

Stat Info



DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous précisons succinctement, pour chaque partie de ce Stat Info, les données et la méthodologie utilisées.

1. Évaluation de la prise en charge (2014-2024)

Afin de mesurer l'évolution de la prise en charge en orthodontie entre 2014 et 2024 en Wallonie dans le cadre d'un traitement orthodontique régulier, a été sélectionnée, pour chaque année entre 2014 et 2024, la proportion d'affiliés âgés entre 9 et 16 ans inclus⁶ :

- qui ont eu un contact avec un prestataire de soins (soit un dentiste généraliste ou un orthodontiste) sur l'année pour un soin en orthodontie. Pour ce faire, ont été sélectionnés tous les codes de nomenclature liés à un traitement orthodontique régulier.
- auxquels a été posé un appareillage. Ont alors été uniquement sélectionnés dans ce cas les deux codes de nomenclature correspondants à l'appareillage (forfaits 1 et 2).

Les données analysées sont issues des prestations remboursées par l'assurance obligatoire (AO).

2. Accessibilité socio-économique au traitement régulier (2024)

Afin d'identifier l'impact des inégalités socio-économiques sur l'accessibilité, nous avons analysé les résultats obtenus en 2024 sur base de deux indicateurs : le statut socio-économique (BIM/BO) et les revenus. Pour chacun de ces deux indicateurs, nous avons analysé l'accessibilité selon la proportion d'enfants ayant eu un contact orthodontique et ceux ayant démarré un traitement orthodontique régulier en 2024 par la pose d'un appareillage⁷.

Afin de réaliser l'analyse par revenus, nous nous sommes basés sur le revenu médian du ménage déclaré de Statbel (données 2022). Celui-ci est déclaré par secteur statistique. En vue d'identifier des quantiles de revenus, sur la base de la population d'affiliés sélection-

Quand les soins orthodontiques creusent les inégalités sociales

Contexte

Dans une première étude réalisée en 2019, Solidaris a mené une analyse sur le coût du traitement orthodontique régulier parmi les enfants âgés entre 10 et 15 ans en Wallonie¹. Les résultats de cette étude ont mis en évidence un coût restant à charge du patient significativement élevé, lequel varie sensiblement en fonction des suppléments d'honoraires pratiqués par les prestataires, dans un contexte où la majorité de ceux-ci exercent hors du cadre de la convention (plus de 90 %). L'analyse menée par Solidaris a souligné que cette variabilité tarifaire constitue un frein important dans l'accomplissement du traitement régulier, en particulier pour les ménages socio-économiquement vulnérables. En effet, si 28 % des enfants ont initié un traitement, parmi eux, un enfant sur cinq n'a pas pu démarrer effectivement le traitement avec la pose d'un appareil.

Dans ce cadre, des discussions sont en cours afin d'aboutir à une réforme de la nomenclature d'orthodontie. Celle-ci, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2027, devrait permettre, d'une part, une modernisation de la nomenclature adaptée aux pratiques actuelles de terrain. D'autre part, dans un contexte de variabilité tarifaire importante, la nouvelle réforme devrait permettre d'évaluer et d'objectiver les coûts réels des prestations en orthodontie, afin de répondre au manque de financement structurel dont pâtit le secteur, tout en garantissant une réelle accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population².

Dans le sillage de la réforme à venir, un nouvel accord national dento-mutualiste fixant les tarifs pouvant être appliqués a été conclu pour la période allant du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2027. Entre autres, l'accord acte une introduction de dépassements d'honoraires - ou « tarifs maximaux »³ - pouvant être demandés par les orthodontistes conventionnés ou non-conventionnés pour des prestations spécifiques liées au traitement orthodontique régulier. L'introduction de ces tarifs à charge des patients quel que soit leur statut (bénéficiaire ordinaire ou de l'intervention majorée) fait craindre une aggravation de la situation quant à l'accessibilité financière aux soins, en dépit de l'interdiction d'application des suppléments d'honoraires pour les personnes bénéficiant du statut BIM qui rentrera en vigueur au 1^{er} juillet 2026⁴.

née, nous avons attribué, pour chacun d'entre eux, un revenu correspondant au secteur statistique où il habite. Ce faisant, nous avons donc attribué un revenu fictif à chaque affilié et calculé des quantiles de revenus, que nous avons classés du revenu le plus faible (1) au revenu le plus élevé (5).

3. Analyse de la variabilité du coût du traitement et du coût réel à charge patient

a) Dans un premier temps, nous avons reconstitué un trajet théorique de soins sur la base de 29.444 traitements complets sur la période 2014-2024, comprenant : une phase d'initiation, 2 forfaits appareillage, au moins 12 séances de suivi, éventuellement une séance de contention et ayant débuté avant 2024⁸.

b) À partir de la détermination du trajet théorique, dans un deuxième temps, nous avons calculé le coût théorique total du traitement complet remboursé par l'assurance obligatoire en multipliant le nombre de séquences du trajet par l'honoraire officiel légal.

c) Dans un troisième temps, sur la base des factures des assurés issues de l'assurance facultative (SMA) sur la période 2021-2024, nous avons identifié les suppléments payés par les patients et avons calculé le coût médian réel d'un traitement régulier en 2024 en multipliant le nombre de séances du trajet de soins par les tarifs observés dans les factures. Afin de se doter d'une fourchette basse et d'une fourchette haute, nous avons procédé de la même façon pour le P25 et le P75, pour mesurer la variabilité du coût du traitement.

d) Enfin, dans un dernier temps, nous avons estimé le reste à charge pour les patients, en tenant compte des tickets modérateurs, des suppléments, de l'assurance complémentaire et de l'assurance facultative. En effet, dans le cas où le patient bénéficie d'une intervention de l'assurance complémentaire (AC) et/ou de celle de l'assurance facultative de Solidaris (Optio Dentis⁹), nous avons précisé les montants auxquels ces assurances interviennent dans ce cadre, afin de déterminer le montant réduit sur la facture totale.

Par ailleurs, au vu de la proportion importante des suppléments appliqués le plus souvent dans le cadre du traitement orthodontique régulier, nous avons également mené une analyse du conventionnement de l'acte presté et ventilé celle-ci par le statut socio-économique (BIM/BO) et par les revenus en 2024.

Objectifs

Partant de ce contexte, à partir d'un focus sur la Wallonie, la présente étude se penche sur le traitement orthodontique régulier, c'est-à-dire sur le traitement classique en orthodontie avec appareillage régulier et démarré chez les enfants âgés entre 9 et 15 ans⁵.

Elle poursuit quatre objectifs principaux :

- Une analyse de l'évolution de la prise en charge en orthodontie régulière parmi les enfants âgés entre 9 et 16 ans, sur dix ans, entre 2014 et 2024.
- Une analyse des inégalités socio-économiques d'accès au traitement régulier en 2024.
- Une étude de la variabilité du coût du traitement afin de déterminer le coût réel à charge patient dans le contexte actuel.
- Enfin, dans le contexte de la prochaine réforme de la nomenclature et du récent accord dento-mutualiste conclu pour 2026-2027, à l'issue des résultats, l'étude présente une analyse qualitative. Dans le contexte actuel, cette analyse vise, d'une part, à mieux cerner les enjeux liés aux coûts du point de vue des prestataires, grâce aux apports d'experts. Nous leur adressons nos vifs remerciements pour leur participation à cette étude. D'autre part, nous revenons sur les implications de l'introduction des tarifs maximaux actée dans le récent accord du point de vue de la sécurité tarifaire et de l'accessibilité financière pour les patients.

Enfin, à l'issue de cette analyse qualitative, nous identifions une série de recommandations.

1. Évolution de la prise en charge (2014-2024)

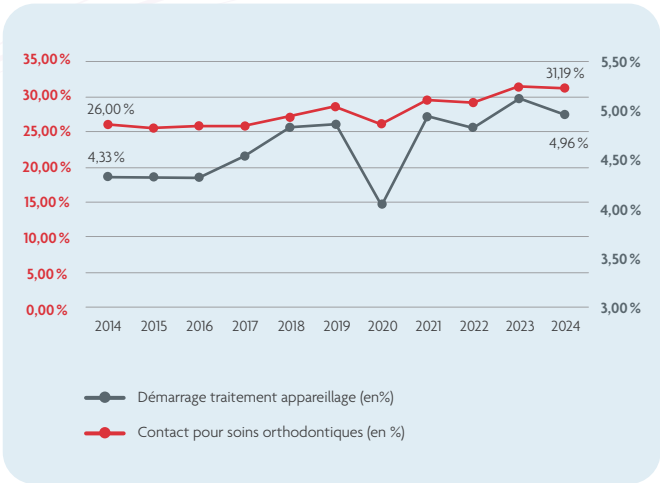


Figure 1 - Évolution de la prise en charge en orthodontie parmi les affiliés (9-16 ans) en Wallonie (2014-2024)

Entre 2014 et 2024, la proportion d'enfants âgés entre 9 et 16 ans inclus ayant eu un contact pour un soin en orthodontie est passée de 26 % à 31,19 % en Wallonie, soit d'un enfant sur quatre à près d'un enfant sur trois. La proportion d'enfants ayant démarré un traitement orthodontique – c'est-à-dire s'étant vu placé un appareillage – a légèrement progressé, passant de 4,33 % à 4,96 %. Comme on peut le constater dans le graphique ci-dessus, en termes d'évolution, les résultats observés au niveau du contact et de la pose d'un appareil suivent des tendances sensiblement similaires.

2. Accessibilité socio-économique au traitement orthodontique régulier (2024)

a) Selon le statut socio-économique (BIM/BO)

En 2024, on constate que la proportion d'enfants âgés entre 9 et 16 ans inclus ayant eu un contact pour soins orthodontiques est significativement plus élevée parmi ceux étant bénéficiaires ordinaires (BO) comparativement à ceux étant bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) : un enfant sur trois (33,93 %) vs un enfant sur quatre (26,57 %). Des écarts analogues peuvent être observés, si l'on considère la proportion d'enfants avec le statut BIM ayant démarré un traitement orthodontique régulier avec la pose d'un appareillage (3,82 %) comparativement à ceux étant bénéficiaires ordinaires (5,63 %).

Statut socio-économique (BIM/BO)	Proportion d'enfants (9-16 ans) avec contact pour soins orthodontiques en 2024 en Wallonie	Proportion d'enfants (9-16 ans) démarrant un traitement régulier en 2024 en Wallonie
BIM	26,57%	3,82%
BO	33,93%	5,63%

Tableau 1 - Proportion d'enfants (9-16 ans) pris en charge en orthodontie selon le statut socio-économique (BIM/BO) en 2024

b) Selon les revenus

Afin de mesurer l'impact des inégalités socio-économiques sur le recours à un contact orthodontique et sur le démarrage d'un traitement orthodontique régulier, l'analyse des revenus permet d'affiner encore la manière dont se distribuent ces inégalités d'accès en fonction des quantiles de revenus, classés du plus faible (1) au plus élevé (5) dans le graphique ci-dessous¹⁰.

Comme le montre le graphique, c'est parmi les affiliés se situant dans la classe de revenus la plus basse que la proportion d'enfants avec contact est la plus faible, soit un peu plus d'un enfant sur quatre (27,15 %). À l'inverse, parmi les affiliés se situant dans la classe de revenus les plus élevés, près de 4 enfants sur 10 (37,17 %) ont eu un contact pour soins orthodontiques en 2024. Si les différentes classes de revenus semblent dessiner une ligne continue et progressive, il faut tout de même noter un écart de dix points de pourcentage entre la classe de revenus les plus modestes et celle de revenus les plus élevés.

L'analyse par quantiles de revenus de la proportion d'enfants ayant démarré un traitement orthodontique régulier en 2024 permet d'affiner les résultats, confirmant également des écarts en termes d'accessibilité socio-économique entre la classe de revenus la plus basse (4,07 %) et celle avec les revenus les plus élevés (6,23 %).

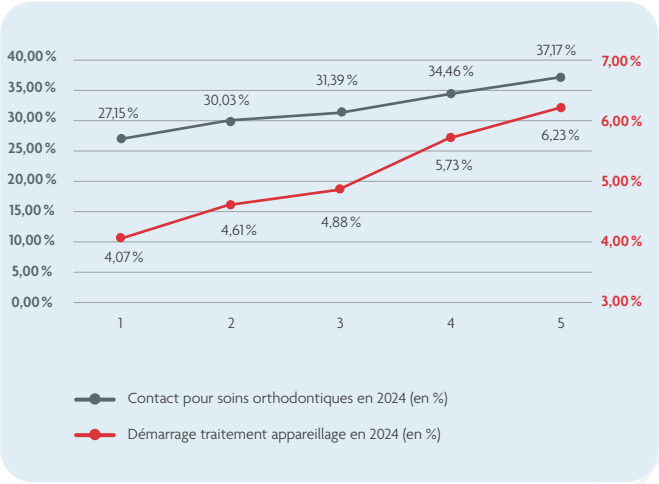


Figure 2 - Proportion d'enfants (9-16 ans) pris en charge en orthodontie selon les revenus en Wallonie (2024)

3. Analyse de la variabilité du coût du traitement :
que paie réellement le patient ?

a) Définition du trajet de soins observé sur base des données de l'Assurance Obligatoire (AO, 2014-2024)

Un traitement orthodontique régulier complet renvoie à un trajet de soins comprenant une série de séquences correspondant aux différentes étapes du traitement. Le traitement comprend une phase d'initiation, deux forfaits appareillage, des séances de suivi et éventuellement, la pose d'un appareil de contention en fin de traitement. Le tableau ci-dessous reprend, sur la base de 29.444 traitements complets identifiés entre 2014 et 2024, le nombre médian de séquences pour chaque phase du traitement : 2 séances d'initiation, 2 forfaits appareillage, 18 séances de suivi et trois autres types de séances¹¹.

Séquence	Moyenne	P5	P10	P25	Médiane	P75	P90	P95
Initiation	2,14	1	2	2	2	2	3	4
Forfait appareillage 1	1,00	1	1	1	1	1	1	1
Forfait appareillage 2	1,00	1	1	1	1	1	1	1
Visite de suivi	19,15	12	13	14	18	22	28	31
Contention	1,13	0	0	0	0	2	4	5
Autres	3,53	0	1	2	3	5	7	8

Tableau 2 - Détermination du trajet de soins observé (2014-2024)

Sur base de ce trajet de soins observé, nous avons également calculé la durée médiane d'un traitement complet, à partir de la pose de l'appareil jusqu'à l'issue des séances de suivi, considérant qu'un traitement complet démarre effectivement au moment de la pose de l'appareillage. En retirant dès lors les deux séances d'initiation, la durée médiane d'un traitement régulier complet est de 1.110 jours, soit 3 ans et 15 jours. Le tableau ci-dessous reprend également la durée moyenne du traitement, ou encore la durée la plus courte (P05) et celle la plus longue de traitement (P95)¹².

Durée observée d'un traitement orthodontique régulier en jours							
Moyenne	P5	P10	P25	Médiane	P75	P90	P95
1.250	565	645	826	1.110	1.529	2.086	2.440

Tableau 3 - Durée observée d'un traitement orthodontique régulier (en jours)

b) Coût théorique du trajet de soins observé sur base de l'honoraire légal (2024)

Sur la base de la construction du trajet de soins observé, le tableau ci-dessous précise le coût théorique total à charge patient pour un traitement complet, obtenu par la multiplication du ticket modérateur par le nombre de séances identifié pour chaque séquence du traitement.

Séquence	Trajet médian	Montant remboursé par l'AO (BIM)	Montant remboursé par l'AO (BIM)	Ticket modérateur (BIM)	Ticket modérateur (BO)
Initiation	2	101,00 €	79,00 €	- €	22,00 €
Forfait appareillage 1	1	232,00 €	186,00 €	- €	46,00 €
Forfait appareillage 2	1	232,00 €	186,00 €	- €	46,00 €
Visite de suivi	18	531,00 €	405,00 €	- €	126,00 €
Autres	3	114,00 €	110,00 €	- €	4,00 €
Total (€)		1.210,00 €	966,00 €	- €	244,00 €

Tableau 4 - Coût théorique à charge patient sur base de l'honoraire légal pour un trajet médian en 2024

Comme le montre le tableau, le coût théorique total selon l'honoraire légal s'élève à 1.210€ en 2024 pour un traitement médian complet. Autrement dit, sans l'application de suppléments d'honoraires, le coût théorique pour le patient s'élève à 244€ pour les bénéficiaires ordinaires (BO) après remboursement par l'assurance obligatoire, soit le coût du ticket modérateur. Le ticket modérateur étant égal à 0 pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), le coût à charge patient est de 0 pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), après remboursement par l'assurance obligatoire.

c) Quelques constats observés sur le non-conventionnement des prestataires de soins orthodontiques

Dans la réalité, le coût à charge du patient s'avère le plus souvent très élevé, notamment en raison des suppléments d'honoraires pratiqués par les prestataires de soins. En effet, dans le contexte actuel, plus de 90% des orthodontistes exercent hors du cadre de la convention et fixent donc librement leurs tarifs, ceux-ci dépassant alors le plus souvent le montant fixé par l'honoraire légal.

Proportion des prestations d'appareillage conventionnées (2024)

Dans le cadre de ce Stat Info, nous avons analysé, sur base de la facturation des appareils (6.740) à partir des données de l'assurance obligatoire pour l'année 2024, le pourcentage d'appareils qui ont été posés par des praticiens conventionnés, partiellement conventionnés et non-conventionnés.

En 2024, on constate que 88,0% des appareils ont été posés par des praticiens non-conventionnés et 2,7% par des praticiens conventionnés partiellement. Seuls 9,3% des appareils ont été posés par des praticiens totalement conventionnés.

Conventionnement de l'acte presté :
dentistes généralistes et orthodontistes (2024)

Par ailleurs, une analyse supplémentaire des factures d'appareillage a permis d'identifier que sur les 6.740 prestations d'appareillage, 42% d'entre elles ont été pratiquées par des dentistes généralistes et 58% par des orthodontistes, en 2024.

De façon encore plus précise, le tableau ci-dessous indique que parmi les 58% d'orthodontistes ayant posé un appareillage, 97,4% d'entre eux étaient non-conventionnés. Également, sur les 42% de dentistes ayant effectué des prestations d'appareillage, 75% d'entre eux étaient non-conventionnés.

Prestataire	Statut du conventionnement	Proportion (en %)
Dentiste généraliste	Conventionné	19,60 %
	Conventionné partiel	5,40 %
	Non conventionné	75 %
Orthodontiste	Conventionné	1,80 %
	Conventionné partiel	0,80 %
	Non conventionné	97,40 %

Tableau 5 - Proportion de prestataires
de soins orthodontiques non-conventionnés (2024)

Recours au prestataire de soins orthodontiques conventionné
chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et selon
les revenus

Partant de ces résultats, nous avons analysé enfin quelle proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont recours au prestataire de soins conventionné (dentiste généraliste et orthodontiste) ainsi que selon les revenus.

• BIM/BO

Comparativement aux bénéficiaires ordinaires (BO), les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu recours à un prestataire conventionné : 15,3% vs 6,9% chez les bénéficiaires ordinaires (BO).

• Revenus

De même, si l'on observe le recours au prestataire selon les quantiles de revenus dans le graphique ci-contre, on constate qu'au plus le niveau de revenus est bas, au plus augmente la proportion d'affiliés ayant eu recours à un prestataire conventionné.

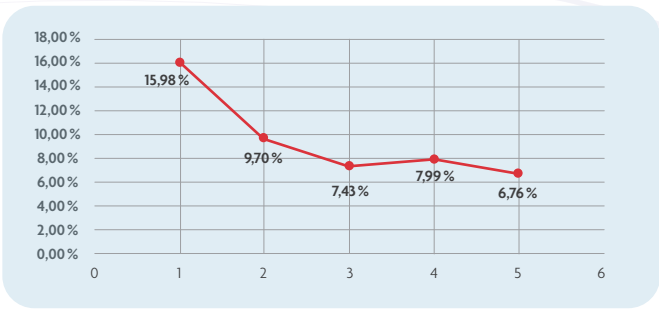


Figure 3 - Proportion d'affiliés ayant recours
à un prestataire de soins orthodontiques conventionné
selon les revenus en 2024 (en %)

Parmi les affiliés se situant dans la classe de revenus la plus faible (1), un sur six a eu recours à un prestataire conventionné (15,98%), tandis qu'ils représentent seulement 6,76% parmi les affiliés se situant dans la classe de revenus les plus élevés (5).

d) Calcul du coût à charge patient réel

Détermination du coût patient médian de chaque prestation
sur base des données de l'assurance facultative (2021-2024)

Dans ce contexte, afin de mesurer la variabilité tarifaire pour un traitement orthodontique régulier, nous avons analysé les données des factures issues de l'assurance facultative (SMA) sur la période 2021-2024. Dans un premier temps, nous avons constaté que sur le nombre total de factures analysées (soit 46.734), 32.710 d'entre elles comportent des suppléments. Plus concrètement, 70% des prestations se voient appliquer des suppléments.

Ensuite, sur la base des factures associées à chaque code de nomenclature en fonction de la séquence du traitement, nous avons calculé le coût médian des suppléments pour chaque séquence d'un traitement régulier. Le tableau ci-dessous indique ainsi le montant pour chaque séquence du traitement, également exprimé en pourcentage par rapport au montant de l'honoraire légal. Afin de se doter d'une fourchette basse et d'une fourchette haute par rapport à la médiane, un calcul similaire a été réalisé pour le P25 et le P75.

Séquence	P25 (en €)	P25 (en %)	Médiane des suppléments (en €)	% de supplément médian	P75 (en €)	p75 (en %)	Honoraire légal en (€)
Empreinte	21,50 €	39 %	28 €	51 %	60 €	109 %	55 €
Analyse données	18,50 €	40 %	21,50 €	47 %	31 €	67 %	46 €
Forfait appareillage 1	702 €	303 %	796 €	343 %	842 €	363 %	232 €
Forfait appareillage 2	338 €	146 %	621 €	268 %	800 €	345 %	232 €
Forfait traitement régulier	28,5 €	146 %	31 €	105 %	50 €	169 %	29,50 €
Forfait interruption	29 €	98 %	41 €	139 %	120 €	407 %	29,50 €
Analyse céphalomé- trique	7,50 €	43 %	10,25 €	59 %	18,38 €	105 %	17,50 €

Figure 4 - Détermination du coût médian d'un traitement orthodontique régulier (SMA, 2021-2024)

Calcul du coût total médian à charge du patient

Sur base de l'analyse de la médiane des suppléments par séquence du traitement, le coût total médian avec suppléments à charge du patient a été alors calculé en multipliant le coût patient médian par le nombre de séances.

L'encadré ci-dessous indique le montant total médian des suppléments observés pour un traitement régulier, soit 2.044,75 €, auxquels il faut encore ajouter le montant du ticket modérateur (244 €).

Fourchette basse des suppléments (P25)	Estimation des suppléments baséesur la médiane des suppléments	Fourchette haute de suppléments (P75)
1.601,00 €	2.044,75 €	2.721,38 €

Concrètement, cela signifie que le coût total d'un traitement orthodontique régulier (y compris le ticket modérateur) pour un patient bénéficiaire ordinaire (BO) s'élève à 2.288,75 €, tandis qu'il est de 2.044,75 € pour un patient BIM. De même, si l'on observe l'estimation pour la fourchette basse (P25), le coût total à charge patient dans ce cas s'élève à 1.601,00 € pour un patient BIM, tandis que l'estimation de la fourchette haute indique que le coût total peut aller jusqu'à 2.721,38 € pour le P75.

Par ailleurs, il faut faire remarquer que ce coût se base sur le trajet de soins médian, dans lequel la contention n'est pas comprise. Dès lors, en ajoutant le coût médian de l'appareil de contention, s'élevant à 300 € et non remboursé par l'AO, ainsi que le montant médian de deux séances de suivi de contention (45 € de supplément) – soit un coût supplémentaire éventuel de 390 € –, on peut estimer la facture totale du traitement

à 2.434,75 € pour un patient BIM et à 2.678,75 € pour un patient bénéficiaire ordinaire (BO).

Intervention des assurances complémentaire (AC) et facultative (SMA)

Au regard des coûts élevés que représente la réalisation d'un traitement orthodontique régulier, la plupart des mutuelles proposent à leurs affiliés une intervention via l'assurance complémentaire (AC) et/ou via une assurance facultative (SMA). Sur la base des forfaits d'intervention des assurances de Solidaris, nous avons pu calculer à hauteur de quel montant elles permettent de réduire le coût total de la facture pour le patient.

Assurance complémentaire (AC)

Les affiliés de Solidaris entamant un traitement orthodontique régulier peuvent bénéficier d'une intervention de l'assurance complémentaire pour aider à couvrir les frais de l'appareillage et des visites de suivi. L'assurance complémentaire intervient à hauteur de 150 € pour chacun des deux forfaits (soit 300 € pour les deux). Elle intervient aussi à la 12^{ème} séance de traitement régulier à hauteur de 150 €. Dans le cadre d'un traitement médian tel qu'analysé dans ce Stat Info, cela correspond à un montant total de 450 €. Dans le cas d'un traitement plus long, l'assurance complémentaire intervient à nouveau à hauteur de 150 € à la 30^{ème} séance de suivi pour un traitement régulier.

Assurance facultative (SMA)

Il est également possible de bénéficier d'une intervention complémentaire aux remboursements de la mutualité (AO et AC) via l'assurance dentaire Optio Dentis chez Solidaris. Celle-ci intervient à hauteur d'un forfait de 375 € pour la pose d'un appareil orthodontique régulier. Elle intervient également à hauteur d'un montant forfaitaire de 125 € après 6 mois de traitement pris en charge par la mutualité (c'est-à-dire si le traitement a bien été initié avant les 15 ans de l'enfant). Enfin, l'assurance facultative peut intervenir jusqu'à 750 € pour la pose d'un appareil de contention, si l'assurance est intervenue au début du traitement orthodontique.

Dans le cadre d'un traitement médian tel qu'analysé dans cette étude, le montant d'intervention de l'assurance facultative s'élève à 500 €, puisque nous n'avons pas pris en compte la contention.

Par conséquent, si on considère le cas d'un affilié bénéficiant de l'intervention de l'assurance complémentaire (AC) et de celle de l'assurance facultative (SMA), une réduction du coût total du traitement peut être observée comme suit :

- Pour un patient BIM, l'intervention fait baisser la facture médiane de 2.044,75 € à 1.094,75 €.
- Pour un patient BO, l'intervention permet de baisser la facture médiane de 2.288,75 € à 1.338,75 €.

4. Analyse qualitative

Comme le montre l'analyse quantitative des données, en dépit du remboursement par l'assurance obligatoire et des interventions de l'assurance complémentaire et, le cas échéant, de l'assurance facultative, le coût médian restant à charge demeure assez conséquent pour un traitement régulier. Pour les patients plus fragiles socio-économiquement, en dépit des interventions, ce coût peut réellement constituer un obstacle et conduire à un renoncement à des soins orthodontiques nécessaires. Dans le cas où les suppléments d'honoraires seraient supérieurs au coût médian que nous avons analysé dans ce Stat Info, la possibilité même d'accéder au traitement paraît encore plus incertaine.

Pourtant, dans le contexte actuel, une grande majorité des prestataires de soins orthodontiques sont formels : soigner les patients au coût de l'honoraire légal est intenable pour rentrer dans ses frais. Comment l'expliquer ? Quels sont les enjeux liés aux suppléments d'honoraires pratiqués par les praticiens de soins orthodontiques ?

Les experts de terrain que nous avons contactés abondent dans le même sens et soulignent deux problématiques. Ils font tout d'abord remarquer que les tarifs fixés par la convention ne correspondent plus du tout aux pratiques sur le terrain. En cause : la nomenclature sur laquelle s'appuient les tarifs pour les différentes prestations de soins orthodontiques est devenue largement obsolète, comparativement aux techniques de soins utilisées aujourd'hui.

Soigner les patients en s'en tenant aux tarifs de la convention, qui outre les indexations annuelles, n'ont pas fait l'objet de revalorisation depuis de nombreuses années ne permet pas de couvrir l'ensemble des frais liés au matériel, aux techniques et à la gestion quotidienne d'un cabinet. La possibilité de mutualiser ces coûts pousse d'ailleurs de nombreux prestataires à se regrouper.

Récemment, en raison des difficultés budgétaires importantes en 2025 et pour 2026, le dernier accord national dento-mutualiste conclu à la fin du mois de décembre 2025 a débouché sur une solution temporaire afin de répondre aux demandes du secteur : l'introduction des tarifs maximaux, c'est-à-dire des dépassements d'honoraires pouvant être facturés au patient quel que soit son statut, bénéficiaire ordinaire (BO) ou de l'intervention majorée (BIM). En effet, l'objectif poursuivi par l'introduction de ces tarifs maximaux est d'anticiper l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les BIM au 1^{er} juillet 2026 comme le précise l'accord : « les tarifs maximaux prévus dans l'accord 2026-2027 constituent une solution temporaire, destinée à répondre aux besoins urgents du secteur et à garantir l'accessibilité aux soins pour tous les patients ayant droit à l'intervention majorée, afin qu'aucun ne se voie refuser l'accès aux soins. L'analyse des coûts réels des prestations, qui sera réalisée

dans le cadre de la réforme de la nomenclature, aura pour objectif de fixer des tarifs corrects »¹⁵.

L'introduction des tarifs maximaux intervient en effet alors qu'une réforme de la nomenclature visant à objectiver les coûts réels est en cours (elle devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2027) et qu'à partir du 1^{er} juillet 2026, tout supplément d'honoraires sera interdit pour les patients BIM. Il faut rappeler que l'introduction des tarifs maximaux actée par le récent accord correspond à une mesure explicitement prévue et sanctionnée par l'Arrêté royal du 17 mars 2024 et stipulant qu'au cas où « certaines prestations dentaires n'auront pas été revalorisées pour des raisons budgétaires, la Commission nationale dento-mutualiste fixera des tarifs maximaux pour ces prestations dans l'accord national dento-mutualiste 2026 »¹⁶. Toutefois, l'Arrêté précise également que « ces dépassements d'honoraires seront également repris dans le maximum à facturer des bénéficiaires afin de limiter l'impact de ces dépassements d'honoraires sur leurs dépenses »¹⁷.

Or, contrairement à ce qui était initialement prévu dans l'Arrêté, le récent accord national dento-mutualiste 2026-2027 n'a pas entériné l'intégration des tarifs maximaux dans le maximum à facturer (MAF)¹⁸. Par conséquent, le nouvel accord donne lieu aujourd'hui à une situation paradoxale où malgré l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires aux BIM pour les soins dentaires à partir du 1^{er} juillet 2026, ces derniers continueront à se voir facturer des dépassements d'honoraires pour leur traitement orthodontique. Par ailleurs, si ces suppléments ne peuvent pas dépasser un seuil maximum, force est de constater que les plafonds prévus dans l'accord sont supérieurs à la pratique tarifaire médiane observée sur le terrain. L'implémentation de ces tarifs maximaux donne l'illusion d'une certaine sécurité tarifaire alors qu'elle risque d'avoir des répercussions très négatives sur l'accessibilité financière aux soins orthodontiques pour les patients les plus vulnérables sur le plan socio-économique. En effet, le risque est que les orthodontistes s'alignent sur les prix prévus dans le nouvel accord.

De plus, avec l'absence de reprise des tarifs maximaux dans le maximum à facturer, le nouvel accord national dento-mutualiste conclu récemment risque réellement de menacer davantage l'accessibilité financière à des soins déjà très onéreux et dans un contexte où le renoncement aux soins, et aux soins dentaires en particulier, gagne encore du terrain dans notre pays. Sur ce point, le dernier rapport de Solidaris concernant le report de soins démontre qu'en 2025, les soins dentaires constituent la prestation enregistrant les taux de renoncement les plus élevés auprès des actifs (20 %), des pensionnés (21 %) et, plus encore, des personnes en incapacité de travail (40 %)¹⁹.

Enfin, il faut ajouter que le nouvel accord dento-mutualiste prévoit un assouplissement du conventionnement partiel, faisant passer de 32h/semaine à 20h/semaine le nombre d'heures hebdomadaires que les prestataires doivent s'engager à prester,

à raison de blocs de minimum deux heures consécutives, au tarif de la convention.

Recommandations

À l'issue de cette étude, nous proposons un ensemble de recommandations.

1/ Concernant le récent accord national dento-mutualiste 2026-2027 : Face à l'introduction des tarifs maximaux et au risque que tous les praticiens s'alignent sur ces nouveaux tarifs, Solidaris plaide pour garantir une meilleure accessibilité financière à la population et, en particulier, aux bénéficiaires de l'intervention majorée. Dans le contexte de ce dernier accord, Solidaris prône les mesures suivantes :

- Dans le cadre des tarifs maximaux introduits dans la perspective de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les BIM au 1^{er} juillet 2026, il subsiste un budget de 18 millions € non utilisé dans l'objectif budgétaire des soins dentaires. Solidaris plaide pour que ce budget puisse être spécialement alloué à un remboursement majoré des prestations de traitement orthodontique régulier pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Cette mesure permettrait, dans un premier temps, de réduire de moitié le coût des soins orthodontiques à charge des patients BIM.
- Conformément à l'accord politique sanctionné dans l'Arrêté royal du 17 mars 2024, Solidaris plaide pour que les tarifs maximaux soient effectivement intégrés dans le maximum à facturer pour l'ensemble de la population. Dans cette perspective, Solidaris souligne que les tarifs maximaux nécessitent d'être objectivés et doivent rester temporaires. L'intégration des tarifs maximaux – dès lors qu'ils sont objectivés – dans la prochaine nomenclature constitue la seule manière de pouvoir garantir un réel système de protection, en assurant à terme leur intégration dans le maximum à facturer (MAF).

En effet, dans le contexte actuel, la sécurité tarifaire liée à l'introduction des tarifs maximaux ne garantit pas pour l'instant une meilleure accessibilité financière pour les patients et, en particulier, pour les plus vulnérables sur le plan socio-économique.

2/ Concernant la réforme en cours de la nomenclature en orthodontie, devant aboutir au 1^{er} janvier 2027 :

- Dans le cadre des discussions en cours, Solidaris soutient la réflexion en cours parmi les praticiens sur des critères permettant d'objectiver et de reconnaître, dans le cas du traitement orthodontique régulier, des besoins médicaux spécifiques. Cela permettrait de mettre en œuvre une intervention majorée du remboursement par l'assurance obligatoire. Cette recommandation s'appuie sur l'étude publiée par le KCE en 2008²⁰. Bien que parfois critiquée, l'étude du KCE soulève quelques pistes de réflexion permettant d'ouvrir le débat sur ces enjeux, en s'inspirant notamment des pratiques en orthodontie dans les pays voisins de la Belgique. L'objectivation d'un critère faisant consensus parmi les praticiens en soins orthodontiques permettrait d'œuvrer à une meilleure accessibilité financière pour les patients avec des besoins spécifiques. En ce sens, Solidaris plaide pour que la profession s'empare de cette discussion et s'accorde sur un critère.

Références/Sources

¹ En orthodontie, il existe actuellement deux types de traitements pour les enfants. Le traitement de première intention, qui doit être initié avant l'âge de 9 ans via la remise de l'Annexe 60bis auprès du médecin-conseil de la mutuelle afin de pouvoir être remboursé. Le traitement orthodontique régulier qui doit être initié avant le 15^{ième} anniversaire via le dépôt de l'Annexe 60 auprès du médecin-conseil de la mutuelle, afin de bénéficier d'un remboursement. Dans certains cas précis identifiés et moyennant l'introduction d'une notification conservatoire au médecin-conseil de la mutuelle, un traitement pourra être initié après la date du quinzième anniversaire et être remboursé. Cf. [Orthodontie : Prestations remboursées et règles d'application pour les dentistes | INAMI](#).

² [251127_inami_css_2025_297.pdf](#), p. 2. En effet, comme le souligne la note sur la prochaine nomenclature de l'INAMI, le système actuel d'accords rencontre de plus en plus difficilement l'adhésion des prestataires de soins orthodontiques.

³ Les tarifs maximaux sont des dépassements d'honoraires autorisés pour les praticiens, à charge du patient. Ils sont mentionnés sur l'attestation de soins à l'aide d'un pseudocode qui accompagne la prestation principale. [Tarifs maximaux soins dentaires | INAMI](#).

⁴ Comme le précise l'accord national dento-mutualiste conclu pour 2026-2027, « À compter du 1.07.26, il sera interdit de facturer des suppléments d'honoraires aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) pour l'ensemble des prestations remboursables en matière d'orthodontie et de soins dentaires, tant pour les praticiens de l'art dentaire conventionnés que déconventionnés » (p. 13).

⁵ [Solidaris](#).

⁶ Comparativement à la première étude de Solidaris sur les soins en orthodontie, plutôt que la tranche d'âge de 10-15 ans, nous avons sélectionné celle de 9-16 ans inclus, au vu du nombre de traitements référencés pour les affiliés âgés de 9 et 16 ans.

⁷ Suite aux échanges avec les experts, nous estimons dans le cadre de cette étude qu'un traitement orthodontique régulier a effectivement démarré dès lors qu'un appareillage est posé, dans la mesure où entre la première visite (la séance d'initiation) et la pose effective d'un appareil, peut se dérouler un certain laps de temps durant lequel aucun acte n'est posé sur le plan du traitement.

⁸ [Orthodontie : Prestations remboursées et règles d'application pour les dentistes | INAMI](#)

⁹ [Découvrir Optio Dentis](#).

¹⁰ Pour se donner une idée, si l'on observe le revenu médian annuel par quartier statistique, la classe 1 correspond à 20.652 € annuels (soit 1.721 € nets par mois), tandis que la classe 5 correspond à 33.457 € (soit 2.788 € nets par mois).

¹¹ À noter que la médiane pour la contention étant égale à zéro, le calcul du coût médian du traitement à charge du patient ne prend pas celle-ci en compte dans l'analyse. L'analyse montre en outre que près de 44% (43,88%) des affiliés avec un traitement ont eu des séances de contention.

¹² Le P95 indique la durée la plus longue observée pour un traitement orthodontique régulier : 6 ans et demi ; cette situation concerne 1.472 enfants.

¹³ [Découvrir Optio Dentis](#).

¹⁴ La réforme de la nomenclature est prévue dans l'accord national dento-mutualiste précédent (ANDM, 2024-2025) : « Tous les partenaires concernés reconnaissent que la nomenclature actuelle dentaire est dépassée puisque la réalité sur le terrain ne correspond plus aux tarifs fixés par l'assurance soins de santé et que les remboursements prévus ne couvrent pas tous les besoins en soins dentaires de la population. Les membres de la Commission nationale dento-mutualiste reconnaissent que le secteur souffre d'un manque structurel de financement. Les honoraires prévus par la nomenclature ne permettent pas de rémunérer correctement les prestataires de soins dentaires, compte tenu des investissements considérables nécessaires ou des techniques et matériaux à utiliser ». [251127_inami_css_2025_297.pdf](#)

¹⁵ Accord national dento-mutualiste 2026-2027, p. 14.

¹⁶ Arrêté royal du 17 mars 2024 portant exécution du Chapitre 2 de la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, relatif à l'application de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins de santé effectués par des praticiens de l'art dentaire aux bénéficiaires de l'intervention majorée. Cf. [Banque de données Justel](#)

¹⁷ Ibid.

¹⁸ [Le maximum à facturer \(MâF\) limite vos dépenses de soins de santé | INAMI](#)

¹⁹ [Etude Renoncement_2025.pdf](#)

²⁰ [Orthodontie chez les enfants et adolescents](#).