivi. » (cf. Entretien 3).

▪ Une peur de présenter les différences de prix :

« La non-satisfaction des praticiens de mettre en avant la marge réalisée. » (cf. Entretien 3).

« L'Ordre l'avait acceptée, mais les syndicats et vos collègues, pas du tout. Je pense que c'est parce qu'ils avaient peur, à la suite d'une transparence aussi accrue, qu'il y ait des contrôles les obligeant à baisser leur prix ou à faire des déclarations aux impôts plus complètes, dirons-nous. » (cf. Entretien 2).

Influence du 100 % santé

Le RACO met fin à la ventilation

« C'est l'État qui a voulu ça. Une négociation a eu lieu entre les pouvoirs publics et les syndicats et a abouti au fait qu'une couronne céramique pour dent antérieure est à 500 euros en RACO. [...] À partir de ce moment-là, le fait de vouloir clouer les praticiens au pilori n'avait plus lieu d'être puisque c'était

l'État français qui avait validé les tarifs. Ainsi la ventilation n'avait plus d'intérêt et a été supprimée. » (cf. Entretien 6).

"Pour plus de simplification, on a, lors des négociations de la convention de 2018, fait en sorte de supprimer les 3 colonnes mises en place en 2012. Car avec la mise en place du RACO elles n'avaient plus de raison d'être." (cf. Entretien 5).

« Pour les soins qui respectent le 100 % santé, cette ventilation n'a plus son sens. Mais c'est un peu la spécificité de ce sujet-là ; la CCAM ne fait pas la distinction et pour ceux qui respectent les prix de la nomenclature on leur demande des informations sur lesquelles ils n'ont pas de prise » (cf. Entretien 4).

Un compromis réalisé avec les chirurgiens-dentistes : perte de la ventilation

« La simplification a été privilégiée pour que le devis soit rempli et approprié par les dentistes » (cf. Entretien 4).

« La revisite du devis précédent était poussée par un réel problème de remplissage et une demande très forte des professionnels de faire supprimer cette mention à part des honoraires, et cela avait en plus une forme de cohérence avec le 100 % santé. » (cf. Entretien 4).

« Il a fallu faire un choix entre un devis complexe avec beaucoup de détails, mais très mal rempli, et un devis simplifié, mais rempli. Selon les résultats, il conviendra de se poser la question côté patient de l'importance de la réintégration de ces détails. » (cf. Entretien 4).

Maintien de la notion de « prix de vente » pour ne pas réécrire la loi

« Dans le nouveau devis, avec le RACO on a fait supprimer ces obligations qui n'avaient plus de sens et ce d'autant plus que les patients ne les lisaient jamais et que cela complexifiait pour rien. En revanche on a dû conserver la mention « dont prix de vente du dispositif médical », car sinon il aurait fallu réécrire la loi. C'était une façon de coller à la loi sans la réécrire et d'éviter la pression des laboratoires qui souhaitaient remettre la facture du laboratoire. » (cf. Entretien 5).

Nouveau devoir d'information des alternatives thérapeutiques

« Concernant l'alternative thérapeutique, c'est une volonté du gouvernement que le praticien puisse expliquer au patient les solutions existantes. C'était une exigence du gouvernement et des complémentaires, lesquelles voulaient nous imposer encore plus d'obligations et dont nous avons pu en rejeter un certain nombre. » (cf. Entretien 5).

« À l'UD, nous nous sommes énormément battus pour ce dernier devis, car la 1^{re} proposition qui avait été faite, lors des groupes de travail, et qui était validée par l'UNCAM, l'UNOCAM et les CDF était

sous la forme de deux devis : un devis avec la proposition du praticien en concert avec le patient et le deuxième devis en RACO ou RACM pour les actes concernés. On s'y est opposé parce que ça voulait dire, comme c'était deux devis, que ça engageait le praticien à réaliser les actes si le patient choisissait le devis à RACO [...] Un praticien qui signe un devis s'engage à le réaliser, donc le praticien qui ne fait pas de métal dans son cabinet aurait été obligé, de par la loi, de réaliser ce devis, mais il aurait également été obligé de réaliser cet acte. C'était complètement contraire au libéralisme des praticiens. On s'est complètement battu contre ça, et en juin 2019, on a menacé d'user de notre droit d'opposition majoritaire pour que ce devis ne soit pas signé. » (cf. Entretien 6).

« C'est devenu une obligation réglementaire que la convention a précisée pour tenir compte de la spécificité dentaire. Par exemple, quand vous faites une proposition de traitement qui n'est pas dans le RACO ou dans le panier modéré, vous avez obligation de fournir l'information au patient d'une alternative thérapeutique dans le panier RACO ou modéré si elle existe. » (cf. Entretien 5).

Une réforme commune avec les audioprothésistes et opticiens, mais un devis différent

« Les devis normalisés des audioprothésistes et opticiens, rédigés par la DGCCRF et la DSS, imposent de proposer une offre correspondant au panier 100 % santé. En chirurgie dentaire il s'agit d'un devoir d'information seulement [...] il était probablement impossible d'imposer la même chose au chirurgien-dentiste, car il n'est pas envisageable d'obliger la réalisation d'un acte médical. » (cf. Entretien 3).

« Il est important de noter que la réglementation n'est pas la même pour les audioprothésistes et les opticiens et là réside toute la difficulté, car il faut à la fois réglementer les soins et le matériel. C'est cette spécificité qui a conduit à la distinction de ce devis dentaire, il ne s'agissait pas d'un traitement pénalisant pour la profession des chirurgiens-dentistes. » (cf. Entretien 4).

Application du devis, pas de bilan à ce jour

« Il y a eu quelques ratés au départ, car les personnels de ces mutuelles qui traitaient ces devis n'avaient pas été formés pour y répondre. Comme il y avait deux éléments avec les actes du praticien et les informations du RACO et RACM, certains répondaient n'importe comment. » (cf. Entretien 6).

« J'ai pu constater que tout avait l'air de bien se passer y compris la prise en charge par la sécurité sociale et par ma mutuelle [...] il y a une adhésion des usagers et il y a aussi maintenant une adhésion de vos collègues, donc non ça me semble complètement évident [...] avec les chirurgiens-dentistes avec qui je discute, cela me semble très bien passer. » (cf. Entretien 2).

« À ce jour il n’y a pas eu encore de bilan, il faudra observer la quantité et la qualité du remplissage par les chirurgiens-dentistes ainsi que le bon remboursement de la part des organismes complémentaires. » (cf. Entretien 4).

« Nous pouvons interpréter cette absence de retour comme l’absence de difficultés majeures, cela a l’air de plutôt bien se passer, mais nous ferons un bilan au cours de la prochaine convention dentaire. » (cf. Entretien 4).

Source : Auteur, 2022.

3.2.3.2 Ressentis des intervenants sur ces évolutions du devis en odontologie

Ressentis de la profession des chirurgiens-dentistes face à l’évolution du devis en odontologie

Tableau 7 : Ressenti de la profession des chirurgiens-dentistes à propos des évolutions du devis :
analyse des verbatims

Une remise en cause de la chirurgie dentaire comme profession médicale

« Ce qui m’interpelle le plus c’est que les chirurgiens-dentistes en tant que professionnels de santé sont les seuls pour qui se pose le problème du devis et pour qui ce devis évolue régulièrement au fil du temps. Il ne sera pas demandé un devis de la même manière pour la pose d’une prothèse de hanche ou une intervention dermatologique ou pour la pose d’un cristallin par un ophtalmologiste. » (cf. Entretien 7).

« La profession de chirurgien-dentiste peine à trouver vraiment sa place à égalité avec les autres professionnels de santé. Je pense que cela dérange. » (cf. Entretien 7).

« Il y a une suspicion vis-à-vis des dentistes qui ne sont peut-être pas considérés comme soignants à part entière, ayant pour soucis la qualité de soin de leur patient. Il y a toujours eu un problème entre le dentiste et l’argent, vu par certaines personnes. » (cf. Entretien 7).

« C’est probablement parce que la chirurgie dentaire n’était pas prise en compte dans les soins et on avait beau dire partout que c’était extrêmement nécessaire pour un bon équilibre de la santé, le message ne passait pas très bien. Ni au niveau des parlementaires ni au niveau du ministère de la

Santé. Et ni, donc, au niveau de vos collègues bien sûr. » (cf. Entretien 2) (en réponse à la non-application du devis conventionnel de la loi Fourcade).

Une culpabilisation de la profession

« Le but n'est jamais de pénaliser une profession, ça, c'est ce que pensent les praticiens qui subissent ces obligations, le législateur agit pour répondre à une demande de la population. » (cf. Entretien 5).

« Les dentistes étaient considérés comme des voleurs à une époque ! Lorsque le praticien faisait payer une céramique à 500-550 euros, il était considéré comme un voleur... Ce devis était culpabilisant, il l'a été d'autant plus, car les pouvoirs publics, pour essayer de clouer au pilori les dentistes, ont inventé dans ce devis conventionnel deux cases supplémentaires : le prix de vente et les frais de structure. On avait obtenu à l'époque qu'il soit marqué prix de vente, mais à la base il était question de prix d'achat ! Pour nous c'était complètement aberrant et incompréhensible. Quand on achète un jean dans un magasin, on a le tarif auquel le commerçant le vend, mais il n'est pas mentionné le prix auquel il l'a acheté. » (cf. Entretien 6).

« Le refus des praticiens de la ventilation des honoraires au moment de l'enquête était, pour certains, dû à une assimilation à un "marchand". » (cf. Entretien 3).

« Dans l'esprit des gens, la différence avec le prix de laboratoire était la marge des dentistes, et c'était voulu. C'est là que nous sommes intervenus ! C'était donc à l'origine un devis culpabilisateur. » (cf. Entretien 5).

« Non, ce devis était très intrusif, humiliant pour le dentiste qui apparaissait complètement déconsidéré par des pouvoirs publics suspicieux. Les patients n'avaient pas besoin de ça pour-nous faire confiance. » (cf. Entretien 7).

« Et si on considère que la prothèse est une simple marchandise, on ne demande pas au boucher combien il achète sa côte de bœuf. Il y a tout le travail derrière de préparation, de maturation. Nous ne sommes pas des vendeurs et si on en revient au corps médical, on ne demande pas non plus combien coûte la prothèse de hanche. » (cf. Entretien 7).

« Les deux colonnes étaient fortement critiquées et vues, par les dentistes, comme une contrainte supplémentaire et spécifique à leur profession. Ce ressenti est dû au contexte de cette réforme : elle

fait suite à la révision des devis d'optique et d'audioprothèse pour lesquels cette distinction n'était pas demandée. » (cf. Entretien 4).

La transparence entraîne la confiance

« Tout praticien vertueux renseigne de là où vient la prothèse. Si la prothèse vient de Chine et que le praticien met qu'elle vient du laboratoire du coin, ce praticien n'est pas défendable. Après, 95 % des praticiens au moins ont une pratique vertueuse de la profession donc je ne vois pas ce qu'on pourrait rajouter dans ce devis pour prouver que la prothèse vient bien du laboratoire du coin et non pas de Chine. » (cf. Entretien 6).

« De la transparence on en donne beaucoup aujourd'hui, d'ailleurs en ce moment on ne subit pas d'attaque envers la profession, sinon quelques faits divers comme toutes les professions. Avant nous étions souvent la cible des médias écrits et audiovisuels ! La convention a de ce côté-là un peu amélioré notre image. » (cf. Entretien 5).

« J'ai l'impression que les patients, les usagers, ont plus confiance qu'avant. » (cf. Entretien 2).

Une transparence biaisée

« Pour ce qui est de l'évolution du devis sur ces dernières années, c'est vrai qu'il y a eu un devis sur lequel on demandait le coût de la prothèse, le coût du fonctionnement du cabinet dentaire pour la réalisation d'une prothèse, chose qui n'était pas demandée par exemple pour la réalisation d'un détartrage qui est fait à perte. C'est un devis qui était, si on veut parler de transparence, biaisé par rapport à la réalité. » (cf. Entretien 7).

Maintien de la liberté thérapeutique

« Cela nous convenait, car le praticien conservait toute sa liberté thérapeutique de choix et de matériaux pour ses actes prothétiques. » (cf. Entretien 6).

« Pour le praticien sa liberté thérapeutique n'est pas remise en cause par le devis, pas plus que pour le patient du reste. » (cf. Entretien 6).

« Pour nous ce devis était acceptable, car il permettait à tout à chacun de continuer à travailler comme il en avait envie. » (cf. Entretien 7).

Source : Auteur, 2022.

Tableau 8 : Ressenti des intervenants à propos des réseaux de soins et centres de santé : analyse des verbatims

Détournement de patientèle et altération du libre choix
<p>« Ce n'est pas le devis qui a amené les réseaux, ce sont les tarifs qui ont amené les réseaux dans notre métier : ils ont vocation à réguler les honoraires en incitant les patients à aller où ils sont les plus bas. C'était ce qu'on appelait du détournement de patientèle : à tarif égal les patients sont mieux remboursés chez moi si j'appartiens à un réseau que chez un confrère. En ce sens, nous avons considéré qu'il y avait une altération du libre choix du patient. » (cf. Entretien 5).</p>
<p>« C'est sûr que lorsque la réponse est différente dans le remboursement selon si le praticien adhère à ce réseau ou non, c'est pour moi une altération du libre choix du patient. Après, tout dépend du rapport avec le praticien, mais le patient peut être orienté par le réseau vers un autre praticien moins cher et mieux remboursé. » (cf. Entretien 6).</p>
<p>« Le devis permet et a toujours permis une comparaison même si les soins ne se limitent pas à l'aspect financier, c'est un tout. Mais je pense, si le patient est bien éclairé et à même de choisir son praticien, que la difficulté demeure encore et toujours avec les mutuelles qui, elles, connaissant le prix du praticien vont non plus écrire, mais appeler le patient, car c'est plus discret, afin de lui faire une autre proposition. » (cf. Entretien 7).</p>
<p>« À cotisation égale et à facturation égale, ils vont proposer un remboursement meilleur pour certains praticiens ayant signé des engagements avec eux. C'est quand même extrêmement limite mais les mutuelles étant très proches du pouvoir, c'est difficile de lutter contre [...] C'est dommage parce que les professions libérales ont un vrai rôle à jouer de proximité, de technicité et d'éthique, qu'on ne retrouve pas toujours dans des structures plus importantes. » (cf. Entretien 7).</p>
<p>« Tout à fait, le réseau de soin c'est un scandale. C'est un scandale que je dénonce depuis des années, autant dans la dentisterie que dans l'optique. » (cf. Entretien 2).</p>
<p>« La mise en place, qui n'est pas encore complète, de dentistes référents payés par les mutuelles est une vraie problématique, car pour l'instant elle est illégale et se met quand même en place. Malgré la législation, le poids financier de ces mutuelles est tel que de toute façon c'est difficile de lutter pour</p>

les professions libérales. À ce jour les professions libérales, avec M. Picon, sont en train d'essayer de se fédérer et ainsi il sera plus facile pour le gouvernement d'avoir un interlocuteur. » (cf. Entretien 7).

Transformation de la santé en bien de consommation

« C'est-à-dire qu'un jour ou l'autre les réseaux de soin, comme les centrales d'achat qui ont mis à genou les agriculteurs et les producteurs français, mettront à genou les opticiens et les dentistes. » (cf. Entretien 2).

« On met à genou tout le monde, en optique Essilor, car ce sont les meilleurs verres du monde et pour vous on utilisera plus tel pivot parce qu'il est en acier européen et qu'il coûte trop cher par rapport à l'acier indien ! Moi je suis vraiment contre ça. Je suis pour une liberté et s'il doit y avoir une liberté contrôlée, elle ne peut être contrôlée non pas par les réseaux, mais par le Parlement. » (cf. Entretien 2).

Diminution de leur influence avec le 100 % santé

« Beaucoup moins avec ce nouveau devis pour les actes RACO et RACM . Il n'y a d'intérêt que pour les actes du panier libre ! C'est un combat politique et syndical, on ne peut être que contre ces pratiques. » (cf. Entretien 6).

"Aujourd'hui, une partie des actes RACO et RACM sont de fait opposable, donc le réseau a beaucoup moins de légitimité ! Cette convention et du coup ce devis sont finalement des armes anti-réseaux." (cf. Entretien 5).

Favorisent l'accès au soin

« Les réseaux de soins ont pu contribuer, par ailleurs, à faire baisser les prix pour les patients et c'est une chose dont on peut se réjouir puisque cela permet l'accès à la santé pour tous et améliore le pouvoir d'achat. » (cf. Entretien 3).

« Les réseaux de soins sont gérés par des plateformes assurantielles essentiellement dans le but de faire baisser les tarifs». (cf. Entretien 5).

Source : Auteur, 2022.

3.2.3.3 État des lieux du devis en odontologie selon les intervenants

Respects des droits des patients

Tableau 9 : Respect des droits des patients par le devis en odontologie : analyse des verbatims

Consentement éclairé permis par une information loyale, claire et adaptée présentée dans le devis
<p>« Une information écrite préalable doit être remise au patient dès que le montant des honoraires facturés est égal ou supérieur à 70 €, dépassement d'honoraires inclus. Je trouve cela vertueux, s'inscrivant pleinement dans le fait d'avoir une information claire, loyale et intelligible auprès des patients. » (cf. Entretien 1).</p>
<p>« Vous évoquez là des points essentiels de la réglementation autour des devis : standardisation du modèle que pour chaque français puisse s'y retrouver d'un professionnel de santé à un autre, obligation de délivrance d'une information claire et adaptée au patient et c'est là l'une des obligations essentielles à laquelle est soumis chaque professionnel de santé. » (cf. Entretien 1).</p>
<p>« Quand on fait un devis pour un acte on a le panier auquel il appartient, la traçabilité au niveau des matériaux utilisés... Tout y est, le patient a une information de son praticien, tout est clair ! » (cf. Entretien 6).</p>
<p>« Le devis est un document destiné au patient pour une information précise sur de nombreux points lui permettant de faire un choix éclairé de son traitement. » (cf. Entretien 7).</p>
<p>« En dentaire on utilise différents matériaux : zircone, céramo-métallique, des stellites et plusieurs matériaux, métal précieux ou pas (de moins en moins du reste et tant mieux d'ailleurs), ... Donc le devis renseigne le patient sur le prix, mais pas que. » (cf. Entretien 5).</p>
<p>« Il informe sur le montant des honoraires bien sûr, sur le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et de l'éventuel reste à charge, mais aussi sur la nature des matériaux, de manière à ce que lorsqu'on édite la facture d'honoraires (c'est le mot générique), on puisse retrouver les termes du devis de manière à ce qu'il y ait une cohérence. » (cf. Entretien 5).</p>
Format du devis en odontologie difficilement lisible : importance de l'explication du praticien
<p>« Si on pose la question d'une information loyale claire et adaptée du devis, le devis, quel qu'il soit, restera toujours un support. Il ne pourra jamais être loyal clair et adapté, c'est le discours entre le praticien et le patient qui doit l'être [...] Un papier restera toujours un papier, quel qu'il soit. » (cf. Entretien 7).</p>

« C'est-à-dire que là il y a trois pages pour deux lignes intéressantes, on peut quand même le souligner [...] Un devis n'est visible en aucun cas, mais il est plus facile à expliquer. [...] C'est sûr que ça apporte une facilité d'explication, de compréhension pour le patient ! Bien sûr c'est une bonne chose que le devis existe et qu'il soit formalisé. » (cf. Entretien 7).

« Pour le consentement éclairé, le devis ne suffit pas. Il faut expliquer le plan de traitement [...] Les patients ne lisent pas tout, les codes et les libellés sont pour bien identifier l'acte qui sera lu par des machines à l'identique d'un code-barre en fait. » (cf. Entretien 5).

« Le devis donne une part de l'information, mais pas toute l'information d'où les explications sur le traitement pour obtenir un consentement éclairé du patient. » (cf. Entretien 5).

Un format permettant l'accès à une prise en charge par les organismes de remboursement

« La standardisation permet surtout au patient d'avoir une réponse claire nette et précise des organismes complémentaires. » (cf. Entretien 6).

« Partir du moment où les complémentaires jouent le jeu, ce devis institutionnalise une réponse homogène pour tous les patients. » (cf. Entretien 6).

« La réglementation en matière de devis dentaire est une obligation déontologique avec un double objectif : informer le citoyen des tarifs des prestations de santé et s'assurer du respect des tarifs opposables par la convention pour les chirurgiens-dentistes conventionnés avec l'Assurance maladie » (cf. Entretien 1).

« Cette normalisation est absolument indispensable si on veut que les complémentaires remboursent nos patients. » (cf. Entretien 5).

« Tous les droits ne sont pas pareils en France, par exemple en Alsace ils n'ont pas la même base de remboursement que sur le reste du territoire et donc pas le même ticket modérateur. Ce qui a des incidences sur la prise en charge des complémentaires lesquelles offrent des garanties différentes d'un patient à l'autre selon les contrats. » (cf. Entretien 5).

« L'important est que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge par les complémentaires et cela passe par un bon remplissage du devis conventionnel par les chirurgiens-dentistes. Ainsi, il y a eu une nécessité de simplification de ce devis pour répondre correctement à ce droit du patient. » (cf. Entretien 4).

Un libre choix du praticien [...]

[...] Respecté [...]

« Par ailleurs, cela garantit également certains droits des patients (à la veille de fêter l'anniversaire de la loi du 4 mars 2022 sur les droits des patients) [...] ou encore en matière de liberté de choisir son professionnel de santé. C'est un des fondements de notre système de santé libéral auquel je suis attaché, chaque patient peut librement choisir le professionnel de santé auquel il souhaite avoir recours. » (cf. Entretien 1).

« Les interlocuteurs rappellent la liberté de choix de son chirurgien-dentiste, mais également de son organisme complémentaire » (cf. Entretien 3).

« Le libre choix du praticien, le patient l'a en dentaire ! Il n'est pas fléché dans un parcours de soins puisque la profession a obtenu le droit de prescription il y a plusieurs décennies. » (cf. Entretien 5).

[..] Mais biaisé.

« Quant au libre choix du patient de son praticien, le réseau l'entravait en partie, mais il lui donnait un choix !

Un choix sur un critère, mais pas forcément sur la qualité de soin. » (cf. Entretien 5).

« Aujourd'hui, 5000 CD travaillent dans ces centres selon un autre mode économique avec d'autres règles concurrentielles. Qui dit concurrence dit libre choix qui peut ainsi s'exercer. Même si hélas, c'est bien souvent sur le critère tarifaire avec quelques scandales retentissants que nous avons pu déplorer. » [5].

« Souvent les complémentaires mettent dans leurs réponses : les honoraires du praticien, la base de remboursement, le montant remboursé par la CPAM, leur remboursement et ils ont rajouté encore une autre colonne avec « tarif moyen pratiqué dans le secteur du praticien ». Donc il peut déjà y avoir un biais » (cf. Entretien 6).

« Les organismes complémentaires ont des conditions de contrat transparentes et ainsi les patients connaissent dès le début leurs droits. En revanche, dans les zones sous dotées en chirurgiens-dentistes, le choix des patients pourrait éventuellement être limité. » (cf. Entretien 3).

Le secret médical [...]	
<p>[...] Respecté [...]</p> <p>« Par ailleurs cela garantit également certains droits des patients (à la veille de fêter l'anniversaire de la loi du 4 mars 2022 sur les droits des patients) en matière de secret médical. » (cf. Entretien 1).</p>	<p>[...], Mais altéré.</p> <p>« Lorsqu'on télétransmet une feuille de soin, seuls les codes de regroupement sont transmis, décrivant le soin dans sa globalité, mais non pas dans son détail. Ce sont ces codes de regroupement qui partent ensuite à la mutuelle. Dans ce sens-là, le secret médical est parfaitement respecté. Mais les mutuelles, elles, sont intéressées à titre personnel à connaître la santé de leurs adhérents et c'est elles qui demandent un devis avec un code affiné ne respectant pas totalement le secret médical. De plus, les dentistes référents, demandés par les mutuelles, pourraient avoir accès aux radiologies des patients et ainsi interférer dans leur relation avec le praticien, ce qui n'est légalement pas autorisé. Il y a un vrai biais par rapport au secret médical. » (cf. Entretien 7).</p> <p>« Les codes « LPP » détaillés appartiennent au secret médical et ne doivent pas être envoyés à la mutuelle. La DSS, la CNIL et l'assurance maladie travaillent à cette clarification. » (cf. Entretien 3).</p>
Propose des alternatives thérapeutiques [...]	
<p>[...] en accord avec les données acquises de la science et des règles de l'art [...]</p> <p>« Par ailleurs cela garantit également certains droits des patients (à la veille de fêter l'anniversaire de la loi du 4 mars 2022 sur les droits des patients) en matière [...] et du diagnostic ainsi que du traitement prescrit par le professionnel. » (cf. Entretien 1).</p>	<p>[...] Mais non biocompatibles.</p> <p>« On peut peut-être regretter le choix des prothèses 100 % santé qui a été fait. C'est dommage que cette évolution, qui partait quand même d'une bonne intention, n'ait pas fait le choix du 100 % biocompatible et il est quand même regrettable que les dents antérieures prises en</p>

<p><i>« Du point de vue social où on veut que tous les patients en France puissent bénéficier d'un accès aux soins, je dirais oui ! Ce social on le fait déjà depuis plus de vingt ans avec la CMU devenue la C2S... Avec ces patients, on fait déjà de l'accès aux soins gratuits. Ça fait donc depuis vingt ans qu'on peut se poser la question de si c'est en accord avec les données acquises de la science ou non. » (cf. Entretien 6).</i></p> <p><i>« Jusqu'à présent, la majorité des praticiens a réalisé des couronnes métalliques sur les molaires des patients, ça fait vingt ans que c'est à priori conforme aux données de la science sinon ça aurait été interdit. » (cf. Entretien 6).</i></p>	<p><i>charge en totalité soient des céramo-métalliques sachant qu'actuellement c'est du cobalt-chrome et que le cobalt est classé CMR. Il y avait une belle opportunité pour faire quelque chose de cohérent pour la santé des Français et là on est un peu passé à côté. » (cf. Entretien 7).</i></p>
<p>Disparition de la ventilation et tact et mesure</p>	
<p><i>« La ventilation permettait une transparence sur la marge réalisée par le praticien, permettant ainsi l'appréciation du tact et mesure par le patient et plus largement une comparaison plus précise des prix pratiqués entre praticiens. » (cf. Entretien 3).</i></p>	

Source : Auteur, 2022

Respect du cadre légal français et européen en matière de DMSM

Tableau 10 : Respect du cadre légal des DMSM par le devis en odontologie : analyse des verbatims

<p>Traçabilité et transparence</p>
<p><i>« Le marché des dispositifs médicaux en France est optimal avec une réglementation très stricte (marquage CE de l'ensemble des DM) régie par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). L'ensemble des dispositifs médicaux sont particulièrement suivis et ce tout au long de leur « vie » au travers de la matériovigilance. » (cf. Entretien 1).</i></p>

« Il convient de rappeler que les droits européens imposent la mention UE ou hors UE et qu'il est interdit d'imposer dans un devis de faire la distinction entre les pays européens par la mention d'un pays spécifique. A contrario, il convient également de contrôler des dispositions de traçabilité pouvant être mises en avant par les professionnels de santé. » (cf. Entretien 3).

« Les DMSM, en général, répondent à un règlement européen en application directe et homogène. Ce cadre européen impose une identification des fabricants et une traçabilité. Concernant la différence de traitement en matière de devis, elle s'explique par le fait que la réglementation des devis est nationale et différenciée suivant les secteurs. » (cf. Entretien 3).

« Un certificat de conformité devra aussi être fourni au patient pour certifier que la prothèse une fois réalisée est bien conforme à ce qui a été proposé. » (cf. Entretien 5).

Respect du Code de la consommation

« Ce formalisme du devis permet de répondre ainsi au code de la consommation sur les prix
[...]

Il en est de même sur les garanties applicables et cela permet de prévenir des facturations abusives
[...]

Par ailleurs, le Code de la consommation s'applique de façon générale, même s'il est question d'une réglementation spécifique du Code de la santé publique, en regard de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activité de prévention, de diagnostic et/ou de soins. » (cf. Entretien 3).

« Ce qui ressort en tout cas, c'est qu'il y a une adaptation des droits de la consommation pour fournir aux patients une information plus claire et transparente, notamment sur la provenance (mais il faut rappeler que la DSS ne suit pas les dispositifs médicaux sur mesure), mais également sur la spécificité du devis dentaire et des soins prothétiques qui est à intégrer dans un système global comprenant à la fois l'acte médical et le dispositif médical, spécificité à l'origine de la complexité de cette information. » (cf. Entretien 4).

Source : Auteur, 2022.

3.2.3.4 Ressentis des intervenants sur le devis en odontologie : besoins des patients, inquiétudes et pistes de réflexion

Besoins des patients en matière de devis en odontologie

Tableau 11 : Besoin des patients en matière de devis en odontologie : analyse des verbatims

Retour à la simplicité
<p><i>« Honnêtement, quel est le patient qui lit ça ? Dans un devis, le patient veut que ce soit compréhensible : il veut voir ce qu'il y a de marqué en bas à droite et il veut savoir ce qu'il va rester à sa charge à la fin. » (cf. Entretien 6).</i></p> <p><i>« Que ce soit dans l'ancien ou le nouveau devis, il n'y a aucun patient qui va demander à son praticien pourquoi dans cette case-là il y a telle ou telle chose. » (cf. Entretien 6).</i></p>
Des DSMS d'origine européenne ou française
<p><i>« Il peut être rassurant pour certains patients de voir apparaître une origine européenne, d'où l'importance de la loyauté des allégations d'origine. » (cf. Entretien 3).</i></p> <p><i>« Pour eux (politiciens), les produits de qualité devaient venir obligatoirement d'Europe et de France [...]</i></p> <p><i>De toute évidence plus l'information sera claire, plus la provenance des matériaux sera claire, plus le patient choisira en connaissance de cause et il ira toujours vers la qualité parce que c'est sa santé qui est en jeu</i></p> <p><i>[...]</i></p> <p><i>La qualité qui lui donne le plus confiance c'est-à-dire la qualité européenne</i></p> <p><i>[...]</i></p> <p><i>quand il s'agit de santé, nos concitoyens ne regardent pas le prix</i></p> <p><i>[...]</i></p> <p><i>Ils préféreront se priver de quelque chose d'alimentaire, même si ce qui est alimentaire est nécessaire à la santé aussi, plutôt de que de se priver de quelque chose qui concerne directement la santé. Ils trouveront peut-être même scandaleux que ça ne soit pas mieux pris en charge. Et là vous serez peut-être aidés par eux pour que ce soit mieux pris en charge. » (cf. Entretien 2).</i></p>

Besoin d'accès à la santé et à l'information permis par les alternatives thérapeutiques

(à propos des alternatives thérapeutiques) « Cela permet de ne pas prendre en otage le patient en lui disant vous n'avez pas d'autres possibilités que celle-là. » (cf. Entretien 5).

« De nombreux patients n'ont pas les moyens de "s'offrir" certaines prothèses. » (cf. Entretien 5).

« Tout le monde ne sait pas forcément qu'on peut bénéficier de tel ou tel type de traitement, surtout si on ne l'a pas correctement informé de toutes les possibilités thérapeutiques. » (cf. Entretien 5).

« Les patients se croient souvent plus couverts qu'ils ne le sont... Il faut donc une réponse précise sur leur prise en charge d'où l'importance du devis. » (cf. Entretien 5).

« Ce que je trouve bien c'est qu'effectivement ce devis propose une alternative 100 % santé. De ce fait une solution s'offre à tout le monde et il y a une clarté sur la provenance des matériaux. C'est un vrai plus. » (cf. Entretien 7).

« Il est important que le patient soit éclairé sur ce que lui propose son praticien et il est tout aussi important que le secret médical soit gardé. » (cf. Entretien 7).

Choix du praticien basé sur la confiance

« C'est lié à la qualité de la relation entre le patient et le praticien et si on suit un dentiste, c'est parce qu'on lui fait confiance. » (cf. Entretien 7).

« Le tarif n'est pas le seul élément de choix du patient. » (cf. Entretien 7).

« La mise en place de la transparence entraîne à mon avis, une plus grande confiance

[...]

À mon avis plus on ira vers la transparence, plus on ira vers le libre choix après la bonne information, plus le patient aura confiance en son praticien et plus facilement il ira le voir. » (cf. Entretien 2).

Besoin de confiance envers le système de santé

« Il nous faut poursuivre la transparence en la matière, mais cela n'est pas une source d'inquiétude pour moi au contraire c'est une source de qualité et sécurité des soins et donc de confiance des Français dans le système de santé. » (cf. Entretien 1).

Tableau 12 : Inquiétudes des intervenants : analyse des verbatims

Le cobalt-chrome
« Il y a le cobalt qui ressort depuis 3 ou 4 ans, mais ça n'a toujours pas été tranché, il n'y a pas eu de directives. Le jour où on nous dira que les couronnes chrome-cobalt sur molaire ne sont plus conformes aux données acquises de la science et bien cela s'arrêtera et dans le panier RACO il faudra trouver autre chose. » (cf. Entretien 6).
Qualité des prothèses dentaires VS 100 % santé
« Des faits rapportés à la DGCCRF : celui d'une difficulté, pour les CMU aujourd'hui C2S, d'accès aux soins et à se voir délivrer des dispositifs de qualité. » (cf. Entretien 3).
« Le problème, c'est les plafonds tarifaires, mais cela ne concerne pas le devis et sa forme en elle-même. Sur les tarifs imposés du 100 % santé la question est différente, là on arrive à des tarifs qui, sur certains actes, empêchent totalement une réalisation si on s'en tient à la nomenclature actuelle en France. C'est dommage de s'être fixé sur de la prothèse étrangère pour établir les tarifs ! Mais cela me semble être une problématique autre que le devis en lui-même. » (cf. Entretien 7).
Maintien du libre choix du praticien
« Il convient tout de même de contrôler les éventuelles pratiques anticoncurrentielles des réseaux de soins et une équité dans les choix des professionnels de santé rattachés au réseau, expliquent-ils. Une discrimination dans les choix de praticien pourrait constituer en ce sens une altération du libre choix du patient. » (cf. Entretien 3).
Altération du rapport de confiance entre patient et chirurgien-dentiste
« Croyez-vous que ça apporte plus de transparence de mettre un prix de vente à côté d'un prix d'achat ? Moi je trouve que ça amène plutôt un mauvais rapport entre le praticien et le patient. Les mutuelles et les complémentaires feraient mieux, elles, d'être d'avantage transparentes. » (cf. Entretien 6).
Changement de mode de remboursement des soins dentaires dans l'avenir
« Il changera sans doute un jour, mais il ne changera qu'au gré de la demande des patients et de l'évolution de la société. Imaginons, il y a des bruits qui courent sur la « Grande Sécu », que l'assurance maladie se désengage d'une partie du dentaire, c'est possible ! Je ne le souhaite pas, car ce serait signer le retour des réseaux. Donc oui il peut changer au gré des évolutions sociétales et

réglementaires qui peuvent venir de France ou d'Europe, mais personne ne peut dire aujourd'hui quand et comment. » (cf. Entretien 5).

« Vous savez qu'il y a quand même 76 % des frais médicaux qui sont pris en charge par l'assurance maladie et donc 24 % de ces frais qui sont pris en charge par les mutuelles et que dans le même temps, hors épidémie, la sécurité sociale fait des déficits régulièrement aux alentours de 1 et 7 milliards alors que les mutuelles font des bénéfices généralement autour de 7 milliards. » (cf. Entretien 2).

Source : Auteur, 2022

Pistes de réflexion pour l'amélioration du devis en odontologie

Tableau 13 : Pistes de réflexion des intervenants pour une amélioration du devis en odontologie :
analyse des verbatims

Un panier C2S au même niveau que le panier RACO
<i>« Il faudrait au minimum que le panier C2S soit au même niveau que le panier RACO. Ça paraît être un minimum vital, on s'était battu à l'UD pour ça ! Lors des négociations, lorsqu'ils avaient formé la C2S, nous avons rappelé qu'il y a des patients C2S qui paient leur mutuelle, mais ils ne peuvent pas bénéficier des avantages des paniers RACO, ils ne peuvent bénéficier que du panier CMU ce qui est aberrant. » (cf. Entretien 6).</i>
Une assurance universelle
<i>« Moi je suis pour une assurance universelle contrôlée par le parlement, avec la suppression des mutuelles et la prise en charge par cette assurance universelle de toutes les cotisations, de toutes les taxations, et cetera... » (cf. Entretien 2).</i>
Promotion de la biocompatibilité des matériaux et de l'écologie à travers le devis en odontologie
<i>« Mais ce qu'il serait intéressant, c'est de se pencher justement sur le développement durable, la biocompatibilité des matériaux afin de vraiment se pencher sur la santé des patients. Cela me semble une voie à regarder et à approfondir. » (cf. Entretien 7).</i>
<i>« Maintenant, on mettrait en plus les produits carbone, mais à l'époque ce n'était pas encore le cas. » (cf. Entretien 2).</i>

Suppression du mot « "devis » pour le remplacer par « contrat de soin »
<i>« Le mot « devis » n'est pas adapté pour la santé, parce qu'il introduit une relation commerciale, or la santé n'est pas et ne doit pas devenir un commerce. Il faudrait l'appeler contrat de soin (comme les vétérinaires par exemple). Un contrat de soin prend en compte le patient dans sa globalité, tout comme chacune de nos interventions.» (cf. Entretien 7)].</i>
Rééquilibrage soins prothétiques/soins conservateurs
<i>« Pour aller plus loin, il faudra observer le bon rééquilibrage entre les soins prothétiques et conservateurs, ce sera au cœur des futures réflexions. » (cf. Entretien 4).</i>
Dématérialisation
<i>« Il a vocation à être dématérialisé. » (cf. Entretien 5).</i>

Source : Auteur, 2022.

3.2.3.5 Quelles évolutions sont à attendre pour le devis en odontologie ?

[Le futur du devis en odontologie étroitement lié à la réussite du 100 % santé](#)

Tableau 14 : Le futur du devis en odontologie selon les intervenants : analyse des verbatims

Retour de la ventilation selon l'application du 100 % santé
<i>« Si le 100 % santé fonctionne et que tout le monde respecte les tarifs, il ne sera plus utile de remettre en place cette ventilation. » (cf. Entretien 4)..</i>
<i>« Il conviendra de se poser la question du retour de la ventilation ou non. Ce qu'il adviendra dépendra du fonctionnement ou non du 100 % santé. Si cela marche très bien et que tout le monde fait du RACO et du RACM avec une réglementation globale, alors la remise en place de la ventilation n'aura pas de sens. C'est dans cet ordre-là que nous réglerons la question fin 2022. » (cf. Entretien 4)..</i>
100 % santé qui s'adapte aux évolutions technologiques
<i>« Un travail sera prochainement mené pour s'assurer que le panier de soins des trois secteurs concernés par le 100 % santé puisse évoluer dans le temps pour tenir compte de l'évolution technologique et ainsi s'assurer que l'offre couvre effectivement les besoins essentiels des Français. Le 100 % s'adapte pour garantir la qualité des soins proposés. » (cf. Entretien 1).</i>

Tiers payant intégral
<i>« Depuis le 1er janvier 2022, les organismes complémentaires ont l'obligation de permettre à leurs assurés de bénéficier du tiers payant intégral sur les soins du 100 % santé. C'est un des derniers freins à lever pour lutter contre le renoncement aux soins. » (cf. Entretien 1).</i>
Campagnes de contrôle pour s'assurer de l'application du 100 % santé et sanction de l'Assurance maladie
<i>« Des campagnes de contrôle seront mises en œuvre pour s'assurer que les professionnels proposent bien l'offre 100 % et permettent ainsi aux assurés qui le souhaitent de pouvoir en bénéficier, pour accéder aux soins sans reste à charge. En cas de manquement, l'Assurance maladie sera en mesure de prononcer des sanctions dès cette année, si nécessaire. » (cf. Entretien 1).</i>
Enquêtes de satisfaction auprès des assurés
<i>« Enfin, une enquête qualité doit être lancée auprès des assurés afin de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de l'offre 100 % santé. » (cf. Entretien 1).</i>

Source : Auteur, 2022.

[Pour aller plus loin : bilan du 100 % santé et amélioration de l'offre de soin en odontologie dès 2022.](#)

Tableau 15 : Politiques de santé à venir : analyse des verbatims

Bilan du 100 % à ce jour
<i>« En matière de 100 % santé quelques éléments sur le bilan du Gouvernement, car je pense que c'est un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins 10 millions de Français ont pu bénéficier de l'offre 100 % santé et ont vu leurs lunettes, leurs soins dentaires et leurs audioprothèses totalement pris en charge. Dans le secteur dentaire, en moyenne sur les onze premiers mois de l'année 2021, 55 % des actes prothétiques dentaires ont été réalisés sans reste à charge pour le patient. Plus de 6 millions de Français ont bénéficié du 100 % santé pour des soins dentaires depuis 2019. » (cf. Entretien 1).</i>
<i>« L'important pour nous est de constater une bonne application du 100 % santé, nous avons eu un premier bilan partiel avec la CNAM il y a quelque temps, plutôt encourageant. Mais à ce stade préliminaire, nous analysons si le 100 % santé permet à de nouveaux patients d'avoir accès à des soins prothétiques auxquels ils n'avaient pas accès auparavant ou si cela permet « seulement » de</i>

limiter le reste à charge des patients ayant déjà accès aux soins prothétiques. Il y a des signaux positifs à ce jour. » (cf. Entretien 4).

Politique de renforcement de l'offre de formation en odontologie et favorisation de l'installation dans les zones sous-dotées.

« L'offre de soins en dentaire passe également par nos capacités de formation qui sont aujourd'hui encore trop limitées et inégalement réparties sur le territoire. C'est pourquoi le Premier ministre a annoncé le 8 décembre dernier la création de 8 sites de formations universitaires en odontologie à partir de 2022 à Caen, Rouen, Tours, Dijon, Besançon, Amiens, Poitiers et Grenoble.

Il s'agira de renforcer l'offre de formation dans des territoires aujourd'hui dépourvus d'offre et d'augmenter de plus de 15 % le nombre d'étudiants formés, c'est l'illustration concrète de la suppression du numérus clausus dans cette filière et de favoriser l'ancrage territorial et l'installation de ces jeunes professionnels dans ces territoires où la densité en chirurgien-dentiste est bien souvent inférieure à la moyenne nationale. » (cf. Entretien 1).

Source : Auteur, 2022.

3.3 Discussion

3.3.1 Discussion de la méthode

Force de l'étude

Tout d'abord, la force de notre étude réside dans son sujet même, à la fois original et pertinent. La littérature scientifique et juridique étant pauvre dans ce domaine très spécifique, l'information a été transmise au public en majorité par les médias, sources d'incompréhension et ainsi de discorde. La résultante étant une non-application du document et ainsi une conséquence directe sur la santé des patients (absence de prise en charge, perte de confiance, incompréhension...), il nous paraissait alors essentiel d'expliquer les faits ayant mené aux évolutions de ce document, mais également de donner la parole à tous les protagonistes concernés par le sujet afin d'en comprendre les nuances. L'objectif ultime étant de résoudre les incompréhensions et de participer à l'élaboration d'un devis dont les enjeux sont compris par tous, et ce, dans l'intérêt des patients.

Pour ce faire, la qualité des interlocuteurs était primordiale et c'est le cas dans cette étude. Non seulement la plupart des domaines étaient représentés pour un même sujet et ainsi une triangulation

des sources a pu être réalisée afin de renforcer la validité de l'étude, mais les représentants eux-mêmes étaient des personnes dont le statut permettait une réelle fiabilité des résultats. Cette fiabilité des résultats à pu être d'autant plus assurée par un retour écrit et corrigé des intervenants.

Afin de réaliser une critique objective de notre étude, la grille COREQ (65) figurant en annexe 4 a servi de support.

Biais de sélection

Un biais de sélection peut être constaté puisque la participation à cette étude relevait du volontariat. Ainsi l'échantillon n'est pas entièrement représentatif de toutes les professions ayant participé de près ou de loin à l'élaboration du devis en odontologie sur les vingt dernières années et les autres domaines auraient pu apporter d'autres réponses aux questions, induisant alors un biais de non-réponse.

Biais cognitifs

Nous pouvons constater des biais cognitifs dans cette étude notamment du fait du « framing effect » ou encore effet de cadrage ainsi qu'un biais de positivité dans la façon de poser certaines questions, pouvant influencer la réflexion de la personne interviewée. Cependant, l'aspect ouvert des questions a pu diminuer ces deux biais. Nous pouvons également mentionner un éventuel effet de « halo » puisque les questions posées étaient dépendantes des réponses données, principe même le l'entretien semi-dirigé, mais l'établissement d'un guide d'entretien précis a pu réduire cet effet. Pour finir, un biais de mémoire a pu être généré lors du refus d'un des interlocuteurs d'enregistrement, mais singulièrement limité par le retour corrigé par écrit de ce même interlocuteur.

Biais d'investigation

Un biais d'investigation peut être relevé à la suite à des corrections et modifications réalisées par les intervenants à posteriori de l'entretien. Si cela constitue un biais, on ne peut nier qu'il puisse entraîner des conduites d'évitement à certaines questions, il constitue également un gage de qualité et de validité des réponses apportées et permet de supprimer un éventuel biais d'interprétation.

Biais d'interprétation

Un biais d'interprétation existe, car l'enquêtrice est une seule et même personne. Cependant, la relecture puis correction réalisée par les différents intervenants réduisent considérablement ce biais.

Pour renforcer la validité de cette étude, une deuxième démarche d'analyse aurait été souhaitable avec une triangulation de données, mais cela n'a pas pu être fait pour des raisons organisationnelles.

3.3.2 Discussion des résultats : confrontation avec les données connues de la littérature

Ventilation des honoraires souhaitée par la loi HPST puis Fourcade, deux objectifs : accès aux soins et transparence des dispositifs médicaux

La majorité des intervenants s'accorde à dire que l'influence du législateur en matière de devis en odontologie est due à une forte demande des usagers du système de santé en matière d'accès à la santé et à des soins de qualité (cf. Entretiens 2, 3, 5, 6). À l'époque, l'enquête de l'INSEE en 2007 « *Statistiques sur les ressources et les conditions de vie* » (66) révèle qu'environ 7 % des personnes âgées de 16 ans et plus ont renoncé aux soins dentaires sur les douze derniers mois alors que leur état de santé le nécessitait. Parmi eux, près de 50 % l'ont fait pour des raisons financières (la seconde raison évoquée étant la peur d'aller voir un chirurgien-dentiste). D'après Després et al. (2011), en 2008 sur les 15,4 % de la population adulte déclarant avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, 10 % étaient concernés par les soins dentaires contre 4,1 % en optique et 3,4 % en médecine générale et spécialisée (67).

Ces constatations, réalisées peu avant la mise en place de la loi HPST, mettent en avant la nécessité de développer l'accès aux soins. Cependant, le monopole des chirurgiens-dentistes fait obstacle à cette volonté législative, comme le souligne un intervenant (cf. Entretien 5), justifiant le souhait de mettre en place une ventilation des honoraires afin d'entrer dans une logique concurrentielle. Dans cette même logique, si quelques intervenants précisent que les réseaux de soin permettent l'accès à la santé (cf. Entretien 3), la majorité d'entre eux déplorent une altération du libre choix du praticien ainsi qu'une sélection du chirurgien-dentiste par le patient uniquement réalisée sur le critère tarifaire (cf. Entretiens 2, 5, 6, 7). Par ailleurs, le boycott de ces réseaux de soin par une partie de la profession a été considéré comme une infraction au droit de la concurrence comme l'a statué l'Autorité de concurrence en 2015 (68).

Finalement, la loi HPST ne pouvant être mise en place (cf. 2.2.2) la loi Fourcade a permis de palier aux soucis d'application par un remplacement du prix d'achat en prix de vente, permettant ainsi d'inclure les frais liés à la fabrication du dispositif médical tout en maintenant le principe de la ventilation des honoraires. Cependant, les chirurgiens-dentistes n'ont pas adhéré à ce nouveau devis conventionnel et la conséquence directe en est la non-application. L'élément majeur en cause selon les intervenants représentants des syndicats dentaires, était l'aspect culpabilisateur de ce devis souhaitant mettre en

exergue la « marge » réalisée par le dentiste sans tenir compte de tous les aspects du soin (cf. Entretiens 5, 6, 7) et la perte de considération de la chirurgie dentaire en tant que profession médicale (cf. Entretien 7). Un cercle vicieux se met en place puisque la non-application de ce devis renforce l'idée que ces derniers ne veulent pas présenter cette fameuse marge (cf. Entretiens 2, 3).

Loin de vouloir culpabiliser la profession des chirurgiens-dentistes, les intervenants hors syndicat dentaire expliquent comprendre l'enjeu et la peur de la stigmatisation évoquée par la profession (cf. Entretiens 3, 4). Ils précisent que cette distinction est faite à cause du particularisme de la chirurgie dentaire : en effet, il est nécessaire de réguler dans un même temps les actes, mais également les dispositifs médicaux (cf. Entretien 4) répondant non seulement au Code de la santé publique, mais également au Code de la consommation de façon générale (malgré des spécificités) (cf. Entretien 3) et soumis à une réglementation très stricte généralement européenne (cf. Entretiens 1, 3). Par ailleurs, il est pertinent de se demander si les enquêtes menées par la DGCCRF concernent des actes médicaux d'autres professions médicales et la réponse est oui, en atteste une enquête menée en 2020 sur le contrôle de l'information délivrée en chirurgie esthétique (69). Si les obligations en matière de transparence des dispositifs médicaux sont équivalentes ou tout du moins comparables (différent selon la classe du dispositif), il est intéressant de souligner que ces autres professions ne sont pas soumises à une ventilation d'honoraires. Cela s'explique par le fait que la réglementation en matière de devis est nationale et différenciée suivant les secteurs (cf. Entretien 3).

Si les intervenants comprennent les enjeux de la transparence (cf. Entretiens 2, 5, 6), certains déplorent néanmoins une transparence biaisée : les informations concernant les prothèses dentaires sont accessibles aux patients mais qu'en est-il des soins conservateurs où certains soins sont faits « à perte » ? (cf. Entretien 7). Ce constat renforce l'idée que la transparence en matière de traçabilité des prothèses dentaires est une notion de santé publique tandis que la transparence par ventilation des honoraires est une notion de concurrence face à des difficultés d'accès aux soins dentaires pour les Français.

L'aboutissement de ces évolutions vers une mise en place du 100 % santé.

Cela étant dit, un constat est fait : il est important pour tous les intervenants que les Français aient accès à la santé et à des soins de qualité, champ d'action de la réforme du 100 % santé menée par le Président Emmanuel Macron et promesse de campagne. Cette réforme entraîne des modifications du devis en odontologie et la suppression de la ventilation est l'une d'elles : une cause directe de la mise en place du RACO et donc de l'absence de concurrence sur ce genre d'actes (cf. Entretiens 4, 5, 6), mais également le résultat d'un compromis avec les chirurgiens-dentistes afin de maximiser son application

(cf. Entretien 4). Si la notion de prix de vente persiste, c'est pour coller à la loi et éviter ainsi de la réécrire (cf. Entretien 5). Concernant les alternatives thérapeutiques, l'idée d'un accès pour tous à la santé tout en préservant la liberté thérapeutique des chirurgiens-dentistes est un idéal souhaité par tous les intervenants.

Pour autant, l'inquiétude du maintien de la qualité des soins *versus* le RACO a été évoquée par plusieurs intervenants (cf. Entretiens 3, 7). En effet, la Cour des comptes estimait le prix d'une couronne céramo-métallique réalisée par un laboratoire français entre 120 et 140 euros contre 40 euros par un laboratoire étranger (44). Pour les couronnes céramo-métallique antérieures, le RACO prévoit un plafonnement à 550 euros, le risque que l'on peut aisément craindre est alors l'orientation des chirurgiens-dentistes vers des laboratoires étrangers afin de pallier au coût du plateau technique. Dans un pays où l'importation des prothèses dentaires est estimée à 15 % d'après le conseil de l'Ordre et l'association dentaire française en 2010 (44), les intervenants appuient l'hypothèse que c'est la qualité française et européenne qui donne le plus confiance (cf. Entretiens 2, 3). Une médecine bucco-dentaire à deux vitesses pourrait en être renforcée.

Un devis respectant les droits des patients, mais avec quelques nuances...

La quasi-totalité des intervenants estime que le devis en odontologie actuel présente une information claire, loyale et adaptée permettant un consentement éclairé (cf. Entretiens 1, 5, 6, 7). Cependant, la multitude d'informations demandées rend ce support difficile à lire pour les patients. Cette exhaustivité renforce alors le rôle du praticien dans l'explication du devis (cf. Entretiens 5, 7). L'importance accordée au côté pédagogique du praticien dans l'explication du devis pourrait renforcer le poids des organismes complémentaires dans les explications de ce même devis et ainsi influencer le patient, d'une manière ou d'une autre. Aussi, un nécessaire retour à la simplicité du devis en odontologie est souhaité pour certains intervenants (cf. Entretien 6). Le format standardisé actuel permet tout de même une bonne lecture par les organismes complémentaires et par extension, une bonne prise en charge (cf. Entretiens 1, 4, 5, 6) ce qui est l'élément le plus important à l'heure où l'accès pour tous à la santé est le maître mot.

Deux autres droits fondamentaux des patients sont respectés de façon partielle selon les intervenants : le secret médical et l'accès aux soins en accord avec les données acquises de la science. Concernant le secret médical, la communication des codes affinés voulue par les organismes complémentaires constituerait une altération du secret médical (cf. Entretien 7), problématique reconnue par les institutions gouvernementales expliquant qu'un travail de clarification est en cours par la DSS, la CNIL

et l'Assurance maladie (cf. Entretien 3). Pour ce qui est de l'accès à des soins répondant aux données acquises de la science, la problématique du cobalt chrome a été évoquée (cf. Entretiens 6, 7), le choix de prothèses non biocompatibles dans le RACO est déploré (cf. Entretien 7) et pour aller plus loin l'absence de taxe carbone est observée (cf. Entretien 2).

Quelles suites pour ce devis en odontologie ?

Plusieurs pistes de réflexion sont proposées par les intervenants au sujet de l'évolution du devis en odontologie, et plus largement des politiques de santé, pour répondre au mieux aux besoins des patients :

- Tout d'abord la suppression du mot « devis », pour le remplacer par « contrat de soin », élément existant chez les vétérinaires, afin remettre en avant la relation de confiance établie entre le chirurgien-dentiste et le patient tout en maintenant les obligations de mentions sur le document (cf. Entretien 7).
- Renforcer l'accès à la santé pour tous en passant par une assurance universelle (cf. Entretien 2) ou encore en adaptant le panier C2S au panier RACO (cf. Entretien 6).
- S'orienter le plus possible vers des actes conservateurs par la rééquilibrage des soins prothétiques et soins conservateurs (cf. Entretien 4), mais également privilégier la biocompatibilité (cf. Entretien 7) afin de promouvoir des soins en accord avec les données acquises de la science.
- Dématérialiser le devis pour l'écologie et accélérer les transmissions aux organismes de remboursement et ainsi faciliter l'accès à la santé (cf. Entretien 5).

Cependant, la véritable réponse à cette question réside dans la bonne application du 100 % santé (cf. Entretien 4). En effet, le retour de la ventilation sera effectif en cas de non-respect du 100 % santé puisque dans ce cas la concurrence sera la seule solution pour l'accès aux soins pour tous. Cette question devrait se régler fin 2022 (cf. Entretien 4) à la suite de campagne de contrôle et d'enquête de satisfaction (cf. Entretien 1). Par la suite, le 100 % veillera à s'adapter aux évolutions technologiques, problématique soulevée par certains intervenants dans cette étude. Depuis le 1^{er} janvier 2022, le tiers payant intégral par les organismes complémentaires est déjà effectif, toujours dans un objectif de maximiser l'accès à la santé (cf. Entretien 1).

Le prochain combat à mener dans l'accès aux soins pour tous, et non des moindres, concerne la disparité de l'offre de soin sur le territoire. Une politique de renforcement de l'offre de formation a été annoncée en décembre 2021, permise en partie par la suppression récente du numérus clausus. Il s'agira également de favoriser l'ancrage territorial et ainsi l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones sous-dotées (cf. Entretien 1).

Conclusion

Le devis en odontologie revêt un caractère éthique, déontologique et légal. Pilier de la relation de soin, il renforce l'autonomisation du patient et engage la pleine responsabilité du chirurgien-dentiste. Aussi, une standardisation de l'écrit est devenue nécessaire au début des années 2000, portée par l'informatisation des cabinets et l'évolution des règles de nomenclature.

Pour pallier à l'absence de normalisation et au manque de transparence du devis en odontologie, la loi HPST en 2007 avait proposé une ventilation des honoraires, afin de présenter le prix d'achat des éléments prothétiques. L'inapplicabilité technique de cette mesure a donné naissance à la loi Fourcade en 2011, qui maintient la ventilation des honoraires, mais transforme le prix d'achat des éléments prothétiques en prix de vente, afin d'inclure les frais liés à la fabrication du dispositif médical. Le sentiment de culpabilisation ressenti par une partie de la profession a donné lieu à des défauts d'application décriés par la DGCCRF. Ce cercle vicieux prend finalement fin avec la réforme 100 % santé qui marque la fin de la ventilation au profit de l'information des alternatives thérapeutiques.

À l'issue d'une étude qualitative, menée auprès de plusieurs acteurs éminents de la politique de santé en matière de devis en odontologie, il a été possible d'en apprendre davantage sur l'évolution du devis au cours des vingt dernières années. Différents enjeux et difficultés ont ainsi pu être mis en lumière au cours des entretiens engagés.

Désormais, le devis en odontologie s'inscrit dans une démarche visant à favoriser l'accès aux soins pour tous. Il a été mieux accueilli par la profession. L'avenir de ce document est relativement clair et dépendra de la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé ». D'autres enjeux ont été soulevés au cours des entretiens, tels que la qualité des soins, l'origine géographique de la prothèse ou encore, le développement durable. Ces thématiques reflètent les préoccupations actuelles de tous les français. À l'avenir, une étude plus poussée doit être menée auprès des patients et des professionnels de santé, en vue de connaître leurs perceptions au sujet du devis en odontologie.

Bibliographie

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. mars 4, 2002. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/#:~:text=I.,mesures%20susceptibles%20de%20l'att%C3%A9nuer>.
2. Froment J. La relation patient praticien : une relation singulière bien règlementée. Paris: Association dentaire Française; 1999. 31 p.
3. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
4. Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. Paris: Masson & Cie; 1954. 210 p.
5. Décret n°47-1169 du 27 juin 1947, portant code de déontologie médicale, *Journal officiel de la République française* du 28 juin 1947 [Internet]. 0152 juin 27, 1947. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000672603>
6. Loi Huriet-Serusclet n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale, Chap. II, Art L.1122-1 [Internet]. SPSX8810045L déc 20, 1988. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000508831/>
7. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain [Internet]. JUSX9400024L juill 29, 1994. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000549619/>
8. Vassal J-P. Le consentement éclairé. *Inf Dent.* 2016;98(19):40-2.
9. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, Art. 16-3 [Internet]. août 6, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000441469/>
10. Attali E, Delprat L. Le devis : simple formalité ou véritable obligation? *Le fil dentaire.* 2013;(79):28-31.
11. Sabek M. Les responsabilités du chirurgien-dentiste. 2e édition revue et augmentée. Bordeaux: Les Études Hospitalières; 2012. 416 p.

12. Cour de cassation. Rapport annuel 2010 : le droit de savoir [Internet]. 2011 p. 610. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/files/files/Publications/Rapport%20annuel/rapport-annuel_2010.pdf
13. Béry A. Le contrat de soins, odontologie, droit, éthique. Paris: Editions S.I.D.; 1997. 181 p.
14. Jolibert B. Éthique, morale et déontologie. Trois approches du « devoir être ». L'enseignement Philos. 2020;(2):45-55.
15. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Editions du Seuil; 1990. 424 p.
16. Lombard J. Éthique médicale et philosophie : l'apport de l'Antiquité. Paris: L'Harmattan; 2009. 134 p.
17. 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, Annexe, Titre IV [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000028275828
18. Dispositions générales relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. (Articles L145-1 à L145-5) [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036394050/
19. Jacotot D. L'insaisissable et mystérieuse notion de « tact et mesure ». La Lettre. 2016;144:34-8.
20. Vialla F. Autonomie du défaut d'information : on avance, on avance, c'est une évidence, il faut qu'on avance. Rev Droit Santé. 2011;41:245-8.
21. Pirnay P. L'éthique en médecine bucco-dentaire. Paris: Espace ID; 2015. 240 p.
22. Lafont S. Propos liminaires sur l'effcience du droit de la consommation en matière médicale. Rev Droit Santé. 2004;1:71-2.
23. Rousset G, Porchy-Simon S. L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé [Thèse de droit]. Université Jean Moulin de Lyon 3; 2007.
24. Diakonoff H. Fiscalité et implantologie orale. J Droit Santé Assur Mal. 2021;29:121-3.
25. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Art. 57, Journal officiel de la République française n°0167 du 22 juillet 2009

[Internet]. SASX0822640L juill 21, 2009. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

26. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Art. 13, Al. 3, Journal officiel de la République française du n°0185 du 11 août 2011 [Internet]. ETSX1107215L août 10, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024457033/>

27. Avis n° 98-A-17 du Conseil de la concurrence en date du 10 novembre 1998 relatif à une demande d'avis présentée par la Confédération nationale des syndicats dentaires concernant le protocole d'accord signé avec la Mutuelle générale de l'éducation nationale le 23 juillet 1996 relatif à l'amélioration de l'accès aux traitements dentaires [Internet]. ECOC9910076V mai 12, 1999. Disponible sur:
https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/boccrf/99_09/a0090001.htm

28. Direction de la gestion du risque. Mise en place de la convention dentaire destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes conventionnés libéraux et les caisses primaires d'assurance maladie. [Internet]. Sect. V) Dispositions diverses nov 12, 1997. Disponible sur:
<http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/CC9711/971112-A.PDF>

29. Mathieu S. Transparence de l'acte prothétique [Internet]. Sénat; 1999. Report No.: 20678. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/1999/qSEQ991120678.html>

30. Berger T, Mazer K, N'Dour A. Transparence en santé : réflexions sur le « concept » de transparence. Rev Générale Droit Méd. 2014;(51):1-14.

31. Avenant n°6 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes - Annexe II [Internet]. SANSO324256V nov 8, 2003. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000248190?init=true&page=1&query=avenant+n%C2%B06+convention+nationale+chirurgiens-dentistes&searchField=ALL&tab_selection=all

32. Sabek M. Le chirurgien-dentiste et les caisses d'assurance maladie : conventions, contrôles, contentieux. SNPMD. Paris; 2004. 45 p.

33. Sabek M. Le devis : pièce centrale du consentement. Chir-Dent Fr. 2003;1147/1148:1-17.

34. Michel J-C. Le devis nouveau est arrivé. Chir-Dent Fr. 2003;1147/1148:18-25.

35. Ferat F. Elements du devis pour traitement prothétique [Internet]. Sénat; 2006. Report No.: 25810. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2006/qSEQ061225810.html>
36. Schillinger P. Prothèses dentaires [Internet]. Sénat; 2010. Report No.: 16214. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2010/qSEQ101216214.html>
37. Bachelot R. Déclaration de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, sur la réforme de l'hôpital et notamment la représentation des professionnels de santé dans le cadre des Agences régionales de santé (ARS). In Paris; 2009. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/176694-declaration-de-mme-roselyne-bachelot-ministre-de-la-sante-et-des-sports>
38. Ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux [Internet]. SASX1001341R mars 12, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000021961300/>
39. Barbier G. Application de l'article 57 de la loi HPST [Internet]. Sénat; 2010. Report No.: 14374. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2010/qSEQ100714374.html>
40. Fourcade J-P. Proposition de Loi modifiant certaines dispositions de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juill 13, 2011. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pp10-065.html>
41. Grand d'Esnon P. Pourquoi vous payez aussi cher vos prothèses dentaires. Rue 89 [Internet]. 2016; Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-economie/20110421.RUE1929/pourquoi-vous-payez-aussi-cher-vos-protheses-dentaires.html>
42. Ministère des affaires sociales et de la santé. Transparence des prothèses dentaires [Internet]. 2013. Report No.: 00311. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120700311.html>
43. Cour des comptes. Rapport sur l'application des loi de financement de la sécurité sociale, Chapitre VI Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder [Internet]. Cour des comptes; 2016 p. 248-86. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/164000598.pdf>

44. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, Chapitre XIII : les soins dentaires [Internet]. Cour des comptes; 2010 p. 317-50. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000470.pdf>
45. Hugues D. Négociation conventionnelle. Chir-Dent Fr. 2012;1515-1516:1-8.
46. Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires. Avis relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signé le 16 avril 2012. 2012 mai. Report No.: Délibération n° CONS. – 26 – 9 mai 2012.
47. Morel G, Hugues D. Avenant n°2 : pourquoi un nouveau devis ? Chir-Dent Fr. 2012;1533:1-6.
48. Mojaïsky C. Négociations conventionnelles : c'est reparti pour l'Avenant n°3! Chir-Dent Fr. 2012;1551-1552:1-5.
49. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Le contrôle des devis dentaires [Internet]. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes; 2015. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/controle-des-devis-dentaires>
50. Deschaux S. DGCCRF et devis dentaire : il court, il court, le furet ... Chir-Dent Fr. 2015;1676:10-1.
51. Ferrand R. Professions réglementées : Pour une nouvelle jeunesse [Internet]. Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique; 2014 p. 1-84. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/rapport_professions_reglementees-r-ferrand.pdf
52. Sague J. Rapport Ferrand : un rapport télécommandé. Chir-Dent Fr. 2014;1639:1-7.
53. Boyer V. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Internet]. Sénat; 2011. Report No.: 294. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l10-294/l10-2940.html>
54. Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins, Art. 7, Journal officiel de la République française n°0130 du 8 juin 2018 [Internet]. Code de la santé publique, ECOC1809998A mai 30, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037032490?init=true&page=1&query=arr%C3%AAAt%C3%A9+30+mai+2018+relative+%C3%A0+l%27information&searchField=ALL&tab_selection=all

55. Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 [Internet]. CPAX1824950L déc 22, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037847585/>
56. Avis relatif à l'avenant n°3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018 - Annexe XIV [Internet]. SSAS2003111V févr 7, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041540528>
57. Union nationale patronale des prothésistes dentaires. Tout comprendre du devis conventionnel [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.unppd.org/unppd/actualites/tout-comprendre-du-devis-dentaire.html>
58. Saleck I. Nouveau devis : ils n'ont pas évité le pire! [Internet]. Fédérations des syndicats dentaires libéraux. 2019. Disponible sur: <http://www.fsd.fr/nouveau-devis-ils-nont-pas-evite-le-pire/>
59. Protection sociale informations. Dentistes : un nouvel avenant pour sécuriser le 100 % Santé. 2019;(1195).
60. Protection sociale informations. 100 % Santé : les réseaux misent sur l'analyse des devis. 2019;(1190).
61. Daudigny Y. Proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé [Internet]. Sénat; 2013. Report No.: 775. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/l12-775/l12-775_mono.html
62. Gaudet S, Robert D. L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa; 2018. 270 p.
63. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;102(3):23-34.
64. Mayer R. Méthodes de recherche en intervention sociale. Montréal: Gaétan Morin éditeur; 2000. 410 p.
65. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57.

66. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV . Econ Stat. 2014;469(1):169-97.
67. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Quest Déconomie Santé. 2011;Novembre(170):1-6.
68. Autorité de la concurrence. Réseaux de soins dentaires : le Conseil national ainsi que 5 conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes, et 2 fédérations syndicales, sanctionnés pour boycott [Internet]. Autorité de la concurrence. 2020. Disponible sur: <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/article/reseaux-de-soins-dentaires-lordre-des-chirurgiens-dentistes-conseil-national-et-5-conseils#:~:text=L%27Autorit%C3%A9%20de%20la%20concurrence,boycott%20%C3%A0%20l%27encontre%20des>
69. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Chirurgie esthétique : contrôle de l'information délivrée aux patients [Internet]. Ministère de l'économie, des finances et de la relance. 2020. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/chirurgie-esthetique-controle-de-linformation-delivree-aux-patients>

Table des figures

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude	35
Figure 2 : Secteurs d'activité des intervenants	37
Figure 3 : Types des entretiens menés.....	38

Table des tableaux

Tableau 1 : Éléments obligatoires et éléments facultatifs pouvant figurer dans le devis (2003)	21
Tableau 2 : Aide au remplissage des parties « Alternatives thérapeutiques » prévue par l'Assurance Maladie.....	29
Tableau 3 : Guide d'entretien.....	33
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des acteurs interrogés.....	36
Tableau 5 : Causes multifactorielles de la normalisation du devis en odontologie : analyse des verbatims	39
Tableau 6 : Influence des politiques de santé sur l'évolution du devis en odontologie et application : analyse des verbatims	41
Tableau 7 : Ressenti de la profession des chirurgiens-dentistes à propos des évolutions du devis : analyse des verbatims	46
Tableau 8 : Ressenti des intervenants à propos des réseaux de soins et centres de santé : analyse des verbatims.....	49
Tableau 9 : Respect des droits des patients par le devis en odontologie : analyse des verbatims	51
Tableau 10 : Respect du cadre légal des DMSM par le devis en odontologie : analyse des verbatims	55
Tableau 11 : Besoin des patients en matière de devis en odontologie : analyse des verbatims.....	57
Tableau 12 : Inquiétudes des intervenants : analyse des verbatims	59
Tableau 13 : Pistes de réflexion des intervenants pour une amélioration du devis en odontologie : analyse des verbatims	60
Tableau 14 : Le futur du devis en odontologie selon les intervenants : analyse des verbatims.....	61
Tableau 15 : Politiques de santé à venir : analyse des verbatims	62

Annexe 1: Table de jurisprudence

Cour de cassation	
Arrêt Mercier. Cour de Cassation mai 20, 1936.	<i>« Mais attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat ».</i>
Arrêt Teyssier. Cour de Cassation janvier 8, 1942.	<i>« Mais attendu que, comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il a apprécié, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques [...] ».</i>
Cour de cassation. Chambre civile 1 janvier 27, 1960.	<i>« Selon le contrat qui le lie à son client, le dentiste est tenu de donner à celui-ci des soins, et d'exécuter des travaux de prothèse, consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science. C'est au client qu'il appartient d'établir que le praticien a commis un manquement à cette obligation. ».</i>
Cour de cassation. Chambre civile 1, du 15 novembre 1972 N°70-14.430	<i>« Attendu que le tribunal, qui n'était pas tenu de suivre les parties dans le détail de leur argumentation, a répondu aux conclusions prétendument délaissées en énonçant que Y... n'avait pas respecté son obligation de livrer un dentier donnant satisfaction à la dame X... ; ».</i>

<p>Cour de cassation, Chambre civile 1, 20 janvier 1987</p> <p>N° 85-10.636</p>	<p>« Mais attendu, d'une part, que le pourvoi commet une confusion entre les risques qui sont inhérents à une intervention chirurgicale ou à une anesthésie - et que le praticien, quoique tenu de recueillir le consentement éclairé du malade, n'est pas obligé de porter à sa connaissance s'ils sont de ceux qui ne se réalisent qu'exceptionnellement - et les risques qui sont courus par le malade du fait de l'affection elle-même dont il souffre, risques qu'il importe au contraire de signaler, en particulier dans un cas comme celui de l'espèce, dès lors qu'il s'agit de mettre tout en oeuvre pour éviter leur réalisation et même si cette réalisation n'est pas fréquente ».</p>
<p>Cour de cassation, Chambre civile 1, 23 novembre 2004</p> <p>N° 03-12.146</p>	<p>« le chirurgien-dentiste est, en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre, une telle obligation, incluant la conception et la confection de cet appareillage, étant de résultat ».</p>
<p>Cour de cassation, Chambre civile 1, 3 juin 2010</p> <p>N° 09-13.591</p>	<p>« l'obligation du médecin d'informer son patient avant de porter atteinte à son corps est fondée sur la sauvegarde de la dignité humaine ; que le médecin qui manque à cette obligation fondamentale cause nécessairement un préjudice à son patient, fût-il uniquement moral, que le juge ne peut laisser sans indemnisation ».</p>
<p>Cour de cassation, Chambre civile 1, 1er juillet 2010</p> <p>N° 09-15.404</p>	<p>« le chirurgien-dentiste est soumis à une double responsabilité : une obligation de moyens pour les soins dentaires et en particulier pour la pose de la prothèse et une obligation de résultat pour la fourniture d'une prothèse dont la jurisprudence affirme qu'elle doit être sans défauts puisque sa fabrication est un acte technique en principe dépourvu d'aléa ».</p>

Cour d'appel

Cour d'appel de Dijon, 24 janvier 1952; Recueil Dalhez jurisprudence, 1952, page 171	« Attendu que le médecin dentiste contracte vis-à-vis de son client une obligation de moyen identique à celle qui est reconnue en matière de responsabilité médicale lorsqu'il s'agit de soins donnés , mais qu'il contracte également une obligation de résultat en ce qui concerne l'exécution de la prothèse ».
Cour d'appel, PAU, Chambre 1, 18 novembre 1981 Jurisdata : 1981- 041755	« Le rôle du dentiste est complexe, s'apparentant à la fois à celui du médecin et au travail du technicien. Ainsi, si dans certaines de ses fonctions a prédominance médicale, il a pu être estimé que le dentiste n'était tenu que d'une obligation de moyens, l'exigence doit être plus grande quand, s'agissant de la pose d'une prothèse, il agit principalement comme technicien . il doit fournir alors à son client une prothèse remplaçant aussi bien que possible la denture absente, un à-peu-près en la matière n'étant pas admissible. ».
Cour d'appel, COLMAR, 30 mars 1990 Jurisdata : 1990- 042996	« Le chirurgien-dentiste qui entreprend des soins dentaires importants, notamment la confection et la pose de prothèse telle qu'un bridge ne saurait en obtenir le paiement dès lors que le patient, faute de devis et d'informations précises quant au coût et à l'importance des travaux, n'a pas été en mesure de donner un consentement éclairé à l'exécution desdits travaux ; par ailleurs le commencement d'exécution des soins et la signature, par le patient, des formulaires d'entente préalable ne suffisent pas à établir un quelconque accord tacite. ».

<p>Cour d'appel, PARIS, Chambre 1 section G, 8 avril 1998</p> <p>Jurisdata : 1998- 020903</p>	<p>« Il y a lieu de condamner le client d'un chirurgien-dentiste au paiement des soins dentaires effectués par celui-ci dès lors qu'il n'est établi aucun manquement de sa part au devoir d'information quant à leur coût. Il ne s'agissait pas en l'espèce de travaux courants et à caractère d'entretien, mais de soins importants, ce que n'ignorait pas le patient. ».</p>
<p>Cour d'appel, LYON, Chambre 1, 17 février 2000</p> <p>Jurisdata : 2000- 105063</p>	<p>« En ne remettant aucun devis à sa patiente sur le coût des travaux à effectuer avant leur commencement, même si ces travaux étaient indispensables (mais d'un coût élevé, environ 58.000 francs), le chirurgien-dentiste manque à son devoir contractuel d'information, le coût des travaux étant un élément déterminant du consentement de la cliente. En conséquence, il sera condamné au paiement de la somme de 50.000 francs à titre de dommages intérêts. ».</p>
<p>Cour d'appel, GRENOBLE, Chambre 1, 3 octobre 2000</p> <p>Jurisdata : 2000- 150040</p>	<p>« L'obligation d'information sur un traitement consistant dans la pose d'implant incombe au spécialiste en implantologie auquel le dentiste traitant avait adressé son patient et non sur lui-même. »</p> <p>« Engage sa responsabilité professionnelle pour manquement au devoir d'information, le chirurgien-dentiste spécialisé en implantologie qui n'a pas informé son patient des risques d'échec du traitement choisi et du manque de fiabilité des implants ostéointégrés au maxillaire; il a fait perdre à son patient le choix d'une prothèse mobile; il y a lieu à 30000 FF de dommages-intérêts. ».</p>

<p>Cour d'appel, PARIS, Chambre 1 section B, 7 février 2002</p> <p>Jurisdata : 2002- 168555</p>	<p>« <i>Lorsque le dentiste a réalisé des soins et travaux prothétiques sans établir de devis préalable ni convenir à l'avance avec son patient du montant de ses honoraires, ceux-ci sont fixés judiciairement; les soins prodigués en l'espèce ont été nécessaires et conformes aux règles de l'art; la patiente ayant refusé une prise en charge chirurgicale de sa pathologie, il n'a pu être délivré que des soins de maintenance. Les très nombreuses séances de soins sur une période longue témoignent de l'attitude attentive et scrupuleuse du praticien et l'interruption du traitement décidé par la patiente n'était pas justifié. Il y a lieu à évaluation des honoraires par rapport aux travaux effectués pour répondre aux besoins spécifiques de la patiente: le montant des honoraires sera de 35000 FF et il y a lieu en conséquence au remboursement d'un trop-perçu de 15000 FF soit 2286 euros par le praticien; le préjudice résultant de l'absence de devis et de la durée de la procédure qui a nécessité une expertise sera réparé par les intérêts au taux légal à compter de l'assignation. ».</i></p>
<p>Cour d'appel, NANCY, Chambre civile 1, 27 septembre 2004</p> <p>Jurisdata : 2004- 264095</p>	<p>« <i>En application de l'article 1147 du Code civil, le praticien est tenu envers son patient d'une obligation d'information et de conseil, dont il doit rapporter la preuve de l'exécution. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, ce devoir d'information porte tant sur l'aspect médical que sur l'aspect administratif des soins prodigués. Sauf en cas d'urgence, le praticien doit, préalablement à l'exécution des soins, remettre à son patient un formulaire d'entente préalable dûment complété et signé. Or, en l'espèce, ce formulaire a été remis au patient après le début des soins, ce qui a entraîné un refus administratif de prise en charge par la sécurité sociale et le refus subséquent de prise en charge par l'assurance complémentaire du patient. Même si les prothèses n'avaient de toute façon pas été remboursées par la sécurité sociale, l'assurance complémentaire exigeait le respect de la formalité de l'entente préalable pour garantir les soins et le chirurgien-dentiste devait à tout le moins informer son patient des conséquences que l'absence de prise en charge par la sécurité sociale pouvait avoir sur l'assurance complémentaire, à charge pour le patient de se renseigner ensuite auprès de son assureur. Le patient est donc en droit de demander au chirurgien-dentiste des dommages et intérêts d'un montant égal à la part qui aurait dû être remboursée par l'assurance complémentaire. ».</i></p>

<p>Cour d'appel, TOULOUSE, Chambre 1 section 1, 11 octobre 2004</p>	<p>« Le jugement déféré a écarté cette demande en indiquant que les honoraires ne pouvaient être réclamés dans la mesure où le praticien ne faisait pas la preuve d'une information loyale, d'un plan de traitement adapté et du caractère non réutilisable des prothèses réalisées.</p> <p>Mme S. a toujours contesté avoir eu connaissance du devis et l'avoir signé. Monsieur M. a été renvoyé devant le tribunal correctionnel pour faux et usage de faux. ».</p>
<p>Cour d'appel, Montpellier, 1re chambre, section D, 19 janvier 2011 N° 10/01401</p>	<p>« que la remise d'un devis détaillé signé le 9 septembre 2002 par Nadine M. atteste de la délivrance de cette information ».</p>
<p>Cour d'appel, Nîmes, 2e chambre, section A, 20 mai 2008 - n° 06/05234</p> <p>Jurisdata : 2008-003130</p>	<p>« L'obligation faite au professionnel de santé d'informer le patient des conditions de remboursement par les régimes de santé ne concerne que les seuls régimes obligatoires de santé et non pas les mutuelles ou les assurances complémentaires dont la souscription ne relève que de la seule volonté des parties. Est bien fondée l'action d'un chirurgien-dentiste en paiement de soins de pose d'une prothèse dentaire à l'encontre d'un patient qui soutient que le professionnel de santé a manqué à son obligation d'information. Si le chirurgien dentiste excipe d'un devis non probant car non signé du patient, le patient n'a quant à lui contesté la facturation des soins à aucun moment avant la présente instance et ne formule aucune observation sur la part remboursée par la sécurité sociale. Il appartenait au patient de se renseigner sur les modalités de prise en charge des soins dentaires par son assurance complémentaire, ne serait-ce qu'en les vérifiant par l'examen des conditions générales de l'assurance contractée, et au besoin de retarder l'intervention après expiration du délai de carence stipulé conventionnellement. ».</p>

<p>Cour d'appel, Basse-Terre, 1^{re} chambre civile, 23 novembre 2020</p> <p>N° 17/00100.</p>	<p>« Que quand bien aucun devis n'a été signé, il n'en demeure pas moins que les travaux rapportés dans les factures d'un montant respectif de 1 330 euros et 14 700 euros ayant donné lieu à mise en demeure du 29 août 2014, ont été effectués, l'expert ne remettant pas en cause leur qualité et Carole G. n'en contestant pas ni la nature de ces travaux ni leur réalisation du 14 février 2014 au 11 avril 2014 ; qu'ainsi, l'obligation est établie en son principe [...] ».</p>
---	---

Conseil d'État

<p>Conseil d'État, Sous-sections 5 et 4 réunies, 5 juillet 2004</p> <p>N° 257027</p>	<p>« Considérant que pour rejeter l'appel formé par M. X contre la décision du 8 mars 2002 par laquelle le conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Midi-Pyrénées lui a infligé la sanction du blâme, la section disciplinaire du conseil national de cet ordre s'est fondée sur le fait que ce praticien, d'une part n'avait pas établi de devis préalablement au traitement effectué sur l'un de ses confrères, et d'autre part avait refusé de lui remettre les feuilles de soins correspondant aux actes et travaux réalisés, en violation des dispositions des articles 28 et 33 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes ».</p>
<p>Conseil d'État, Sous-sections 5 et 4 réunies, 10 février 2014</p> <p>N° 360382</p>	<p>« que si la juridiction disciplinaire peut, même si elle retient l'existence d'une faute, tenir compte de certaines circonstances ou certains faits pour décider de ne pas infliger de sanction, les juges du fond ont en l'espèce, eu égard à l'objet des dispositions méconnues, inexactement qualifié les faits en estimant que ces éléments justifiaient de dispenser M. et Mme A...de toute sanction ;</p> <p>3. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la ministre des affaires sociales et de la santé est fondée à demander l'annulation de la décision de la chambre de discipline du Conseil national de l'ordre des pharmaciens du 20 mars 2012 [...] ».</p>

Source : Auteur, d'après la base de données Lexis 360, 2022.

Annexe 3 : Avenant n°3 – 100 % santé

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom :
 Identifiant du praticien RPPS [|||||] N°Adeli [|||||] ou
 N° de l'établissement (FINISS) : [|||||]
 Raison sociale et adresse :

Date du devis : --/--/----
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : --/--/----

Ce devis contient pages indissociables
 Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : --/--/----
 N° de Sécurité sociale du patient :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhérent :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne

sans sous-traitance du fabricant avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis:

- HN = Hors Nomenclature,

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

** Matériaux et normes	1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2 Alliage non précieux ISO 22674 2016	3 Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4 Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5 Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6 Dentis artificielles NF EN ISO 22112 2017
	Codes	Libellés	Conditions tarifaires
**** Paniers	1 100% Santé	100% Santé	Prise en charge complémentaire sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2 Modéré	Modéré	selon le contrat du patient
	3 Libre	Libre	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire santé solidaire	4 Complémentaire santé solidaire	Complémentaire santé solidaire	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Annexe 4 : Analyse des données de la recherche qualitative : la grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Analyse de l'étude
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Margot Guichard
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Dipômée de chirurgie dentaire non thésée
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Chirurgien-dentiste
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en recherche
Relation avec les participants			
6	Relations antérieures	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Un participant étant connu antérieurement (<i>cf. Entretien 7</i>), pour le reste des entretiens : non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur avant les entretiens
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	La motivation : travail de thèse

Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse thématique transversale de contenu
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Action dans l'élaboration du devis en odontologie
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mails et appels téléphoniques
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	7 entretiens
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raison ?	5 absence de réponses 1 absence de validation de la transcription de l'entretien et absence de retour 1 refus de participation
Contexte			
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile (appels téléphoniques et visioconférence) et sur le lieu de travail de l'intervenant (<i>cf. Entretien 5</i>)
15	Présences de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 4 page 36
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ?	Oui

		Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Non (impossibilité de trouver des acteurs informés sur le sujet n'ayant pas leur place dans l'étude finale, mais guide validé avec le directeur de thèse)
18	Entretiens répétés	Entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui avec l'accord du participant (1 refus)
20	Cahier de terrain	Des notes ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel?	Non sauf lors du refus d'enregistrement
21	Durées	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	18 minutes à 1h30
22	Seuil de saturation	Un seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non
23	Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Oui
Domaine 3 : analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une, l'enquêtrice
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou à partir des données ?	À partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun, utilisation de Word seulement

28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Pas de retour sur les résultats, mais validation des transcriptions des entretiens.
Rédaction			
29	Citations présentes	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Source : Tong, Sainsbury et Craig, « Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups », 2007.

Annexe 5 : Retranscription des entretiens

Entretien 1

Retranscription de l'échange par mail avec M. ATTAL, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, Porte-parole du Gouvernement, le 22/02/22.

Monsieur Attal, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre,

Suite aux échanges avec Monsieur S. [*modifié par l'auteur pour des raisons d'anonymat ndla*], je me permets comme convenu de vous faire parvenir le questionnaire pour ma thèse d'exercice en chirurgie dentaire afin que vous puissiez y répondre par écrit. Par ailleurs j'y joins également un consentement à remplir pour utilisation des données collectées, je retranscrirai bien évidemment vos propos à l'identique. Je vous remercie infiniment de prendre ce temps pour la bonne réalisation de mon projet.

Pour rappel, le sujet de ma thèse est l'évolution du devis en odontologie à travers ces vingt dernières années, en écho aux politiques de santé, et a pour projet de répondre à différentes problématiques concernant l'évolution de ce devis. En ce sens, je mène des entretiens semi-directifs avec différents acteurs (élus, administrations, syndicats professionnels). Votre qualité de Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, Porte-parole du gouvernement, serait un réel atout pour ce projet me permettant ainsi d'explorer des points essentiels avec le gouvernement actuel.

Pour ce faire j'aimerais aborder quatre thématiques avec vous. Je me suis permise d'y ajouter des pistes de réflexion acquises à travers mes différents entretiens, mais vous n'êtes pas tenu d'y répondre et pouvez en aborder de nouvelles.

Votre interprétation des différentes évolutions en matière de devis dentaire

- S'agit-il d'une perte de confiance des patients, notamment vis-à-vis de la sécurité des Dispositifs médicaux sur mesure (conséquence des exportations) ? ou envers la profession ?
- S'agit-il plutôt d'une influence des politiques de santé ? Ou bien les deux ?

Aujourd'hui la réglementation en matière de devis dentaire est une obligation déontologique avec un double objectif : informer le citoyen des tarifs des prestations de santé et s'assurer du respect des tarifs opposables par la convention pour les chirurgiens-dentistes conventionnés avec l'Assurance maladie

*Vous le savez, en cas de dépassement d'honoraires d'un chirurgien-dentiste, une information écrite préalable doit être remise au patient dès que le montant des honoraires facturés est égal ou supérieur à 70 €, **dépassement d'honoraires inclus**. Je trouve cela vertueux s'inscrivant pleinement dans le fait d'avoir une information claire, loyale et intelligible auprès des patients.*

Par ailleurs le développement du 100 % santé depuis le 1^{er} janvier 2022 a imposé de rénover le modèle de devis conventionnel. C'est là l'illustration de l'influence de nos politiques publiques de santé qui permettent aux Français d'avoir une prise en charge à 100 % d'une offre dentaire, optique et auditive permettant de limiter le reste à charge et d'améliorer l'accès aux soins de la population.

La réponse ou non du devis actuel aux droits fondamentaux des patients

- **Importance de la standardisation**
- **Respect de la délivrance d'une information loyale, claire et adaptée pour obtenir un consentement éclairé (lisibilité du devis, pertinence des informations)**
- **Respect du secret médical (transmission des codes CPAM)**
- **Respect du libre choix du praticien (influence des réseaux de soin sur les traitements des devis selon si le praticien appartient au réseau ou non)**
- **Alternatives du 100 % santé en accord avec les données acquises de la science et des règles de l'art**

Vous évoquez là des points essentiels de la réglementation autour des devis : standardisation du modèle que pour chaque français puisse s'y retrouver d'un professionnel de santé à un autre, obligation de délivrance d'une information claire et adaptée au patient et c'est là l'une des obligations essentielles à laquelle est soumis chaque professionnel de santé.

Par ailleurs cela garantit également certains droits des patients (à la veille de fêter l'anniversaire de la loi du 4 mars 2022 sur les droits des patients) en matière de secret médical et du diagnostic ainsi que du traitement prescrit par le professionnel ou encore en matière de liberté de choisir son professionnel de santé. C'est un des fondements de notre système de santé libéral auquel je suis attaché, chaque patient peut librement choisir le professionnel de santé auquel il souhaite avoir recours.

Les évolutions à venir concernant ce devis et vos inquiétudes à ce propos si vous en avez

- **Demande accrue de transparence**
- **Provenance des dispositifs médicaux et sécurité**
- **Inquiétude concernant le maintien de la qualité des soins (qualité des matériaux, nombre de séances...) de tous les chirurgiens-dentistes face au 100 % santé**

Il nous faut poursuivre la transparence en la matière, mais cela n'est pas une source d'inquiétude pour moi, au contraire, c'est une source de qualité et sécurité des soins et donc de confiance des français dans le système de santé. Le Gouvernement a lancé très récemment « Mon Espace Santé » et nous nous sommes engagés à une transparence totale s'agissant de la conception, l'utilisation, les droits d'accès, le stockage des données ... cela me paraît essentiel pour donner confiance à nos concitoyens.

Le marché des dispositifs médicaux en France est optimal avec une réglementation très stricte (marquage CE de l'ensemble des DM) régie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). L'ensemble des dispositifs médicaux sont particulièrement suivis et ce tout au long de leur « vie » au travers de la matériovigilance. Il nous faut poursuivre les efforts en matière de coordination européenne sur la réglementation, mais la vaccination nous a fait franchir des pas de géants. Je suis donc confiant dans cette dynamique.

En matière de 100 % santé quelques éléments sur le bilan du Gouvernement, car je pense que c'est un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins 10 millions de Français ont pu bénéficier de l'offre 100 % santé et ont vu leurs lunettes, leurs soins dentaires et leurs audioprothèses totalement prises en charge. Dans le secteur dentaire, en moyenne sur les onze premiers mois de l'année 2021, 55 % des actes prothétiques dentaires ont été réalisés sans reste à charge pour le patient. Plus de 6 millions de Français ont bénéficié du 100 % santé pour des soins dentaires depuis 2019.

L'impact de la réforme est déjà visible et sera encore intensifié dans le futur. Un travail sera prochainement mené pour s'assurer que le panier de soins des trois secteurs concernés par le 100 % santé puisse évoluer dans le temps pour tenir compte de l'évolution technologique et ainsi s'assurer que l'offre couvre effectivement les besoins essentiels des Français. Le 100 % s'adapte pour garantir la qualité des soins proposés.

Depuis le 1er janvier 2022, les organismes complémentaires ont l'obligation de permettre à leurs assurés de bénéficier du tiers payant intégral sur les soins du 100 % santé. C'est un des derniers freins à lever pour lutter contre le renoncement aux soins.

Des campagnes de contrôle seront mises en œuvre pour s'assurer que les professionnels proposent bien l'offre 100 % et permettent ainsi aux assurés qui le souhaitent de pouvoir en bénéficier, pour accéder aux soins sans reste à charge. En cas de manquement, l'Assurance maladie sera en mesure de prononcer des sanctions dès cette année, si nécessaire.

Enfin, une enquête qualité doit être lancée auprès des assurés afin de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de l'offre 100 % santé.

Les améliorations éventuelles à apporter

L'offre de soins en dentaire passe également par nos capacités de formation qui sont aujourd'hui encore trop limitées et inégalement réparties sur le territoire. C'est pourquoi le Premier ministre a annoncé le 8 décembre dernier la création de 8 sites de formations universitaires en odontologie à partir de 2022 à Caen, Rouen, Tours, Dijon, Besançon, Amiens, Poitiers et Grenoble.

Il s'agira de renforcer l'offre de formation dans des territoires aujourd'hui dépourvus d'offre et d'augmenter de plus de 15 % le nombre d'étudiants formés, c'est l'illustration concrète de la suppression du numérus clausus dans cette filière et de favoriser l'ancrage territorial et l'installation de ces jeunes professionnels dans ces territoires où la densité en chirurgien-dentiste est bien souvent inférieure à la moyenne nationale

Je me permettrai de vous envoyer, si vous l'acceptez, un exemplaire de mon travail terminé ainsi qu'une invitation à ma soutenance de thèse qui, je l'espère, se déroulera courant janvier.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prie d'agréer, Monsieur le Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, Porte-parole du gouvernement, l'expression de mon profond respect.

Margot Guichard

Entretien 2

Entretien avec le sénateur M. Alain MILON, entretien téléphonique d'une durée de 16min le 11/10/21. Acceptation de l'enregistrement.

Tout d'abord merci Monsieur le sénateur d'avoir accepté cet entretien et, si vous êtes d'accord, nous pouvons aborder la première thématique à savoir votre interprétation de l'évolution du devis dentaire sur ces vingt dernières années, notamment à travers la loi HPST puis la loi Fourcade sur laquelle vous avez travaillé.

J'avais, à l'époque, travaillé avec les chirurgiens-dentistes, syndicats et ordre pour essayer de faire en sorte que la loi soit la plus proche possible des désirs des spécialistes dentaires. Donc nous avons fait progresser évidemment beaucoup la façon dont vous pourriez travailler et la façon dont les mutuelles et la sécurité sociale pourraient regarder votre travail avec la possibilité de prendre en charge. Ça n'a pas été obligatoirement une mince affaire parce qu'il y avait beaucoup de contestations, surtout par rapport à des produits qui ne venaient pas obligatoirement de France ou d'Europe et qui étaient refacturés comme des produits pouvant provenir de France ou d'Europe. Donc ça par contre, au niveau des services de l'état et en particulier au niveau du service de la concurrence, les choses ont été mises au point ! Moi-même allant régulièrement chez mon ami chirurgien-dentiste, qui m'a d'ailleurs fait des prothèses une quinzaine de jours en arrière, j'ai pu constater que tout avait l'air de bien se passer y compris la prise en charge par la sécurité sociale et par ma mutuelle.

Donc selon vous l'évolution de ce devis est beaucoup liée à une sécurité vis-à-vis des matériaux et notamment par rapport à leur provenance, vous pensez qu'il y avait une demande accrue de transparence de la part des patients, mais aussi de la société ?

Oui tout à fait, je ne pense pas, j'en suis certain ! Il y avait une demande accrue de la part des usagers, parce que j'ai aussi auditionné les usagers, et il y avait également une demande accrue de la part des collègues parlementaires, députés et sénateurs, qui contestaient un petit peu tous les textes qu'on pouvait mettre en place s'il n'y avait pas cette assurance d'avoir des produits de qualité. Et pour eux, les produits de qualité devaient venir obligatoirement d'Europe et de France. Maintenant, on mettrait en plus les produits carbone, mais à l'époque ce n'était pas encore le cas.

Comment interprétez-vous la difficulté d'acceptation, notamment des chirurgiens-dentistes, de la loi HPST dans laquelle il était mentionné de dissocier le prix d'achat de la prothèse ainsi que les honoraires ?

[rires] Non, l'Ordre l'avait acceptée, mais les syndicats et vos collègues, pas du tout. Je pense que c'est parce qu'ils avaient peur, à la suite d'une transparence aussi accrue, qu'il y ait des contrôles les obligeant à baisser leur prix ou à faire des déclarations aux impôts plus complètes, dirons-nous. C'est probablement parce que la chirurgie dentaire n'était pas prise en compte dans les soins et on avait beau dire partout que c'était extrêmement nécessaire pour un bon équilibre de la santé, le message ne passait pas très bien. Ni au niveau des parlementaires ni au niveau du ministère de la santé. Et ni, donc, au niveau de vos collègues bien sûr.

Et vous ne pensez pas qu'il y ait éventuellement une perte de confiance sur le long terme de la part des patients vis-à-vis de ce devis ?

Au contraire, la mise en place de la transparence entraîne à mon avis, une plus grande confiance. Moi maintenant avec le recul, et avec les chirurgiens-dentistes avec qui je discute, cela me semble très bien passer. Donc j'ai l'impression que les patients, les usagers, ont plus confiance qu'avant. En tout cas ils savent maintenant ce qu'ils vont avoir, comment ils vont l'avoir, combien cela va leur coûter et si ce sera pris en charge, et cetera. Je pense que c'est une bonne chose.

Si ça vous convient, nous pouvons passer à la seconde thématique qui est la forme en elle-même. Déjà la forme standardisée vous semble-t-elle pertinente et est-ce que selon vous la forme actuelle répond aux droits fondamentaux des patients soit une information claire, adaptée, un libre choix du patient, le secret médical...

Ça me semble évident... Ça me semble d'autant plus évident, car il y a une adhésion des usagers et il y a aussi maintenant une adhésion de vos collègues, donc non ça me semble complètement évident. Et je vous redis, ce dont vous venez de parler entraîne une mise en confiance du patient. À mon avis plus on ira vers la transparence, plus on ira vers le libre choix après la bonne information, plus le patient aura confiance en son praticien et plus facilement il ira le voir.

Certains parlent d'une forme un peu plus complexe à comprendre pour le patient, cela concernait davantage la ventilation avec les différentes colonnes, et parfois d'une adhésion qui pouvait être plus compliquée pour le patient du fait d'une mécompréhension.

Je n'ai pas ce sentiment-là. Selon moi, en moyenne, l'ensemble de ce qui est mis en place est accepté par les patients. Mais s'il est plus difficile à comprendre, il faut prendre le temps de parler et d'expliquer.

Et concernant le libre choix du praticien? Cela sous-tend les réseaux de soin, car certains praticiens ont parfois peur que la différence de traitement par les réseaux de soin, en fonction de si le praticien appartient ou non à ce réseau, puisse finalement biaiser le choix du patient et donc altérer ce libre choix.

Tout à fait, le réseau de soin c'est un scandale. C'est un scandale que je dénonce depuis des années, autant dans la dentisterie que dans l'optique. Le réseau de soin c'est la mise en place progressivement d'un système qui sera identique aux centrales d'achat dans le commerce. C'est-à-dire qu'un jour ou l'autre les réseaux de soin, comme les centrales d'achat qui ont mis à genou les agriculteurs et les producteurs français, mettront à genou les opticiens et les dentistes. Donc moi je me bats contre eux depuis des années déjà. J'ai mis un temps fou à faire comprendre aux organisations professionnelles que c'était un scandale et qu'il fallait lutter contre, mais maintenant on lutte contre tous ensemble. Et vous avez vu dans le cadre des réseaux de soin, il y a un bouquin qui est paru il n'y a pas longtemps sur les mutuelles, qui traite les mutuelles de « collectif de voleurs ». C'est un terme que j'avais utilisé moi-même il y a quelques années en arrière dans le cadre d'un discours au sénat.

Donc pour vous cela s'apparente à de la consommation de la santé avec ce genre de pratique ?

C'est le système des centrales d'achat dans le commerce. On met à genou tout le monde, en optique Essilor, car ce sont les meilleurs verres du monde et pour vous on utilisera plus tel pivot parce qu'il est en acier européen et qu'il coûte trop cher par rapport à l'acier indien ! Moi je suis vraiment contre ça. Je suis pour une liberté et si il doit y avoir une liberté contrôlée, elle ne peut être contrôlée non pas par les réseaux, mais par le parlement.

Pour revenir à ce que vous évoquiez concernant les matériaux, est-ce que vous trouvez que le droit d'avoir accès aux données acquises de la science et aux règles de l'art pour le patient est possible avec les alternatives thérapeutiques ?

Oui ! Oui à la condition que l'information soit honnêtement donnée. Vous avez vu qu'il y a des centres dentaires mutualistes qui sont sous les feux des projecteurs et sous les feux de la justice. De toute évidence plus l'information sera claire, plus la provenance des matériaux sera claire, plus le patient

choisira en connaissance de cause et il ira toujours vers la qualité parce que c'est sa santé qui est en jeu. Autant s'il doit boire un litre de vin il ne prendra pas un Bordeaux ou un Châteauneuf-du-Pape parce que c'est cher, mais quand il s'agira de sa santé il prendra, pas le plus cher, mais la qualité qui lui donne le plus confiance c'est-à-dire la qualité européenne.

Si cela vous va nous pouvons passer à la prochaine thématique : ce qui, selon va, adviendra du devis. Pensez-vous par exemple qu'il y aura une demande accrue de transparence?

Oui, encore une fois tout ce qui paraît ne pas être transparent entraîne des doutes et entraîne de la suspicion et une absence de confiance. Encore une fois je vous le redis, quand il s'agit de santé nos concitoyens ne regardent pas le prix. Parfois ils sont embêtés, parfois ils sont gênés aux entournures, mais ils préféreront se priver de quelque chose d'alimentaire, même si ce qui est alimentaire est nécessaire à la santé aussi, plutôt de que de se priver de quelque chose qui concerne directement la santé. Ils trouveront peut-être même scandaleux que ça ne soit pas mieux pris en charge. Et là vous serez peut-être aidés par eux pour que ce soit mieux pris en charge !

Avez-vous des idées quant à l'amélioration de ce devis afin de répondre aux besoins fondamentaux des patients : la sécurité, l'accès aux soins pour tous...

Ce serait trop long... L'accès aux soins pour tous...Pour cela il faudrait une assurance maladie universelle et pour l'instant on en est loin puisque vous savez qu'il y a quand même 76 % des frais médicaux qui sont pris en charge par l'assurance maladie et donc 24 % de ces frais qui sont pris en charge par les mutuelles et que dans le même temps, hors épidémie, la sécurité sociale fait des déficits régulièrement aux alentours de 1 et 7 milliards alors que les mutuelles font des bénéfices généralement autour de 7 milliards. Donc il y a un problème, je suis en train de vous parler de choses extrêmement importantes. Moi je suis pour une assurance universelle contrôlée par le parlement, avec la suppression des mutuelles et la prise en charge par cette assurance universelle de toutes les cotisations, de toutes les taxations, et cetera... Mais bon, pour le moment on est pas nombreux à être d'accord !

Merci infiniment pour cet entretien !

Entretien 3

Compte-rendu de l'entretien avec M. PASCAL, Chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne, et Mme LALANE, adjointe au chef de bureau (DGCCRF).

L'entretien ce jour a été mené par téléphone, non enregistré à la demande de l'interlocuteur. Le résumé ci-après résulte de la prise de note.

L'entretien s'appuie en majorité sur l'enquête menée en 2016 sur l'application de l'ancien devis conventionnel, l'enquête de 2019 ne concernant que les affichages de prix dans les cabinets. Dans le cadre du 100 % santé, il est rappelé par l'interlocuteur que la DGCCRF a participé à la rédaction des devis normalisés pour les audioprothésistes et pour les opticiens, mais que sa contribution pour celui des chirurgiens-dentistes, adoptée par voie conventionnelle à la différence des deux précédents qui étaient élaborés par l'administration, est restée marginale, rendant difficile d'émettre un avis sur certaines des thématiques transmises.

La première thématique concerne les raisons de l'évolution de ce devis. Celui-ci étant le résultat d'une demande accrue de transparence, la question d'une crainte de la part des patients et/ou des pouvoirs publics concernant la sécurité des DMSM a été soulevée. En ce sens, les interlocuteurs évoquent la préoccupation première des patients concernant leur sécurité, davantage vis-à-vis de la provenance des dispositifs médicaux que de leur coût. En effet, il peut être rassurant pour certains patients de voir apparaître une origine européenne, d'où l'importance de la loyauté des allégations d'origine.

Or, il a été relevé durant l'enquête de 2016 un fort taux d'infraction sur le lieu de fabrication, une tendance à la francisation des éléments prothétiques et une absence de marquage de la provenance pourtant obligatoire. Il convient de rappeler que les droits européens imposent la mention UE ou hors UE et qu'il est interdit d'imposer dans un devis de faire la distinction entre les pays européens par la mention d'un pays spécifique. *A contrario* il convient également de contrôler des dispositions de traçabilité pouvant être mises en avant par les professionnels de santé.

Les raisons invoquées à ces manquements ont été notamment une difficulté de communication entre les dentistes et fournisseurs de prothèses, principalement sur la transmission des documents de traçabilité et de conformité. Il s'agissait d'un problème d'échange d'information et de suivi.

Les interlocuteurs expliquent que les DMSM en général répondent à un règlement européen en application directe et homogène. Ce cadre européen impose une identification des fabricants et une

traçabilité. Concernant la différence de traitement en matière de devis, elle s'explique par le fait que la réglementation des devis est nationale et différenciée suivant les secteurs.

Selon les interlocuteurs, l'évolution du devis dentaire correspond également à une attente du consommateur à propos de la transparence sur les prix de la prothèse, il en va de l'aspect de protection économique du consommateur (loyauté). Ce formalisme du devis permet de répondre ainsi au Code de la consommation sur les prix, malgré la difficulté de remplissage évoquée par les praticiens. Il en est de même sur les garanties applicables et cela permet de prévenir des facturations abusives.

L'interlocuteur rappelle que la prothèse fournie en tant qu'appareillage est un bien de consommation, à distinguer de la prestation d'où l'intérêt de la ventilation initialement proposée, notamment pour être en mesure de mieux comparer des offres. Par ailleurs le Code de la consommation s'applique de façon générale, même s'il est question d'une réglementation spécifique du Code de la santé publique, en regard de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activité de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

Le refus des praticiens de la ventilation des honoraires au moment de l'enquête était, pour certains, dû à une assimilation à un « marchand ». Pour d'autres était davantage évoquée la complexité de rédaction de ce devis, conduisant à un non-respect ou une simplification. Les interlocuteurs évoquent également la non-satisfaction des praticiens de mettre en avant la marge réalisée.

La seconde thématique portait sur le respect des droits fondamentaux des patients par la rédaction de ce devis. Plusieurs éléments ont été abordés,

- Le tact et mesure

La DGCCRF n'est pas compétente pour se prononcer sur cet aspect qui relève des obligations déontologiques des professionnels de santé. La ventilation permettait une transparence sur la marge réalisée par le praticien, permettant ainsi l'appréciation du tact et mesure par le patient et plus largement une comparaison plus précise des prix pratiqués entre praticiens.

- Libre choix du praticien : le poids des organismes complémentaires

Les interlocuteurs rappellent la liberté de choix de son chirurgien-dentiste, mais également de son organisme complémentaire. Par ailleurs, ils rappellent que les organismes complémentaires ont des conditions de contrat transparentes et ainsi les patients connaissent dès le début leurs droits. En revanche, dans les zones sous dotées en chirurgiens-dentistes, le choix des patients pourrait éventuellement être limité.

Il convient tout de même de contrôler les éventuelles pratiques anticoncurrentielles des réseaux de soins et une équité dans les choix des professionnels de santé rattachés au réseau, expliquent-ils. Une

discrimination dans les choix de praticien pourrait constituer en ce sens une altération du libre choix du patient (que la DGCCRF appréhenderait sous l'angle du droit de la concurrence).

La DGCCRF rappelle par ailleurs que les réseaux de soins ont pu contribuer, par ailleurs, à faire baisser les prix pour les patients et c'est une chose dont on peut se réjouir puisque cela permet l'accès à la santé pour tous et améliore le pouvoir d'achat.

- L'accès au soin : le 100 % santé

Les devis normalisés des audioprothésistes et opticiens, rédigés par la DGCCRF et la DSS, imposent de proposer une offre correspondant au panier 100 % santé. En chirurgie dentaire il s'agit d'un devoir d'information seulement (sur l'existence d'offres 100 % santé, mais pas nécessairement chez le praticien lui-même). Les interlocuteurs expliquent qu'il était probablement impossible d'imposer la même chose au chirurgien-dentiste, car il n'est pas envisageable d'obliger la réalisation d'un acte médical.

- Secret médical

De la même façon que pour les audioprothésistes et que pour les opticiens, les codes « LPP » détaillés appartiennent au secret médical et ne doivent pas être envoyés à la mutuelle. La DSS, la CNIL et l'assurance maladie travaillent à cette clarification.

La troisième thématique porte sur les éventuelles évolutions du devis et les potentielles inquiétudes le concernant. Les interlocuteurs évoquent, comme potentielle inquiétude, des faits rapportés à la DGCCRF : celui d'une difficulté, pour les CMU aujourd'hui C2S, d'accès aux soins et à se voir délivrer des dispositifs de qualité.

Quant aux améliorations, objet de la quatrième et dernière thématique, on peut espérer une meilleure application de ce devis par les chirurgiens-dentistes étant donné sa simplification. En 2016, les interlocuteurs nous rappellent qu'avait été relevée plus de 2/3 d'anomalies.

Entretien 4

La DSS, Direction de la Sécurité Sociale, est chargée de l'élaboration et du suivi des politiques publiques de Sécurité sociale. Elle pilote les différents organismes chargés de la mise en œuvre de ces politiques dans le cadre de conventions d'objectifs conclus avec les organismes du régime général tels que la CNAM, entre autres. La DSS est également responsable de l'équilibre financier des comptes sociaux et prépare à ce titre, chaque année, la loi de financement de la Sécurité sociale. Le Bureau 1B - Relations avec les professionnels de santé - dirigé par M. Emmanuel FRERE-LECOUTRE appartient à la 1^{re} Sous-Direction de la DSS « Sous-direction du financement du système de soin ».

Entretien avec M. FRERE-LECOUTRE et M. VIEULES (Chargé de mission) réalisé le jeudi 18 novembre 2021 à 16 h en visioconférence, durée de l'entretien : 40 minutes, enregistrement autorisé au moyen d'un smartphone.

En terme de contexte, il est nécessaire de rappeler que la réforme du 100 % santé en 2018 a changé le paysage. Celle-ci contient trois branches : les audioprothèses, les lunettes ainsi que les prothèses dentaires. Concernant la chirurgie dentaire, il a y eu des négociations paritaires entre les syndicats représentatifs de la profession [CDF, UD, FSDL, ndla] d'une part et l'assurance maladie d'autre part. Ces négociations n'ayant pas abouti, un arbitrage a été mis en place puis une nouvelle convention à l'été 2018.

Pour rappel, la négociation conventionnelle est prévue dans la loi et encadrée par des textes réglementaires, le Bureau chargé des Relations avec les professions de santé a trois grands axes de travail :

- *En charge de la bonne application des textes réglementaires qui cadrent ces négociations conventionnelles ainsi que de l'organisation de la vie conventionnelle (par exemple organiser les élections des représentants des professionnels de santé libéraux conventionnés, désigner leur représentant de différentes instances...)*
- *En charge de tous les textes réglementaires associés : approbation des conventions, suivi...*
- *En charge du pilotage stratégique de ces négociations. En effet, en amont des négociations, est établi un cadrage ministériel, à la fois stratégique et financier, et , à la fin de celles-ci est réalisé un bilan. Au cours de ces négociations le bureau n'est pas partie prenante. Si échec de celles-ci, l'arbitre reprend la main et nous sommes un support à l'arbitrage.*

1^{re} thématique : analyse de l'évolution

La réforme du 100 % santé a notamment permis d'équilibrer les soins prothétiques et les soins conservateurs en passant par la revalorisation des soins conservateurs et a visé une meilleure maîtrise du reste à charge pour le patient pour les soins prothétiques. Suite à cela, il y a eu une volonté de revoir le devis dentaire et notamment dans un objectif de simplification.

En effet, le devis était très peu et mal rempli, cela créait notamment un problème avec les organismes complémentaires qui avaient des difficultés à rembourser les soins. Les deux colonnes [prévoyant d'inscrire le prix d'achat des éléments prothétiques et les charges de structure, ndla] étaient fortement critiquées et vues, par les dentistes, comme une contrainte supplémentaire et spécifique à leur profession. Ce ressenti est dû au contexte de cette réforme : elle fait suite à la révision des devis d'optique et d'audioprothèse pour lesquels cette distinction n'était pas demandée. Cela a donné lieu à des discussions et la simplification a été privilégiée pour que le devis soit rempli et approprié par les dentistes. À ce jour il n'y a pas eu encore de bilan, il faudra observer la quantité et la qualité du remplissage par les chirurgiens-dentistes ainsi que le bon remboursement de la part des organismes complémentaires. En définitive, il a fallu faire un choix entre un devis complexe avec beaucoup de détails mais très mal rempli, et un devis simplifié, mais rempli. Selon les résultats, il conviendra de se poser la question côté patient de l'importance de la réintégration de ces détails.

Selon vous, la revisite de ce devis était principalement voulue pour une simplification et non du fait du plafonnement qui limite l'intérêt initial de cette ventilation?

Tout n'est pas plafonné ! [M. VIEULES]

En effet, pour les soins qui respectent le 100 % santé, cette ventilation n'a plus son sens. Mais c'est un peu la spécificité de ce sujet-là ; la CCAM ne fait pas la distinction et pour ceux qui respectent les prix de la nomenclature on leur demande des informations sur lesquelles ils n'ont pas de prise. Si le 100 % santé fonctionne et que tout le monde respecte les tarifs, il ne sera plus utile de remettre en place cette ventilation. Cependant, la revisite du devis précédent était poussée par un réel problème de remplissage et une demande très forte des professionnels de faire supprimer cette mention à part des honoraires, et cela avait en plus une forme de cohérence avec le 100 % santé. Il est important de noter que la réglementation n'est pas la même pour les audioprothésistes et les opticiens et là réside toute la difficulté, car il faut à la fois régler les soins et le matériel. C'est cette spécificité qui a conduit à

la distinction de ce devis dentaire, il ne s'agissait pas d'un traitement pénalisant pour la profession des chirurgiens-dentistes.

À quoi attribuez-vous ces différentes évolutions ? Une demande des patients ?

Ce qui ressort en tout cas, c'est qu'il y a une adaptation des droits de la consommation pour fournir aux patients une information plus claire et transparente, notamment sur la provenance (mais il faut rappeler que la DSS ne suit pas les dispositifs médicaux sur mesure), mais également sur la spécificité du devis dentaire et des soins prothétiques qui est à intégrer dans un système global comprenant à la fois l'acte médical et le dispositif médical, spécificité à l'origine de la complexité de cette information. En effet, la difficulté pour la profession de chirurgien-dentiste est de réguler les tarifs au niveau global; normalement on régule l'acte d'une part et les dispositifs médicaux de l'autre, mais pas de manière unique ! C'est de ce particularisme que la distinction doit être faite au niveau du prix.

Le plus important aujourd'hui est que le chirurgien-dentiste offre au patient les informations concernant les alternatives du 100 % santé.

Trouvez-vous qu'il respecte les droits des patients ?

Avant la négociation conventionnelle, des groupes de travail se sont penchés sur le sujet du devis et différentes versions nous étaient parvenues afin de débattre de tel ou tel point.

Nous concernant, et de ce qui est ressorti de ces groupes de travail, l'important est que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge par les complémentaires et cela passe par un bon remplissage du devis conventionnel par les chirurgiens-dentistes. Ainsi, il y a eu une nécessité de simplification de ce devis pour répondre correctement à ce droit du patient.

Aucun autre point particulier n'a été relevé à ce sujet.

Pensez-vous que l'objectif est atteint ?

Nous n'avons pas de retour particulier, mais l'application de ce devis conventionnel est très récente. Cela dit, nous pouvons interpréter cette absence de retour comme l'absence de difficultés majeures, cela a l'air de plutôt bien se passer, mais nous ferons un bilan au cours de la prochaine convention dentaire. L'important pour nous est de constater une bonne application du 100 % santé, nous avons eu un premier bilan partiel avec la CNAM il y a quelque temps, plutôt encourageant. Mais à ce stade préliminaire, nous analysons si le 100 % santé permet à de nouveaux patients d'avoir accès à des soins

prothétiques auxquels ils n'avaient pas accès auparavant ou si cela permet « seulement » de limiter le reste à charge des patients ayant déjà accès aux soins prothétiques. Il y a des signaux positifs à ce jour.

Que pensez-vous qu'il adviendra de ce devis ?

Il conviendra de se poser la question du retour de la ventilation ou non. Ce qu'il adviendra dépendra du fonctionnement ou non du 100 % santé. Si cela marche très bien et que tout le monde fait du RACO et du RACM avec une réglementation globale, alors la remise en place de la ventilation n'aura pas de sens. C'est dans cet ordre-là que nous réglerons la question fin 2022. Par ailleurs, pour aller plus loin, il faudra observer le bon rééquilibrage entre les soins prothétiques et conservateurs, ce sera au cœur des futures réflexions.

Avez-vous des idées pour son amélioration ?

À l'heure actuelle, nous n'avons pas de retour terrain ni des patients ni des dentistes. Il n'y a donc pas de raisons aujourd'hui de s'en autosaisir.

Merci infiniment pour cet entretien.

Entretien 5

Entretien avec M. Thierry SOULIE le 07/10/21 à 17h en présentiel sur le site des CDF, durée 1h30, enregistrement sur smartphone accepté

Bonjour M. SOULIE. J'ai quatre thématiques que je souhaiterais aborder avec vous, et la première concerne votre interprétation de l'évolution du devis en odontologie ces vingt dernières années. À votre avis, cette évolution est due à une évolution de la relation praticien-patient détériorée, ou bien une inquiétude des patients concernant la sécurité des prothèses ou la confiance...

Dans la sécurité il y a entre autres, la notion de traçabilité, qui a trait à l'information du patient sur les éléments qui constituent la DMSM (matériau...). Le devis est un document destiné au patient pour une information précise sur de nombreux points lui permettant de faire un choix éclairé de son traitement. Prenons l'exemple du bâtiment : quand on vous présente un devis, il est très précis, et chacun demande qu'il soit très précis ! Vous allez mettre un mur en pierre, en béton ou en brique et on va vous informer sur le matériau et chiffrer le mètre-carré du matériau utilisé. En dentaire on utilise différents matériaux : zircone, céramo-métallique, des stellites et plusieurs matériaux, métal précieux ou pas, (de moins en moins du reste et tant mieux d'ailleurs), ... Donc le devis renseigne le patient sur le prix, mais pas que !

Effectivement au départ, le devis était essentiellement centré sur le tarif du fait de la disparité de l'offre entre les praticiens. C'est ce que les associations de consommateurs demandaient : « quel prix pour une prothèse ? Pourquoi tel prix ? Est-ce justifié ? Parce que dans un monde où la concurrence est la règle, on nous a poussé à faire des devis pour que le patient soit informé et puisse faire son choix. Ce d'autant plus qu'il y a une grosse dizaine d'années on nous reprochait, non sans raison, d'avoir le monopole de la distribution des soins bucco-dentaires en France. Ce qui dans l'esprit de certains, supposait que « vous n'avez pas de concurrence ». Mais il n'y avait pas que les associations de consommateurs qui pensaient cela : pour le législateur, la santé est un bien comme un autre et doit être traitée de la même manière, sans discrimination. Vous savez, on a repoussé l'utilisation du devis autant que faire se peut pour ne pas « faire suer les praticiens » ! Mais c'est la vox populi, les pressions gouvernementales... Et d'ailleurs le gouvernement a obéi aussi à la pression des consommateurs et des usagers.

Donc est-ce qu'il a évolué ? Oui au gré des évolutions techniques et des obligations il s'est complexifié pour coller à la demande des consommateurs, mais aussi des assurances complémentaires. C'est cette complexité qui nous a toujours été reprochée. Vous savez à l'époque c'était « j'informe que je pose une couronne à tel montant » et voilà, moi le premier, et on faisait ça sur du papier chacun un peu à sa

façon. Mais cette façon de faire ne pouvait pas durer : le devis a donc évolué et s'est normalisé surtout avec l'avènement de l'informatique dans les cabinets ! Moi je m'y suis mis dès que je me suis installé au début des années 80. Nous étions encore aux balbutiements des logiciels dans les cabinets et peu étaient informatisés. Pour mémoire, nous faisons des sauvegardes à la main avec des disquettes souples de 5 pouces ¼ avec des machines où le disque avait une capacité de 512 K-Octets de mémoire vive... la préhistoire ! Je m'étais informatisé justement pour pouvoir éditer les feuilles de sécurité sociale, parce qu'il n'y avait pas la télétransmission à l'époque, et éditer les premiers devis normalisés pour ne pas m'embêter, mais ces devis n'étaient qu'un embryon de ce qu'il adviendrait par la suite, on n'informait pas beaucoup en fait.

Aujourd'hui c'est devenu une obligation réglementaire que la convention a précisé pour tenir compte de la spécificité dentaire. Par exemple, quand vous faites une proposition de traitement qui n'est pas dans le RACO ou dans le panier modéré, vous avez obligation de fournir l'information au patient d'une alternative thérapeutique dans le panier RACO ou modéré si elle existe. Cela permet de ne pas prendre en otage le patient en lui disant vous n'avez pas d'autres possibilités que celle-là ! Et ce, même si je ne la fais pas. De nombreux patients n'ont pas les moyens de « s'offrir » certaines prothèses. Or nous avons un devoir de les soigner, mais aussi de leur communiquer une information loyale et sincère. Pour illustrer mes propos, dans la vie de tous les jours, prenons l'exemple d'un vendeur qui ne vend que des produits de luxe, si le client n'a pas les moyens de se les offrir, par la publicité, les médias, etc... et la concurrence, il sait qu'il peut trouver un autre produit moins cher ou à sa convenance. Dans le domaine de la santé, tout le monde ne sait pas forcément qu'on peut bénéficier de tel ou tel type de traitement, surtout si on ne l'a pas correctement informé de toutes les possibilités thérapeutiques.

Avec Internet on n'a jamais autant demandé l'origine des produits, quel que soit le secteur : le devis ne fait que normaliser certaines choses. Il informe sur le montant des honoraires bien sûr, sur le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et de l'éventuel reste à charge, mais aussi sur la nature des matériaux, de manière à ce que lorsqu'on édite la facture d'honoraires (c'est le mot générique), on puisse retrouver les termes du devis de manière à ce qu'il y ait une cohérence. Un certificat de conformité devra aussi être fourni au patient pour certifier que la prothèse une fois réalisée est bien conforme à ce qui a été proposé.

L'évolution du devis a en fait « épousé » les demandes de la société.

Vous ne pensez pas que c'est une évolution ...

Pour nous pénaliser ? Non le but n'est jamais de pénaliser une profession, ça c'est ce que pensent les praticiens qui subissent ces obligations, le législateur agit pour répondre à une demande de la population.

Non, mais plutôt une évolution qui concerne seulement les chirurgiens-dentistes ?

Pas davantage, car nous ne sommes pas les seuls concernés par ces évolutions. Quant à être pénalisé, je ne veux pas dire ça, même si c'est un sentiment véhiculé et ressenti un peu de manière un peu paranoïaque. Mais non, tout le monde exige d'être informé et on ne pouvait pas échapper à ça, comme je l'ai dit, on a subi la pression des consommateurs, mais aussi des prothésistes ! On n'a pas eu que des amis au sein même de la filière dentaire !

Donc le devis a répondu à une demande grandissante de la part de la société et nous, syndicats, on a essayé, même si c'est complexe et pas toujours bien compris, de le simplifier au maximum du possible en tenant compte des difficultés qui sont liées à notre métier.

Et comment interprétez-vous la différence qui est faite, par exemple, au niveau des prothèses dentaires et des prothèses de hanche ?

Les prothèses dentaires sont des dispositifs médicaux sur mesure tandis que la prothèse de hanche est un dispositif médical qui est inscrit sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables ! Elle aussi obéit à des obligations réglementaires qui lui sont propres. Par ailleurs, il y a la prestation du chirurgien orthopédiste qui peut exercer en secteur 2 avec des dépassements d'honoraires. Dans ce cas le praticien est obligé d'informer son patient sur ses honoraires et il donne évidemment les caractéristiques de la prothèse. Eux aussi ont un devoir d'information.

Donc en gros la première question c'est que le devis s'est adapté à des changements de comportement de la part des patients, des consommateurs et des usagers qui sont des assurés sociaux. Pour finir, il a évolué en parallèle de l'évolution technique et en fonction de l'évolution de nomenclature : quand j'ai commencé, on travaillait avec une nomenclature (NGAP) obsolète de nos jours. Elle épousait les réalités de l'époque où la diversité des traitements n'était pas celle d'aujourd'hui. Il faut savoir qu'une petite vingtaine d'actes représentait plus de 80 % de l'activité des chirurgiens-dentistes, avec une bonne proportion de couronnes métalliques et céramo-métalliques ! Aujourd'hui il y a bien plus de possibilités avec près de 800 actes concernant notre discipline inscrits dans la CCAM. Le patient est en droit d'être informé de tout cela, c'est une demande qu'il faut satisfaire, on ne pouvait s'y soustraire.

Un élément qui a aussi poussé vers ce devis : la disparition des demandes d'entente préalable avec la sécurité sociale en 2003 et dont il persiste encore un exemple en orthodontie de nos jours. En l'absence

de devis et sans entente préalable, le législateur ne pouvait laisser faire tout et n'importe quoi. Les responsables des assurances complémentaires recevaient aussi des soi-disant devis illisibles et incapables d'être traités pour une éventuelle prise en charge.

Ceci nous emmène à la seconde partie, quel est votre sentiment concernant la forme actuelle du devis et si selon vous celui-ci répond aux droits fondamentaux des patients à savoir consentement éclairé, secret médical...

Sur la forme actuelle je ressens votre question, aurait-il pu être plus simple ?

Par exemple, déjà concernant sa standardisation puis son évolution...

Il est évident qu'il doit, dans sa forme, être pour tout le monde pareil ! Cette normalisation est absolument indispensable si on veut que les complémentaires remboursent nos patients.

Celle avec la ventilation de 2012 ?

Ça c'est encore autre chose. Pour plus de simplification, on a, lors des négociations de la convention de 2018, fait en sorte de supprimer les 3 colonnes mises en place en 2012. Car avec la mise en place du RACO elles n'avaient plus de raison d'être.

Quant à la forme recto verso, c'est vrai que ça fait du papier, mais il a vocation à être dématérialisé ! Mais vu ce qui est exigé, entre le pavé administratif et les infos du DMSM à moins de réduire la police de caractères il ne pouvait tenir sur une seule page. Avant il y avait une personne qui vérifiait, mais maintenant le traitement est numérique qui impose que ce soit normalisé. L'assurance maladie doit bien identifier qui est soigné et qui pratique le soin, idem pour les complémentaires ! Ensuite pourquoi autant de colonnes ? Comme cela a été dit il y a de nombreux actes avec souvent des alternatives qui nécessitent plusieurs devis. De plus, tous les droits ne sont pas pareils en France, par exemple en Alsace ils n'ont pas la même base de remboursement que sur le reste du territoire et donc pas le même ticket modérateur. Ce qui a des incidences sur la prise en charge des complémentaires lesquelles offrent des garanties différentes d'un patient à l'autre selon les contrats

Sur le format, il a été mis en format paysage pour des raisons pratiques et de meilleures lisibilités des informations.

Concernant l'alternative thérapeutique, c'est une volonté du gouvernement que le praticien puisse expliquer au patient les solutions existantes. C'était une exigence du gouvernement et des

complémentaires, lesquelles voulaient nous imposer encore plus d'obligations et dont nous avons pu en rejeter un certain nombre. On a mis plus de 2 ans pour négocier ce devis !

Concernant l'information permettant un consentement éclairé par la visibilité du devis ?

Pour le consentement éclairé, le devis ne suffit pas. Il faut expliquer le plan de traitement, il faut informer par exemple ce qu'est une zircone ! Les patients ne lisent pas tout, les codes et les libellés sont pour bien identifier l'acte qui sera lu par des machines à l'identique d'un code-barre en fait !

Par ailleurs, les patients se croient souvent plus couverts qu'ils ne le sont... Il faut donc une réponse précise sur leur prise en charge d'où l'importance du devis. Mais sans consentement éclairé sur le plan de traitement, on peut avoir des soucis de compréhension.

Le devis donne une part de l'information, mais pas toute l'information d'où les explications sur le traitement pour obtenir un consentement éclairé du patient.

Concernant le libre choix du praticien, pensez-vous que le devis y soit propice ? J'entends notamment par-là l'impact éventuel des réseaux de soin.

Le libre choix du praticien, le patient l'a en dentaire ! Il n'est pas fléché dans un parcours de soins puisque la profession a obtenu le droit de prescription il y a plusieurs décennies. Sur ce sujet du libre choix, deux personnes sont concernées: le praticien et le patient. Pour le praticien sa liberté thérapeutique n'est pas remise en cause par le devis, pas plus que pour le patient du reste ! Les réseaux de soins c'est un autre sujet qu'il ne faut pas mélanger avec le dossier des centres de santé qui est encore autre chose.

Sur ces 2 sujets, reprenons l'histoire.

En 2008 Le Président Sarkozy et Roselyne Bachelot entre autres, poursuivaient l'objectif de casser le monopole des chirurgiens-dentistes. Ça s'est traduit en 2009 par la loi HPST qui ouvre des possibilités pour favoriser l'ouverture des centres de santé : résultat, aujourd'hui 5000 CD travaillent dans ces centres selon un autre mode économique avec d'autres règles concurrentielles. Qui dit concurrence dit libre choix qui peut ainsi s'exercer. Même si hélas, c'est bien souvent sur le critère tarifaire avec quelques scandales retentissants que nous avons pu déplorer.

Concernant les réseaux de soins, ils ont été instaurés pour mettre encore un peu plus de concurrence grâce à la loi Leroux en 2012 ! Les réseaux de soins sont gérés par des plateformes assurantielles essentiellement dans le but de faire baisser les tarifs.

Concernant le devis il a été conventionnellement été mis en place lors de la convention de 1997, il a évolué en 2006 puis en 2012, avec les fameuses « 3 colonnes ». Dans cette histoire les prothésistes n'ont

pas été nos amis en militant pour que soit mentionnée la facture du laboratoire pour montrer que les « dentistes étaient trop chers » et que c'était à cause de nous qu'ils estimaient ne pas pouvoir faire assez de couronnes, etc... Entre parenthèses, ce ne fut pas très fin de leur part, en ce sens ils ont été indirectement responsables des plafonds mis en place 6 ans plus tard dans la convention de 2018... avec des tarifs qu'ils jugeaient pour le coup pas assez élevés : un peu de cohérence ne nous aurait pas déplu ! Dans l'esprit des gens, la différence avec le prix de laboratoire était la marge des dentistes, et c'était voulu. C'est là que nous sommes intervenus ! C'était donc à l'origine un devis culpabilisateur.

La loi Fourcade a été un vecteur législatif qui a permis de faire reconnaître les charges de structures et la prestation médicale de soin. Cela a permis aussi de montrer la marge très réduite de la prestation médicale du soin sur les actes CMUC. Dans le nouveau devis, avec le RACO on a fait supprimer ces obligations qui n'avaient plus de sens et ce d'autant plus que les patients ne les lisaient jamais et que cela complexifiait pour rien. En revanche on a dû conserver la mention « dont prix de vente du dispositif médical », car sinon il aurait fallu réécrire la loi. C'était une façon de coller à la loi sans la réécrire et d'éviter la pression des laboratoires qui souhaitaient remettre la facture du laboratoire.

Concernant les plafonds, certains de nos confrères nous accusent de les avoir cautionnés en signant, c'est méconnaître les réalités et « le plafond de verre économique ». Nous n'en voulions pas plus que les autres, mais nous étions sous le couperet du règlement arbitral, il ne faut pas l'oublier. Cela dit, en matière économique sur la liberté tarifaire en matière de santé il y aurait beaucoup à dire, en 30 ans la partie réellement libre non prise en charge par les complémentaires n'a jamais bougé. Les confrères ont eu une sensation de liberté, car les complémentaires ont solvabilisé pendant des décennies « à l'aveugle ». Mais cette situation ne pouvait perdurer, c'est ainsi que depuis les années 2000 elles ont progressivement fait ce qu'on appelle de la gestion du risque d'où les exigences entre autres inscrites sur le devis pour limiter le risque. Ce que nous avons signé a permis d'augmenter les prestations des complémentaires, mais cela ne pouvait se faire sans contrepartie.

Ce n'est pas le devis qui a amené les réseaux, ce sont les tarifs qui ont amené les réseaux dans notre métier : ils ont vocation à réguler les honoraires en incitant les patients à aller où ils sont les plus bas. C'était ce qu'on appelait du détournement de clientèle : à tarif égal les patients sont mieux remboursés chez moi si j'appartiens à un réseau que chez un confrère. En ce sens, nous avons considéré qu'il y avait une altération du libre choix du patient. L'Autorité de la concurrence ne l'a pas considéré ainsi et nous condamne, ainsi que la FSDL pour avoir pris des positions qui « entravent la concurrence ». Nous pensons que c'est injuste et particulièrement sévère. Aujourd'hui une partie des actes RACO et RACM sont de fait opposable, donc le réseau a beaucoup moins de légitimité ! Cette convention et du coup ce devis sont finalement des armes anti-réseaux.

Quant au libre choix du patient de son praticien, le réseau l'entravait en partie, mais il lui donnait un choix ! Un choix sur un critère, mais pas forcément sur la qualité de soin... Ce n'est pas nous qui avons

créé les réseaux, vous allez entendre qu'avec la MGEN nous avons contribué à mettre en place le premier réseau, c'est faux, on avait signé à l'époque pour une partie de la population très mal couverte (les enseignants) et on avait signé des accords, avec des prestations améliorées pour cette population.

Que pensez-vous qu'il va advenir du devis et avez-vous des inquiétudes ?

Je ne peux pas vous le dire, il changera sans doute un jour, mais il ne changera qu'au gré de la demande des patients et de l'évolution de la société. Imaginons, il y a des bruits qui courent sur la « Grande Sécu », que l'assurance maladie se désengage d'une partie du dentaire, c'est possible ! Je ne le souhaite pas, car ce serait signer le retour des réseaux. Donc oui il peut changer au gré des évolutions sociétales et réglementaires qui peuvent venir de France ou d'Europe, mais personne ne peut dire aujourd'hui quand et comment...

Par nature je suis toujours inquiet, mais aussi optimiste par ailleurs, sinon je n'occuperais pas cette fonction, et rien n'est jamais acquis et tout se gagne. De la transparence on en donne beaucoup aujourd'hui, d'ailleurs en ce moment on ne subit pas d'attaques envers la profession, sinon quelques faits divers comme toutes les professions. Avant nous étions souvent la cible des médias écrits et audiovisuels ! La convention a de ce côté-là un peu amélioré notre image.

Avez-vous eu des idées concernant son amélioration ?

Pour le moment non, il vient d'être signé, on n'a pas vocation à le faire bouger tout le temps. Il sera sans doute amené à évoluer, mais la profession s'adaptera.

Merci beaucoup pour toutes ces explications.

Entretien 6

Entretien avec M. Franck MOUMINOUX, Président de l'UD, le 14/10/21 à 17h30 par téléphone, autorisation d'enregistrement au moyen d'un smartphone. Durée : 37 minutes.

Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer l'entretien. La première thématique concerne votre interprétation de l'évolution du devis en odontologie sur les vingt dernières années.

L'évolution est multifactorielle, elle ne peut pas être due à une chose précise. D'une part, il y a la relation praticien-patient... Il y a toujours eu un devis ! Mais ces devis étaient somme toute classiques, certains les faisaient même à la main il y a une époque, c'était un petit peu l'anarchie.

Il y a eu un premier modèle de devis fait par les syndicats pour donner à leurs adhérents quelque chose de propre, net et précis. Les pouvoirs publics s'en sont mêlés, car il fallait y rajouter tout ce qui concernait les matériaux utilisés et il fallait que le devis soit signé puisque, par son biais, il donnait lieu à un consentement éclairé. C'est-à-dire que le patient qui signait ce devis devait savoir ce qu'il allait avoir dans sa bouche !

Ensuite il y a eu le devis conventionnel qui est sorti, mais très peu utilisé parce qu'il était très contraignant. Les dentistes étaient considérés comme des voleurs à une époque ! Lorsque le praticien faisait payer une céramique à 500-550 euros, il était considéré comme un voleur... Ce devis était culpabilisant, il l'a été d'autant plus, car les pouvoirs publics, pour essayer de clouer au piloris les dentistes, ont inventé dans ce devis conventionnel deux cases supplémentaires : le prix de vente et les frais de structure. On avait obtenu à l'époque qu'il soit marqué prix de vente, mais à la base il était question de prix d'achat ! Pour nous c'était complètement aberrant et incompréhensible. Quand on achète un jean dans un magasin, on a le tarif auquel le commerçant le vend, mais il n'est pas mentionné le prix auquel il l'a acheté ! Ce devis-là malgré tout, plein de praticiens ne l'utilisaient pas, jusqu'à ce que certaines mutuelles renvoient le devis au patient, car il n'était pas conforme...

Puis avec la nouvelle convention, il a été négocié un tarif maximal de la couronne. Donc il s'est trouvé qu'une céramique sur incisive-canine jusqu'à la 1^{re} PM dans le panier RACO à été validée à 500 euros. À partir de ce moment-là, le fait de vouloir clouer les praticiens au piloris n'avait plus lieu d'être puisque c'était l'État français qui avait validé les tarifs. Ainsi la ventilation n'avait d'intérêt et a été supprimée. À l'UD, nous nous sommes énormément battus pour ce dernier devis, car la 1^{re} proposition qui avait été faite, lors des groupes de travail, et qui était validée par l'UNCAM, l'UNOCAM et les CDF était sous la forme de deux devis : un devis avec la proposition du praticien en concert avec le patient et le deuxième devis en RACO ou RACM pour les actes concernés. On s'y est opposé parce que ça voulait dire, comme

c'était deux devis, que ça engageait le praticien à réaliser les actes si le patient choisissait le devis à RACO. Un praticien qui signe un devis s'engage à le réaliser, donc le praticien qui ne fait pas de métal dans son cabinet aurait été obligé, de par la loi, de réaliser ce devis, mais il aurait également été obligé de réaliser cet acte. C'était complètement contraire au libéralisme des praticiens. On s'est complètement battu contre ça, et en juin 2019, on a menacé d'user de notre droit d'opposition majoritaire pour que ce devis ne soit pas signé. C'était une décision forte pendant ces négociations ! Il fallait repartir sur des bases favorables, dans l'intérêt des patients. Nicolas Revel a pris notre demande en considération et a proposé, lors de la séance de négociation, un devis conforme à ce que nous avions proposé au départ à savoir la proposition du praticien et, sur cette même feuille, une information sur les alternatives. C'est une information et non pas une obligation, libre au praticien de réaliser ou non les alternatives thérapeutiques. Cela nous convenait, car le praticien conservait toute sa liberté thérapeutique de choix et de matériaux pour ses actes prothétiques. On s'est battu contre l'UNCAM, l'UNOCAM et les CDF et nous étions contents d'avoir obtenu gain de cause pour la profession.

Nous aurions donc pu être comme les audioprothésistes et opticiens à devoir réaliser les actes RACO et RACM ?

Tout à fait. Justement nous, on a cette chance de ne pas être obligés de réaliser les actes à RACO. Il y a plein de praticiens en France qui, à la date d'aujourd'hui, n'ont pas réalisé d'actes à RACO, car ils ne font pas de métal et n'en feront jamais. Donc pour nous ce devis était acceptable, car il permettait à tout à chacun de continuer à travailler comme il en avait envie.

Donc pour vous l'évolution c'est davantage les politiques de santé qui se sont immiscées et qui ont demandé cette demande de transparence et non les patients ?

Quand l'état s'en mêle c'est qu'il y a eu une pression de certains organismes de défense du patient. C'est un petit peu mêlé.

Si cela vous va, nous pouvons passer à la seconde thématique. Que pensez-vous de la forme actuelle en tant que telle ? Premièrement trouvez-vous la standardisation importante et ensuite pensez-vous qu'elle réponde aux droits fondamentaux des patients ?

Nous, ce devis nous satisfait en l'état : c'est un peu notre bébé, on a signé l'avenant ! La standardisation permet surtout au patient d'avoir une réponse claire nette et précise des organismes complémentaires. Il y a eu quelques ratés au départ, car les personnels de ces mutuelles qui traitaient ces devis n'avaient

pas été formés pour y répondre... Comme il y avait deux éléments avec les actes du praticien et les informations du RACO et RACM, certains répondaient n'importe comment. Mais à partir du moment où les complémentaires jouent le jeu, ce devis institutionnalise une réponse homogène pour tous les patients.

Concernant l'information claire et adaptée ? Trouvez-vous que la transparence demandée soit en accord avec le fait de donner une information adaptée, loyale au patient ?

Dans ce devis, si on regarde bien, tout est dedans ! Quand on fait un devis pour un acte on a le panier auquel il appartient, la traçabilité au niveau des matériaux utilisés... Tout y est, le patient a une information de son praticien, tout est clair !

Et au contraire au moment de la ventilation, trouviez-vous que l'information était noyée ?

Je vais être franc, les praticiens étaient souvent perdus, car il fallait reprendre la 2 035, rentrer tout un tas de chiffres de la déclaration de l'année d'avant donc la moitié se trompait et faisait n'importe quoi... Parfois il y avait des chiffres négatifs dans les prix de vente ou charge de structure! Et honnêtement, quel est le patient qui lit ça ? Dans un devis, le patient veut que ce soit compréhensible : il veut voir ce qu'il y a de marqué en bas à droite et il veut savoir ce qu'il va rester à sa charge à la fin. C'est le système français de la solvabilité des soins. Que ce soit dans l'ancien ou le nouveau devis, il n'y a aucun patient qui va demander à son praticien pourquoi dans cette case-là il y a telle ou telle chose...

On peut également parler du libre choix du praticien et par là l'influence des réseaux de soin. Est-ce que les différences de traitement de devis, selon qu'il est fait par un praticien appartenant au réseau ou non, peuvent biaiser le libre choix du patient ?

Souvent les complémentaires mettent dans leurs réponses: les honoraires du praticien, la base de remboursement, le montant remboursé par la CPAM, leur remboursement et ils ont rajouté encore une autre colonne avec « tarif moyen pratiqué dans le secteur du praticien ». Donc il peut déjà y avoir un biais ! Oui je dirais que ça altère le libre choix, mais c'est un autre combat. C'est sûr que lorsque la réponse est différente dans le remboursement selon si le praticien adhère à ce réseau ou non, c'est pour moi une altération du libre choix du patient. Après tout dépend du rapport avec le praticien, mais le patient peut être orienté par le réseau vers un autre praticien moins cher et mieux remboursé...

Peut-être un peu moins avec ce nouveau devis ?

Beaucoup moins avec ce nouveau devis pour les actes RACO et RACM ! Puisqu'entre le centre low cost, le cabinet ayant signé une convention avec Santé Claire et le praticien de famille, les actes du RACO et du panier modéré sont les mêmes. Il n'y a d'intérêt que pour les actes du panier libre ! C'est un combat politique et syndical, on ne peut être que contre ces pratiques.

Est-ce que pour vous les alternatives thérapeutiques proposées sont en accord avec les données acquises de la science et les règles de l'art ?

Tout dépend de quel côté on se place. Du point de vue social où on veut que tous les patients en France puissent bénéficier d'un accès aux soins, je dirais oui ! Ce social on le fait déjà depuis plus de vingt ans avec la CMU devenue la C2S... Avec ces patients on fait déjà de l'accès aux soins gratuits. Ça fait donc depuis vingt ans qu'on peut se poser la question de si c'est en accord avec les données acquises de la science ou non !

Le débat ce n'est pas tant le fait que ce soit conforme ou non : ce sont des actes plafonnés à des tarifs très bas, mais il faudrait au minimum que le panier C2S soit au même niveau que le panier RACO. Ça paraît être un minimum vital, on s'était battu à l'UD pour ça ! Lors des négociations, lorsqu'ils avaient formé la C2S, nous avons rappelé qu'il y a des patients C2S qui paient leur mutuelle. Ils ont une petite partie selon leur niveau de vie 1, 2 euros ou 10 euros, mais ils ne peuvent pas bénéficier des avantages des paniers RACO, ils ne peuvent bénéficier que du panier CMU ce qui est aberrant.

Jusqu'à présent, la majorité des praticiens a réalisé des couronnes métalliques sur les molaires des patients, ça fait vingt ans que c'est à priori conforme aux données de la science sinon ça aurait été interdit ! Il y a le cobalt qui ressort depuis 3 ou 4 ans, mais ça n'a toujours pas été tranché, il n'y a pas eu de directives. Le jour où on nous dira que les couronnes chrome-cobalt sur molaire ne sont plus conformes aux données acquises de la science et bien cela s'arrêtera et dans le panier RACO il faudra trouver autre chose.

Nous pouvons donc passer à la troisième partie, selon vous que va-t-il va advenir du devis et avez-vous des inquiétudes à ce propos ?

Ce devis est appliqué que depuis quelques mois donc je ne le vois pas évoluer dans un sens ou dans l'autre dans les mois voir les années qui viennent. Sincèrement, je ne vois pas ce qui pourrait le faire changer à l'heure actuelle.

Concernant la perte de la transparence demandée avec la suppression de la ventilation, pensez-vous qu'il serait envisagé d'y revenir ?

C'est l'État qui a voulu ça. Une négociation a eu lieu entre les pouvoirs publics et les syndicats et a abouti au fait qu'une couronne céramique pour dent antérieure est à 500 euros en RACO. Donc l'État a sa part de responsabilité ... Croyez-vous que ça apporte plus de transparence de mettre un prix de vente à côté d'un prix d'achat ? Moi je trouve que ça amène plutôt un mauvais rapport entre le praticien et le patient. Les mutuelles et les complémentaires feraient mieux, elles, d'être davantage transparentes ! Cela serait beaucoup plus clair pour le devis. Là je ne vois pas le devis changer, non.

Avez-vous des idées d'amélioration ? Si vous aviez la possibilité de faire des changements en répondant aux besoins des patients et à la sécurité concernant la provenance des DMI ?

Dans le devis, le praticien doit informer de l'origine de la prothèse. Que voulez-vous que l'on mette de plus ? Tout praticien vertueux renseigne de là où vient la prothèse. Si la prothèse vient de Chine et que le praticien met qu'elle vient du laboratoire du coin, ce praticien n'est pas défendable. Après, 95 % des praticiens au moins ont une pratique vertueuse de la profession donc je ne vois pas ce qu'on pourrait rajouter dans ce devis pour prouver que la prothèse vient bien du laboratoire du coin et non pas de Chine.

Merci beaucoup pour cet entretien.

Entretien 7

Entretien avec Dr Barbotin, présidente SFCD Île-de-France et vice-présidente SFCD le 26/09/21 en présentiel. Enregistrement avec le téléphone. Durée 21 minutes.

Bonjour Dr Barbotin, merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cet entretien pour ma thèse de fin d'étude qui porte sur l'évolution du devis en odontologie sur ces vingt dernières années. Vous êtes présidente du syndicat SFCD Île-de-France et vice-présidente du SFCD. Nous allons aborder ensemble la première thématique de cet entretien : quelle est votre interprétation concernant l'évolution de ce devis sur les vingt dernières années ?

Déjà je vous remercie d'avoir pensé à faire appel à moi pour aborder ce sujet de votre thèse. Votre thèse reprend de façon très didactique et intéressante l'évolution des devis dentaires au cours de ces dernières années. C'est sûr qu'il a beaucoup évolué depuis les années 60 où une simple poignée de main suffisait pour se mettre d'accord avec son praticien.

Ce qui m'interpelle le plus c'est que les chirurgiens-dentistes en tant que professionnels de santé sont les seuls pour qui se pose le problème du devis et pour qui ce devis évolue régulièrement au fil du temps. Il ne sera pas demandé un devis de la même manière pour la pose d'une prothèse de hanche ou une intervention dermatologique ou pour la pose d'un cristallin par un ophtalmologiste !

Vous pensez que la chirurgie dentaire n'est pas autant considéré comme profession médicale que les autres en regard de ces évolutions ?

La profession de chirurgien-dentiste peine à trouver vraiment sa place à égalité avec les autres professionnels de santé. Je pense que cela dérange.

Vous pensez que c'est un reflet de la relation entre le chirurgien-dentiste et son patient qui est en évolution et qui, peut-être, représente une forme de perte de confiance de la part du patient ? Ou peut-être de la société ?

Ou des pouvoirs publics... La relation de confiance est une relation de personne à personne donc c'est vraiment au cas par cas. Je ne pense pas qu'elle soit particulièrement entamée.

Pensez-vous qu'il reflète peut-être aussi une forme d'inquiétude concernant la sécurité des dispositifs médicaux sur mesure ? Il y a eu plusieurs scandales sanitaires comme ceux des prothèses PIP ou du sang contaminé, peut être que toutes ces inquiétudes ont mené à ces évolutions et ces demandes de transparence de plus en plus importante ?

Et vous pensez que le devis est une solution à cette problématique ?

Ce qu'on peut observer c'est que l'évolution du devis, du moins au début avec la loi HPST puis Fourcade, s'articulait beaucoup sur la demande de transparence et de traçabilité. À tel point qu'il a été demandé de fournir le prix de chaque élément de l'appareil de la prothèse dentaire, démontrant peut-être une inquiétude concernant l'exportation de plus en plus importante des dispositifs médicaux sur mesure ? Peut-être est-ce un reflet d'une inquiétude des patients ou des pouvoirs publics ?

Pour ce qui est de l'évolution du devis sur ces dernières années, c'est vrai qu'il y a eu un devis sur lequel on demandait le coût de la prothèse, le coût du fonctionnement du cabinet dentaire pour la réalisation d'une prothèse, chose qui n'était pas demandée par exemple pour la réalisation d'un détartrage qui est fait à perte. C'est un devis qui était, si on veut parler de transparence, biaisé par rapport à la réalité. Ensuite ce n'était absolument pas une demande du patient qui se perdait complètement dans ces chiffres et dont ce n'était pas le souci. Cela ne correspondait pas du tout à une réalité, à une problématique entre le patient et son praticien. Non ce devis était très intrusif, humiliant pour le dentiste qui apparaissait complètement déconsidéré par des pouvoirs publics suspicieux. Les patients n'avaient pas besoin de ça pour-nous faire confiance.

Et puis, si on pose la question d'une information loyale claire et adaptée du devis, le devis, quel qu'il soit, restera toujours un support. Il ne pourra jamais être loyal clair et adapté, c'est le discours entre le praticien et le patient qui doit l'être. C'est lié à la qualité de la relation entre le patient et le praticien et si on suit un dentiste, c'est parce qu'on lui fait confiance. Charge au dentiste d'être à la hauteur de la confiance qui lui est prodiguée. Un papier restera toujours un papier quel qu'il soit. Les pouvoirs publics ont voulu s'immiscer dans cette réalité relationnelle, je ne pense pas que ça ait aidé. Le tarif n'est pas le seul élément de choix du patient.

Pour vous la relation praticien-patient n'est pas en cause de ces changements de devis, mais c'est plutôt finalement l'influence des politiques de santé ?

Il y a une suspicion vis-à-vis des dentistes qui ne sont peut-être pas considérés comme soignants à part entière, ayant pour soucis la qualité de soin de leur patient. Il y a toujours eu un problème entre le dentiste et l'argent, vu par certaines personnes.

Pensez-vous que le devis qui a été proposé, notamment au travers de la loi HPST puis de la loi Fourcade, était davantage une façon de mettre en exergue la différence entre le prix d'achat de la prothèse sans adaptation et les honoraires du patient ? Une façon de montrer le prix que le chirurgien-dentiste pourrait se faire aux dépens du patient ?

Je pense que le terme de « aux dépens du patient » n'est pas juste. Pour moi c'était humiliant, je l'ai vécu comme ça. Ça n'avait pas lieu d'être et c'est pour ça que ce devis n'a pas été bien suivi. Ça ne correspondait à aucune réalité parce que les informations demandées étaient tronquées, comme je l'ai déjà dit parce que ces informations n'étaient pas précisées pour l'ensemble des actes : une extraction, une dévitalisation, voire même une consultation. Et si on considère que la prothèse est une simple marchandise, on ne demande pas au boucher combien il achète sa côte de bœuf. Il y a tout le travail derrière de préparation, de maturation. Nous ne sommes pas des vendeurs et si on en revient au corps médical, on ne demande pas non plus combien coûte la prothèse de hanche. Ce devis était inacceptable, il est heureux qu'il ait été modifié. Celui de maintenant est complètement différent et ne prend plus en compte ce genre de questionnement déplacé.

Nous abordons désormais la seconde thématique : Pensez-vous que la forme du devis actuel réponde bien aux droits fondamentaux des patients ?

Dans les droits fondamentaux des patients, on peut mettre par exemple le secret médical. La sécurité sociale, jusqu'au COVID qui a un peu modifié les choses, a toujours été très vigilante à respecter le secret médical. C'est-à-dire que lorsqu'on télétransmet une feuille de soin, seuls les codes de regroupement sont transmis, décrivant le soin dans sa globalité, mais non pas dans son détail. Ce sont ces codes de regroupement qui partent ensuite à la mutuelle. Dans ce sens-là, le secret médical est parfaitement respecté. Mais les mutuelles, elles, sont intéressées à titre personnel à connaître la santé de leurs adhérents et c'est elles qui demandent un devis avec un code affiné ne respectant pas totalement le secret médical. De plus les dentistes référents, demandés par les mutuelles, pourraient avoir accès aux radiologies des patients et ainsi interférer dans leur relation avec le praticien, ce qui n'est légalement pas autorisé. Il y a un vrai biais par rapport au secret médical.

Concernant l'information loyale claire et adaptée, pensez-vous que ce devis réponde à ce droit-là ?

Ce que je trouve bien c'est qu'effectivement ce devis propose une alternative 100 % santé. De ce fait une solution s'offre à tout le monde et il y a une clarté sur la provenance des matériaux. C'est un vrai plus.

Trouvez-vous qu'il est plus facile à lire ? Plus facile en tout cas que ce qui avait été proposé auparavant avec toutes ces colonnes ?

C'est-à-dire que là il y a trois pages pour deux lignes intéressantes, on peut quand même le souligner !

C'est vrai, mais la ventilation en trois parties proposées en 2006 a été supprimée pour une seule colonne avec pour mention « honoraires dont prix de vente du dispositif médical », pensez-vous que ce soit plus lisible pour le patient ?

Un devis n'est visible en aucun cas, mais il est plus facile à expliquer. Concernant ces évolutions on peut peut-être regretter le choix des prothèses 100 % santé qui a été fait. C'est dommage que cette évolution, qui partait quand même d'une bonne intention, n'ait pas fait le choix du 100 % biocompatible et il est quand même regrettable que les dents antérieures prises en charge en totalité soient des céramo-métalliques sachant qu'actuellement c'est du cobalt-chrome et que le cobalt est classé CMR. Il y avait une belle opportunité pour faire quelque chose de cohérent pour la santé des français et là on est un peu passé à côté.

Finalement cela ne répond pas aux données acquises de la science et aux règles de l'art ?

Et à la prise en compte de la totalité de la santé des patients !

Et concernant le libre choix du praticien ? Trouvez-vous ce devis en accord avec ce droit ?

Le devis permet et a toujours permis une comparaison même si les soins ne se limitent pas à l'aspect financier, c'est un tout. Mais je pense, si le patient est bien éclairé et à même de choisir son praticien, que la difficulté demeure encore et toujours avec les mutuelles qui, elles, connaissant le prix du praticien vont non plus écrire, mais appeler le patient, car c'est plus discret, afin de lui faire une autre proposition.

Il y a une différence de traitement ?

À cotisation égale et à facturation égale, ils vont proposer un remboursement meilleur pour certains praticiens ayant signé des engagements avec eux. C'est quand même extrêmement limite mais les mutuelles étant très proches du pouvoir, c'est difficile de lutter contre.

Pensez-vous que le fait d'avoir un document standardisé était une option vraiment intéressante et importante pour la compréhension du patient et la prise en charge par les complémentaires ?

C'est sûr que ça apporte une facilité d'explication, de compréhension pour le patient ! Bien sûr c'est une bonne chose que le devis existe et qu'il soit formalisé !

3^e thématique : que pensez-vous qu'il va advenir du devis ? Est-ce que vous avez des inquiétudes en ce sens ?

Ce qu'il va advenir je ne sais pas, c'est sûr que ça intéresse beaucoup les gens de le faire évoluer à chaque changement ! Mais ce qu'il serait intéressant, c'est de se pencher justement sur le développement durable, la biocompatibilité des matériaux afin de vraiment se pencher sur la santé des patients. Cela me semble une voie à regarder et à approfondir.

Le problème, c'est les plafonds tarifaires, mais cela ne concerne pas le devis et sa forme en elle-même. Sur les tarifs imposés du 100 % santé la question est différente, là on arrive à des tarifs qui, sur certains actes, empêchent totalement une réalisation si on s'en tient à la nomenclature actuelle en France. C'est dommage de s'être fixé sur de la prothèse étrangère pour établir les tarifs ! Mais cela me semble être une problématique autre que le devis en lui-même.

Avez-vous des inquiétudes concernant l'ingérence des organismes tiers dans la relation praticien-patient ?

La mise en place, qui n'est pas encore complète, de dentistes référents payés par les mutuelles est une vraie problématique, car pour l'instant elle est illégale et se met quand même en place. Malgré la législation, le poids financier de ces mutuelles est tel que de toute façon c'est difficile de lutter pour les professions libérales. À ce jour les professions libérales, avec M. Picon, sont en train d'essayer de se fédérer et ainsi il sera plus facile pour le gouvernement d'avoir un interlocuteur. C'est dommage parce que les professions libérales ont un vrai rôle à jouer de proximité, de technicité et d'éthique, qu'on ne retrouve pas toujours dans des structures plus importantes.

Avez-vous peur d'un-encadrement de plus en plus strict de la profession à travers le devis ? Peut-être une transparence plus accrue, car la question reste et demeure de fournir des informations tarifaires de la prothèse dissociées de la prestation de soin ?

C'est sûr qu'en tant que syndicat on reste vigilant sur les réformes à venir et on ne manquera pas de se faire entendre si les choses deviennent trop complexes.

4^e thématique : Avez-vous des idées concernant l'amélioration de ce devis ? Vous avez déjà mentionné une orientation vers des soins biocompatibles répondant en partie à la sécurité des matériaux, mais avez-vous d'autres idées concernant l'accès aux soins pour tous ?

Si je peux me permettre, le mot « devis » n'est pas adapté pour la santé, parce qu'il introduit une relation commerciale, or la santé n'est pas et ne doit pas devenir un commerce. Il faudrait l'appeler contrat de soin (comme les vétérinaires par exemple). Un contrat de soin prend en compte le patient dans sa globalité, tout comme chacune de nos interventions. Et il doit véritablement être le garant du secret médical.

Il est important que le patient soit éclairé sur ce que lui propose son praticien et il est tout aussi important que le secret médical soit gardé.

Merci beaucoup pour votre participation à cet entretien !

Avec grand plaisir.

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Docteur Hadrien DIAKONOFF

Professeur Vianney DESCROIX

Vu, le Président d'Université Paris Cité

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

Le devis en odontologie : vingt ans d'évolutions

Margot Guichard. Le devis en odontologie : vingt ans d'évolutions. 2022. 138 p. : graph., tabl. Réf. bibliographiques p. 70-76.

Sous la direction de M. le Docteur Hadrien Diakonoff

Université Paris Cité
UFR d'Odontologie
1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
5, rue Garancière - 75006 Paris