



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

affiliation

Question écrite n° 46177

Texte de la question

M. Laurent Cathala attire l'attention de Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité sur les conséquences de la mise en place de la couverture maladie universelle en ce qui concerne les soins dentaires. En effet, l'arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale fixe un montant maximal de remboursement des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale. Au-delà de ce montant maximal, la sécurité sociale ne prend pas en charge les frais dentaires. Or ce montant ne correspond pas à la réalité des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes. Par conséquent, depuis la mise en place de la couverture maladie universelle, nous constatons dans de nombreux départements, et notamment dans le Val-de-Marne, que des bénéficiaires se voient systématiquement opposer un refus de prise en charge de leurs soins prothétiques. Auparavant, les bénéficiaires de l'aide médicale avaient la possibilité de recourir au fonds de secours de leur caisse d'assurance maladie en cas de dépassement d'honoraires. Ce n'est désormais plus possible pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et uniquement pour eux. Il semble donc que la fixation de ces tarifs plafonds autorisés n'ait pas été négociée préalablement avec les représentants de la profession des chirurgiens-dentistes, laquelle refuse de les appliquer. Cette situation est préjudiciable aux malades, puisqu'elle exclut de fait les plus démunis des soins dentaires, prothétiques et d'orthodontie, ce qui va à l'encontre de l'esprit de la loi portant création de la couverture maladie universelle. Il lui demande les mesures qu'elle compte prendre pour harmoniser les tarifs de remboursement avec ceux pratiqués par la profession des chirurgiens-dentistes.

Texte de la réponse

L'honorable parlementaire a appelé l'attention sur les difficultés que poserait la mise en oeuvre des dispositions de l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié relatives aux conditions de prise en charge des frais dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale par la protection complémentaire en matière de santé ou couverture maladie universelle complémentaire. En instituant cette couverture complémentaire, le législateur a entendu, au titre de la solidarité nationale, faire bénéficier les personnes les plus défavorisées d'une couverture de santé complémentaire gratuite s'ajoutant à la prise en charge des soins par la sécurité sociale. La CMU complémentaire lève d'importantes barrières financières qui faisaient obstacle à l'accès aux soins, et ce à terme pour environ six millions de personnes sur l'ensemble du territoire national. A cet égard, la prise en charge des frais de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale dans les conditions prévues par l'arrêté du 31 décembre 1999 constitue une amélioration très significative de la couverture maladie pour l'ensemble de la population concernée en même temps qu'une solvabilisation de la demande de soins en la matière. En effet, cet arrêté ne se borne pas à fixer les montants maximum remboursables par la CMU complémentaire en sus des tarifs de remboursement : lorsqu'il y a dépassement, il fixe le montant maximum de ce dépassement, lequel est toujours égal au montant maximum pris en charge en sus du tarif. S'agissant de soins prothétiques inscrits à la nomenclature, et sous réserve de l'application de la règle du plafond, il n'y a donc pas de reste à la charge du bénéficiaire de la complémentaire CMU. En ce qui concerne la règle du plafonnement, l'arrêté fixe à 2 600 francs par période de deux ans le plafond de prise en charge, par la CMU complémentaire, des frais exposés,

en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques. Mais ce plafond n'est applicable ni aux frais afférents aux prothèses dentaires amovibles de dix dents ou plus, ni aux traitements d'orthopédie dento-faciale, ni en cas d'impérieuse nécessité médicale constatée par le service de contrôle médical. Compte tenu de ces aménagements, l'application de la règle du plafonnement ne constitue pas une restriction de l'accès aux soins dentaires, laquelle aurait été contraire à l'évidence aux intentions du Gouvernement comme du législateur. Par ailleurs, il est précisé que l'ensemble des prix et des montants maximum de dépassements d'honoraires fixés par cet arrêté ont été établis après enquêtes sur les prix effectivement pratiqués sur l'ensemble du territoire, enquêtes menées notamment par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Ces prix et limites de dépassements ont, par ailleurs, fait l'objet de négociations avec les organisations représentatives des organismes d'assurance complémentaire maladie - mutuelles assureurs et institutions de prévoyance - qui participent au financement de la CMU complémentaire. Au demeurant, les refus de soins opposés par certains chirurgiens-dentistes à des bénéficiaires de la CMU complémentaire apparaissent contraires aux dispositions de leur code de déontologie ainsi qu'à celles du code de la consommation qui prohibent les refus de prestations de service. La mise en oeuvre de la CMU fait l'objet de bilans réguliers. Si les évaluations qui sont en cours en montrent la nécessité, les dispositions de l'arrêté du 31 décembre seront réexaminées.

Données clés

Auteur : [M. Laurent Cathala](#)

Circonscription : Val-de-Marne (2^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 46177

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : emploi et solidarité

Ministère attributaire : emploi et solidarité

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 15 mai 2000, page 2949

Réponse publiée le : 28 mai 2001, page 3108