

Remboursement des soins dentaires – pour une gestion publique plus performante

En 2013, l'État a affecté 839,24 millions d'euros au remboursement des soins dentaires. Ces dépenses de remboursement ont connu, de 2003 à 2013, une augmentation continue et supérieure à la croissance moyenne des dépenses de remboursement des soins de santé. Pourtant, les études de santé indiquent que certains groupes de population ont un niveau de santé bucco-dentaire préoccupant et que la demande de soins dentaires reste anormalement faible dans certains arrondissements du pays.

La Cour des comptes a évalué la gestion mise en œuvre par l'autorité publique pour que sa politique de remboursement soutienne les objectifs de qualité, de sécurité, d'efficacité, d'accessibilité et d'utilisation rationnelle des soins. La Cour formule un ensemble de recommandations pour améliorer cette gestion.

Renouveler les instruments de pilotage de la politique de remboursement des soins dentaires

Les axes principaux de la politique de remboursement des soins dentaires ont été définis dans un plan stratégique en 2003. Ce plan ne comporte cependant aucun objectif chiffré et aucun délai au terme duquel les objectifs devaient être réalisés. En outre, ce plan n'a jamais été actualisé. Depuis 2014, la politique de remboursement se fonde sur une note d'orientation qui, faute de délai d'exécution précis pour chaque objectif, ne peut pas jouer le rôle d'instrument de planification. L'autorité publique n'a dès lors pas pu piloter le système en s'assurant périodiquement que les efforts budgétaires consentis dans le secteur des soins dentaires génèrent les résultats attendus dans un délai acceptable.

Entre 2003 et 2014, de nombreuses mesures ont été adoptées pour concrétiser les objectifs du plan stratégique. Néanmoins, certaines actions du plan n'ont été entreprises que partiellement ou tardivement. Comme le plan stratégique n'a pas été actualisé pendant plus de dix ans, la commission dento-mutualiste a été amenée à fixer elle-même la liste de ses projets. Elle s'est parfois écartée des axes principaux tracés dans le plan.

Pour piloter le système de remboursement, l'Inami a surveillé l'évolution des dépenses. Ce suivi révèle que l'impact budgétaire des décisions de remboursement est fréquemment sous-évalué. Par ailleurs, plusieurs études ont évalué la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins. Toutefois, les données récoltées par l'Inami ne permettent pas d'identifier systématiquement les déficiences dans la mise en œuvre du plan stratégique, leurs causes et les solutions qui peuvent y être apportées.

La Cour des comptes estime dès lors que la Belgique n'applique pas le modèle de gestion recommandé par les organisations internationales. Pour améliorer son approche stratégique, l'autorité

publique devrait développer la collecte de données statistiques et financières fiables concernant l'accessibilité des soins, leur qualité, leur coût, leur place dans la pratique thérapeutique et leur utilisation rationnelle. Sur cette base, la note d'orientation de la ministre devrait être complétée pour constituer un véritable plan d'action assorti d'objectifs chiffrés et de délais d'exécution pour tous les acteurs. Les statistiques devraient aussi soutenir une évaluation et une actualisation périodique du plan.

Revoir les honoraires des soins dentaires remboursables sur la base d'une analyse médico-économique

La Cour des comptes constate que le montant des honoraires fixés dans la nomenclature n'est pas justifié par une analyse médico-économique suffisante et documentée.

Dans l'accord dento-mutualiste 2014-2016, la commission dento-mutualiste a décidé de mettre sur pied un groupe de travail chargé de réévaluer la nomenclature. Dans ce cadre, la Cour des comptes recommande de constituer un dossier scientifique pour chaque prestation remboursable et de réévaluer l'ensemble des éléments qui déterminent le coût et la qualité des prestations, tels que le temps de travail, la description technique ainsi que le coût des produits consommables et des équipements admissibles. Cette réévaluation doit aussi tenir compte d'une durée d'utilisation raisonnable des équipements et du chiffre d'affaires qu'ils pourraient générer durant cette période pour des prestations remboursables et non remboursables.

En disposant d'une évaluation réaliste du coût des prestations, la commission dento-mutualiste pourrait chiffrer adéquatement le montant des honoraires des praticiens conventionnés, de manière à favoriser leur adhésion à l'accord dento-mutualiste et le respect des tarifs conventionnés.

Renforcer l'accessibilité des soins dentaires remboursables

La Cour des comptes constate que l'accès aux soins dentaires n'est pas assuré pour près de la moitié de la population, malgré les actions de sensibilisation et malgré les mesures adoptées au niveau de la nomenclature, du conventionnement des dentistes, de l'intervention majorée, du maximum à facturer et du tiers payant.

Elle estime que les études commandées par l'Inami et les mutualités devraient détailler davantage les circonstances et les motifs qui freinent l'accès aux soins pour les différents groupes d'âge et profils socio-économiques. Ces détails pourraient guider l'autorité publique vers des solutions ciblées en fonction des profils de patients.

La Cour des comptes a relevé plusieurs obstacles financiers à l'accessibilité des soins. Tout d'abord, le remboursement de certains soins courants est soumis à des limites d'âge. Pour les traitements ainsi exclus du remboursement, les honoraires peuvent être fixés en toute liberté et les patients, même en situation précaire, ne peuvent bénéficier d'aucune intervention de l'assurance soins de santé.

Pour les soins remboursables, la nomenclature fixe les honoraires maximums qui peuvent être réclamés par les praticiens qui adhèrent à l'accord dento-mutualiste. Les praticiens qui refusent d'y adhérer disposent d'une liberté tarifaire totale, même si le patient se trouve en situation pré-

caire. Chez ces praticiens, les patients peuvent être amenés à prendre en charge d'importants suppléments d'honoraires.

Pour renforcer l'accessibilité des soins, il conviendrait d'assurer, dans tous les arrondissements, une offre de soins suffisante au tarif conventionné. En réponse à l'audit, l'Inami indique qu'un groupe de travail envisage depuis octobre 2015 de réorganiser la réglementation sur l'adhésion à l'accord national dento-mutualiste.

Pour permettre aux patients de s'orienter vers les dentistes qui appliquent les honoraires fixés dans la nomenclature, la Cour des comptes recommande de renforcer la publicité sur le statut des dentistes conventionnés. L'adhésion ou le refus d'adhésion à l'accord dento-mutualiste devrait être signalé(e) sur la plaque professionnelle des praticiens.

Les patients devraient aussi être mieux informés des honoraires fixés dans la nomenclature. À cette fin, il conviendrait d'imposer leur affichage dans les salles d'attente. En outre, l'autorité publique devrait garantir le respect des honoraires par les praticiens conventionnés. La Cour des comptes recommande d'engager une concertation entre les organismes assureurs et le service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Inami pour développer un contrôle régulier du respect des honoraires et de la publicité imposée aux praticiens conventionnés.

Le système du tiers payant social a été abandonné dans le secteur de l'art dentaire. Pourtant, les honoraires de certaines prestations représentent une somme importante pour certains ménages. La Cour des comptes estime que la mise en œuvre du tiers payant social permettrait de renforcer l'accessibilité des soins dentaires. Toutefois, avant de développer l'usage de ce mode de paiement, il conviendrait de maîtriser les risques de surconsommation et de fraude. À cet effet, le service de contrôle administratif et l'Office de contrôle des mutualités devraient veiller à ce que les mutualités développent des systèmes de suivi performants, basés sur un enregistrement complet et fiable de la numérotation dentaire et du code spécifique attribué au tiers payant.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins dentaires par la politique de remboursement

L'autorité publique a instauré le système de l'accréditation pour promouvoir la qualité des soins dentaires dans le cadre de l'assurance soins de santé. La Cour des comptes estime que les honoraires d'accréditation représentent un coût élevé sans plus-value suffisante. Elle recommande d'identifier des obligations qui contribueraient davantage à la qualité des soins dentaires. À défaut, il conviendrait de reconsidérer l'existence même du système.

Concernant les dispositifs médicaux, les procédures mises en œuvre à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) ne permettent pas d'identifier tous ceux qui sont utilisés en Belgique sous leur dénomination commerciale. Par ailleurs, l'Agence n'enregistre aucune donnée sur la qualité et la sécurité des dispositifs à usage dentaire. Aucune étude clinique ne doit lui être fournie. Les procédures mises en œuvre dans le cadre de la matériovigilance ne permettent pas d'identifier les dispositifs qui, sans générer d'incidents graves ou mortels, peuvent s'avérer moins performants, moins résistants ou moins bien tolérés. Ces constats concernent notamment tous les produits appelés à être implantés durablement dans la bouche des patients. Enfin, depuis sa création, l'AFMPS n'a diffusé aucune alerte ou information pour des dispositifs

à usage dentaire. Les autorités françaises ont pourtant diffusé des alertes pour des dispositifs susceptibles d'être utilisés en Belgique.

Pour améliorer le suivi de la qualité et de la sécurité, la Cour des comptes estime que tous les dispositifs médicaux utilisés par les dentistes en Belgique devraient être notifiés à l'AFMPS sous leur nom commercial. Une notification spécifique devrait être imposée aux dentistes qui importent des dispositifs médicaux sans passer par un distributeur ou un fabricant ayant son siège social dans un État membre de l'Union européenne. Dans les procédures de notification, l'Agence devrait demander aux distributeurs et fabricants de fournir les résultats d'études cliniques. Elle devrait aussi rassembler les études diffusées par les autorités de santé à l'étranger lorsque celles-ci mettent en évidence des risques de santé. L'AFMPS devrait développer ses inspections auprès des fabricants belges, en particulier auprès des techniciens dentaires. Dans le cadre de la matériovigilance, elle devrait encourager les praticiens et les patients à signaler les dispositifs qui présentent une moins bonne résistance à l'usage, des dysfonctionnements ou qui posent des problèmes d'intolérance ou d'inflammation.

Quant aux appareils de radiographie, la Cour des comptes constate que l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) n'enregistre aucune donnée permettant d'évaluer avec précision l'ancienneté et la performance des équipements d'imagerie médicale. Elle lui recommande d'enregistrer la date d'achat et les spécificités techniques de tous les appareils soumis à son contrôle.

L'AFMPS et l'AFNC devraient communiquer, au conseil technique dentaire, toutes les informations recueillies au sujet des dispositifs médicaux à usage dentaire. Sur cette base, le conseil technique dentaire devrait mieux délimiter l'éventail des dispositifs qui peuvent être utilisés pour les soins remboursables compte tenu des honoraires alloués aux praticiens.

Le conseil technique dentaire devrait déterminer, en collaboration avec l'AFCN, les spécificités techniques des appareils de radiographie et la durée de vie maximale qui pourraient être imposées dans le cadre du remboursement.

Mieux promouvoir l'utilisation rationnelle des soins dentaires par la politique de remboursement

La nomenclature comporte quelques règles de remboursement qui incitent le praticien ou le patient à adopter un comportement conforme aux bonnes pratiques. Pour le reste, les conditions de remboursement visent surtout à imposer des limites d'âge qui permettent de respecter les contraintes budgétaires sans toutefois assurer l'utilisation rationnelle de toutes les consultations, de tous les soins et de toutes les radiographies remboursées.

Pour le suivi de la surconsommation, la réglementation a ciblé les praticiens qui développent des pratiques de « dentisterie intensive » en réalisant un grand nombre de prestations pour un grand nombre de patients. Ce ciblage exclut du champ de contrôle les praticiens qui génèrent une surconsommation moins spectaculaire, parce qu'ils traitent un moins grand nombre de patients tout en générant des dépenses par patient très supérieures à la moyenne.

Pour mieux maîtriser la surconsommation et la fraude, la Cour des comptes recommande un suivi des dépenses de remboursement par patient, en veillant au bon encodage de la numérotation dentaire et du tiers payant.

Pour prévenir la fraude, il conviendrait aussi de renforcer la lisibilité des attestations de soins pour le patient. Avec une information complète sur les soins facturés à son nom à la mutualité, le patient pourrait assurer un premier contrôle de la réalité des soins. Pour faciliter ce contrôle, il importe que les notes d'honoraires mentionnent toujours l'ensemble des soins facturés, en indiquant le code de nomenclature et le libellé complet des prestations.

La réponse de la ministre des Affaires sociales est évoquée dans les différentes parties du rapport. Elle est reprise dans son intégralité en annexe 3.