

EDITO



Gérard Motto

Président du SFSO

Vice-Président du CNP

ODF-ODMF

Expert Judiciaire

Honoraire

Président de la

Commission Prévoyance

de l'ADF

TOUR D'HORIZON SUR LA PROFESSION SUITE AUX NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Les Négociations Conventionnelles viennent de se terminer et permettent à l'Orthodontie de ne pas connaître de bouleversements pour les années à venir. Suite au départ du SODF, « remercié » par la FSDL dès la fin de la première réunion le 14 mars dernier, le SFSO s'est retrouvé seul représentant de notre spécialité, « Les CDF » nous ayant confié le rôle de traiter toutes les questions touchant à l'orthodontie. Tous les spécialistes doivent les en remercier !

Aucune modification n'a été apportée pour notre spécialité dans le texte définitif de la nouvelle Convention Dentaire signée le 21 juillet dernier. Les partenaires présents dans ces négociations ont reconnu que le problème de l'orthodontie n'était pas simple, ni dans le domaine des honoraires, ni dans celui de la nomenclature, et que les trois mois prévus pour les discussions conventionnelles ne permettraient pas d'aborder sereinement le sujet. Seule une décision a été finalement validée : inscrire dans la convention la formation d'un groupe de travail pour étudier les possibilités « d'actualiser la nomenclature (de l'ODF) et les modalités de prise en charge ». Ni la date ni la composition n'ont été fixés pour la création de ce groupe.

Je pense tout d'abord qu'il est utile de faire un rappel, surtout pour les jeunes générations de consoeurs et confrères souvent ignorant de l'historique de la particularité de la prise en charge de notre exercice. Depuis 1988 notre lettre clé, étant figée à 2,15 €, la base de remboursement du semestre d'orthodontie TO 90 est bloquée à 193,50 €, l'équivalent de 1 269 Francs de l'époque. Selon la CNAM, le RAC moyen pour un traitement est de 168 € par semestre pour les patients, la différence entre le remboursement par les Caisses de Sécurité Sociale et les honoraires des praticiens étant compensée en partie par la prise en charge des Complémentaires souscrites par les patients. Cette prise en charge du semestre d'un traitement orthodontique par l'Assurance Maladie n'a été réévaluée que de quelques francs entre 1971 et 1983, à une époque où les actes d'orthodontie étaient opposables. À cette date, le semestre était remboursé à 1102,50 francs soit 168 €.

Cette année-là, en 1983, reconnaissant que ces tarifs opposables étaient insuffisants, Pierre Bérégovoy alors ministre de la Santé en officialisait l'inopposabilité. Réévalué en tenant compte de l'inflation, le montant de remboursement par les caisses de 1983 représenterait

Adresse
pour correspondance :
gerard.motto@sfsso.fr

en 2023 la somme de 411,60 € soit 218,10 € de plus que le remboursement actuel : selon la CNAM.

Le reste à charge moyen des familles après remboursement des complémentaires annoncé pendant ces négociations étant de 168 €/semestre serait donc inexistant si le remboursement des Caisses de Sécurité Sociale avait été réévalué au minimum de l'inflation depuis 40 ans, d'autant que la participation complémentaire se base sur celle de l'AMO !

En effet, une réévaluation du TO au niveau de l'inflation (146 % entre ces deux dates selon l'INSEE) à 4,3 € permettrait donc, non seulement de permettre un RAC à 0, mais encore de faire réaliser des économies aux mutuelles et assurances complémentaires et donc de permettre une diminution de leurs cotisations, ce qui serait un gain pour les familles ! Pour les raisons expliquées ci-dessus, cette revalorisation permettrait d'arriver dans la plupart des cas à ce 100 % santé. Par contre, il est évident également que si cette revalorisation était de nouveau figée pendant des décennies, le problème se reposerait inévitablement d'ici quelques années.

Cet effort de réévaluation doit porter au minimum sur les populations fragiles, bénéficiaires de la C2S et sur les patients atteints par les grands syndromes malformatifs, les maladies rares ou pour les patients devant bénéficier d'un protocole chirurgico-orthodontique. La profession a effectivement déjà largement pris sa part à cet effort : les patients les plus défavorisés bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) sont pris en charge à un tarif qui n'a pas évolué d'un centime depuis 17 ans et qui ne couvre pas pour la plupart des cas le coût réel des cabinets ! De plus, l'évolution technologique, les moyens techniques, les normes et obligations ont fait exploser les coûts des cabinets libéraux ces dernières années, ceci à la seule charge des praticiens : l'innovation en orthodontie a été financée depuis 40 ans par les familles et l'assurance complémentaire et a permis une amélioration constante de la qualité et également de la meilleure rapidité des soins.

Suite à l'annonce d'Emmanuel Macron, alors candidat à l'élection présidentielle de 2022 d'instaurer un RAC.0 pour les traitements orthodontiques, le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, François Braun a demandé dans une lettre à Thomas Fatome, directeur général de la CNAM « d'engager des discussions permettant de limiter le reste à charge des familles dans le domaine de l'orthodontie », et également de mener « des travaux préalables afin d'actualiser la nomenclature sur ces actes ». Si le problème du reste à charge est de la responsabilité des Caisses qui ont totalement délaissé le remboursement de l'orthodontie depuis plus de 35 ans, le remboursement n'ayant pas augmenté d'un centime depuis mars 1988 comme expliqué plus haut, le sujet de l'actualisation de notre nomenclature qui date de 1972 (!) est par contre effectivement à considérer. À cette époque le « multibague » était quasiment inconnu, 99 % des traitements étant réalisés en techniques amovibles. Le « multi-attache » et toutes les techniques en découlant sont apparues bien plus tard, apportant continuellement des évolutions tirant l'orthodontie vers la perfection et la médicalisation. Des aménagements et évolutions ont certes été apportés depuis dans la NGAP, mais elle n'est plus vraiment adaptée à notre exercice qui n'a évidemment plus rien à voir avec l'époque de sa création. Si le fait de garder une nomenclature basée sur le temps de traitement correspond parfaitement aux nécessités de l'orthodontie, certains items sont éventuellement à modifier, tandis que d'autres sont absents. Nous adhérons donc à la nécessité de certains changements, les deux syndicats de spécialistes sont d'ailleurs d'accord sur ce point et partagent la même vision des changements à proposer. Espérons que nous serons un jour entendus sur ces points.

Les dépenses de soins inhérentes à notre spécialité sont en constante hausse, ceci n'étant pas dû à l'augmentation de nos honoraires, qui dans l'immense majorité n'ont pas été réévalués par les praticiens depuis plusieurs années !

Cette hausse résulte d'une augmentation du nombre de patients pris en charge. Cette demande croissante des patients est liée à une prise de conscience de la nécessité de tels traitements. Dans le même temps, alors que les besoins augmentent et que les pouvoirs publics reprochent à la profession l'accès aux soins, on assiste à un manque criant de formation de spécialistes qui s'ajoute à une pyramide d'âge défavorable des praticiens en exercice. La répartition démographique inégale est un autre facteur à prendre en compte. Cependant les besoins étant juste couverts dans les zones dite « denses ou sur-denses » des effets de mesures incitatives ou coercitives sur l'installation ou le conventionnement seraient probablement très limités, ce qui a été entendu et les mesures adoptées dans la nouvelle convention ne concernent pas les spécialistes. Jusqu'à 2011 de 80 à 85 diplômés du CECSMO étaient formés, ce qui était déjà insuffisant, or depuis la création de l'Internat, seuls 53 spécialistes sont formés alors qu'il en faudrait deux fois plus !

Un traitement orthodontique ne répond pas à un besoin esthétique mais n'en est qu'une conséquence. C'est surtout un besoin de santé en général, car une denture en parfaite occlusion amène en plus d'un bien-être social, un bien-être physique, et contribue à améliorer l'hygiène bucco-dentaire et entraîne bien des répercussions sur les fonctions ORL, sur la posture du rachis et les fonctions digestives ! La multiplication des revues de santé, les interventions des médias en général ont permis cette prise de conscience des patients. L'évolution des techniques de traitement a permis d'obtenir de nos jours des résultats optimums avec une diminution des contraintes. Mais il faut également prendre en compte la spécificité des soins orthodontiques : les traitements en ce domaine ne sont pas uniformes ni similaires d'un patient à un autre. Tellement de facteurs, souvent imprévisibles, font qu'un cas clinique paraissant similaire à un autre ne demandera, ni les mêmes protocoles et moyens thérapeutiques, ni le même temps de traitement, c'est là toute la difficulté de notre spécialité. Il ne faut pas oublier non plus qu'un traitement orthodontique ne peut pas être mené plus rapidement que les contraintes physiologiques des tissus dentaires et squelettiques ne peuvent l'accepter ! Mener un traitement trop rapidement est le plus sûr moyen d'avoir des effets iatrogènes : récurrences et/ou rhizalyses des racines dentaires, autrement dit de créer des catastrophes. Donc c'est un peu une utopie de croire que l'évolution des techniques permet des traitements plus rapides, autre raison défendue par notre syndicat de garder une nomenclature au semestre

Si les évolutions techniques obtenues grâce à la révolution numérique et à l'IA ont bouleversé notre exercice, une de leurs conséquences pose un réel problème : celui de la vente en direct des dispositifs médicaux que sont les aligneurs... Ceci touche bien sûr principalement les patients adultes en quête d'esthétique, non pris en charge qui pensent faire des économies en ne passant pas par un praticien, bercés par les sirènes des publicités, ne mesurant pas les risques encourus, dépensant souvent beaucoup trop pour de piètres résultats, voire inexistantes et sans suivi post-traitement. C'est bien évidemment une pratique que nous dénonçons avec la plus grande fermeté depuis plus de deux années.

Cela n'a rien d'une lutte corporative mais c'est bien un problème de santé publique qui à terme produira, au mieux une dépense financière inutile des « patients » car sans résultat, au pire des catastrophes qui finalement coûteront cher à la Sécurité Sociale, et donc à la collectivité. Ces pratiques de « traitements » sans le moindre diagnostic effectué préalablement par un praticien peuvent s'avérer très dangereuses ! Il ne nous viendrait pas à l'idée dans notre pratique de commencer un traitement sans le moindre examen clinique et radiologique au minimum. Il est hors de question d'entreprendre des soins orthodontiques sur un patient qui présenterait des caries non soignées, des kystes infectieux au niveau radiculaire, des dents encore incluses, des problèmes parodontaux ou pire encore. Or un patient est incapable de connaître tous ces paramètres sans le recours à un praticien et à un diagnostic précis préalable, et encore une fois indispensable.

De plus, lorsque l'on sait que des examens de contrôle doivent être faits régulièrement pour vérifier le bon déroulé de ces traitements, d'éviter des mouvements parasites éventuels, et qu'une contention est également nécessaire pour éviter les récives, l'on ne peut qu'être étonné pour le moins que les pouvoirs publics laissent de telles pratiques exister ! En plus des « aligneurs » achetés et livrés directement par internet, des « centres » fleurissent, financés par des sociétés commerciales, dans lesquels seule une empreinte optique des arcades dentaires est prise, sans aucun examen clinique, par bien souvent une personne, ni praticien ni assistante dentaire (qui, de toutes façons, n'en n'ont pas le droit), et un jeu d'aligneurs est ensuite envoyé au patient... sans autre contrôle.

Nous avons rencontré le CNOCD, la CNAM, la DGS, la DGOS et le Ministère de la Santé pour les alerter sur les conséquences de ces pratiques, en demandant que ces dispositifs médicaux soient classés en « Classe II b » ce qui interdirait leur publicité. Mais compte tenu des règlements européens et en l'absence, pour l'instant, de cas avérés de conséquences graves ou de mutilations, ce n'est pas pour demain semble-t-il...

L'EFOSA (Fédération Européenne des Associations (Syndicats) de Spécialistes en Orthodontie), créée en 1977 par Charles Bolender, Président du SFSO (SSFODF à l'époque) et regroupant aujourd'hui 25 pays en a fait également son action prioritaire. Une lueur d'espoir vient cependant de Pologne et d'Espagne, où des associations de consommateurs se sont créées sur ce problème et attaquent certaines de ces sociétés commerciales... Les consommateurs peseront-ils plus que les praticiens pour interdire la publicité, donc la vente, de ces dispositifs médicaux à part entière ? Comme expliqué plus haut, si la motivation de beaucoup de patients adultes est effectivement l'esthétique, beaucoup également consultent et entreprennent des traitements orthodontiques pour des raisons fonctionnelles. D'autres encore sont motivés par leur chirurgien-dentiste pour des raisons pré-prothétiques, enfin certains nécessitent et/ou sont demandeurs de soins alliant l'orthodontie et la chirurgie orthognathique. Dans tous les cas l'amélioration esthétique est une conséquence de ces traitements, mais c'est avant tout une amélioration sur la santé en général et donc sur le bien-être social et psychique qui est apporté par le recours à l'orthodontie.

En attendant des résultats concrets la meilleure réponse à apporter à ce fléau réside donc dans la qualité et l'excellence des traitements réalisées par les praticiens.

Pour terminer, je pense qu'il faut que la profession se penche également sur l'amélioration de la prévention : favoriser les actes de prévention par le dépistage systématique des dysmorphoses et dysfonctions orales chez les très jeunes enfants par les spécialistes ou par des omnipraticiens mieux formés : la réduction de la formation en orthodontie dans le cursus des chirurgiens-dentistes étant un réel problème (la formation au dépistage des dysmorphoses devrait être un acte de DPC).

Au-delà de tous les points que j'ai développé ci-dessus, **notre profession reste une spécialité médicale** passionnante apportant une satisfaction quotidienne aux praticiens et une amélioration durable pour les fonctions oro-faciales et la qualité de vie de nos patients.

NDLR :

Les opinions émises n'engagent que leurs auteurs.