



# ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

tiers payant

Question écrite n° 23928

## Texte de la question

M. Jean-Jacques Filleul appelle l'attention de Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité sur la nécessité d'appliquer le tiers payant pour les soins dentaires effectués à l'issue du bilan bucco-dentaire. En effet, pour permettre à chacun de se soigner dans les meilleures conditions, en faisant abstraction de toute notion d'argent, un bilan bucco-dentaire est proposé au cours duquel le dentiste définit un plan de traitement en fonction de l'état buccal. Cette consultation est prise en charge à 100 % et en tiers payant par la sécurité sociale. Toutefois, si l'état dentaire l'exige, les soins effectués bien que pris en charge à 100 % par la sécurité sociale ne le sont plus par tiers payant. Les patients sont donc obligés de faire l'avance des frais de soins. Cette situation amène une grande majorité de patients (80 %) à ne pas effectuer leurs soins pour des raisons financières. Le bilan bucco-dentaire payé par la collectivité perd son sens puisque aucune suite n'est donnée. Aussi, il lui demande s'il serait envisageable que les soins découlant du bilan bucco-dentaire soient également pris en charge en tiers payant par la sécurité sociale afin de répondre mieux à la motivation de cette démarche incitant les jeunes de familles à faibles moyens financiers à se soigner.

## Texte de la réponse

La prise en charge du bilan bucco-dentaire auquel fait référence l'honorable parlementaire résulte de l'article 31 de la convention nationale signée entre les organisations représentatives des chirurgiens-dentistes et les Caisses nationales d'assurance maladie, par lequel les parties signataires s'engagent à développer, auprès des jeunes de 15 à 19 ans, une stratégie de prévention et de dépistage précoce pour lutter contre le caractère tardif de recours aux soins. Dans ce cadre, les organismes de prise en charge règlent directement et intégralement le coût de l'examen annuel de prévention et le forfait lié aux éventuelles radiographies pratiquées à cette occasion par les chirurgiens-dentistes, dispensant ainsi l'assuré de toute avance de frais. Quant aux soins consécutifs, ils sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dans la limite des tarifs conventionnels opposables et dans la mesure où ils sont réalisés dans les six mois suivant la date de l'examen de prévention. En règle générale, ils sont réglés directement par l'assuré. Cependant, des modalités particulières figurent à l'article 8-2 de la convention dentaire destinées notamment à aménager à titre exceptionnel le principe du paiement direct pour les patients se trouvant dans une situation sociale difficile. Cette disposition est mise en oeuvre dans le cadre des protocoles d'accord locaux conclus entre des Caisses locales et les représentants locaux des organisations signataires de chirurgiens-dentistes. Elle a précisément pour objet d'éviter que la réalisation des soins conservateurs nécessaires ne soit différée pour des raisons économiques.

## Données clés

**Auteur :** [M. Jean-Jacques Filleul](#)

**Circonscription :** Indre-et-Loire (2<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 23928

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : prestations

**Ministère interrogé** : emploi et solidarité

**Ministère attributaire** : emploi et solidarité

Date(s) clé(s)

**Question publiée le** : 18 janvier 1999, page 279

**Réponse publiée le** : 25 octobre 1999, page 6184