

Les soins dentaires conservateurs et chirurgicaux font l'objet de tarifs conventionnels que doivent respecter les chirurgiens-dentistes. La complémentaire santé s'acquitte du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO). En revanche, les soins prothétiques peuvent faire l'objet de dépassements. Pour les prothèses dentaires du panier dit « 100 % santé » introduit en 2020, les contrats responsables doivent prendre en charge l'intégralité du reste à charge après le remboursement par l'AMO. Pour les prothèses du panier à tarif libre, les contrats doivent rembourser le ticket modérateur (TM) et sont libres du montant pris en charge au-delà. Enfin, la prise en charge par la complémentaire santé est libre pour les actes hors nomenclature tels que la pose d'implants, non remboursée par l'AMO, et pour l'orthodontie, où les dépassements d'honoraires sont généralement élevés. Sur l'ensemble des postes de soins dentaires, les garanties proposées par les contrats collectifs sont supérieures en moyenne à celles proposées par les contrats individuels.

En 2022, la dépense de soins dentaires s'élève à 13,8 milliards d'euros, dont 45 % sont pris en charge par les organismes de complémentaire santé (Arnaud, Lefebvre, 2023). À la suite de la réforme du 100 % santé (voir fiche 29 et annexe 1), dont la mise en place en dentaire débute en avril 2019¹ et concerne uniquement les soins prothétiques, les dépenses en prothèses dentaires ont nettement augmenté (+ 25 % entre 2019 et 2022). En 2022, elles représentent ainsi plus de la moitié des dépenses de soins dentaires (51 %), suivies par les dépenses en soins conservateurs (18 %) et par l'orthodontie (9 %)².

La réforme du 100 % santé donne accès à des prothèses dentaires intégralement remboursées

La réforme du 100 % santé classe les prothèses dentaires dans trois paniers de soins en fonction de leur type et de la position de la dent³:

- les prothèses du panier dit « 100 % santé » sont soumises à des prix limites de vente et le reste à

charge associé après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) doit être pris intégralement en charge par les contrats de complémentaire santé responsables (voir fiche 01) ;

- les prothèses du panier dit « modéré », également soumises à des prix limites de vente, pour lesquelles les organismes complémentaires doivent rembourser le ticket modérateur (TM), mais sont libres de prendre en charge ou non, en totalité ou partiellement, le remboursement des dépassements ;

- enfin, les prothèses du panier dit « libre » n'ont pas de prix limites de vente. Comme pour le panier modéré, les organismes complémentaires n'ont aucune obligation de remboursement au-delà du TM, à l'exception des contrats collectifs qui doivent prendre en charge le TM ainsi qu'un supplément s'élevant à 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) depuis 2016 dans le cadre du panier socle prévu par l'accord national interprofessionnel (ANI) [voir annexe 1].

1. Au 1^{er} avril 2019, des prix limites de vente sont introduits et la BRSS rehaussée. La prise en charge complète des biens du panier 100 % santé par les contrats responsables est effective depuis le 1^{er} janvier 2020.

2. Les 22 % restant de la dépense concernent la chirurgie, la radiologie, les consultations, et d'autres soins dentaires.

3. Le type de matériaux utilisés (alliage non précieux, céramo-métallique, céramo-céramique, etc.) et la position de la dent (incisive, canine, prémolaire, molaire) permettent de définir le périmètre des différents paniers. Par exemple, les prothèses céramo-métalliques font partie du panier 100 % santé uniquement pour les incisives, canines et premières prémolaires, tandis que les alliages non précieux sont intégrés au panier 100 % santé pour l'ensemble des dents.

En 2022, 57 % des achats de prothèses dentaires font partie du panier 100 % santé, 22 % du panier modéré et 21 % du panier libre (Arnaud, Lefebvre, 2023).

Une prise en charge très variable par l'assurance maladie obligatoire

Au-delà des soins concernés par le 100 % santé, les règles d'encadrement des tarifs des soins dentaires sont très variables. Les soins dentaires conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et chirurgicaux (extraction de dents) font l'objet de tarifs conventionnels que doivent respecter les chirurgiens-dentistes. Ces soins sont remboursés intégralement, hors participation forfaitaire, par l'AMO (à hauteur de 70 %⁴ de la BRSS en 2021), et par la complémentaire santé (pour le TM). En revanche, les soins prothétiques (couronnes, bridges)⁵ des paniers libre et modéré ainsi que l'orthodontie peuvent faire l'objet de dépassements. Enfin, les actes hors nomenclature, tels que la pose d'implants dentaires non pris en charge par l'AMO, sont à tarif libre. C'est au niveau des actes pouvant faire l'objet

de dépassements ou des actes hors nomenclature que les contrats de complémentaire santé se distinguent.

Les contrats collectifs proposent en moyenne des garanties plus élevées pour la pose d'une prothèse céramo-céramique du panier libre

En 2021, le prix moyen pour la pose d'une prothèse céramo-céramique sur dent visible (encadré 1) du panier libre est de 632 euros⁶, soit 548 euros après le remboursement par l'AMO. Celle-ci prend en charge 70 % de la BRSS fixée à 120 euros, soit 84 euros⁷. Les contrats responsables doivent rembourser au minimum le TM, soit 36 euros. Les dépassements d'honoraires sont pris en charge par les contrats de complémentaire, en partie au moins, pour la quasi-totalité des bénéficiaires (graphique 1). Seuls 5 % des bénéficiaires disposent de garanties supérieures ou égales à 548 euros et n'ont donc aucun reste à charge pour la pose d'une prothèse céramo-céramique de prix moyen. La garantie moyenne de remboursement s'élève ainsi à 297 euros, avec un écart de plus de 100 euros entre les

Encadré 1 Dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé, la mise en place du 100 % santé a nécessité d'adapter les informations collectées pour le dentaire

Dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), il n'est pas possible d'interroger les organismes sur chaque garantie dentaire. C'est pourquoi un bien de référence est choisi.

Jusqu'à l'édition 2019 de l'enquête, les garanties demandées aux complémentaires santé étaient celles relatives aux prothèses céramo-métalliques sur dent visible. Cependant, depuis l'entrée en vigueur de la réforme, ces prothèses font désormais partie du panier 100 % santé (pour l'ensemble des dents, exceptées les deuxièmes prémolaires et molaires). Elles sont donc intégralement remboursées d'un même montant, prédéfini par l'ensemble des contrats responsables.

Ainsi, à partir de l'édition 2021, l'enquête recueille les garanties des contrats pour une prothèse céramo-céramique sur dent visible appartenant au panier libre.

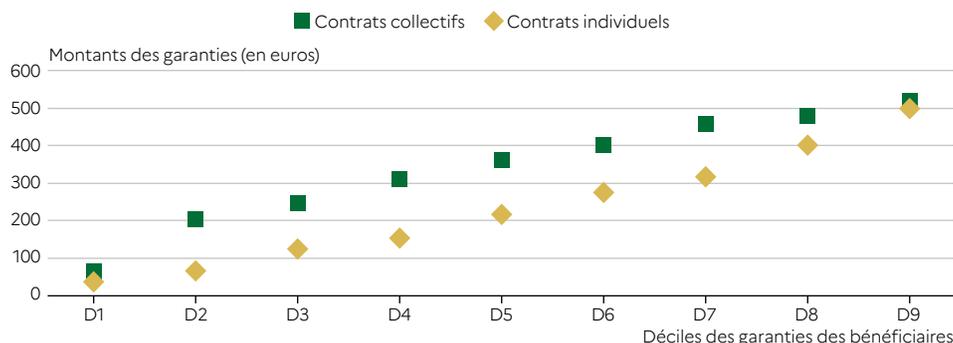
4. Depuis le 1^{er} octobre 2023, le remboursement par l'AMO est de 60 % de la BRSS, entraînant mécaniquement une hausse du TM, pris en charge par les contrats responsables. Le reste à charge demeure limité à la participation forfaitaire de 1 euro, passée à 2 euros au 15 mai 2024.

5. Les prothèses dentaires correspondent aux couronnes de type céramique, zircone et métallique, ainsi qu'aux bridges de type céramique.

6. Source : Système national des données de santé (SNDS), calculs DREES.

7. Depuis le 1^{er} octobre 2023, la part prise en charge par l'AMO est réduite à 60 % de la BRSS, entraînant mécaniquement une hausse de 12 euros du TM, et donc une hausse du remboursement par les contrats de complémentaire, s'ils sont responsables.

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour la pose d'une prothèse dentaire céramo-céramique sur dent visible, en 2021 (panier libre)



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 66 euros (D1) pour une prothèse dentaire céramo-céramique sur dent visible. Pour ce soin, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 84 euros (70 % du tarif de convention de 120 euros).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

bénéficiaires de contrat collectif (352 euros) et ceux de contrat individuel (243 euros). De plus, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement d'au moins 360 euros (D5), contre moins de trois bénéficiaires de contrat individuel sur dix (D7 à 318 euros). Cependant, certains contrats individuels peuvent proposer des garanties relativement élevées. Ainsi, deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposent d'une garantie de plus de 401 euros (D8), et leur niveau de couverture est supérieur à celui de six bénéficiaires de contrat collectif sur dix (D6).

Suite à la réforme du 100 % santé, les garanties minimales de prise en charge des prothèses augmentent entre 2019 et 2021

Dans le cadre de la réforme du 100 % santé en 2020, l'augmentation au 1^{er} avril 2019 de la BRSS, passée de 107,50 euros à 120 euros, se traduit mécaniquement par une hausse de la prise en charge minimale par les organismes complémentaires des prothèses céramiques (céramo-métalliques et céramo-céramiques) sur dent visible (tableau 1).

Par ailleurs, le montant de remboursement par les organismes complémentaires d'une prothèse

céramo-métallique du panier 100 % santé s'élève depuis 2020 à 416 euros pour les contrats responsables. Avant la réforme, en 2019, près de neuf bénéficiaires de contrat individuel sur dix et un peu plus de la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposaient d'une garantie de remboursement inférieure à ce montant (Guillot, 2023). La réforme a donc largement augmenté le montant de remboursement des personnes les moins bien couvertes, sous réserve qu'elles choisissent une prothèse du panier 100 % santé.

Implants dentaires : des garanties en moyenne deux fois plus élevées pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels

Un implant dentaire est un dispositif médical prenant la forme d'une vis en titane, zircone ou polymère, inséré dans le maxillaire ou la mandibule et destiné à créer un ancrage capable de recevoir une prothèse dentaire amovible ou fixée. La pose d'implant dentaire, hors nomenclature, n'est pas remboursée par l'AMO et les contrats de complémentaire sont libres d'en proposer ou non une prise en charge.

En 2021, la garantie moyenne pour un bénéficiaire de contrat collectif s'établit à 544 euros, contre 254 euros en contrat individuel, soit plus

Tableau 1 Évolutions réglementaires de la prise en charge des prothèses dentaires céramo-métallique et céramo-céramique sur dent visible

En euros

Prothèse retenue	Jusqu'en 2019	Au 1 ^{er} avril 2019		Depuis 2020	
		Panier libre	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier 100 % santé
	Céramo-métallique, Céramo-céramique	Céramo-céramique	Céramo-métallique	Céramo-céramique	Céramo-métallique
Prix limite de vente	Néant	Néant	500	Néant	500
Base de remboursement de la Sécurité sociale	107,5	120	120	120	120
Remboursement par l'AMO (70 % de la base de remboursement)	75,25	84	84	84	84
Remboursement minimal obligatoire par les contrats responsables	32,25 ou 59,13 ¹	36 ou 66 ¹	36 ou 66 ¹	36 ou 66 ¹	416
Plafond de remboursement par les contrats responsables	Néant	Néant	Néant	Néant	

AMO : assurance maladie obligatoire.

1. Depuis l'accord national interprofessionnel (ANI) entré en vigueur en 2016, le remboursement minimal est plus élevé pour les contrats collectifs responsables proposés par les entreprises à leurs salariés qui doivent rembourser le ticket modérateur (TM) ainsi qu'un supplément s'élevant à 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), soit 59,13 euros jusqu'en 2019 et 66 euros depuis.

Lecture > Avant le 1^{er} avril 2019, pour une prothèse céramo-métallique, l'organisme complémentaire devait rembourser au minimum 32,25 euros.

Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

du double. De plus, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie d'au moins 500 euros (D5), contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix (D9) [graphique 2]. Par ailleurs, entre 2019 et 2021⁸, le remboursement moyen pour la pose d'un implant augmente de 16 euros pour atteindre 397 euros. Cependant, en 2021 les garanties proposées par les contrats individuels sont plutôt en baisse, en particulier pour les bénéficiaires les mieux couverts. De plus, la proportion de bénéficiaires qui disposent d'une prise en charge pour la pose d'implants a diminué depuis 2019 (69 % contre 63 % en 2021). À l'inverse, environ deux bénéficiaires de contrat collectif sur dix ne disposent d'aucune prise en charge pour la pose d'implants dentaires, aussi bien en 2019 (19 %) qu'en 2021 (21 %). En outre,

les garanties des bénéficiaires de contrat collectif tendent à augmenter, à l'exception de celles des personnes les moins bien couvertes.

Orthodontie : des garanties en légère baisse

Les traitements par semestre d'orthodontie ou d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont pris en charge par l'AMO sous conditions⁹ et à hauteur de 70 % de la BRSS pour les actes inférieurs à 120 euros, ou de 100 % pour les actes supérieurs à 120 euros. Pour en bénéficier, il faut obtenir l'accord préalable de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et commencer les soins avant son 16^e anniversaire : neuf personnes ayant recours à l'orthodontie remboursée sur dix ont ainsi moins de 16 ans.

8. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

9. Les soins en orthodontie sont pris en charge dans la limite de six semestres de traitement et de deux séances de surveillance par semestre.

La BRSS, fixée à 193,50 euros pour un semestre de traitement orthodontique, est très souvent inférieure aux frais réels. Pour un semestre de traitement au coût moyen de 667 euros¹⁰, le reste à charge après le remboursement par l'AMO s'élève ainsi à 473,50 euros. En 2021, 7 % des bénéficiaires de contrat individuel et 45 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une prise en charge totale pour un tel montant. Tout contrat confondu, cela représente un quart des bénéficiaires. De plus, neuf bénéficiaires sur dix disposent d'une prise en charge inférieure à 606,50 euros. Toutefois, les 10 % de bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts (D9) disposent d'une garantie de remboursement d'au moins 774 euros, contre 445 euros pour les 10 % de bénéficiaires de contrat individuel les mieux couverts (D9). Sur l'ensemble de la distribution, les garanties

proposées aux bénéficiaires de contrat collectif sont près de deux fois supérieures à celles proposées aux bénéficiaires de contrat individuel (graphique 3). Ainsi, la garantie moyenne des contrats collectifs s'élève à 433 euros, contre 220 euros pour les contrats individuels.

Entre 2019 et 2021, les garanties moyennes pour un semestre de traitement orthodontique diminuent de 31 euros pour les personnes couvertes par un contrat individuel et dans une moindre mesure pour celles couvertes par un contrat collectif. Les garanties proposées par les contrats individuels sont en légère baisse pour l'ensemble des bénéficiaires, à l'exception de ceux qui disposent des garanties les plus faibles (D1) et les plus élevées (D8 et D9). Pour les contrats collectifs, les garanties les plus élevées ont également tendance à diminuer, tandis que les garanties les moins élevées augmentent légèrement. ■

Graphique 2 Déciles des garanties des contrats souscrits pour la pose d'un implant dentaire



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, les 50 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement par l'organisme complémentaire inférieure ou égale à 460 euros (D5) pour la pose d'un implant dentaire. L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

10. Source : SNDS, calculs DREES.

Graphique 3 Déciles des garanties des contrats souscrits pour un semestre de traitement orthodontique



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 100 euros (D1) pour un semestre d'orthodontie. Pour ce soin, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 193,50 euros (100 % du tarif de convention de 193,50 euros).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*.
- > **Guilloton, V., Lapinte, A.** (2022, mars). Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 – Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 93.
- > **Guilloton, V.** (2023, mars). En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé. DREES, *Études et Résultats*, 1260.