



## Communiqué de presse

Paris, le 25 novembre 2013

### **Soins dentaires : des dérives inacceptables**

Ce n'est un secret pour personne, sans couverture complémentaire les soins dentaires représentent un reste à charge conséquent pour les usagers. A tel point qu'ils constituent la principale raison du renoncement aux soins auquel déclarent être confrontés près du tiers de nos concitoyens.

L'*Observatoire citoyen des restes à charge en santé* se devait donc de faire le point sur le sujet. Nous avons choisi pour cela d'enquêter sur la situation par rapport à 4 types de soins dentaires qui par leur diversité couvrent assez largement ce domaine : les soins conservateurs et les extractions, les prothèses, les implants ainsi que l'orthodontie.

Les résultats de cette étude, publiés dans le numéro de novembre de *60 Millions de consommateurs*, confirment que les restes à charge sont élevés pour la majorité de ces soins, et cela y compris après l'intervention des complémentaires santé. Ils révèlent aussi quelques surprises en constatant des dépassements d'honoraires sur des soins dont les tarifs sont opposables et ne devraient donc pas faire l'objet de dépassements, des pratiques professionnelles plus onéreuses qui se généralisent alors qu'existent des alternatives moins coûteuses...

Voilà quelques uns des constats de notre Observatoire, constats dont nous nous étonnons qu'ils aient pu échapper à l'Assurance maladie obligatoire, en charge de la bonne application de la convention dentaire et des contrôles ; ainsi qu'à de trop nombreuses complémentaires santé pourtant premiers financeurs des soins dentaires...

#### **Quelques chiffres pour l'année 2012 évocateurs de l'importance des restes à charge en jeu**

- Le reste à charge dentaire global sur les frais pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire a été de près de **6 milliards d'euros avant intervention des complémentaires santé** (et en dehors des soins pas du tout pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, comme les implants et la parodontie).
- Au niveau de chaque usager, cela se traduit par exemple par un **coût non remboursé** ni par l'Assurance maladie obligatoire, ni par la complémentaire qu'on peut estimer à **240 euros pour une couronne** (pour un prix moyen de près de 550 euros). Ce coût restant, après les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire, s'élève pour une **prothèse unimaxillaire à près de 700 euros**.
- En matière d'**orthodontie, le coût est en moyenne d'environ 650 euros le semestre de traitement actif** (et jusqu'à 1.000 euros à Paris) remboursé moins de 200 euros par l'Assurance maladie.

L'analyse détaillée de ces chiffres nous amène à relever des engagements conventionnels non tenus par les professionnels, des pratiques non conformes ou pire des soupçons de fraudes... Face à de telles dérives, l'Observatoire a interpellé l'Assurance maladie. En l'absence de réponse de cette dernière, il appartiendrait aux pouvoirs publics d'intervenir pour imposer le respect des règles, étape essentielle à l'objectif de l'accès aux soins dentaires pour tous.

Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) Marc Paris 01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95 <a href="mailto:communication@leciss.org">communication@leciss.org</a>	<i>60 Millions de consommateurs</i> Anne Juliette Reissier 01 45 66 20 35 <a href="mailto:aj.reissier@inc60.fr">aj.reissier@inc60.fr</a>	Santéclair Céline Tamalet 01 47 61 21 36 <a href="mailto:ctamalet@santeclair.fr">ctamalet@santeclair.fr</a>
---	---	--



## Soins dentaires : des dérives inacceptables

### DOSSIER DE PRESSE

<b>SOINS CONSERVATEURS ET EXTRACTIONS :</b> DES DEPASSEMENTS ILLEGAUX ET FREQUENTS A PARIS	<b>p. 3</b>
<b>PROTHESES :</b> UN COUT TRES CONSEQUENT POUR LES USAGERS, ALIMENTE PAR LES CHOIX THERAPEUTIQUES DISCUTABLES DES DENTISTES ET DES OBJECTIFS CONVENTIONNELS NON RESPECTES	<b>p. 5</b>
<b>IMPLANTS ET PARODONTIE :</b> LES ACTES « HORS NOMENCLATURE »	<b>p. 8</b>
<b>ORTHODONTIE :</b> DES TRAITEMENTS CHERS, AVEC PEU DE VISIBILITE POUR L'ASSURE SUR LA DUREE ET DONC LE COUT GLOBAL D'UN TRAITEMENT. <i>UNE RENTE DE SITUATION ET DE FORTS SOUPCONS DE FRAUDE</i>	<b>p. 9</b>
<b>DEPASSEMENTS D'HONORAIRES MEDICAUX :</b> ACTUALISATION DES CHIFFRES 2012 PAR CEUX PORTANT SUR LES 6 PREMIERS MOIS DE 2013	<b>p. 11</b>
<b>TROIS PARTENAIRES, UNE AMBITION COMMUNE :</b> L'OPEN DATA EN SANTE	<b>p. 14</b>
<i>ANNEXE RECONSTITUTIONS (INLAY CORE)</i>	<i>p. 15</i>
<i>ANNEXE ORTHODONTIE</i>	<i>p. 16</i>

*NB : l'essentiel des chiffres présentés dans ce dossier sont issus des données publiques de santé auxquelles a accès le CISS en tant que membre de l'Institut des Données de Santé (IDS), et sont basés sur l'analyse des données pour l'année 2012. Lorsque des chiffres issus d'autres données sont présentés, ils sont alors accompagnés de leur source.*

## SOINS CONSERVATEURS ET EXTRACTIONS : DES DEPASSEMENTS ILLEGAUX ET FREQUENTS A PARIS

Soins de caries, détartrages, dévitalisations, voire extractions lorsque la situation l'impose... Pour ces soins courants, les tarifs sont encadrés par l'Assurance maladie. En dehors de quelques situations exceptionnelles (soins en urgence...), ils ne doivent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires : le tarif de remboursement de l'Assurance maladie est celui qui doit être facturé par le dentiste, sur la base duquel le patient est remboursé à 70% par la Sécurité sociale ; les 30% restants sont pris en charge par sa complémentaire santé, lorsqu'il en dispose.

**Globalement, les soins conservateurs ont représenté 1,75 milliard d'euros de dépenses en 2012**, parmi lesquels très peu de dépassements d'honoraires (moins de 2% du total, soit à peine 35 millions d'euros de dépassements en tout au niveau national) puisqu'il s'agit normalement de soins que les dentistes sont tenus de facturer au tarif de la Sécurité sociale.

Toutefois, les dentistes pratiquant des dépassements sur les soins conservateurs ne sont pas équitablement répartis sur le territoire. **Ainsi, ceux installés à Paris facturent à eux seuls 57% de l'ensemble des dépassements constatés sur tout le territoire pour ce type de soins dentaires** : près de 20 millions d'euros de dépassements, soit en moyenne près de 9,5 euros par acte conservateur pratiqué.

L'Observatoire rappelle qu'il s'agit de dépassements d'honoraires illégaux !

Phénomène presque exclusivement parisien pour la métropole puisque dans tous les autres départements le dépassement moyen par acte de soin conservateur est largement inférieur à 1 euro (sauf dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines, où il est respectivement de 1,33 et 1,08 euro). La situation pour les départements d'Outre-Mer est intermédiaire, avec une moyenne par acte de 3,78 € pour la Guadeloupe, de 4 € pour la Guyane et de 3,43 € pour la Martinique.

Même constat pour les extractions dentaires qui font très peu souvent l'objet de dépassements : la dépense globale pour ce type de soins en France en 2012 a été de près de 215 millions d'euros, parmi lesquels environ 8 millions ont été facturés au titre de dépassements d'honoraires soit en moyenne un dépassement de 1,29 euro par acte d'extraction. **Mais Paris se distingue là encore par le niveau beaucoup plus important des dépassements qui y sont pratiqués, de l'ordre de 17 euros par acte d'extraction** en y concentrant plus de 40% du montant de l'ensemble des dépassements réalisés sur ce type de soins en France. L'Observatoire rappelle que plusieurs actes d'extractions ont déjà fait l'objet d'une réévaluation du tarif opposable lors de la précédente convention dentaire.

**Quelques données complémentaires illustrant le niveau de dépassement d'honoraire illégalement pratiqué à Paris, en moyenne, pour quelques actes précis de soin conservateur ou d'extraction en 2012 :**

- Dépassements sur les détartrages :

	Tarif moyen constaté	Pourcentage de dépassement par rapport au tarif de la convention
National	29	2 %
Paris	35	23 %

- Dépassements sur les soins conservateurs de type composite :

	Tarif moyen constaté	Pourcentage de dépassement par rapport au tarif de la convention
National	49	20 %
Paris	77	76 %
Hauts-de-Seine	62	51 %
Rhône	56	38 %
Yvelines	55	35 %
Haute-Savoie	54	35 %
Savoie	52	27 %
Isère	52	26 %

- Dépassements sur les extractions :

*Exprimés en pourcentage moyen de dépassements constatés par rapport au tarif de la convention*

	Extraction d'une dent de lait	Extraction d'une dent permanente	Extraction d'une dent de sagesse incluse
National	2%	2%	14 %
Paris	35%	30%	86 %

*Classement des départements aux dépassements les plus élevés sur les extractions de dent de sagesse incluse*

	Tarif moyen constaté	Pourcentage de dépassement par rapport au tarif de la convention
Paris	146	86 %
Hauts-de-Seine	134	60 %
Val-de-Marne	110	32 %
Saône-et-Loire	110	32 %
Yvelines	104	26 %
Alpes-Maritimes	94	12 %
Var	93	11 %
Vaucluse	93	11 %

### **Interpellation de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé :**

De quelle façon les services de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) procèdent-ils pour s'assurer que les dépassements d'honoraires facturés sont justifiés, soit par une exigence particulière du patient, soit par l'activité de chirurgiens-dentistes bénéficiant d'un droit permanent à dépassement ? Et lorsqu'ils ne sont pas justifiés, que fait l'Assurance maladie pour les stopper ?

**PROTHESES : UN COUT TRES CONSEQUENT POUR LES USAGERS,  
ALIMENTE PAR LES CHOIX THERAPEUTIQUES DISCUTABLES DES DENTISTES  
ET DES OBJECTIFS CONVENTIONNELS NON RESPECTES**

Couronnes, bridge, inlay – onlay, reconstitutions ou appareils dentaires... autant d’actes et d’appellations qui constituent le gros de la dépense en soins dentaires. **Au total, en 2012, ce type de soins a représenté plus de 5 milliards d’euros de dépense.**

Or il s’agit d’une dépense mal remboursée par l’Assurance maladie obligatoire et de façon très variable - mais en général partielle - par les complémentaires santé. Sur les plus de 5 milliards d’euros payés par les usagers en 2012 pour leurs prothèses, **à peine 1 milliard leur a été remboursé par la Sécurité sociale.** Cela représente un **reste à charge moyen pour l’usager, après remboursement par la Sécu, de plus de 290 euros par acte de prothèse.** Les variations en fonction des départements font passer l’addition du simple au double en **ne descendant quasiment jamais en dessous de 200 euros en moyenne par acte de prothèse, et en grimant jusqu’à plus de 400 euros en moyenne par acte à Paris.**

Les 4 milliards de reste à charge pour les usagers peuvent être remboursés par leur complémentaire santé, mais il est très difficile d’avoir une estimation précise de leur niveau de prise en charge global.

Malgré tout, sur la base de quelques actes que nous avons identifiés comme particulièrement fréquents, **nous avons tenté de compléter les chiffres dont on dispose sur les remboursements par l’Assurance maladie obligatoire par ceux apportés grâce à une analyse réalisée par Santéclair sur la base de 177 000 devis de prothèses dentaires (2012 et 9 premiers mois de 2013) afin de pouvoir mieux estimer le reste à charge pour l’usager après intervention de l’Assurance maladie obligatoire et de sa complémentaire santé lorsqu’il en dispose (voir tableau ci-dessous).**

On le savait déjà d’expérience, mais ces chiffres ne font que rappeler à quel point accéder à ces soins dentaires devient un luxe pour un nombre toujours plus important de nos concitoyens : aujourd’hui, même pour une couronne céramique sur métal non précieux (la plus fréquente), c’est bien l’usager qui paie la plus grosse part.

	Prix moyen marché (€)	Part RO (€)	Part RC (€)	Reste à charge (€)	Fréquence du reste à charge
Couronne Céramique sur métal non précieux	546	75,25	229	242	74%
Inlay core en métal non précieux sans clavette	239	85,29	120	32,41	24%
Prothèse adjointe complet unimaxillaire	1116	129,93	315	671	96%
Stellite 6 dents	1109	158	372	584	95%

*RO : remboursement obligatoire / RC : remboursement complémentaire / Reste à charge : somme à la charge du patient après remboursements obligatoire et complémentaire.*

## Inlay-core : 2 constats

### 1/ L'Assurance maladie et les professionnels s'assoient sur la convention dentaire de 2006

Il arrive aussi que des solutions moins onéreuses existent à qualité de soins reconnue comme équivalente... sans qu'elles soient privilégiées par nombre de dentistes dans leurs choix thérapeutiques. **C'est notamment le cas avec l'alternative possible entre une « reconstitution sous couronne au fauteuil » réalisée par le dentiste dans son cabinet (au tarif fixé par la Sécurité sociale), ou un « inlay-core » fabriqué par un prothésiste et posé ensuite par le dentiste (tarif « libre », non encadré par la Sécurité sociale et donc fixé par le dentiste).**

L'Assurance maladie comme les syndicats représentatifs des chirurgiens dentistes et de nombreuses autres instances professionnelles reconnaissent que les deux techniques se valent en termes de qualité des soins. Mais d'un point de vue financier, la différence est énorme pour l'utilisateur.

Dans le premier cas, le tarif est fixé par la Sécurité sociale (79,53 €), il est opposable et remboursé à 70% par elle (soit un reste à charge d'environ 24 € pour l'utilisateur avant remboursement par sa complémentaire), sans possibilité de facturation de dépassements d'honoraires par le dentiste. Dans le second, le dentiste fixe librement ses honoraires, qui varient en moyenne de 150 à plus de 300 euros selon les départements, la Sécurité sociale ne remboursant que 70% du tarif qu'elle a fixé à 122,55 euros pour cet acte. Cette différence de coût pour l'utilisateur a conduit l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des chirurgiens dentistes à s'engager, en 2006 dans le cadre de la convention qui les lie, sur des objectifs visant à privilégier le procédé le moins cher.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces engagements n'ont pas été respectés et que la situation s'est encore aggravée, ce qui participe de l'alourdissement des restes à charge pour les usagers. **En 2006, les reconstitutions au fauteuil (à tarif encadré) représentaient 78% du nombre de reconstitutions réalisées par un prothésiste (à tarif libre). La convention dentaire avait fixé pour objectif de passer à un ratio 86 %, soit 8,6 reconstitutions pratiquées à tarif encadré pour 10 pratiquées à tarif libre. Dans les faits, on est tombé à 58 % !**

Ratio 2006	Objectif convention	Ratio constaté en 2012
Nombre de reconstitutions réalisées à tarif encadré / à celles réalisées à tarif libre	Nombre de reconstitutions réalisées à tarif encadré / à celles réalisées à tarif libre	Nombre de reconstitutions réalisées à tarif encadré / à celles réalisées à tarif libre
78,4 %	86,8 %	58,6 %

### 2/ Les professionnels ont généralisé la mise en place d'une reconstitution sous couronne

Une autre pratique injustifiée en matière de qualité des soins dentaires mais qui se traduit par un surcoût conséquent pour les usagers est la généralisation de la pose d'un inlay-core avant celle d'une couronne. Cette pratique est justifiée lorsque la dent est trop abîmée pour recevoir directement la couronne. Mais depuis 2006 elle tend à devenir quasi systématique, puisqu'elle concerne plus 8 couronnes sur 10.

Nombre total de reconstitutions (inlay-core) pratiquées en 2012	Nombre total de couronnes posées en 2012	Ratio reconstitution / couronne
5 013 812	5 938 685	84,4 %

*En France plus de 8 fois sur 10, sous une couronne le chirurgien dentiste place un inlay core (qu'il soit de fabrication prothésiste ou bien réalisé au fauteuil).*

Les dentistes procèdent de plus en plus souvent à une reconstitution avant de poser une couronne, car cet acte est mieux valorisé que la couronne, et cela peut aussi leur permettre d'optimiser le remboursement par les complémentaires santé en « reportant » une partie du prix de la couronne sur celui de l'inlay-core. Certains chirurgiens dentistes peuvent alors faire accepter des factures plus élevées à leurs patients.

**Interpellation de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé :**

Quelles mesures ont-elles été prises pour enrayer la généralisation :

- D'une part de la reconstitution à tarif libre par rapport à celle à tarif encadré ?
- D'autre part de la reconstitution sous couronne ?

Quels contrôles sont effectués auprès des dentistes dont l'activité révèle des pratiques particulièrement fréquentes en la matière ?

Les chiffres dont nous disposons dans le cadre de notre Observatoire citoyen des restes à charge en santé sont principalement issus des données du SNIIRAM, enregistrées par la Sécurité sociale. Ils ne tiennent pas compte de l'essentiel du coût facturé pour les actes dits « hors nomenclature », à savoir les implants et certains actes de parodontie que l'Assurance maladie ne rembourse pas.

Ces actes hors nomenclature font bien sûr monter encore la facture des restes à charge pour les usagers... mais sans qu'on puisse aujourd'hui préciser de quel montant en l'absence de chiffres à notre disposition.

**Une estimation grossière porte à quelque 1,5 milliard d'euros la dépense annuelle pour ce type de soins** (estimation obtenue en soustrayant à la consommation totale de soins dentaires relevée sur les bases EcoSanté –environ 10,5 milliards-, la totalité de la dépense présentée au remboursement pour les soins dentaires correspondant aux actes remboursés par l'Assurance maladie –de l'ordre de 9 milliards-).

Par ailleurs, les 177 000 devis analysés par Santéclair apportent quelques éléments d'information complémentaires pour **mieux appréhender une estimation du niveau moyen de reste à charge pour les usagers** lorsqu'ils bénéficient d'une complémentaire santé prévoyant ou non une garantie implantologie : ils nous renseignent **notamment sur « l'implant racine »**.

	Prix moyen constaté	Prise en charge RO	Prise en charge RC	Reste à charge moyen constaté	Fréquence du reste à charge
Implant racine	931 €	0	281 €	650 €	77 %

*RO : remboursement assurance maladie obligatoire*

*RC : remboursement complémentaire santé*

*Reste à charge : somme à la charge du patient après remboursements obligatoire et complémentaire*

**ORTHODONTIE : DES TRAITEMENTS CHERS,  
AVEC PEU DE VISIBILITE POUR L'ASSURE SUR LA DUREE  
ET DONC LE COUT GLOBAL D'UN TRAITEMENT .  
UNE RENTE DE SITUATION ET DE FORTS SOUPCONS DE FRAUDE**

Les soins d'orthodontie ont représenté **globalement des dépenses de plus d'un milliard d'euros en 2012, dont près de 80% constituent des dépassements d'honoraires** à la charge des usagers ou de leur complémentaire santé.

L'acte le plus courant en la matière est appelé « **semestre de traitement actif** », et correspond à une période de 6 mois pendant laquelle la personne porte son matériel orthodontique visant à lui redresser la dentition. **Cet acte est facturé en moyenne en 2012 autour de 650 euros**, avec des variations en fonction du spécialiste qui le pratique (chirurgiens dentistes omnipraticiens ou spécialistes orthodontistes, ces derniers ayant des tarifs en général plus élevés) mais surtout en fonction du département où il exerce (**près de 1000 euros le « semestre de traitement actif » en moyenne à Paris, contre à peine plus de 400 € en Ariège**).

Le traitement d'orthodontie est d'autant plus couteux qu'il s'envisage en général sur le long terme : il peut durer jusqu'à trois ans, soit 6 semestres représentant le plus souvent des milliers d'euros. **De son côté, la Sécurité sociale rembourse 193,50 € par semestre si le traitement débute avant l'âge de 16 ans. Le reste à charge après remboursement par l'Assurance maladie, de plus de 450 euros en moyenne, peut être pris en charge par la complémentaire santé dans des conditions et à un niveau propre à chaque contrat.**

De plus, pour s'assurer que les résultats obtenus à l'issue des semestres de traitement actif soient pérennes, **ils doivent normalement être suivis d'un traitement dit de « contention » de 1<sup>ère</sup> puis, lorsque nécessaire, de 2<sup>e</sup> année.**

Ces traitements de contention sont facturés moins cher par l'orthodontiste, celui de première année étant facturé en moyenne autour de 400 euros (dont un peu plus de 200 euros de dépassements en moyenne) et celui de deuxième année autour de 200 euros (dont un peu plus de 100 euros de dépassements).

Au-delà de la question de leur coût, qui lorsqu'il est rapporté au temps passé au fauteuil par le patient donne le tournis, ce qui nous préoccupe ici est de constater que, **d'après les chiffres issus de notre Observatoire, nombre de traitements actifs ne semblent pas être suivis d'un traitement de 1<sup>ère</sup> année de contention au risque de voir se détériorer rapidement les résultats obtenus.**

Chiffres sur la répartition des traitements d'orthodontie en 2012 :

Nombre de semestres de traitements actifs	1 269 573
Durée moyenne du traitement actif	5,5 semestres
Nombre de patients en cours de traitement actif en 2012	230 831
Nombre de patients en cours de 1 <sup>o</sup> année de contention en 2012	194 255

**Interpellation de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé :**

Comment expliquer que près de 16 % des patients en cours de traitement actif ne bénéficieraient pas d'une première année de contention ? On a du mal à croire qu'autant de patients soient en échec ! S'agit-il alors d'une mauvaise pratique des orthodontistes, qui ne respecteraient pas les référentiels recommandant au moins une année de contention après tout traitement actif pour garantir les meilleurs résultats durables ? Voire d'une cotation frauduleuse par certains professionnels, faisant passer en semestres actifs, mieux rémunérés et mieux remboursés, la première année de contention ?

Dans un cas comme dans l'autre, cela mérite des explications que l'Observatoire attend toujours de la part de l'Assurance Maladie !

La première enquête de notre Observatoire citoyen sur les restes à charge en santé avait porté, en juin de cette année, sur ceux liés aux tarifs médicaux.

Nous profitons de cette deuxième communication pour assurer un suivi par rapport à notre enquête précédente, en présentant la mise à jour des principaux chiffres sur les restes-à-charge liés aux dépassements d'honoraires issus des données auxquelles nous avons pu avoir accès pour les 6 premiers mois de 2013.

Bien qu'il soit toujours difficile de comparer les chiffres sur 6 mois à ceux sur 12 mois (les données que nous présentions en juin portaient sur l'ensemble de l'année 2012, alors que nous ne pouvons ici travailler que sur les mois de début janvier à fin juin 2013), en raison de la saisonnalité importante de certains recours aux soins, il semble malgré tout que les chiffres auxquels nous avons accès montrent des divergences locales toujours plus importantes quant au niveau de dépassements d'honoraires constatés. **Ainsi, si les moyennes nationales peuvent laisser suggérer une certaine stagnation des dépassements d'honoraires, on se rend compte que cela cache des évolutions importantes dans certains territoires. C'est notamment le cas à Paris où l'on voit que notre indicateur du « reste à charge moyen par acte effectué par un médecin spécialiste » atteint sur les 6 premiers mois de 2013 le montant de 42,71 euros de reste-à-charge par acte (contre 37,70 euros en 2012, soit + 5 euros en moyenne et une augmentation de plus de 13%).**

Un enseignement qui devra être pris en compte dans les travaux de l'Observatoire conventionnel des pratiques tarifaires de façon à ce qu'ils ne s'appuient pas uniquement sur des moyennes nationales qui cachent toujours les excès de certaines pratiques tarifaires concentrées sur certains territoires.

### Chiffres globaux sur les restes à charge liés aux dépenses d'honoraires médicaux

Chiffres sur 6 mois 2013 (janvier à juin)	Dépense présentée au remboursement (M€)	Dépense remboursée (M€)	Reste à charge (M€)	Reste à charge moyen par acte	Part des dépassements dans le reste à charge
Médecins généralistes	3 871	2 739	1 132	7,59 €	13,91 %
<i>(Rappel 2012 – 12 mois)</i>	<i>7 440</i>	<i>5 530</i>	<i>1 910</i>	<i>6,60 €</i>	<i>15,3 %</i>
Médecins spécialistes	6 994	4 735	2 259	17,05 €	55,51 %
<i>(Rappel 2012 – 12 mois)</i>	<i>13 142</i>	<i>9 154</i>	<i>3 988</i>	<i>15,90 €</i>	<i>57,6 %</i>

©Observatoire citoyen des restes à charge en santé

Le reste à charge correspond au montant à la charge de l'assuré après remboursement par l'Assurance maladie (ticket modérateur, participations forfaitaires et dépassements).

**Chiffres moyens nationaux sur les restes à charge liés aux dépassements d'honoraires chez les médecins généralistes, ainsi que chez les médecins spécialistes selon qu'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2**

	Généralistes (tous secteurs <sup>a</sup> )		Spécialistes <sup>b</sup> Secteur 1		Spécialistes <sup>b</sup> Secteur 2	
	2012 (sur 12 mois)	2013 (sur 6 mois)	2012 (sur 12 mois)	2013 (sur 6 mois)	2012 (sur 12 mois)	2013 (sur 6 mois)
Montant total des dépassements d'honoraires	300 M€	157 M€	178 M€	91 M€	2 158 M€	1 155 M€
Montant moyen des dépassements d'honoraires par médecin	4 371 €	2 386 €	3 409 €	1 876 €	70 760 €	38 742 €
Montant moyen des dépassements d'honoraires par acte	1,00 €	1,05 €	1,00 €	1,04 €	25,60 €	25,60 €
Part des dépassements dans les honoraires	4,00 %	4,07 %	2,40 %	2,38 %	36,30 %	36,34 %

© Observatoire citoyen des données en santé

a/ NB : près de 90% des généralistes exercent en secteur 1.

b/ Spécialistes toutes spécialités médicales confondues, hors médecine générale et orthodontie

**Indicateur du reste à charge moyen par acte chez un médecin spécialiste**

Lorsqu'un assuré consulte un médecin spécialiste, secteurs 1 et 2 confondus, son reste à charge moyen pour tout acte que le médecin pratique est de 17,05 € (moyenne calculée sur les 6 premiers mois de 2013, elle était de 15,90 € sur les 12 mois de 2012).

Cette moyenne nationale dissimule en fait de fortes disparités selon les territoires. Un constat que nous avons déjà fait et qui se révèle encore plus marqué en 2013.

**Trio des départements où le reste à charge moyen de l'acte chez le médecin spécialiste est le plus coûteux :**

	<b>Sur 12 mois de 2012</b>	<b>Sur 6 mois de 2013</b>
<b>1</b>	37,70 € / acte (Paris)	42,71 € / acte (Paris)
<b>2</b>	33,30 € / acte (Hauts-de-Seine)	30,39 € / acte (Rhône)
<b>3</b>	27,50 € / acte (Rhône)	30,18 € / acte (Hauts-de-Seine)

**Trio des départements où le reste à charge moyen de l'acte chez un médecin spécialiste est le moins coûteux :**

	<b>Sur 12 mois de 2012</b>	<b>Sur 6 mois de 2013</b>
<b>1</b>	8,20 € / acte (Moselle)	7,35 € / acte (Cantal)
<b>2</b>	8,50 € / acte (Cantal)	8,76 € / acte (Lot)
<b>3</b>	9,20 € / acte (Morbihan)	8,99 € / acte (Loir-et-Cher)

**L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé a été créé début 2013 par trois partenaires :**

- le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), qui regroupe quarante associations intervenant dans le champ de la santé, qui siège à l'Institut des Données de Santé et dispose de l'accès au SNIIRAM ;
- le magazine *60 Millions de consommateurs*, édité par l'Institut national de la consommation ;
- la société Santéclair, spécialisée dans l'information et l'orientation dans le système de soins, filiale de plusieurs complémentaires santé.

Les chiffres de l'Observatoire proviennent de bases de données anonymisées. Celles-ci sont issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), auquel a accès le CISS en tant que membre de l'Institut des données de santé (IDS) et qu'il a décidé d'utiliser dans le cadre d'un travail commun.

**Les trois partenaires de l'Observatoire figurent également parmi les membres fondateurs de l'Initiative transparence santé** (<http://www.opendatasante.com>), un collectif issu de la société civile qui défend le principe d'un accès libre aux données collectives et non nominatives de santé (1).

Alors que cet accès progresse partout dans le monde, une commission vient d'être initiée sur le sujet par le ministère de la Santé, en lieu et place du débat annoncé. On reste toutefois dans l'expectative des résultats de cette démarche en constatant que, en l'état en France, les autorités sanitaires refusent l'ouverture des données de santé. Une preuve récente en a encore été donnée fin octobre 2013, quand le cabinet du ministre est intervenu auprès de la direction de l'IDS pour interdire à l'Institut national de la consommation l'accès à des données non sensibles. La demande, émanant d'un établissement public et visant à réaliser des études sur le coût de la santé, avait pourtant été approuvée par le bureau de l'IDS !

Face à une telle résistance, on ne peut guère que s'interroger : qui, en France, a tant à craindre de la transparence en matière de santé ?

Considérant que les données de santé appartiennent à tout le monde, nous tenons les tableaux de données ayant servi à la publication de cette étude à la disposition de ceux qui nous en feraient la demande.

(1) Parmi les personnalités à l'origine de l'Initiative transparence santé figurent également : Alain Bazot, président de l'UFC-Que-Choisir ; Mehdi Benchoufi, président du Club Jade ; Annie Chicoye, directeur exécutif, Institut Economie et Management de la Santé, ESSEC Business School ; Dr. Patrick Guérin, président de Celtipharm ; Barbara N'Gouyombo, directrice générale de Fourmi Santé.

*Données nationales et régionales comparant la situation de 2006 aux objectifs fixés par la convention de 226 et la réalité de 2012*

	Ratio 2006 Sc 33 / SPR 57+67 (en %)	Objectif de la convention Sc33 / SPR57+67 (en %)	Ratio 2012 Sc33 / SPR57+67 (en %)
Alsace	50	65	36,2
Aquitaine	77,4	84,2	63,8
Auvergne	76,5	83,6	70,1
Basse Normandie	116,9	114	74,5
Bourgogne	79,1	85,4	71,0
Bretagne	102,9	101	82,0
Centre	82,7	87,9	64,3
Champagne	84	88,8	60,6
Corse	116	113	
Franche Comte	81,8	87,3	63,1
Haute Normandie	92,5	94,7	72,6
Languedoc Roussillon	59	71,3	54,6
Limousin	86,1	90,3	67,1
Lorraine	73,1	81,2	59,8
Midi Pyrénées	87	90,9	70,6
Nord	199,6	196	124,0
Pays de Loire	122,3	119	93,4
Picardie	109,2	107	79,5
Poitou Charente	89,7	92,8	74,1
PACA	80,4	86,3	66,0
Ile de France	55,5	68,9	33,9
Rhône Alpes	48,7	64,1	34,5
<b>Total</b>	<b>78,4</b>	<b>86,8</b>	<b>58,6</b>

SC33 = code correspondant à une reconstitution (inlay core) réalisée au fauteuil

SC 57 + 67 = codes correspondant à une reconstitution (inlay core) réalisée par le prothésiste

#### Clé de lecture

- En 2006 en Alsace, lorsque la pose d'une couronne nécessitait préalablement une reconstitution de la dent, les chirurgiens dentistes la réalisaient deux fois plus souvent en faisant appel à un prothésiste plutôt qu'en réalisant une reconstitution au fauteuil. Le total des reconstitutions au fauteuil représentaient 50% du total des reconstitutions chez le prothésiste.
- En 2012, il n'en représente plus que 36%. Autrement dit, les chirurgiens dentistes alsaciens ont maintenant 3 fois plus souvent recours aux inlay-core chez le prothésiste qu'à une reconstitution au fauteuil.

## Données nationales spécialistes et omnipraticiens en 2012

Cotation	Données	Orthodontistes Spécialistes	Omnipraticiens
TO 90	Nombre semestres actifs	991 308	278 265
	Prix moyen	653	603
	Reste à charge moyen	460	410
TO 75	Nombre 1 <sup>o</sup> année de contention	158 600	34 827
	Prix moyen	394	386
	Reste à charge moyen	233	225
TO 50	Nombre 2 <sup>o</sup> année de contention	18 491	4226
	Prix moyen	211	256
	Reste à charge moyen	115	160

TO 90 = code correspondant à un semestre actif de traitement en orthodontie

TO 75 = code correspondant à une première année de traitement de contention (traitement de suivi)

TO 50 = code correspondant à une deuxième année de traitement de contention (traitement de suivi)