

DENTISTE CONVENTIONNE

La convention des chirurgiens dentistes :

Un dentiste est qualifié de conventionné (secteur 1 en médecine), lorsqu'il a signé une convention avec la Sécurité sociale dans laquelle il s'engage :

Pour les soins :



La sécurité sociale a établi en 1978 un tableau dans lequel elle a répertorié les soins qu'un dentiste est susceptible de faire à ses patients. Malheureusement, cette liste commence à dater, et la gamme des soins a heureusement fait beaucoup de progrès depuis.



- **Pour les soins de base faisant partie de cette liste :** les tarifs sont fixés, et remboursés à 70% par la sécurité sociale.
- **Tous les soins ne faisant pas partie de cette liste : « hors nomenclature » :** libre alors au chirurgien dentiste de fixer son prix, mais toujours avec « tact et mesure » (les soins des gencives et la pose des implants ne font pas partie de cette liste par exemple). L'assurance maladie ne rembourse pas, elle se décharge sur les mutuelles pour le faire.

Pour les prothèses :

La sécurité sociale a établi un répertoire d'actes mais leur tarification est libre, le chirurgien-dentiste conventionné est cependant tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure » et d'informer préalablement son patient au moyen d'un devis écrit.





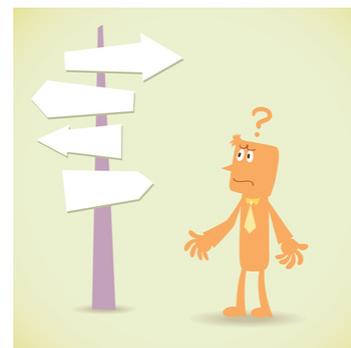
Débat :

La grille de soin date de 1978 et les tarifs ont été quelque peu revalorisés en 2006...

Nécessairement, la profession ayant fait beaucoup de progrès depuis, les dentistes constatent que cette liste de soins n'est pas assez exhaustive.

Par ailleurs, ils constatent que ces soins sont sous-évalués comparativement à toutes les contraintes qui leurs sont soumises :

- Nouvelles techniques plus exigeantes en temps et mise en oeuvre
- Prix du Matériel en augmentation
- Prix des matériaux en augmentation
- Pression fiscale en augmentation
- Obligations sanitaire et règlementaires plus importantes.



Depuis de nombreuses années, les chirurgiens dentistes compensent cette sous-évaluation des soins là où leur tarification est libre.

Prise en charge globale des soins :

Au final, seule une minorité des soins dentaires font l'objet d'une prise en charge publique. Les soins de base sont certes remboursés à 70% par la Sécurité Sociale, mais les soins plus complexes et autres prothèses sont très peu voire pas du tout remboursés.

In fine, le taux de couverture des dépenses dentaires par l'assurance maladie n'est que de 30%, la couverture par les organismes complémentaires est de 35% et il reste 35% à la charge des ménages.

