

# IMAGINER LA MEDECINE BUCCO-DENTAIRE DE DEMAIN

**LE LIVRE BLANC**  
DE LA SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE



BUCCO-DENTAIRE



# LE GRENELE

DE LA SANTÉ BUCCO

28 janvier 2016





**ELLE**  
**BUCCO DENTAIRE**

## SOMMAIRE

### ÉDITO

#### **DEMAIN, QUELLE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE VOULONS-NOUS EN FRANCE ?**

G. BOUTEILLE  
PAGE 04

#### **PRIORITÉ À L'ACCÈS AUX SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS**

PAGE 06

<b>1</b>	<b>5 GRANDES THÉMATIQUES RETENUES PAR LA PROFESSION</b>	PAGE 07
	LA FORMATION	PAGE 08
	LA PRÉVENTION	PAGE 14
	LA DÉMOGRAPHIE	PAGE 18
	LE FINANCEMENT	PAGE 24
	LE CABINET DU FUTUR	PAGE 28

<b>2</b>	<b>23 PROPOSITIONS CONCRÈTES POUR PRÉPARER DEMAIN</b>	PAGE 32
----------	---	---------

<b>3</b>	<b>L'ÉCLAIRAGE D'UN EXPERT, JEAN DE KERVASDOUÉ</b>	PAGE 42
----------	--	---------

<b>4</b>	<b>LES FRANÇAIS DERRIÈRE LEUR CHIRURGIEN-DENTISTE</b>	PAGE 46
----------	---	---------

<b>5</b>	<b>QUESTIONS / RÉPONSES DÉBATTUES LORS DE LA PLÉNIÈRE</b>	PAGE 50
----------	---	---------

<b>6</b>	<b>ET MAINTENANT ?</b>	PAGE 58
----------	------------------------	---------

### ANNEXE

#### **SYNTHÈSE DES INTERVIEWS PRÉLIMINAIRES**

PAGE 60

# LE MOT DU PRÉSIDENT

**DEMAIN,  
QUELLE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE  
VOULONS-NOUS EN FRANCE ?**



**GILBERT BOUTEILLE**  
PRÉSIDENT DE L'ORDRE  
NATIONAL DES  
CHIRURGIENS-DENTISTES

**POUR MIEUX COMPRENDRE LA GENÈSE  
DE CETTE JOURNÉE DU 28 JANVIER,  
FAISONS UN PEU D'HISTOIRE.**

Depuis des décennies, notre profession a su prendre largement part à l'indépendance, au développement, à la reconnaissance d'une profession médicale à part entière avec ses doctorats, ses spécificités et son Université.

Elle a créé, il y a 50 ans, l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) pour organiser et diffuser la prévention, avec l'appui bénévole des professionnels libéraux. Avec l'ADF (Association Dentaire Française), elle a rassemblé les associations scientifiques et les syndicats, et mis en place le plus important congrès européen.

Elle organisa avec succès sa propre formation continue par la création du CNFCO (Conseil National de la Formation Continue en Odontologie). Avec le Conseil de l'Ordre, elle a mis en place un service de garde répondant à sa spécificité.

Enfin, il faut signaler la participation de nombreux confrères aux actions entreprises pour l'accès aux soins des personnes âgées, en situation de handicap et de précarité.

Notre profession s'acquitte de contraintes administratives de plus en plus nombreuses : radioprotection, asepsie, accessibilité, élimination des déchets, devis unique, passage à la CCAM, pour n'en citer que quelques-unes. Mais elle assiste, incrédule, à l'envahissement de secteurs « rentables » de son activité, ceux de la prothèse et de l'implantologie. Ils se font au travers du tourisme dentaire, de la multiplication des réseaux, des « acheteurs de soins », et de centres dentaires. Parmi ces centres, certains, sous couvert d'associations dites à but non lucratif, ne sont en vérité que des entreprises commerciales tournées vers le profit et le lucre, avec de véritables projets marketing et sans aucune déontologie.

Le tout étant relayé très médiatiquement, à travers le slogan dévastateur qu'un tiers de la population n'aurait pas accès aux soins pour raisons financières ; alors que

justement, chaque jour, 40 000 chirurgiens-dentistes effectuent pour 800 000 patients des soins conservateurs remboursés.

Enfin, en subissant le tiers payant généralisé, avec ce sentiment d'une étatisation, et se voyant accusés par des esprits chagrins d'appartenir à une profession privilégiée car réglementée, les chirurgiens-dentistes ont le sentiment d'une profonde injustice.

Ils s'en sont ouverts à l'Ordre, conduisant celui-ci à dire stop au « bashing » dentaire. L'Ordre s'est ainsi associé à la manifestation des professionnels de santé du 15 mars 2015, a mené une campagne de communication sur le thème « Sauvons nos Dents », a organisé une Journée Portes Ouvertes dans les cabinets et a initié le « Grenelle de la Santé bucco-dentaire ». En invitant l'ensemble des composantes de cet écosystème, le « Grenelle » a permis l'établissement d'un dialogue ouvert, constructif, tourné vers l'apport d'idées au service d'un meilleur accès aux soins pour tous.

À l'instar de nombreux secteurs, notre profession est à un tournant social, déontologique, technologique.

De nombreux chantiers l'attendent, aussi bien en matière de formation que de prévention, de démographie ou de financement. Il lui faut réfléchir à son évolution, à sa pratique, aux attentes des patients et à sa place dans le système de santé.

**C'EST CE QUE NOUS FAISONS ENSEMBLE.**

GILBERT BOUTEILLE

« NOTRE PROFESSION  
EST À UN TOURNANT,  
SOCIAL, DÉONTOLOGIQUE,  
TECHNOLOGIQUE »

# PRIORITÉ À L'ACCÈS AUX SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS

## **LE LIVRE BLANC**

**QUE VOUS TENEZ ENTRE LES MAINS EST LE FRUIT D'ÉCHANGES  
ENTRE LES PARTICIPANTS AU GRENELLE DE LA SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE, ORGANISÉ LE 28 JANVIER 2016 À PARIS  
SOUS L'ÉGIDE DE L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES  
QUI RASSEMBLE TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES ET MORALES  
HABILITÉES À EXERCER SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS.**

Ce Livre Blanc est le reflet, non exhaustif, de propos tenus dans le cadre des 5 Ateliers de travail et de la Plénière réunissant un très large éventail d'organismes intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire (Ministères de tutelle, Université, UNCAM, UNOCAM, Mutualité, CISS, Académie, ADF, syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes, des étudiants, des prothésistes, de la Fédération des Assistants dentaires, les représentants de l'industrie COMIDENT, ...).

Il est porteur d'idées et de propositions destinées à apporter un éclairage sur les futurs enjeux de la santé bucco-dentaire. Il n'a pas vocation à être un guide formel.

**NOUS VOUS EN SOUHAITONS  
UNE BONNE LECTURE.**

# LES 5 GRANDES THÉMATIQUES RETENUES PAR LA PROFESSION

En amont de la réflexion de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 25 interviews en face à face ont été menées en fin d'année 2015 auprès de 20 organismes représentant les parties prenantes. (voir en Annexe).

Ces entretiens visaient à éclairer les positions, anticiper les risques d'antagonismes bloquants, dégager les principales thématiques à traiter lors du Grenelle de la Santé bucco-dentaire.

Ce travail préparatoire a permis de définir 5 Tables Rondes, composées d'une dizaine de participants chacune, sur les sujets suivants :

## **LA FORMATION / LA PRÉVENTION LA DÉMOGRAPHIE / LE FINANCEMENT LE CABINET DU FUTUR.**

Vous trouverez ci-après l'essentiel des propos tenus lors de ces 5 Ateliers. Ces ateliers s'étant déroulés simultanément, certains items peuvent apparaître comme étant communs à plusieurs ateliers.

## **UN TRÈS LARGE ÉVENTAIL D'ORGANISMES INTERVENANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE A RÉPONDU PRÉSENT**

### **RAPPEL : COMPOSITION DES ATELIERS**

#### **FINANCEMENT**

CNSD ; Comident ; FSDL ;  
Mutualité ; UFSBD ; UJCD ;  
ONCD ; UNCNAM ;  
UNOCAM ; UNPPD

#### **CABINET DU FUTUR**

ADF ; Comident ; DGOS ;  
ONCD ; SNIO ; UFAD ;  
UFSBD ; UNECD ; UNPPD

#### **PRÉVENTION**

ANCD ; CHU ; CISS ; DGS ;  
ONCD SNIO ; UFAD ; UFSBD ;  
UNCAM ; Université

#### **FORMATION**

ADF ; ANCD ; CHU ; DGOS ;  
MESR ; ONCD ; SNIO ; UFAD ;  
UNECD ; Université ; UNPPD

#### **DÉMOGRAPHIE**

ADF ; CHU ; CNSD ; EDSA ;  
FSDL ; ONCD ; SNIO ; UJCD ;  
UNCNAM ; UNECD ; Université



# LA FORMATION

**FORMER** LES  
CHIRURGIENS-DENTISTES  
DONT LA PROFESSION  
A BESOIN.

---



**PAR « FORMATION » ON ENTEND LA DÉFINITION DES RÉFÉRENTIELS ET DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR EXERCER LE MÉTIER DE DEMAIN. DE CES COMPÉTENCES DÉCOULENT LES CONNAISSANCES À ACQUÉRIR ; ET PAR LÀ MÊME LES PLANS DE FORMATION À METTRE EN ŒUVRE.**

## **FORMATION INITIALE ET FORMATION CONTINUE**

Entre formation initiale et formation continue, la distinction va de soi : la formation initiale est là pour transmettre les connaissances théoriques et pratiques nécessaires au bon exercice de la profession. La formation continue, quant à elle, permet une réactualisation des connaissances du chirurgien-dentiste mais aussi des assistants dentaires, notamment dans le cadre du nouveau rôle qu'ils vont être amenés à jouer.

Les deux types de formation devront tenir compte de la mutation profonde des métiers dentaires engendrée par les progrès de la science et l'accélération des technologies numériques et de la communication (attendue à horizon 5 ans). La nécessité de tracer et de contrôler les organismes de formation continue n'en sera que plus évidente.

Une remarque : certains pays ont mis en place des processus de remise à niveau pour les chirurgiens-dentistes ayant traversé des périodes de non activité (il existe chez nous des dispositions sur l'insuffisance professionnelle, censées y remédier).

## **LE RÔLE DE LA RECHERCHE**

Quelle place pour la recherche dans la formation ? Le lien entre ces deux domaines apparaît plus que jamais nécessaire si l'on veut que les formateurs puissent transmettre des connaissances intégrant les dernières avancées théoriques et pratiques. Il paraît également important que l'Université développe des contrats de R&D (Recherche et Développement), notamment avec des entreprises, pour

**« NOTRE  
PROFESSION  
A BEAUCOUP  
ÉVOLUÉ... »**



obtenir des financements et faire avancer la recherche pour le bénéfice de tous. Les enseignants doivent pouvoir se tenir à jour des progrès de la science afin de les intégrer dans la formation des chirurgiens-dentistes.

La mise en service de nouveaux outils et les technologies numériques révolutionnent la profession.

Il semble naturel qu'elles impactent aussi la formation ! La simulation, la réalité virtuelle, le e-learning sont des éléments à prendre en compte à condition de les mixer avec un enseignement clinique et des cours en présentiel, indispensables à l'apprentissage de la pratique et à l'évaluation des connaissances. Quels que soient les bouleversements attendus, les étudiants continueront d'avoir besoin d'un enseignant référent pour les accompagner dans leur progression.

### LA TRANSVERSALITÉ

La transversalité -autre axe de réflexion- peut prendre différentes formes. On pourrait envisager, par exemple, de mettre en commun des cours entre différentes facultés pour uniformiser l'offre de formation, favoriser les échanges et faire des économies...

On pourrait aussi partager des enseignements destinés aux chirurgiens-dentistes et d'autres s'adressant par exemple aux prothésistes dentaires ; ce serait une bonne façon de favoriser une coopération inter-professionnelle.

La transversalité s'entend aussi au niveau des disciplines : il serait souhaitable que les sciences humaines et sociales, la sociologie, la psychologie, l'économie aient leur place dans la formation des chirurgiens-dentistes. La création de passerelles avec des étudiants issus d'autres filières hors santé va dans le même sens, à condition de bien en définir les règles.

La transversalité peut s'exprimer également via le renforcement de partenariats avec l'exercice libéral, en s'inspirant de l'alternance en entreprise. Si les universités acceptent à l'avenir de travailler davantage avec des cabinets dentaires privés installés partout en France, le maillage territorial n'en sera que renforcé.

### LA FORMATION À L'HEURE EUROPÉENNE

La directive européenne sur la reconnaissance des qualifications impose pour la chirurgie dentaire la reconnaissance automatique des diplômes dispensés par les états de l'Union Européenne.

Mais, cela n'empêche pas de se demander si les formations dispensées ont la même valeur que les nôtres. Dans certains cas en effet, l'arrivée de chirurgiens-dentistes formés dans ces pays a conduit le Conseil de l'Ordre à se référer à la notion « d'insuffisance professionnelle » et à demander aux praticiens visés de se remettre à niveau. Ces possibilités d'intervention de l'Ordre restent néanmoins limitées aux formations européennes.

En matière de formation continue, la CSI (Commission Scientifique Indépendante) permet désormais d'évaluer la qualité des formations proposées dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu). En revanche, ces évaluations ne sont pas en œuvre dans tous les pays européens.

La solution passera-t-elle par la création d'un portefeuille de compétences ? Celui-ci suivrait le praticien, de sa formation initiale jusqu'à son exercice, en passant par d'éventuelles « re-certifications ».

La mise en place d'un numerus clausus au niveau européen pourrait-elle améliorer la situation ?

Question d'autant plus importante qu'elle tangente le projet français d'allongement de la durée des études. Dans notre pays, différentes données (amplification du volet prévention, meilleure prise en charge des personnes à besoins spécifiques telles les personnes âgées ou en situation de handicap) militent pour une médicalisation accrue de la formation. Pour mettre en œuvre cette réforme, plusieurs hypothèses sont envisagées : on pourrait, par exemple, créer un socle commun pour les étudiants en odontologie, maïeutique, pharmacie et médecine, avec une « filiérisation » qui arriverait en Master.

Cette réforme se traduirait donc par un allongement de la durée des études. Mais, faire de l'odontologie un diplôme Bac+8, alors que le standard européen est Bac+5 (« 5 ans, 5 000 heures »), encouragerait encore plus nos étudiants à partir se former à l'étranger. Par ailleurs, en augmentant soudainement la durée des études, nos facultés ne diplômeraient pas de nouveaux praticiens pendant 3 ans. Ce qui serait difficile à gérer en termes démographiques, surtout si l'on intègre le fait qu'aujourd'hui déjà, le quart des nouveaux praticiens s'installant en France est issu de pays étrangers... De plus, les règles édictées par l'Europe ne favorisent pas l'allongement des études odontologiques. Toutefois, une formation plus poussée de nos chirurgiens-dentistes ferait davantage rayonner l'odontologie française à l'international, créant de nouvelles opportunités pour la profession.

## AIDER LES ENSEIGNANTS DANS LEUR MISSION

Depuis quelque temps, la charge de travail des enseignants en odontologie ne fait qu'augmenter, à moyens constants. Leur mission est triple : enseigner, faire de la recherche, exercer à l'hôpital. De plus, ils doivent être, avec d'autres organismes, acteurs de la gouvernance du secteur dentaire. Pour améliorer la situation, plusieurs options sont envisageables :

- La première, qui va dans le sens de la transversalité évoquée plus haut, consisterait à demander aux professionnels de santé de prendre part à l'enseignement de la clinique, comme le font les écoles d'ingénieurs ou de commerce avec des intervenants du privé.
- Une seconde serait basée sur l'ouverture des postes de PH (praticiens hospitaliers) à l'odontologie.

« LE LIEN ENTRE  
RECHERCHE ET  
FORMATION APPARAÎT  
PLUS QUE JAMAIS  
NÉCESSAIRE »



Les financements existent et en médecine certains postes ne sont pas pourvus ; pourquoi ne pas les ouvrir au secteur dentaire, quand bien même ce serait à temps partiel ?

### LA REFORTE DU CURSUS UNIVERSITAIRE

Comme évoqué plus haut, une meilleure prise en compte des besoins incite à une médicalisation accrue de notre profession. Le phénomène n'est pas propre à l'odontologie, il s'étend aussi à l'ensemble des secteurs paramédicaux qui a tendance à « monter le curseur ». Si la formation dentaire ne suit pas cette tendance, elle court le risque d'être distancée. En faisant passer la durée des études de cinq à huit ans, l'odontologie française serait renforcée vis-à-vis d'autres pays comme vis-à-vis d'autres disciplines de santé. Reste à savoir comment réussir la mutation. Deux possibilités, plus ou moins sujettes à discussion, sont évoquées :

- création d'une grande licence santé unique, avec un parcours commun pour les étudiants se destinant à l'odontologie, la médecine, la maïeutique ou la pharmacie, suivie d'une spécialisation à partir du Master.
- extension des passerelles permettant aux étudiants venant d'autres filières de rejoindre la formation odontologique.



La durée des études n'est pas la seule dimension à intégrer ; face aux progrès technologiques et à l'apparition de nouveaux besoins, il faudra également recenser les connaissances nouvelles à acquérir et revoir la formation en conséquence. Tout ceci a bien sûr un coût. Celui de la formation d'un étudiant en odontologie est actuellement de l'ordre de 15 à 20 000 euros par an. Comment financer les frais supplémentaires engendrés par une réforme du cursus ? Si l'on se réfère aux principes énoncés par la loi LRU (Liberté, Responsabilité des Universités), ce serait aux universités de s'en occuper puisqu'elles gèrent désormais leurs budgets. Même si elles peuvent créer des Fondations, lever des fonds, recruter de manière autonome, les universités restent néanmoins très dépendantes des budgets ministériels.

**« LA MISE EN PLACE D'UN NUMERUS CLAUSUS AU NIVEAU EUROPÉEN POURRAIT-ELLE AMÉLIORER LA SITUATION ? »**

La piste d'une université totalement privée n'est pas non plus envisageable : à l'heure actuelle les organismes privés ne peuvent pas délivrer de diplômes nationaux dans le domaine de l'odontologie.

Autre piste évoquée : la création d'un Institut séparé, adossé à l'Université, qui prendrait en charge le coût de fauteuils pour la formation clinique des étudiants. Mais cet Institut serait directement confronté aux CHU. Une telle réforme nécessiterait un profond changement de mentalité.

### LA CRÉATION DE NOUVEAUX MÉTIERS

La question de la création de nouveaux métiers « dentaires » revient périodiquement sur le tapis, avec en particulier la profession d'hygiéniste. Mais la tendance va plutôt au renforcement d'un métier déjà existant, bien qu'insuffisamment valorisé, celui d'assistant dentaire. Cette profession vient de faire son entrée au Code de la santé publique. Aussi la première chose à faire est-elle d'en définir précisément les contours avant de penser à créer d'autres métiers. Une précision à ce sujet : si l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire fait bien partie du champ de compétences des assistants dentaires, le maquillage de céramiques, par exemple, ne devrait pas leur incomber.

Si le travail en équipe et la délégation de tâches sont à envisager, certaines limites doivent être posées.

## UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES BESOINS INCITERAIT À UNE MÉDICALISATION ACCRUE DE NOTRE PROFESSION.





# LA, PRÉVENTION

LA PRÉVENTION JOUE  
**UN RÔLE ESSENTIEL**  
DANS LA BONNE SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE DE  
NOS CONCITOYENS

---

## LA PRÉVENTION PREND TROIS FORMES DISTINCTES : **PRIMAIRE** QUI PERMET D'ÉVITER LA MALADIE **SECONDAIRE**, OU DÉPISTAGE PRÉCOCE D'UNE MALADIE **TERTIAIRE** QUI PERMET D'ÉVITER LES COMPLICATIONS, UNE FOIS LA MALADIE DÉCLARÉE

La prévention se doit d'être une œuvre collective et ne doit pas reposer uniquement sur la responsabilité des chirurgiens-dentistes. Si l'on veut que chacun conserve un bon état bucco-dentaire le plus longtemps possible, elle doit débuter dès le plus jeune âge, et même dès la grossesse, d'où l'importance de sensibiliser les futurs parents. Les pays nordiques (Norvège, Suède, Pays Bas, etc) y sont très attentifs, ils rendent la prévention bucco-dentaire obligatoire très tôt, elle commence à l'école et se poursuit toute la vie. Les résultats sont là : l'évolution de l'état dentaire des enfants et des adolescents est particulièrement positive. Nous avons fait le même constat, en France, notamment lors d'une importante diffusion des dentifrices fluorés.

## QUI PEUT PORTER LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE ?

Hormis les chirurgiens-dentistes, et sous leur responsabilité, les assistants dentaires, d'autres acteurs, les médecins, les sages-femmes, les pédiatres, ..., peuvent jouer un rôle important, notamment dans le cadre du PES (Parcours Educatif en Santé) mis en place.

Encore faut-il qu'ils prennent conscience, dès leur formation initiale, du lien entre les pathologies bucco-dentaires et d'autres comme l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, etc. La mise en place de formations communes entre les étudiants en médecine, en odontologie, en maïeutique et en pharmacie y contribuerait.

On parle souvent de nouveaux métiers et en particulier de la profession d'hygiéniste. Toutefois, il apparaît plus opportun de consolider la formation de l'assistant dentaire d'autant que c'est l'un des objectifs de l'inscription de cette profession au Code de la santé publique. On pourrait également mobiliser d'autres relais : les enseignants, le personnel médico-éducatif ou médico-social, les PMI, les maisons des adolescents, les missions locales, les soignants des EHPAD, la médecine du travail, les mutuelles, etc. Un effort de formation est à réaliser au niveau des assistantes maternelles en privilégiant les enfants qui ne sont pas gardés dans des structures collectives.

Parmi les acteurs publics, les ARS (Agences Régionales de Santé) sont un acteur clé : elles ont une mission de coordination des actions locales de santé. Leur rôle en matière de prévention va d'ailleurs être renforcé à partir de 2017.

De plus, pourquoi ne pas faire preuve d'imagination et impliquer des intervenants auxquels on ne pense pas forcément ?

Les banques alimentaires, par exemple, peuvent jouer un rôle auprès de populations difficiles à toucher autrement ; des distributions de brosses à dents et de dentifrice y ont déjà été expérimentées avec succès.

Reconnaissons néanmoins que, hors du cabinet dentaire, l'impact des messages de prévention n'est pas le même.

La formation des acteurs tiers est donc capitale. Autre condition importante : prioriser la cohérence entre les messages délivrés par le chirurgien-dentiste dans son cabinet et ceux véhiculés dans un cadre plus général.

## LES CRITÈRES DE MESURE DE L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION

Les études montrent que s'il est un domaine dans lequel la prévention est efficace, c'est bien celui de la santé bucco-dentaire. Aussi, se réfugier derrière une posture consistant à répéter que la prévention est un droit inaliénable pour le patient et une obligation pour le chirurgien-dentiste n'est pas suffisant.

Ce ne sont pourtant pas les arguments qui manquent : économiques (réduction des dépenses liées aux soins curatifs), qualitatifs (amélioration de l'état global de la santé bucco-dentaire, de la qualité de la vie), etc.



LE PROGRAMME  
**M'T DENTS**  
LANCÉ EN 2006, MET  
L'ACCENT SUR LES JEUNES :  
IL FAIT LE PARI QUE LES  
BONNES HABITUDES PRISES  
TÔT CONTINUENT D'ÊTRE  
EFFICACES TOUTE LA VIE.  
À CONDITION DE LES  
ENTRETEENIR DANS LE TEMPS.

On peut se demander pourquoi les politiques ne tiennent pas plus compte des études pour prendre leurs décisions. Il faudrait peut-être, pour les convaincre, sortir des tableaux de chiffres et traduire les conclusions en images parlantes (montrer par exemple la satisfaction des patients au travers de témoignages sur l'évolution de leurs attentes, la prise en charge fonctionnelle d'un besoin curatif, la recherche de santé globale...)

### OBLIGATION VERSUS SENSIBILISATION

Dans les pays nordiques, nous l'avons vu, la prévention bucco-dentaire est obligatoire. A l'école, les efforts sont concentrés sur les plus jeunes et le suivi est très strict. En France, deux examens à six ans et à douze ans sont « inscrits comme obligatoires ». Mais il n'y a en fait ni obligation de se présenter, ni suivi, ni sanction si les examens ne sont pas faits. Autrement dit, la France a inventé « l'obligation non obligatoire »...

Et la prévention ne touche finalement que les patients déjà prévention-conscients. Pour autant, l'obligation est un concept qui porte ses fruits dans certains domaines : le port obligatoire de la ceinture en voiture, par exemple, a fait baisser la mortalité routière. Pourquoi ne pas en faire autant dans le domaine de la prévention bucco-dentaire qui ne touche aujourd'hui que 60% de la population ? Les 40% qui passent à côté sont souvent des populations fragilisées qui auraient le plus besoin de prévention.

### SENSIBILISER LES POPULATIONS

Autre approche : sensibiliser la population et faire que celle-ci se sente concernée par « sa » santé bucco-dentaire.

Si chacun s'occupe de sa santé générale, tout se passe comme s'il y avait le corps d'un côté et la bouche et les dents de l'autre, sans que l'on fasse le lien entre eux.

Pour changer les choses, il faudrait mettre l'accent sur la santé de la bouche, sur l'esthétique, et pas uniquement sur les dents. Nous pourrions sortir de la dimension curative pour proposer une « médecine orale des 6 P » : Préventive, Prédicative, Participative, Personnalisée, de Preuve, de Plaisir.

Un changement de terminologie pourrait aider à faire passer le message : l'expression « santé orale », intégrant le volet fonctionnel, serait plus appropriée que « santé bucco-dentaire ».

De même, on pourrait parler de « médecin-dentiste » ou de « médecin oral » en lieu et place de « chirurgien-dentiste », renforçant ainsi la dimension médicale de ce dernier.

Il serait bon, aussi, d'améliorer l'image des soins de santé orale, et pourquoi pas, de valoriser l'image des chirurgiens-dentistes dans les œuvres de fiction ! Au cinéma, dans les séries télévisées, les « dentistes » sont parfois des personnages peu sympathiques... et les scènes où l'on voit des comédiens se brosser les dents sont rares et rarement positives. Tout cela alimente une mauvaise image de la santé orale, ce serait bien de la changer.

**« METTRE L'ACCENT SUR LA SANTÉ DE LA BOUCHE, SUR L'ESTHÉTIQUE, ET PAS UNIQUEMENT SUR LES DENTS. »**





## TOUCHER TOUTES LES POPULATIONS

L'effort de sensibilisation à la prévention, s'il est mené, doit tenir compte de la diversité des cibles dans un souci d'équité. Comment toucher ceux qui en ont le plus besoin alors que bien souvent les programmes sont suivis par les populations les plus averties ? Quels sont les profils à viser ? On peut distinguer trois groupes :

### - Les populations à besoins spécifiques

On y trouve, entre autres, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les SDF, les familles monoparentales, les personnes fragilisées économiquement (CMU, AME...), etc.

### - Les indifférents

Les réfractaires à tout soin dentaire, les négligents, les pressés, les hyperactifs ayant un agenda de ministre, les désorganisés, etc.

### - Les anxieux

Ceux qui ont peur de la douleur ou peur d'être jugés, ceux qui se sentent stigmatisés en raison d'une autre maladie, ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes, etc.

Cet inventaire à la Prévert montre à quel point les publics concernés par la prévention sont variés, tant d'un point de vue sanitaire que psychologique ou socioéconomique.

La difficulté est d'adapter les discours et les actions de prévention aux spécificités de ces différents publics.

## LES TIC ET LA PRÉVENTION

Les TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ont aussi un rôle à jouer. La brosse à dent connectée ou le jeu pédagogique permettent de suivre la qualité du brossage et apportent une touche ludique notamment appréciée par les enfants. Ces derniers peuvent ensuite jouer un rôle d'ambassadeur des bonnes pratiques auprès de leurs parents.

L'efficacité de ces outils, si elle est avérée sur une courte période, est moins évidente à moyen et long terme.

En matière de prévention, le relationnel reste irremplaçable : rien de tel qu'un face-à-face personnalisé avec un professionnel aguerri pour changer durablement de comportement.

## LA PRÉVENTION AU FUTUR

Et si l'on parlait de la prévention au futur ? Quels en seraient les facteurs de succès ? On peut en retenir deux : la crédibilité de l'émetteur et une approche centrée sur le patient, avec une vision de la santé orale dépassant les simples soins dentaires.

La place du chirurgien-dentiste dans la filière de soin s'en trouverait renforcée ; quant aux acteurs de la prévention il leur faudrait une formation plus complète.

Pour toucher notamment la cible des indifférents précédemment évoquée, une autre approche est envisagée : créer un pack « soins-prévention » dans lequel le curatif jouerait le rôle de produit d'appel. Mais des désaccords existent, certains insistant au contraire sur la nécessité de bien dissocier la prévention des soins : « les actes de prévention doivent être des actes soignants à part entière, valorisés financièrement à leur juste valeur ».

**« PRIORISER LA COHÉRENCE ENTRE LES MESSAGES DÉLIVRÉS PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE ET CEUX DIFFUSÉS DE FAÇON PLUS GÉNÉRALE »**

A large crowd of diverse people, including men, women, and children of various ages and ethnicities, are gathered together to form a large heart shape. They are standing on a light blue surface, and their shadows are cast on the ground. The crowd is dense and colorful, with people wearing various clothing. The heart shape is the central focus of the image.

# LA DÉMOGRAPHIE

**DEUX ASPECTS**  
DE LA DÉMOGRAPHIE  
SONT À PRENDRE  
EN COMPTE :  
LA STRUCTURATION  
DES PATIENTS ET CELLE  
DES CHIRURGIENS-  
DENTISTES

---

## A. LES PATIENTS LES PROBLÈMES DIFFÈRENT SELON LA TRANCHE D'ÂGE DES INDIVIDUS.

### LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES JEUNES

D'une manière générale, on constate que la santé bucco-dentaire des jeunes s'est améliorée au cours des vingt dernières années. L'éducation -et plus spécialement l'éducation à la santé- a considérablement évolué, avec pour effet la diminution du nombre de caries dans cette population. D'autres facteurs expliquent également les progrès enregistrés : l'action de l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) dans les écoles, l'apparition du dentifrice fluoré, une meilleure compréhension de la relation entre consommation de sucre et apparition des caries, etc. Ce constat doit toutefois être nuancé : si, à l'époque, les 15-20 ans présentaient tous des caries, aujourd'hui 20% de cette classe d'âge concentre 80% des caries. Force est d'observer que cette même population ne fréquente pas régulièrement les cabinets alors qu'elle en aurait le plus besoin.



Dans certains types de familles, comme des familles monoparentales ou en situation de précarité, la prévention bucco-dentaire n'est pas une priorité, compte tenu des difficultés qu'elles rencontrent au quotidien. On peut le déplorer, mais il y aurait bien aujourd'hui un lien entre caries et situation sociale. Si l'on s'intéresse aux 80% de la population dont la santé bucco-dentaire s'est améliorée, il faut relativiser la portée de ces résultats. En effet, pour beaucoup d'entre eux, la situation reste fragile : il suffit de comportements inappropriés pour les voir basculer dans la catégorie à risque. Ainsi on constate que la santé bucco-dentaire des jeunes évolue avec leurs conditions de vie. Jusqu'à l'âge de 20 ans, tant qu'ils vivent chez leurs parents, ils ont globalement une bonne hygiène. La situation peut se détériorer lorsqu'ils deviennent étudiants. Seuls, en résidence ou en colocation, ils mangent mal, trop vite, sont stressés, relâchent leur vigilance et oublient « d'aller chez le dentiste ». L'entrée dans la vie active n'arrange rien. Elle s'accompagne bien souvent d'une certaine négligence pour la santé en général, et pour la santé bucco-dentaire en particulier.

Cela ne concerne pas uniquement les étudiants, mais aussi certains jeunes qui entrent dans la vie active : il y a une vraie modification dans une latence de 4 à 5

ans. Il faut rester vigilant sur les effets du grignotage, de la restauration rapide, ... L'évolution de la typologie des jeunes, et en particulier la consommation de produits mous, fait qu'aujourd'hui, ils ont un besoin de traitement ODF (Orthopédie Dento-Faciale) plus prononcé qu'il y a 20 ans.

Si la prévention porte ses fruits chez les jeunes, les résultats, on le voit, restent très inégaux.

### LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Au cours des prochaines années, le vieillissement de la population va profondément changer les conditions d'exercice de la profession. La prise de conscience, au niveau des infrastructures publiques comme privées, ne semble malheureusement pas être à la hauteur des enjeux.

**« AUJOURD'HUI, LE  
PATIENT EST DEVENU  
ACTEUR DE SA SANTÉ  
ET C'EST TANT MIEUX ! »**

Dans les EHPAD (Établissements d'Hospitalisation pour Personnes Âgées Dépendantes), par exemple, peu d'organisation spécifique a été mise en place et seulement dans certaines régions. Le problème vient du fait que le personnel n'est pas formé à l'hygiène bucco-dentaire. Bien souvent celui-ci ne se rend pas compte des problèmes et de l'importance de cette hygiène.

De même, les patients (ou leur famille) n'ont pas eux-mêmes conscience du délabrement de leur état bucco-dentaire. Le constat est identique dans les structures destinées aux personnes en situation de handicap physique ou mental, bien que l'on puisse noter une tendance à une meilleure organisation pour les personnes en situation de handicap.

Même si la formation est faite ponctuellement, elle n'est pas forcément suivie d'effets puisqu'il y a un « turnover » important de ces personnels.

Faut-il mieux recourir à un personnel dédié et formé ?

Une autre question concerne le sous-équipement en plateaux techniques ; on peut trouver des solutions, comme le montre une expérimentation menée en Ile-et-Vilaine.

Dans ce département, un EHPAD dispose à demeure d'un chirurgien-dentiste avec l'équipement adéquat ; une relève par bus permet aux pensionnaires des autres EHPAD de venir se faire soigner.

## CONCLUSION SUR LES PATIENTS

Ce retour en arrière sur les vingt dernières années ne doit pas nous faire perdre de vue que toute prévision est difficile, rendant si complexe la définition des futures politiques publiques.

Si, grâce à l'analyse démographique, on peut avoir une vision approximative de ce qui nous attend, la part d'imprévisible reste toutefois significative.

Qui peut prédire où en seront les technologies dans vingt ans ? Qui peut prévoir les événements géopolitiques à venir ?

L'afflux actuel de migrants que nul n'aurait pu imaginer il y a encore 18 mois, ne manquera pas, par exemple, d'avoir un impact sur les besoins et demandes de soins dans les années à venir. Et que dire des évolutions à très long terme quand on constate, par exemple, que les encombrements dentaires d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes que ceux d'il y a vingt ans !

Chez les jeunes, l'arcade dentaire, notamment mandibulaire, est moins grande qu'auparavant, augmentant le besoin d'ODF (orthopédie dento-faciale). Qu'en sera-t-il dans cinquante ans ? Peut-on prévoir l'avenir ?

## « LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION VA PROFONDÉMENT CHANGER LES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA PROFESSION. QUI S'EN PRÉOCCUPE VRAIMENT ? »

De plus, il y a 20 ans, les praticiens estimaient ce qui était bon pour leurs patients : technologiquement, médicalement et financièrement.

En d'autres termes, ils décidaient pour eux. Aujourd'hui les chirurgiens-dentistes présentent plusieurs propositions thérapeutiques à leurs patients, qui choisissent.

L'âge et la situation socioéconomique des patients ne sont pas les seuls facteurs de disparité. Les comportements ont, eux aussi, beaucoup changé au cours de ces dernières années. Toutefois, évoquer « le » patient en général, c'est oublier qu'il existe « des » patients très différents les uns des autres. Une grande part de la population continue à s'en remettre totalement à son praticien. Ces personnes, lorsqu'elles sont mécontentes, n'ont quasiment jamais le réflexe de saisir le Conseil de l'Ordre.

Elles changent simplement de praticien, à condition de pouvoir le faire, ce qui est loin d'être toujours le cas dans les zones très sous-dotées.

On le voit, le niveau d'information et de compréhension du patient, son degré de coopération éclairée avec le chirurgien-dentiste varient énormément. Reste une constante confirmée par l'ensemble des études existantes : les Français ont globalement confiance dans leur chirurgien-dentiste. Nous sommes entrés dans une ère d'information, de communication et de consentement éclairé.

Le patient est devenu acteur de sa santé et c'est tant mieux !



## B. LES CHIRURGIENS-DENTISTES LA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE DIFFÈRE SELON LA STRUCTURATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

### RÉPARTITION PAR STRUCTURES D'EXERCICE

Les jeunes praticiens ont-ils envie d'exercer comme auparavant dans un cabinet individuel ou plutôt au sein de cabinets de groupe réunissant plusieurs chirurgiens-dentistes ou d'autres professions médicales ?

En France, comme dans de nombreux pays européens, les jeunes diplômés s'orientent majoritairement vers des structures comportant d'autres chirurgiens-dentistes (collaboration salariée ou libérale), pendant environ 4 ans, avant de choisir -pour 90% d'entre eux- l'exercice libéral. C'est pour eux la possibilité de démarrer rapidement, sans le poids des contraintes administratives et avec un niveau de rémunération assuré dès leur début de carrière. Pour amortir les coûts d'installation, réaliser des économies d'échelle, ils privilégient des structures

de groupe. Ce qui leur permet par la même occasion de partager les tâches administratives, d'échanger des conseils, et d'associer des compétences.

Ainsi, pour une majorité de diplômés en début de carrière, le choix du salariat est un choix délibéré. La formation initiale prépare peu à l'exercice libéral.

Les étudiants ont besoin d'intervenants de terrain -des chirurgiens-dentistes en exercice- expliquant des sujets concrets : conseils pratiques, réponses à des « vraies » questions (quel type de matériels acquérir par exemple ?).

L'enjeu est crucial : il faut pouvoir concilier l'exercice libéral classique, la formation universitaire et la pratique hospitalière.

Quelques notes d'optimisme tout de même : le stage actif obligatoire de 250 heures que les étudiants de 6<sup>ème</sup> année doivent réaliser, présente des résultats tout à fait positifs. La création d'une année civique ou année de tutorat, post formation initiale, pourrait, elle aussi, donner des résultats. En s'inspirant de ce

« LA RÉPONSE AU  
PROBLÈME DES  
ZONES TRÈS SOUS-  
DOTÉES VIENDRA D'UNE  
CONJONCTION DE  
MESURES PLUTÔT QUE  
D'UNE SEULE »

qui se passe déjà dans seize autres pays européens, la France pourrait conditionner la délivrance du conventionnement à l'exercice dans une zone très sous-dotée (pendant 12 ou 18 mois), soit sous forme de collaboration salariée, soit sous forme de collaboration libérale. Dans certaines zones, l'État ou les ARS pourraient créer des structures adéquates avec des locaux et des plateaux techniques dédiés.

À nous d'encourager les jeunes diplômés à multiplier les expériences, lors de leurs études, pendant leurs stages, en début de carrière, via des collaborations avec des chirurgiens-dentistes libéraux. Ils élargiront leurs horizons et amélioreront leur compréhension du métier.

## LE PROBLÈME DES ZONES TRÈS SOUS-DOTÉES

À côté de bassins de vie très sur-dotés (10% du territoire), on dénombre de plus en plus de zones quasi-désertes en termes d'accès aux soins dentaires. Cette inégalité, cette hétérogénéité posent problème. Quelles réponses apporter ?

Les regroupements pluridisciplinaires associant chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé peuvent être une solution à condition de trouver des locaux adaptés en termes d'espace et de modularité.

D'autres mesures existent. Certaines ont d'ores et déjà été adoptées : le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) est effectif depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Il favorise l'installation et le maintien de chirurgiens-dentistes libéraux dans des zones dites « très sous-dotées ». Les étudiants qui choisissent de s'y établir

bénéficient d'une bourse à partir de leur 2<sup>ème</sup> année d'études de 1 200€ brut/mois en contrepartie d'un exercice dans ces zones pendant une durée correspondant aux années de versement de cette bourse. D'autres mesures existent, notamment les mesures conventionnelles d'aide à l'installation, avec des allègements de charges sociales et une aide forfaitaire pendant 5 ans.

Une certitude, la réponse au problème des zones très sous-dotées viendra d'une conjonction de mesures plutôt que d'une seule mesure « magique » !

## LE PROBLÈME DES ZONES TRÈS SUR-DOTÉES

Le conventionnement sélectif pourrait lui aussi être une idée intéressante, celui-ci ne s'appliquant que dans des zones très sur-dotées. C'est en tout cas une piste de

négociation ouverte aux partenaires conventionnels, Assurance Maladie et syndicats représentatifs. Comme pour les infirmiers, on pourrait agir sur les zones très sur-dotées en n'accordant de nouveaux conventionnements qu'à l'occasion du départ d'un (ou plusieurs) chirurgiens-dentistes conventionnés présents sur la zone. Sans pour autant remettre en cause la liberté d'installation.

## QUID DES DENTISTES FORMÉS DANS D'AUTRES PAYS D'EUROPE ?

L'afflux de nouveaux praticiens formés dans différents pays européens (en vertu de la reconnaissance automatique des diplômes organisée par la directive 2005/36 de l'Union Européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles) contribue à modifier aussi la démographie de la profession. Depuis 2012, le nombre de primo-inscrits européens formés dans leurs pays (praticiens espagnols formés en Espagne, roumains formés en Roumanie, etc) est en nette augmentation.

On assiste également à deux phénomènes nouveaux : d'une part, l'arrivée de diplômés portugais, grecs ou encore tunisiens formés par exemple en Roumanie ; d'autre part, l'augmentation de primo-inscrits français partis étudier en Roumanie, Belgique ou Espagne. Au total le nombre de primo-inscrits à l'Ordre, diplômés d'universités européennes, a cru de 17% en 2015 portant à 37% les primo-inscrits diplômés à l'étranger. On s'attend à une croissance encore plus





## « TROUVER DE NOUVELLES SOLUTIONS FACE A L'ACCROISSEMENT ATTENDU DU NOMBRE DE PRATICIENS »

1

forte dans les années à venir, alors que personne n'a anticipé une telle inflation. On risque donc de se trouver face à une augmentation non contrôlée du nombre de chirurgiens-dentistes, pouvant provoquer un dangereux déséquilibre entre l'offre et la demande.

### VERS UN RISQUE DE CHÔMAGE DES CHIRURGIENS-DENTISTES ?

Aujourd'hui, la profession ne connaît pas de problème d'emploi contrairement à ce qui se passe dans la péninsule ibérique. Mais, avec l'arrivée en nombre de diplômés étrangers et le fait que de plus en plus de praticiens de plus de 65 ans continuent à exercer, cela peut évoluer. Il n'est pas exclu que dans un avenir plus ou moins proche on assiste à un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins dentaires, du moins dans certaines régions.

Il est certain que le discours que l'on entendait il y a quelques années selon lequel il fallait augmenter le numerus clausus en France n'est plus d'actualité. Il faut au contraire trouver des solutions face à l'accroissement attendu du nombre de praticiens.

La solution viendra-t-elle de la création d'un numerus clausus européen ? On peut envisager l'étude d'un numerus clausus européen qui permettrait de former en Europe un nombre de praticiens en adéquation avec les besoins de notre continent.

La tendance européenne n'est pas à la diminution du nombre d'étudiants en odontologie, l'OMS prévoyant à terme un déficit de 2 millions de professionnels de santé dans l'Union... De plus, renoncer au numerus clausus français au profit d'un numerus clausus européen serait prendre le risque de perdre en autonomie, sans garantie de voir le nombre de chirurgiens-dentistes diminuer, bien au contraire.

Et quand bien même un numerus clausus européen serait mis en place, il n'empêcherait pas les diplômés européens de s'installer dans le pays de leur choix en vertu de la libre circulation des personnes. La France étant l'un des pays les plus attractifs, elle continuerait d'accueillir ces diplômés. Il faudrait imaginer d'autres solutions.

### EN CONCLUSION

Pour faire face aux défis de la démographie des populations et des praticiens, c'est tout un éventail de mesures qu'il faut mettre en œuvre.

En ayant recours autant que possible à la concertation et en priorisant bien entendu la santé publique.

# LE FINANCEMENT

## ET L'ACCÈS À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

**UN SYSTÈME  
DE FINANCEMENT À  
BOUT DE SOUFFLE ?  
IL EST TEMPS D'EN  
PRENDRE CONSCIENCE  
ET DE TROUVER DES  
IDÉES POUR L'AVENIR.**



**LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA SANTÉ GÉNÉRALE. AUSSI LE VÉRITABLE ENJEU POUR LE PATIENT N'EST-IL PAS « L'ACCÈS À LA SANTÉ » PLUTÔT QUE LE SIMPLE « ACCÈS AUX SOINS » ?**

**QUE SE PASSERAIT-IL SI L'ASSURANCE MALADIE ABANDONNAIT SES PRÉROGATIVES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES SOINS BUCCO-DENTAIRES ?**

Dans un passé pas si lointain il n'existait pas de prise en charge des frais de santé par la collectivité. Au sortir de la deuxième guerre mondiale, la création de la Sécurité Sociale eut pour objet de collectiviser les financements afin de permettre à tous, y compris les personnes en état de faiblesse économique, d'accéder aux soins. Depuis, les Français ne souhaitent plus rien payer pour leur santé. La plupart d'entre eux pensent que le reste à charge se doit d'être faible.

Ailleurs d'autres systèmes existent avec des résultats intéressants tant sur le plan financier qu'en matière de santé. Dans certains pays, les soins ne sont pas remboursés mais ouvrent droit à des déductions d'impôts.

En Italie, les soins dentaires ne sont pratiquement pas remboursés.

Le système américain, lui, repose largement sur l'assurance privée. En France, et c'est une de nos spécificités, on défend l'universalité : ainsi, en matière bucco-dentaire, toute personne peut avoir accès à des soins conservateurs quels que soient ses revenus.

Changer les choses en remettant en cause la prise en charge par l'Assurance Maladie serait non seulement une révolution, mais serait considéré comme un retour en arrière. En raison des habitudes existantes, on peut penser que l'explosion du système conduirait à une catastrophe en matière de santé publique. Seuls les patients ayant eu la sagesse (et les capacités) d'anticiper pour leur santé pourraient s'en sortir.

Les patients ne sachant ou ne pouvant épargner, se retrouveraient dans une situation difficile.

**« IL EST TEMPS QUE LES ACTEURS SE RESSAISSENT AFIN DE TROUVER DES IDÉES POUR L'AVENIR. »**



L'Assurance Maladie prend en charge une part non négligeable (de l'ordre de 33%) du financement des soins bucco-dentaires. Si l'on supprimait cette part, ce serait aux ménages de l'assurer au travers de contrats d'assurance individuels de type HMO (Health Maintenance Organization), ou d'accepter un reste à charge beaucoup plus important ; or celui-ci est déjà considérable. On estime qu'il atteignait 2,7 Mds d'euros en 2013 !

S'il devait fortement augmenter, des arbitrages s'avèreraient nécessaires, la santé devenant alors un poste de dépense comme un autre. Quand on sait qu'avec le système actuel, à peine 6 Français sur 10 vont spontanément chez le chirurgien-dentiste, (les autres n'y allant qu'en cas d'urgence), on n'ose imaginer la situation !

En effet si les ménages se mettaient à consulter moins souvent leur chirurgien-dentiste de façon proactive, l'état bucco-dentaire des Français se dégraderait fortement. Face à l'aggravation d'un tel risque, les assureurs complémentaires devraient réaliser des provisions financières massives, particulièrement pour les mutuelles santé dont la situation deviendrait quasiment intenable.



## LES RAISONS D'UNE CRISE

Les assurés sociaux sont devenus des « consommateurs de soins ». Au moment où la Sécurité Sociale fête ses 70 ans, nous sommes responsables si le système de financement et les modèles de la santé bucco-dentaire sont à bout de souffle. Il est temps que les acteurs se ressaisissent afin de trouver des idées pour l'avenir. Parmi ces acteurs, il y a d'abord les pouvoirs publics dont les actes ne suivent pas forcément les paroles : comment expliquer par exemple que depuis 5 ans on augmente massivement les taxes sur les complémentaires alors qu'on veut en généraliser l'accès ? Comment accepter que si peu ait été fait sur la prévention alors que le « rapport Attali » préconisait dès 2008 d'investir massivement dans ce domaine ?

Les discours promeuvent les soins précoces mais, dans la pratique, les chirurgiens-dentistes n'y sont pas encouragés ; c'est même tout le contraire qui se produit. Tout cela parce qu'on n'a eu de cesse de refuser la revalorisation des soins conservateurs, au point de contraindre les cabinets dentaires à rétablir l'équilibre financier par le prix des prothèses. Certains en arrivent à ne plus faire que 10% de soins pour 90% de prothèses, appliquant à la santé bucco-dentaire le précepte de « l'îlot de pertes dans un océan de profit » défendu par Bernardo Trujillo dans la grande distribution.



On est pourtant loin de l'océan de profit dans le dentaire ; les chiffres parlent d'eux-mêmes :

- les soins conservateurs représentent en moyenne 58% du temps passé mais seulement 28% des honoraires perçus ;
- un cabinet qui ne ferait que des soins conservateurs dégagerait en moyenne un chiffre d'affaires de 100 000 euros pour des charges de 130 000 euros.

Le constat s'impose de lui-même, notre système de financement est bancal ; s'il n'est pas réformé il explosera.

**« LES SOINS  
CONSERVATEURS  
REPRÉSENTENT  
EN MOYENNE 58%  
DU TEMPS PASSÉ  
MAIS SEULEMENT 28%  
DES HONORAIRES  
PERÇUS »**

## DÉBAT SUR L'OPPORTUNITÉ D'UNE ÉTUDE MACROÉCONOMIQUE SUR LE COÛT DE L'HEURE DE SOIN DANS UN CABINET DENTAIRE

Pour réformer le système, il faut bien le connaître. Dans les interviews ayant servi à préparer le Grenelle de la Santé bucco-dentaire, l'idée suivante est née : réaliser deux études afin de valoriser l'écosystème de la santé bucco-dentaire dans sa dimension financière. La première étude serait d'ordre macroéconomique et porterait sur la totalité du secteur ; la seconde, microéconomique permettrait d'établir de manière indiscutable le prix de revient d'une heure de cabinet dentaire.

Mais tout le monde n'est pas d'accord sur l'opportunité de telles études... Pour les uns, cela permettrait d'obtenir des chiffres constituant une base objective de discussion. Pour les autres, le concept de « coût moyen d'une heure de cabinet » n'a pas de sens. Les cabinets sont trop différents les uns des autres, en termes de taille, de localisation ou d'activité. D'autant qu'une heure « chère » peut avoir deux significations : il peut s'agir d'une heure consacrée à une tâche à haute valeur ajoutée demandant un haut niveau de technicité ; ou d'une heure passée sur des soins courants dans un cabinet mal organisé.

Une étude similaire, effectuée il y a 10 ans dans l'univers de l'anatomopathologie, le montre. On s'est aperçu que les chiffres collectés masquaient une grande disparité entre un laboratoire aux charges élevées suite à des investissements dans des techniques de pointe, et un autre aux charges identiques, mais dues à une mauvaise organisation.

Une approche purement comptable de l'heure de soin risque de ne pas être le reflet de la réalité. Elle peut même remettre en question le niveau des marges professionnelles. Doit-on en déterminer le montant sans se préoccuper de la nature et de la qualité des services rendus ?

**« AUJOURD'HUI, 33% DU FINANCEMENT DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EST PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE »**





# LE CABINET DU FUTUR

QUE SERA LE CABINET  
DENTAIRE DANS  
15 OU 20 ANS ?  
ET QUELLE PLACE  
OCCUPERA LE  
CHIRURGIEN-DENTISTE  
DE DEMAIN ?

**DEMAIN COMME AUJOURD'HUI, LE RÔLE DU CABINET DENTAIRE, ET DU CHIRURGIEN-DENTISTE, SERA DE RÉPONDRE AUX BESOINS ET ATTENTES DES PATIENTS ET DE LA SOCIÉTÉ.**

## LA DISRUPTION EST EN MARCHÉ

Impossible cependant d'ignorer les transformations que va engendrer la révolution numérique.

Les bouleversements attendus seront globaux ; organisation du cabinet, évolution du diagnostic, des traitements, de la communication et de la relation avec les patients, etc.

À l'instar de nombreux secteurs, une véritable disruption numérique est en marche. Chercher à la ralentir n'est pas la solution ; il faut au contraire l'accompagner en prévoyant des garde-fous pour préserver l'intérêt supérieur : la santé du patient.

Que faut-il entendre par « futur » ou « futurisme » ? Certaines technologies « du futur » existent déjà, telle l'empreinte



optique ou la CFAO (Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur).

Les vrais concepts avant-gardistes « futuristes » sont la robotique, les « big data », l'utilisation de l'ADN. Ce sont eux qui vont impacter fortement la profession ; dès lors, plutôt que d'évoquer une simple évolution, c'est bien d'une réelle transformation du métier dont il s'agit.

Cette « révolution » va s'accélérer dans les années à venir sous l'effet de bouleversements non seulement technologiques, mais aussi démographiques et réglementaires.

Parler « du » cabinet du futur peut être trompeur ; mieux vaut parler « des » cabinets du futur car à l'avenir différents modèles coexisteront, avec des formes différentes selon l'implantation dans de grands centres urbains ou dans des zones rurales.

## LE FUTUR RÔLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Il est difficile de parler du cabinet dentaire du futur sans évoquer, en premier lieu, le chirurgien-dentiste du futur.

Les progrès de la robotique et de l'intelligence artificielle vont à coup sûr transformer son rôle. D'ici 25 ans, les systèmes-experts d'aide au diagnostic et à la prescription devraient se généraliser. Certains annoncent même l'arrivée de machines plus « sachantes » et plus performantes que l'homme, ce qui amènerait, demain, les patients à préférer être soignés par elles, une fois la preuve de leur efficacité démontrée.

La partie strictement technique du métier étant prise en charge par la machine, le chirurgien-dentiste de demain se concentrera sur l'évolution des comportements et l'accompagnement des patients dans la durée. Moins technicien mais maîtrisant la technique, plus psychologue, il sera là pour contrôler, expliquer, motiver, rassurer et accompagner.

Il aura un rôle fondamental dans l'éducation à la santé.

### LE CABINET DE GROUPE AVEC PLUSIEURS CHIRURGIENS-DENTISTES

Dans quels types de structures le chirurgien-dentiste exercera-t-il son nouveau rôle ? Deux modèles semblent nettement se dégager ; le cabinet de groupe réunissant plusieurs praticiens sur un même site, et le cabinet individuel connecté à un réseau. Aujourd'hui, une majorité de chirurgiens-dentistes exerce seul. Parfois, certains exercent sans assistant dentaire ni secrétaire, et avec peu de connaissance du fonctionnement d'une entreprise. Cette carence entrepreneuriale se retrouve dans d'autres professions médicales, mais dans le monde dentaire, au regard de l'importance des investissements nécessaires, elle est particulièrement préoccupante.

On évalue ces investissements à 320 000 € en moyenne pour un cabinet individuel, 400 000 € pour un cabinet de deux praticiens, et 450 000 € pour trois praticiens. Ne serait-ce que de ce seul point de vue économique, le regroupement est intéressant.

**« PLUTÔT QUE D'ÉVOQUER UNE SIMPLE ÉVOLUTION, C'EST BIEN D'UNE RÉVOLUTION DU MÉTIER DONT IL S'AGIT »**



### ÉCONOMIE ET CONFORT

L'évolution fait que les plateaux techniques seront de plus en plus onéreux : au coût du local, du fauteuil (30 000 € en moyenne), de la chaîne de stérilisation (20 000 € en comptant le mobilier), des dispositifs de radiologie (au moins 20 000 €), des logiciels, il faudra bientôt ajouter par exemple un scan ADN, un analyseur salivaire, une prise d'empreinte optique (40 000 à 50 000 €), des outils de CFAO, etc. La facture va s'alourdir considérablement, incitant les praticiens à se regrouper.

Le financement n'est pas la seule motivation ; travailler en groupe offre également plus de confort, de souplesse et de liberté dans la gestion du temps.

Ce sont autant de points très importants pour les jeunes générations qui se rendent compte que, seules, il leur est impossible de tout faire ; soigner, faire de la prévention, intervenir à l'extérieur, éventuellement enseigner, etc. L'organisation du cabinet elle-même s'en trouve optimisée ; à plusieurs on peut engager des secrétaires, des prothésistes dentaires, des assistants dentaires dont certains particulièrement formés à l'hygiène bucco-dentaire, voire peut-être comme dans certains pays d'Europe ou au Québec, des hygiénistes.

Véritable TPE, le cabinet de groupe peut compléter un ensemble plus large rassemblant d'autres professionnels de santé (médecins, infirmiers, etc.), organisé comme un GIE (Groupement d'Intérêt Économique) au sein duquel les diverses

responsabilités (administratives, comptables, financières) sont bien réparties.

### LA CONNEXION EN RÉSEAU DE CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS

L'alternative au cabinet de groupe est la structure en réseau reliant des chirurgiens-dentistes indépendants connectés entre eux et avec d'autres professionnels de santé.

Un mode d'organisation tout à fait pertinent d'un point de vue médical tant les interactions entre la santé de la bouche et la santé générale sont évidentes, à condition toutefois d'imaginer un parcours de soin offrant sa juste place au bucco-dentaire. Dans ce schéma, le chirurgien-dentiste pourrait jouer le rôle d'organisateur de la chaîne de soins ; il suffirait ensuite de définir les offres complémentaires à proposer, avec les praticiens adéquats pour les dispenser.

### L'ÉQUIPE DENTAIRE DU FUTUR

Cabinets de groupe, réseau de cabinets indépendants, ... Quelle que soit la formule, la notion d'équipe dentaire tend à s'imposer. Des métiers « nouveaux » pourront venir s'y greffer, tel l'ingénieur en santé, ... Le cabinet dentaire « du futur » sera un lieu où de multiples compétences pourront s'exprimer pleinement. Reste à fixer les limites des délégations de tâches qui lui permettraient de consacrer plus de temps à des soins plus complexes.

## « SOIGNER, FAIRE DE LA PRÉVENTION, INTERVENIR À L'EXTÉRIEUR, ENSEIGNER... SEUL, IL DEVIENT IMPOSSIBLE DE TOUT FAIRE »

### L'ESPACE-TEMPS DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS L'AVENIR

La mutualisation des compétences apparaît comme une tendance forte, d'autant qu'elle pourra prendre différentes formes ; en plus de son cabinet, le chirurgien-dentiste de demain aura la possibilité d'exercer également à l'hôpital, dans un cabinet spécialisé, chez un pneumologue pour apporter sa compétence dans le traitement de l'apnée du sommeil, ... Dans le futur, la mobilité d'exercice pourrait prendre de l'ampleur.

La profession connaîtra également une mutation de sa temporalité. Le chirurgien-dentiste sera amené à assurer la continuité de la prise en charge de son patient, même en dehors du cabinet. Les technologies numériques l'y aident déjà ; le virtuel (e-mails, réseaux sociaux, télémédecine, ...) change la nature de

la relation. Demain, des objets connectés telle une puce placée sur une dent permettront de générer des alertes à distance ; une téléconsultation suffira alors pour décider de la venue éventuelle du patient au cabinet. Innovation particulièrement intéressante pour les patients isolés ou pouvant difficilement se déplacer (personnes âgées en EHPAD ou personnes en situation de handicap, ...). Le cabinet du futur ne sera pas simplement un lieu « physique ».

### L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION

La formation des chirurgiens-dentistes va devoir s'adapter. Il faudra établir des passerelles entre la formation des étudiants en odontologie et celle des autres membres de l'équipe dentaire. L'idée étant de former ensemble des per-

sonnes qui seront amenés à travailler en équipe ; c'est tout l'intérêt d'un tronc commun en formation initiale. Il faudra également mieux préparer les étudiants aux domaines qui deviendront essentiels à l'avenir (psychologie, communication, éducation thérapeutique, ...).


Enfin, dans la perspective du développement des cabinets de groupe, une formation à la gestion d'entreprise deviendra indispensable. Pas question pour autant de transformer les chirurgiens-dentistes en « DRH d'entreprises dentaires » pour reprendre les termes d'un participant... Mais simplement d'inculquer aux étudiants les notions de management, d'organisation, de travail en réseau, dont ils auront besoin dans leur exercice futur.



# 23

# PROPOSITIONS CONCRETES POUR PRÉPARER DEMAIN

**LES 5 ATELIERS**  
ONT PERMIS DE  
DEGAGER UN  
CERTAIN NOMBRE  
D'ORIENTATIONS





ISSUES DU TRAVAIL DES ATELIERS FORMATION, PRÉVENTION, DÉMOGRAPHIE, FINANCEMENT ET CABINET DU FUTUR ORGANISÉS LORS DU GRENNELLE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE, LES PROPOSITIONS SUIVANTES ONT ÉTÉ RETENUES POUR LEUR INTÉRÊT.

## DÉVELOPPER LES PARTENARIATS ENTRE L'UNIVERSITÉ ET LES CHIRURGIENS- DENTISTES LIBÉRAUX

# 4

### PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'ATELIER « **FORMATION** »

...pour former les chirurgiens-dentistes dont la profession a besoin.

#### 1. ENVISAGER UNE MUTATION DE LA FORMATION INITIALE

Face aux difficultés que présente aujourd'hui pour les universitaires le fait d'être à la fois enseignants, chercheurs et praticiens, le groupe propose :

- d'ouvrir la création de postes hospitaliers à des praticiens non universitaires,
- de développer les partenariats entre l'Université et les chirurgiens-dentistes libéraux, en créant par exemple un système d'alternance,

- de développer l'enseignement de la prévention dans la formation initiale,
- de réfléchir sur une formation conjointe entre étudiants en chirurgie dentaire et assistants dentaires.

#### 2. RÉFLÉCHIR À UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA CONCEPTION DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Une réflexion est à mener sur la possibilité pour le chirurgien-dentiste de déléguer certaines tâches à l'équipe dentaire. Reste à définir précisément le périmètre de compétence de l'assistant dentaire, et à réfléchir à l'opportunité d'accueillir de nouveaux métiers.



### 3. METTRE L'ACCENT SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le patient étant au cœur du système, la formation doit envisager sa prise en charge sous différents aspects, médicaux, techniques et psychologiques.

### 4. REVOIR LE SYSTÈME DE FORMATION CONTINUE

Permettre à la profession de se réapproprier « sa » formation continue afin que celle-ci soit réellement en adéquation avec ses propres besoins et avec ceux des patients.

### AUTRES PROPOSITIONS DE L'ATELIER FORMATION

#### > MÉDICALISER PLUS FORTEMENT LA FORMATION INITIALE

La profession dentaire doit s'engager dans la prise en charge médicale du patient, ce qui passe par un allongement de la durée des études et une ouverture de la formation à d'autres professionnels. La refonte du système universitaire doit être intimement liée à celle des UFR (Unité de Formation et de Recherche) de santé et de leur financement.

#### > IMPACTER LA PRATIQUE PAR DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE FONDAMENTALE ET APPLIQUÉE

Il faut pour cela accentuer le volet recherche dans les UFR et développer les enseignements numériques. On veillera à encadrer l'e-santé afin que les professionnels et les financeurs puissent choisir les formations sur des critères de qualité indiscutables.

#### > METTRE EN PLACE DES STAGES EN ALTERNANCE

Le groupe recommande d'élargir l'offre de stages cliniques tout en complétant le maillage hospitalier en odontologie et en créant un système d'alternance en ambulatoire ou dans le privé. Il est également nécessaire de mieux définir le contenu des stages et le rôle du maître de stage. Il faut également penser à intégrer des praticiens afin d'intervenir dans les secteurs hospitalier et universitaire de la formation pour que les étudiants prennent en compte les diverses contraintes pesant sur leur

futur exercice. C'est une aspiration forte de la nouvelle génération.

90% de l'exercice de la profession dentaire se fait en libéral (contre 60% dans le médical). Il faut donc former les étudiants à la pratique libérale. Le rôle des stages est à cet égard essentiel.

#### > DÉFINIR LES COMPÉTENCES DE L'ASSISTANT DENTAIRE

Le fait, pour un chirurgien-dentiste, de travailler avec un assistant dentaire devient une nécessité. Dans le cadre de la définition des compétences des assistants dentaires, il serait intéressant de leur ouvrir des formations spécifiques pour faire évoluer le métier.

#### > MODERNISER LES RELATIONS PRATICIEN/PROTHÉSISTE DENTAIRE

Ces relations doivent s'adapter aux changements liés aux nouvelles technologies, sachant que le prothésiste dentaire fait partie de l'équipe dentaire, bien qu'il ne soit pas inscrit dans le Code de santé publique.

# 5

## PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'ATELIER « PRÉVENTION »

...pour donner à la prévention de vraies lettres de noblesse.

### 1. CRÉER UNE CULTURE COMMUNE DE LA « SANTÉ ORALE » CENTRÉE SUR LE PATIENT

Aujourd'hui, les chirurgiens-dentistes sont pleinement acteurs de la prévention, mais l'appellation de « chirurgien-dentiste » est trop limitative. Mieux vaudrait parler de « spécialistes de la santé orale ».

### 2. DONNER D'AUTRES FONCTIONS À DES PROFESSIONNELS EXISTANTS

La prévention peut être assurée par les assistants dentaires (les référentiels et leur profil de compétences sont en cours de définition).

Autre possibilité : créer un nouveau métier, éducateur/animateur en santé orale en lien avec les réseaux de soins. 90% des praticiens exercent en libéral, la profession souffre d'un certain manque de professionnels diplômés en santé publique.

### 3. INDIVIDUALISER LA PRÉVENTION

Les messages de santé publique sont souvent trop généraux. Il conviendrait

donc d'individualiser davantage la prévention en l'adaptant notamment aux populations vulnérables, que ce soit sur les plans physique, social, économique,...

### 4. FAIRE PARTICIPER PLEINEMENT LA PROFESSION AUX GRANDES CAMPAGNES NATIONALES

Pour que la prévention porte pleinement ses fruits, elle doit faire l'objet d'une campagne nationale.

Encore faut-il que celle-ci soit concrète et repose sur des programmes pilotes de recherche-action.

### 5. PRENDRE DU PLAISIR POUR DONNER DU PLAISIR AUX PATIENTS

Nous recommandons d'ajouter un 6<sup>ème</sup> « P » -le « P » de « Plaisir » (le brossage des dents doit être un plaisir)- aux 5 autres « P » qualifiant la santé orale : Préventif, Prédicatif, Participatif, Personnalisé, de Preuve.

Pour rendre la prévention attractive, il est important de mettre l'accent sur cette dimension plaisir. Il faut rendre le patient acteur et responsable de sa santé. Des actions très concrètes tels des messages positifs adressés via des sites Web sous forme de « flashs infos » sur la santé bucco-dentaire pourraient y contribuer.

### AUTRES PROPOSITIONS DE L'ATELIER PRÉVENTION

#### >AU NIVEAU COLLECTIF

La première idée est de favoriser les partenariats et la transversalité, notamment dans les programmes de formation de la filière santé : médecins, sages-femmes, infirmières, chirurgiens-dentistes, assistants dentaires...

L'objectif est de permettre une prise en charge efficiente et globale du patient.

#### >AUTRES NOTIONS

Trois autres propositions plus générales :

- Intégrer la prévention bucco-dentaire dans l'ensemble des campagnes et programmes de santé publique nationaux et régionaux ;
- Identifier des partenaires relais pour adapter les programmes de prévention bucco-dentaire aux publics-cibles ;
- Développer les programmes recherches-actions, notamment pour réduire les inégalités d'accès à la prévention.

Tout ceci nécessite bien évidemment des budgets car la prévention prend du temps, qu'il s'agisse de celui du chirurgien-dentiste, de l'assistant dentaire, ou d'un intervenant hors cabinet dentaire.

## 4

### PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'ATELIER « DÉMOGRAPHIE »

...pour répondre aux enjeux démographiques concernant la population des patients comme celle des chirurgiens-dentistes.

#### 1. ORIENTER LE STAGE ACTIF D'UNE JOURNÉE/SEMAINE VERS UN STAGE EN CONTINU

Le stage actif de 6<sup>ème</sup> année comportant 250 heures a fait la preuve de son efficacité. L'idée est de le renforcer en permettant de le réaliser en continu plutôt qu'à raison d'une journée par semaine, ce qui permettrait à l'étudiant de bénéficier d'une continuité de pratique. Une immersion complète pendant une certaine durée serait plus efficace. De plus, elle permettrait à l'étudiant de découvrir un bassin de vie plus éloigné, éventuellement en zone sous-dotée ou très sous-dotée.

En complément, il serait intéressant d'inciter des étudiants de 5<sup>ème</sup> et de 6<sup>ème</sup> années à poursuivre leur cursus dans un CHU d'une ville dépourvue de faculté de chirurgie dentaire.

Des expériences ont été menées en ce sens depuis 2008 dans plusieurs villes



avec succès : de nombreux étudiants se sont installés dans ces villes ou dans ces régions. Aujourd'hui, 120 étudiants sont concernés par le dispositif ; il conviendrait de l'étendre.

#### 2. CRÉER UNE « ANNÉE CIVIQUE » OU DE « TUTORAT », POST FORMATION DANS LES ZONES TRÈS SOUS-DOTÉES

L'idée est de proposer aux diplômés d'exercer dans une zone très sous-dotée pendant 12 ou 18 mois.

En s'inspirant de ce qui se passe déjà dans seize autres pays européens, la France pourrait conditionner la délivrance du conventionnement à l'exercice dans une zone très sous-dotée, soit sous forme salariée, soit sous forme libérale en tant que collaborateur. Dans certaines zones, les pouvoirs publics ou les ARS pourraient créer des structures adaptées avec des locaux et des plateaux techniques dédiés.

#### 3. RENFORCER LE CONTRÔLE DU NIVEAU DE FORMATION DES PRATICIENS À DIPLÔME ÉTRANGER ET DRESSER UN BILAN EUROPÉEN DES FORMATIONS CLINIQUES

De nombreux étudiants formés à l'étranger ne semblent pas avoir une expérience suffisante sur le plan clinique, ce qui poserait un vrai problème de santé publique. Une modification de la directive européenne 2005/36 permettrait de pallier ces lacunes en imposant une formation clinique suffisante à tout diplômé souhaitant s'installer. Tâche difficile car les parties prenantes françaises n'ont pas tous les leviers d'action pour influencer les politiques européennes. L'argumentation devrait se faire sur l'impératif de qualité des soins et la sécurité des patients. Faire valoir ces arguments est le seul angle possible pour inciter à une révision de la directive européenne.

## 4. METTRE EN PLACE UN CONVENTIONNEMENT SÉLECTIF DANS LES ZONES TRÈS SUR-DOTÉES

Le conventionnement sélectif en fonction du degré de formation clinique ou de la zone d'installation est une mesure à étudier dans un cadre précis. Il doit en tout état de cause concerner l'ensemble des praticiens. C'est une piste de négociation ouverte aux partenaires conventionnels : assurance maladie et syndicats représentatifs. Comme pour les infirmiers, on pourrait agir sur les zones très sur-dotées en n'accordant de nouveaux conventionnements qu'à l'occasion du départ d'un (ou plusieurs) chirurgien-dentiste conventionné présent sur la zone. Ce qui ne remettrait pas en cause la liberté d'installation mais le conventionnement.

## ADAPTER L'OFFRE DE SOINS AUX BESOINS RÉELS, ACTUELS ET FUTURS DES POPULATIONS

### AUTRES PROPOSITIONS DE L'ATELIER DÉMOGRAPHIE

#### >MENER DES ÉTUDES SUR LA DÉFINITION DES BESOINS DE SOINS RÉELS DE LA POPULATION AU FIL DES ANNÉES

Pour adapter l'offre de soins aux besoins réels, actuels et futurs des populations, il est nécessaire de mener des études intégrant le vieillissement, les migrations des populations, les disparités territoriales, le différentiel entre besoins et demandes de soins dentaires, ...

À prendre en compte également, l'évolution des technologies et des types d'exercice.

#### >METTRE EN PLACE UNE VISITE OBLIGATOIRE AVANT L'ENTRÉE EN EHPAD

Mesure simple, qui éviterait 90% des problèmes qui se posent en EHPAD. Une idée parfaitement réalisable quand on sait qu'il peut s'écouler un an entre la demande et l'entrée effective dans un EHPAD, largement assez pour procéder à une remise en état bucco-dentaire de l'intéressé, ou tout au moins pour traiter les principaux foyers infectieux.

#### >AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE PAR LA CRÉATION DE FAUTEUILS DANS LES CHR

Les CHR manquent aujourd'hui de fauteuils pour pouvoir dispenser une bonne formation clinique aux étudiants. Il serait important de créer des fauteuils supplémentaires, voire louer des fauteuils à temps partiel chez des praticiens libéraux.

#### >ADAPTER LA DÉMOGRAPHIE DES PRATICIENS AUX BESOINS RÉELS

La prévention peut profondément modifier les choses. Les politiques menées pour orienter la démographie des chirurgiens-dentistes doivent tenir compte des besoins de la santé publique.

## LA DÉMARCHE DE SOIN DOIT ÊTRE RÉORIENTÉE DANS SON ENSEMBLE VERS LA CONSERVATION TISSULAIRE.

### 5 PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'ATELIER « FINANCEMENT »

...pour faire progresser le financement de la santé bucco-dentaire, un véritable changement de paradigme est nécessaire et pas seulement une réforme à la marge.

#### 1. FAIRE UN TRAVAIL DE SENSIBILISATION

Il importe de faire comprendre à l'ensemble des acteurs que la santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé en général. Ce n'est pas un domaine à part.

#### 2. METTRE L'ACCENT SUR LA PRÉVENTION

Plus de prévention, c'est moins de prothèses à terme. Pour que cette prévention soit une réussite, il faut l'imaginer dans une logique de « parcours prévention », personnalisé en fonction de particularités liées par exemple au vieillissement ou à des pathologies spécifiques (diabète par exemple).

À créer, un BBD (Bilan Bucco-Dentaire) adulte, avec des consultations spécifiques dont la fréquence reste à déterminer. Le succès de cette démarche passe par une meilleure implication de l'équipe dentaire. Les assistants dentaires, notamment, pourraient jouer un grand rôle dans la prévention, sous la responsabilité du chirurgien-dentiste.

#### 3. FAIRE DES CONSULTATIONS DIFFÉRENCIÉES SELON LA SITUATION DU PATIENT

Selon l'âge des patients, leurs situations (physique, mentale, économique, sociale), leurs éventuels besoins spécifiques, le temps passé pour un même type de soins varie considérablement. Pourquoi la rémunération du chirurgien-dentiste ne serait-elle pas « personnalisée » pour tenir compte de ces disparités ?

#### 4. RÉORIENTER LA PRATIQUE VERS LES SOINS CONSERVATEURS

Revenir aux fondamentaux du métier implique une réflexion complète si l'on veut que les soins redeviennent attractifs pour le chirurgien-dentiste : niveau de rémunération de la prévention, des soins conservateurs, juste prix des prothèses.

Le modèle dans lequel le cabinet équilibre son activité en compensant une valorisation trop faible des soins conservateurs par la prothèse n'est pas tenable. La démarche de soin doit être réorientée dans son ensemble vers la conservation tissulaire.

Cette approche doit être la première valorisée dans la formation continue. Cet objectif devrait aisément obtenir un consensus, la mutation doit s'inscrire dans la durée. Il faudra que l'ensemble des acteurs participe à la discussion : financeurs, praticiens, prothésistes dentaires, et assurés sociaux.

## 5. RESPONSABILISER LES ASSURÉS SOCIAUX

Le bon fonctionnement du système de financement de la santé bucco-dentaire repose aussi sur la responsabilisation des assurés sociaux. Ces derniers doivent prendre au sérieux leur santé, venir aux rendez-vous fixés, se brosser correctement les dents...

Cependant ni les obligations, ni les sanctions ne suffisent à créer des comportements vertueux. La responsabilisation ne fonctionne que si l'on aide les patients à identifier au préalable un parcours de soins dentaires adapté et que le praticien les y accompagne.

Il n'est pas envisageable de proposer des remboursements différenciés selon le comportement des assurés sociaux. Mais la modulation des primes des complémentaires par un système de bonus (plutôt que de malus) est une question qui peut être posée. C'est aux pouvoirs publics de gérer cette sensibilisation partout où c'est possible : écoles, entreprises... Attention, néanmoins, à ne pas confondre responsabilisation et pénalisation ; la responsabilisation n'a de sens que si les patients maîtrisent leur capacité à se soigner. Si chacun ne prend pas en main sa santé bucco-dentaire, les actions de prévention et les efforts des praticiens resteront vains.

## AUTRE PROPOSITION DE L'ATELIER FINANCEMENT

### >METTRE EN PLACE UN VÉRITABLE ACCOMPAGNEMENT DES ASSURÉS SOCIAUX

Au-delà de la prévention, c'est un véritable accompagnement qu'il convient de mettre en place, jouant sur les deux volets que sont l'incitation et l'obligation. À l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays, on pourrait instaurer une visite annuelle obligatoire chez un chirurgien-dentiste. L'Assurance Maladie Obligatoire, les complémentaires, les associations et les pouvoirs publics doivent également assurer leur part du travail.



## 5

### PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'ATELIER « CABINET DU FUTUR »

... pour préparer la profession aux grands changements qui l'attendent.

#### 1. METTRE L'ACCENT SUR L'HUMAIN POUR COMPENSER L'OMNIPRÉSENCE DE LA TECHNOLOGIE

Pour contrebalancer la présence de plus en plus importante des machines et de la robotique, il faudra que le soignant accorde une large place à la psychologie, la pédagogie, la conviction.

#### 2. ORGANISER LA PRATIQUE EN RÉSEAU

Les cabinets du futur travailleront en réseau avec les patients (via des échanges par Internet) comme avec les autres professionnels de santé ou avec l'hôpital. Cette pratique doit s'envisager dès maintenant, la notion d'équipe doit s'étendre aux acteurs de santé extérieurs au cabinet dentaire car la santé bucco-dentaire ne s'arrête pas à sa porte. Une véritable association de compétences doit être mise en place entre les soignants, les soignés et les intervenants extérieurs.

L'évolutivité est la clé. Les cabinets du futur devront toujours mieux s'adapter aux patients, qui devront eux aussi s'adapter à la nouvelle ère du cabinet numérique. Un rééquilibrage devra s'opérer.

#### 3. METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Aujourd'hui, la profession souffre d'une absence de définition des bonnes pratiques et de contrôle de ces pratiques. Cette situation pourrait changer sous l'effet de pressions émanant des pouvoirs publics, et de l'instauration de normes et certifications.

Pour répondre à ces nouvelles demandes, pour s'auto-évaluer et instaurer une démarche qualité, le cabinet du futur devra apprendre à produire des données. La comparaison avec d'autres cabinets, dans une logique de « benchmark » (indicateur de performances), pourrait constituer un levier d'amélioration.

#### 4. REVOIR LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Les formations initiale et continue devront être revues ; il faudra s'assurer que le praticien de demain puisse en permanence réactualiser ses compétences, mettre en œuvre la santé orale 6 P (Préventive, Prédicative, Personnalisée, Participative, de Preuve et de Plaisir), afin de ne pas créer de disparités avec les jeunes diplômés formés aux dernières technologies.

#### 5. APPRENDRE À TRAVAILLER EN ÉQUIPES OUVERTES SUR L'HUMAIN

Les cabinets de groupe sont une réponse à l'inexorable augmentation des coûts résultant à la fois du progrès technologique, du renforcement des normes de sécurité et de qualité, et de l'exigence croissante des patients.



**IL FAUDRA QUE LE CABINET DU FUTUR SOIT AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ, EN COOPÉRATION AVEC LES AUTRES DISCIPLINES MÉDICALES.**

2

La connexion en réseau permettra d'orienter les patients vers les compétences les mieux adaptées à l'intérieur de la profession dentaire.

Elle permettra aussi d'organiser au mieux l'accès aux soins, notamment pour les personnes en situation de handicap ou les personnes en EHPAD. Elle devra impliquer non seulement les chirurgiens-dentistes et leurs partenaires directs, comme les prothésistes dentaires, mais aussi d'une façon plus générale l'ensemble des professionnels de santé.

La modernisation des cabinets ne doit pas être un prétexte pour créer de nou-

velles inégalités, en laissant la dentisterie hospitalière s'occuper des cas les plus lourds. Le cabinet du futur ne doit pas être un cabinet à deux vitesses.

Autrement dit, ce cabinet devra être accessible à tous. Il s'intéressera à la patientèle mais aussi aux besoins de soins du territoire. Pour cela, il lui faudra être au cœur du système de santé, en coopération avec les autres disciplines médicales.



A middle-aged man with receding hair, wearing a dark suit, white shirt, and patterned tie, is speaking into a black microphone. He has his right hand raised, palm facing forward, with fingers slightly spread. The background is a plain, light-colored wall.

# L'ÉCLAIRAGE D'UN EXPERT

ŒUVRER POUR UNE  
FILIÈRE D'EXCELLENCE  
DE L'ODONTOLOGIE  
FRANÇAISE, RECONNUE  
AU NIVEAU MONDIAL

INVITÉ DE L'ORDRE, JEAN DE KERVASDOUÉ A ASSISTÉ À L'ENSEMBLE DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE. APRÈS CHAQUE INTERVENTION DES RAPPORTEURS DES ATELIERS DU MATIN, IL A BIEN VOULU APPORTER SON ÉCLAIRAGE ET SON AVIS D'ÉCONOMISTE DE LA SANTÉ SUR LES DIFFÉRENTS SUJETS ABORDÉS. VOUS TROUVEREZ CI-APRÈS QUELQUES EXTRAITS DE SES PROPOS.

## À PROPOS DE LA FORMATION

Si l'on observe ce qui s'est passé dans le domaine de la médecine, on constate que l'internationalisation a pris plusieurs formes :

- celle de la recherche, phénomène très ancien puisqu'il remonte au 18<sup>e</sup> siècle ;
- celle des sciences et techniques médicales (médicaments et appareils) ;
- celle des compétences médicales.

Ces trois types d'internationalisation s'appliquent également au secteur dentaire. Craindre l'arrivée de chirurgiens-dentistes formés à l'étranger ne sert à rien : aujourd'hui le marché de la compétence médicale, incluant le dentaire, est mondialisé. C'est à la fois une menace et une formidable opportunité pour nos praticiens français. En maintenant une forma-

tion de qualité supérieure, nous aurons la possibilité d'attirer des patients étrangers, qui viendront se faire soigner en France.

C'est donc pour une filière d'excellence de l'odontologie française qu'il faut travailler, afin qu'elle soit de niveau mondial et puisse faire face à la concurrence internationale.

## À PROPOS DE LA DÉMOGRAPHIE

En matière de santé, « besoin » est un terme à bannir. Il n'a pas de sens. Dans une vision économique, on peut parler de demande ; dans une vision médicale, on peut parler de morbidité ou de mortalité. Mais parler de « besoin » induit un piège, celui de vouloir intervenir artificiellement sur la démographie d'une profession.

Concernant les professions médicales dans notre pays, il faut savoir que nous ne sommes plus en présence d'une pyramide des âges, mais d'une « marmite », car augmenter le nombre de praticiens dans le cadre d'une vision de court-terme risque d'engendrer à long-terme une surpopulation, créant des drames.

La démographie est une science plutôt exacte. S'il est une chose qu'elle nous enseigne, c'est qu'il ne faut pas interférer avec l'évolution des effectifs des professions de santé.

## CRAINdre L'ARRIVÉE DE CHIRURGIENS-DENTISTES FORMÉS À L'ÉTRANGER NE SERT À RIEN



**JEAN DE KERVASDOUÉ** EST ÉCONOMISTE DE LA SANTÉ, PROFESSEUR ÉMÉRITE AU CNAM (CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS), MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES TECHNOLOGIES. IL EST L'AUTEUR DE NOMBREUX LIVRES, PARMIS LESQUELS ON PEUT CITER LE REVENU DES PROFESSIONS DE SANTÉ, AUX ÉDITIONS ECONOMICA, OU ENCORE ILS ONT PERDU LA RAISON, CHEZ ROBERT LAFFONT.



## À PROPOS DU CABINET DU FUTUR

Nous sommes face à deux tendances fortes. La première est la spécialisation. Elle est inéluctable : on ira de plus en plus vers l'addition de compétences hyper spécialisées. La question est de savoir jusqu'où doit aller cette spécialisation, et comment l'organiser.

La deuxième tendance est celle de la logique d'accompagnement. Le progrès technique va obliger le chirurgien-dentiste à se recentrer sur d'autres compétences, spécifiquement humaines.

L'évaluation quant à elle, va se généraliser comme c'est déjà le cas en médecine (notamment aux États-Unis). Dans les pharmacies américaines, un logiciel analyse systématiquement les ordonnances pour vérifier les interactions médicamenteuses. À l'hôpital, un pharmacien pour 10 lits évalue les ordonnances.

À terme, l'évaluation par les pairs ne suffira pas ; elle sera complétée par des évaluations émanant d'autres professionnels de santé et des financeurs, avec un objectif : s'assurer que ceux qui cotisent disposeront de soins de qualité.

## EN GUISE DE CONCLUSION

Jean de Kervasdoué confirme l'extrême lassitude de la profession devant une situation bloquée depuis 40 ans. Les soins conservateurs représentent schématiquement 2/3 du temps de travail d'un chirurgien-dentiste, et les prothèses 1/3 ; pour les recettes c'est exactement l'inverse. Il en appelle aux pouvoirs publics afin que ceux-ci mettent en place un programme de santé bucco-dentaire de grande ampleur, comme cela a été fait pour le traitement du cancer. Il interpelle ensuite l'Assurance Maladie, au travers de trois questions :

- L'Assurance Maladie est-elle prête à revoir la composition du panier de soins selon une procédure transparente et de façon permanente ?
- L'Assurance Maladie est-elle prête à investir davantage dans la recherche ?
- L'Assurance Maladie est-elle prête à partager ses données et les risques avec les assureurs complémentaires ?

Le budget de fonctionnement de l'Assurance Maladie est de l'ordre de 190 Mds €. Si elle acceptait d'en utiliser ne serait-ce que 1 pour 1000 à des fins de recherche, éventuellement en sous-traitant une partie à l'Université, l'intelligence du système pourrait s'améliorer considérablement.

Jean de Kervasdoué clôture néanmoins son intervention sur une note optimiste quant à l'avenir de la profession. La demande de soins bucco-dentaires est considérable ; elle va continuer d'augmenter notamment avec le vieillissement de la population. Or, les seniors sont solvables : le patrimoine des plus de 80 ans va être multiplié par 4 entre 2000 et 2020 !

La situation est moins favorable en ce qui concerne le financement de la protection sociale ; il suffit de regarder de près un certain nombre de chiffres.

En France aujourd'hui,

- l'impôt sur la fortune rapporte 5 Mds €,
- l'impôt sur le revenu rapporte 62 Mds €,
- l'ensemble des impôts représente 285 Mds €,
- le total des recettes de l'État se monte à 310 Mds €,
- et le total des dépenses de l'État est de 390 Mds €.

- la protection sociale, elle, représente un budget de 730 Mds €... cherchez l'erreur !

La situation est très inquiétante, surtout si l'on compare le taux de croissance économique actuel (1%) avec le taux naturel d'augmentation des dépenses de soins (de 3,5 à 4%) boosté par le progrès technologique. L'évolution démographique pose problème, elle aussi. La Sécurité Sociale a été créée à une époque (en 1945) où il y avait beaucoup de cotisants et peu de bénéficiaires. Aujourd'hui c'est l'inverse : la pyramide des âges prend de plus en plus la forme d'une « marmite ».

La croissance du chômage ne fait qu'empirer les choses : elle augmente le poids des revenus de remplacement, ce qui accroît le coût du travail, donc le chômage. Ainsi posée, l'équation semble impossible à résoudre d'autant que, pour l'essentiel, les dernières alternances politiques n'ont rien changé aux politiques menées. Aujourd'hui, c'est la cohésion sociale même qui est menacée.

La modification du système des allocations familiales est, à cet égard, emblématique. Désormais, les jeunes familles aisées paient deux fois le prix de l'explosion des coûts de protection sociale : non seulement ils cotisent proportionnellement à leurs revenus, mais leurs allocations sont plafonnées en fonction de ces mêmes revenus. On est loin de l'esprit originel des allocations familiales !

On assiste en fait à trois ruptures des solidarités traditionnelles :

- Les Français aisés partent en nombre à l'étranger, ce qui est une mauvaise nouvelle, car ils investissent là où ils habitent.
- Le travail « au noir » croît considérablement.
- Nos jeunes compatriotes talentueux sont de plus en plus nombreux à s'expatrier.

Il est temps d'inventer de nouvelles formes de solidarité, car le système ne peut pas perdurer longtemps dans sa forme actuelle.

**METTRE EN PLACE UN PROGRAMME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE GRANDE AMPLEUR, COMME CE QUI A ÉTÉ FAIT POUR LE TRAITEMENT DU CANCER**



# LES FRANÇAIS

DERRIÈRE LEUR

# CHIRURGIEN

# DENTISTE

LE CONSTAT  
ENCOURAGEANT  
D'UNE ÉTUDE RÉCENTE

# Les Français derrière leur chirurgien-dentiste

**DANS LE CADRE DE SON OBJECTIF DE PRIORISER L'ACCÈS À DES SOINS BUCCO-DENTAIRES DE QUALITÉ POUR TOUS, L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES A SOUHAITÉ CONSULTER LES PREMIERS CONCERNÉS, LES PATIENTS, AFIN DE MESURER LEURS ATTENTES EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.**

## RÉTABLIR DES VÉRITÉS

917 personnes représentatives de la population française ont été interrogées par l'institut d'études Corporate Studio, du 16 au 24 novembre 2015. Les résultats de cette étude ont été présentés lors de la séance plénière du Grenelle de la Santé Bucco-Dentaire. Ils ont rassuré la profession sur l'image que les Français ont des chirurgiens-dentistes.

Nos compatriotes leur accordent leur confiance et apprécient leur compétence. Ils revendiquent la liberté de choisir leur praticien, rejoignant en cela la volonté de l'Ordre de protéger le maintien du libre choix du praticien par le patient et de respecter l'indépendance professionnelle du chirurgien-dentiste.

## « TORDRE LE COU » À CERTAINS CLICHÉS

L'étude permet également de mieux cerner les enjeux financiers et « tordre le cou » à certains clichés en révélant que plus de 6 Français sur 10 estiment les soins dentaires conservateurs rémunérés à leur juste prix. Peu de Français disent renoncer à ces soins pour raisons financières.

Suivis par des professionnels qui « mettent tout en œuvre pour sauver leurs dents » et « participent à la prévention dans le cadre de leur pratique », les Français se déclarent, en grande majorité (78%), en bonne santé bucco-dentaire.

Vous trouverez ci-après une synthèse des principaux enseignements de l'étude.

## 1. LA RELATION « PATIENT CHIRURGIEN-DENTISTE »

### >DENTISTE OU CHIRURGIEN-DENTISTE ?

2 Français sur 3 seulement identifient leur praticien comme un « dentiste ». Pourtant, ce sont bien 42 189 chirurgiens-dentistes munis d'un doctorat en chirurgie dentaire qui exercent en France.

### >NON, LES FRANÇAIS NE BOUDENT PAS LES CABINETS DENTAIRES

2 répondants sur 3 déclarent avoir consulté un chirurgien-dentiste depuis moins d'un an, et 8 sur 10 depuis moins de deux ans. Parmi ces patients\*, 41% ont consulté leur chirurgien-dentiste plusieurs fois dans l'année. Un patient consulte son praticien en moyenne une fois et demi par an. Une moyenne plus élevée chez les femmes (1,7 fois par an)

que chez les hommes (1,4 fois). 4 patients sur 10 se rendent chez leur praticien pour une simple visite de routine : examen de la bouche et détartrage. Les autres combinent examen de routine, soins conservateurs et/ou de prothèse.

### >LA LIBERTÉ DE CHOISIR SON PRATICIEN, ON Y TIENT !

C'est, parmi toutes les propositions d'énoncés faites aux personnes ayant rendu visite à un chirurgien-dentiste depuis moins de deux ans, celle qui reçoit le plus d'adhésion (94,6%). Une exigence de liberté de choix qui fonde, finalement, une relation équilibrée, un sentiment de confiance et de sécurité pour les patients qui jugent que leur praticien met tout en œuvre pour sauver leurs dents et leur propose ce qui est le mieux.

## MÉTHODOLOGIE

ÉCHANTILLON DE 917 INDIVIDUS, REPRÉSENTATIF DE LA POPULATION RÉSIDANT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, INTERROGÉS EN LIGNE. LES RÉSULTATS SONT REDRESSÉS SUR L'ÂGE, LE GENRE, LA CSP (CATÉGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE) ET LA RÉGION (COEFFICIENTS DE REDRESSEMENTS LARGEMENT INFÉRIEURS AUX NORMES ADMISES). TERRAIN RÉALISÉ DU 16 AU 24 NOVEMBRE 2015

\* Sont nommés patients, pour l'ensemble des résultats, les personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste depuis moins de deux ans, soit 8 répondants sur 10.

C'est pourquoi, en toute logique, 95,3% des patients se déclarent satisfaits de leur visite chez le chirurgien-dentiste.

#### >UNE PRIME AUX CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS

Interrogés sur les différentes offres de soin et leur acceptabilité, une majorité de répondants se déclare favorable au fait de consulter un praticien indépendant (87%). Proximité, confiance, relation personnelle, ... le choix de son praticien n'est pas anodin. Les alternatives suivantes ont aussi été testées.

Se rendre :

- dans un cabinet où exercent des praticiens associés et leurs salariés (oui à 84%),
- dans un réseau regroupant des chirurgiens-dentistes indépendants (oui à 84%),
- dans un centre dentaire géré par une mutuelle (oui à 78%) ou dans un hôpital (oui à 56%).

En revanche, plus de 8 répondants sur 10 (82%) écartent l'idée de se rendre dans une clinique à l'étranger.

## 917 PERSONNES REPRÉSENTATIVES DE LA POPULATION FRANÇAISE INTERROGÉES DU 16 AU 24 NOVEMBRE 2015

#### >LES FRANÇAIS ONT UNE IMAGE FAVORABLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Les chirurgiens-dentistes recueillent 87% d'image favorable. Près d'1 répondant sur 4 (23%) a même une très bonne image d'eux. Cette image colle à la confiance qui leur est accordée : 82% des patients déclarent avoir une confiance absolue en leur chirurgien-dentiste.

Elle fait écho, également, au jugement que portent les répondants sur leur compétence.

74% leur attribuent spontanément ce qualificatif. Enfin, 72% des Français interrogés estiment que les chirurgiens-dentistes participent à la prévention dans le cadre de leur pratique, ce qui renforce leur image.

#### >78% DES FRANÇAIS SE DÉCLARENT EN BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

...et 74% jugent que la santé bucco-dentaire de leurs compatriotes est en amélioration.

## 2. LE BUDGET « DENTAIRE » PASSÉ AU CRIBLE

#### >LES SOINS DENTAIRES « SANCTUARISÉS » PAR LES FRANÇAIS

Logement, soins médicaux, soins dentaires et alimentation demeurent des impondérables. Si plus de 7 personnes sur 10 déclarent s'imposer des restrictions budgétaires, très peu le font pour les soins dentaires et médicaux. Seuls 17% déclarent s'imposer des restrictions sur le poste budgétaire alloué aux soins dentaires (15% pour les soins médicaux). A contrario, une majorité de répondants avoue s'imposer des restrictions sur les budgets dédiés aux sorties, aux repas pris au restaurant, aux vacances, aux loisirs ou bien encore à l'habillement.

#### >PEU DE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES

La part de renoncement la plus élevée concerne les prothèses dentaires (couronnes, inlays, ...) et l'optique (lunettes, lentilles). Près de 8 personnes sur 10 déclarent ne jamais avoir renoncé à une opération en clinique, à une visite chez un médecin généraliste ou chez un chirurgien-dentiste pour des soins

# Les Français derrière leur chirurgien-dentiste

4

(infection, carie) ou un contrôle de routine.

À noter : le renoncement aux soins pour des raisons financières est souvent corrélé au fait que les personnes interrogées n'ont pas de couverture complémentaire.

## >LE JUSTE PRIX ?

64% des répondants estiment que les soins dentaires conservateurs (infection, carie...) sont payés au juste prix. Il en va de même pour la visite de routine (contrôle et détartrage). A contrario, travaux esthétiques, prothèses (couronnes, implants, ...) sont jugés trop onéreux.

Il est intéressant de souligner que le fait d'avoir, ou non, une couverture complémentaire impacte fortement sur la perception du prix des soins conservateurs et des visites de contrôle, alors que cela impacte peu sur la perception du prix des actes jugés les plus dispendieux.

## 3. NOUVELLES TECHNOLOGIES ET CABINET DU FUTUR

### >INTERNET POURQUOI PAS ?

Pouvoir prendre rendez-vous avec son praticien directement sur Internet est l'innovation qui rencontre le plus d'adhésion (90%), à condition qu'elle soit

gratuite ou peu chère. Ce sont plus particulièrement les jeunes (92,5% des moins de 35 ans) et les patients qui « n'aiment pas aller chez le dentiste » qui se montrent favorables à cette innovation.

Beaucoup sont également sensibles à la possibilité de recevoir leurs radios panoramiques automatiquement en format numérique (76%). Encore une fois, les jeunes (82% des moins de 35 ans) sont plus réceptifs.

### >SMARTPHONE, À VOIR...

La mise en place d'une application Smartphone qui envoie directement les informations santé d'un patient à son chirurgien-dentiste rencontre plus de freins. 56% des répondants y sont réceptifs, ainsi que les jeunes (64% des moins de 35 ans et 78% des moins de 20 ans) et les familles nombreuses.

Enfin, 43% des personnes interrogées se déclarent favorables à la téléconsultation par webcam pour un diagnostic depuis son propre domicile.

**82% DES PATIENTS  
DÉCLARENT AVOIR  
UNE CONFIANCE  
ABSOLUE EN LEUR  
CHIRURGIEN-DENTISTE**



# QUESTIONS/ REPONSES

DÉBATTUES LORS DE LA PLÉNIÈRE  
DU GRENELLE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

ÉCLAIRAGES,  
PROPOSITIONS,  
SUGGESTIONS.

DE TRÈS NOMBREUX ÉCHANGES ENTRE LA SALLE ET LES DÉBATEURS ONT ANIMÉ LA PLÉNIÈRE.

# A

## AUTOUR DE LA FORMATION

**Q.1** « POURQUOI NOUS REBATTRE LES OREILLES AVEC LA PRÉVENTION DEPUIS PLUS DE 30 ANS ET S'OPPOSER À L'INTÉGRATION D'HYGIÉNISTES DANS LE CABINET DENTAIRE ? »

**R.** Il n'y a pas lieu de parler d'hygiéniste alors que la profession d'assistant dentaire vient d'être inscrite au Code de la Santé publique et que des décrets d'actes vont permettre à ces assistants dentaires de répondre au besoin de prévention dans le cadre d'une équipe dentaire.

**Q.2** « CERTAINS PRATICIENS ÉTRANGERS NE SEMBLENT PAS AVOIR UNE FORMATION SUFFISANTE. NE FAUDRAIT-IL PAS UNE ÉVALUATION DES FORMATIONS DISPENSÉES À L'ÉTRANGER, PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE OU PAR LES UNIVERSITÉS ? »

**R.** L'Union européenne a mis en place la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles. Le Conseil National de l'Ordre ne peut pas se soustraire à ces réglementations. Pour que les diplômés d'un État membre puissent entrer dans le dispositif, il faut l'accord préalable d'un comité d'experts qui évalue les programmes locaux. Il n'y a donc pas de raison de penser a priori que les chirurgiens-dentistes formés dans d'autres pays de l'Union européenne soient moins bons que ceux formés en France. Cela dit, il peut exister certaines disparités sans doute au niveau clinique. Mais l'Ordre ne peut intervenir que pour prononcer des suspensions pour insuffisance professionnelle de praticiens établis. Et non pas pour interdire a priori l'installation de chirurgiens-dentistes formés à l'étranger.

**VA-T-ON VERS UN ALLONGEMENT DE LA DURÉE DES ÉTUDES EN ODONTOLOGIE ?**

**Q.3** « MIEUX VAUDRAIT PROPOSER DE FORMER LES CHIRURGIENS-DENTISTES DONT LES PATIENTS ONT BESOIN PLUTÔT QUE DE FORMER LES CHIRURGIENS-DENTISTES DONT LA PROFESSION A BESOIN. »

**R.** La formation doit en effet être centrée sur les besoins des patients. Pour mieux prendre en compte la dimension humaine du soin, elle doit évoluer à la fois vers plus de médicalisation et vers davantage de personnalisation.

## COMBIEN Y-AURA-T-IL DE CHIRURGIENS- DENTISTES DANS 10 ANS : 50 000 ?



### Q.4 « LE CONSEIL DE L'ORDRE POURRAIT-IL FAIRE UNE ÉVALUATION DES FORMATIONS PAR PAYS ? »

**R.** Il est rappelé que ce n'est pas du domaine de compétence de l'Ordre. Ce serait éventuellement à l'Université de le faire. Toutefois, l'Ordre a co-créé une société internationale de régulateurs dentaires. Cette société prépare des standards internationaux à la disposition de toute université qui en fera la demande. Par ailleurs, il est précisé que l'Association Européenne des étudiants en chirurgie-dentaire est en cours de réalisation d'une telle analyse pour le Conseil européen des chirurgiens-dentistes.

### Q.5 « VA-T-ON VERS UN ALLONGEMENT DE LA DURÉE DES ÉTUDES EN ODONTOLOGIE ? »

**R.** Augmenter la durée des études à 7 ou 8 ans permettrait de renforcer leur médicalisation et de conforter la place de l'odontologie. Une telle décision s'inscrirait par ailleurs dans un mouvement d'ensemble des professions de santé. Parmi les pistes de réflexion du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Enseignement Supérieur, on peut citer la création d'une licence qui serait un socle

commun pour toutes les professions de santé. Une telle réforme soulève cependant des questions. Tout d'abord, elle créerait une disparité entre la France et les autres pays européens qui pratiquent la règle des « 5 ans, 5 000 heures de formation ». Elle pose ensuite le problème de son financement et particulièrement du financement des plateaux techniques dans les hôpitaux. La profession dentaire a besoin pour sa formation de plateaux techniques onéreux. Pour l'instant, les universités négocient des accords pour trouver des fauteuils hors CHU, dans des hôpitaux régionaux par exemple, ou en signant des conventions avec des chirurgiens-dentistes libéraux. Comment financera-t-on l'allongement des études, alors que depuis la mise en place de l'internat qualifiant en 6<sup>ème</sup> année, la formation clinique est déjà à la peine ? Une remise à plat sérieuse du financement de la formation clinique est nécessaire.

### Q.6 « L'ÉCONOMIE DU CABINET DENTAIRE DOIT-ELLE ÊTRE INTÉGRÉE DANS LA FORMATION ? »

**R.** Oui, et c'est déjà le cas au travers de cours de « préparation à l'exercice professionnel ». Ces cours comportent des modules dédiés à la prise en charge du patient, la psychologie, la connaissance de la profession et de ses différents modes d'exercice. Il faut renforcer ces enseignements, tout en conservant la dimension médicale au cœur de la formation.

## B

### AUTOUR DE LA DÉMOGRAPHIE

**Q.1** « IL Y A AUJOURD'HUI 42 189 CHIRURGIENS-DENTISTES EN FRANCE. L'AN DERNIER, 400 DIPLÔMÉS FORMÉS À L'ÉTRANGER SE SONT INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE. COMBIEN Y-AURA-T-IL DE CHIRURGIENS-DENTISTES DANS 10 ANS : 50 000 ? JUSQU'À QUAND LES COMPTES PUBLICS POURRONT-ILS TOLÉRER L'INFLATION DU NOMBRE DE CHIRURGIENS-DENTISTES ? »

**R.** Dans notre pays, on fonctionne sous le régime de la liberté d'installation. Le rôle du conventionnement n'est pas de définir le nombre de chirurgiens-dentistes autorisés à exercer ; il n'existe pas de *numerus clausus* à l'installation. Cela n'empêche pas de mener des expérimentations (et des concertations) en matière de conventionnement sélectif. Mais cela ne peut concerner que le conventionnement, et en aucun cas l'installation.



**Q.2** « DEMANDER À DES PROFESSIONNELS DE TRAVAILLER UN AN DANS UN TERRITOIRE TRÈS SOUS-DOTÉ N'EST PAS NOUVEAU. CELA EXISTE PAR EXEMPLE DANS L'ÉDUCATION NATIONALE, AVEC DES RÉSULTATS DÉCEVANTS. EST-IL JUDICIEUX DE REPRODUIRE CET ÉCHEC DANS LE DOMAINE DENTAIRE ? PAR AILLEURS, EST-IL SOUHAITABLE POUR UN PATIENT D'UNE ZONE TRÈS SOUS-DOTÉE D'ÊTRE SOIGNÉ CHAQUE ANNÉE PAR UN CHIRURGIEN-DENTISTE DIFFÉRENT ? »

**R.** Lorsqu'on présente cette idée aux étudiants, ils y sont en général réceptifs, d'autant que dans notre secteur il s'agirait d'une période réellement limitée à un an minimum, contrairement à ce qui se passe pour les enseignants (dont les périodes dans des zones spécifiques peuvent être beaucoup plus longues). On pourrait renforcer le dispositif en créant des Maisons de Santé pluri-disciplinaires qui auraient l'avantage de rendre les zones très sous-dotées plus attractives, grâce à la création d'un environnement collectif.

**Q.3** « LE VÉRITABLE DÉFI ACTUEL DE LA DÉMOGRAPHIE, C'EST L'ARRIVÉE MASSIVE DE PRATICIENS PROVENANT DE L'UNION EUROPÉENNE. DANS CERTAINS PAYS, IL EST EN EFFET PLUS FACILE D'OBTENIR SON DIPLÔME ; PREUVE EN EST LE NOMBRE DE PLUS EN PLUS CONSÉQUENT D'ÉTUDIANTS FRANÇAIS QUI FONT LEURS ÉTUDES À L'ÉTRANGER. L'UNION EUROPÉENNE IGNORE CET ÉTAT DE FAIT, PARTANT DU POSTULAT QUE TOUS LES DIPLÔMÉS SONT ÉQUIVALENTS. SEULE SOLUTION, QUE LE CONSEIL DE L'ORDRE PRENNE LA PAROLE EN DÉNONÇANT UN TROUBLE À LA SANTÉ PUBLIQUE. »

**R.** Le Conseil de l'Ordre n'a pas la possibilité d'influer sur la politique européenne. La seule possibilité pour lui est d'interdire à un praticien d'exercer pour insuffisance professionnelle. Mais cela ne peut se faire qu'a posteriori, et au cas par cas.

# C

## AUTOUR DE LA PRÉVENTION

**Q.1** « EN SCANDINAVIE, LES PATIENTS NE SONT REMBOURSÉS QUE S’ILS ONT SUIVI UN PARCOURS DE PRÉVENTION. DANS PLUSIEURS ÉTATS AMÉRICAINS, LES ENFANTS NE PEUVENT FAIRE LEUR RENTRÉE À L’ÉCOLE PRIMAIRE QU’À LA CONDITION DE PRODUIRE UN CERTIFICAT DENTAIRE. POURQUOI NE PAS FAIRE LA MÊME CHOSE CHEZ NOUS ? »

**R.** Cette proposition revient souvent, mais c’est une « vraie fausse » bonne idée. Elle ne ferait qu’accroître les inégalités sociales. Ceux qui ne consultent pas aujourd’hui ne consulteraient pas davantage demain.

A contrario, ceux qui sont déjà dans une démarche préventive-consciente le seront dans les années à venir.

**Q.2** « POUR UNE PRÉVENTION JUSTEMENT RÉMUNÉRÉE »

**R.** Les chirurgiens-dentistes font de la prévention de façon bénévole depuis 50 ans. Mais la prévention prend du temps. Elle devrait être rémunérée à sa juste valeur.


**Q.3** « DEPUIS 2006, LE « THERMOMÈTRE » EST CASSÉ : NOUS NE CONNAISSONS PLUS LE VÉRITABLE ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION FRANÇAISE. COMMENT, DANS CES CONDITIONS, NÉGOCIER LES CONVENTIONS DE PRÉVENTION ? »

**R.** Nous avons besoin d’une évaluation de l’EBD (évaluation bucco-dentaire) afin d’évaluer le programme de prévention de la CNAM au plan national. La prévention a fait ses preuves : son Retour sur Investissement (ROI) est démontré. Il faut donc l’encourager, y compris en installant le principe d’une visite régulière, pourquoi pas obligatoire.

**Q.4** « QUELS SONT LES VRAIS CHIFFRES DE FRÉQUENTATION DES CABINETS DENTAIRES ? »

**R.** Le sondage commenté lors de la plénière laisse à penser que 61% des Français vont spontanément chez le chirurgien-dentiste, mais c’est du déclaratif. Les vrais chiffres, objectivement constatés, sont ceux de la CNAM : seulement 39% de population consulte un chirurgien-dentiste dans l’année.

**INSTALLER LE PRINCIPLE D’UNE VISITE RÉGULIÈRE OBLIGATOIRE ?**



## D

### AUTOUR DU CABINET DU FUTUR

**Q.1** « COMMENT ADAPTER NOS STRUCTURES LIBÉRALES AUX DÉFIS ACTUELS ? UN SEUL COLLABORATEUR PAR CABINET, COMME C'EST SOUVENT LE CAS, PARAÎT BIEN INSUFFISANT. »

**R.** Le cabinet du futur sera amené à travailler en réseau, ou à se regrouper avec d'autres. C'est l'une des solutions. Mais il faudra que cette évolution se fasse dans un cadre strict. La rationalisation des pratiques et les économies d'échelle ne doivent pas faire tomber la profession dans le piège du tout commercial. C'est au prix de ce subtil équilibre que les cabinets libéraux pourront maintenir leur espace de liberté.

**Q.2** « NE PLUS UTILISER CERTAINS MATÉRIAUX CHEZ LE PATIENT ? »

**R.** Le cabinet du futur sera un endroit dans lequel le chirurgien-dentiste aura à sa disposition des solutions alternatives et des outils afin de pallier la mise en place de certains dispositifs ou matériaux contestés par certains.

**Q.3** « COMMENT MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES POPULATIONS À BESOIN SPÉCIFIQUE ? »

**R.** Le cabinet du futur sera un cabinet ouvert à tous, y compris aux personnes en situation de handicap, de dépendance ou de précarité.

**Q.4** « LES NOUVELLES TECHNOLOGIES (ROBOTISATION ET TÉLÉMÉDECINE NOTAMMENT) PEUVENT-ELLES SERVIR À PALLIER LES PROBLÈMES DÉMOGRAPHIQUES ? »

**R.** La machine ne pourra jamais remplacer le chirurgien-dentiste. Les nouvelles technologies ne seront là que pour améliorer et sécuriser la pratique.

**Q.5** « LE CABINET DU FUTUR NE SERA-T-IL PAS NÉCESSAIREMENT UN CABINET DE PÉRIPHÉRIE ? »

**R.** Pour des raisons de coût de l'immobilier, le cabinet du futur ne pourra sans doute plus être situé en centre-ville.

**LA MACHINE NE POURRA JAMAIS REMPLACER LE CHIRURGIEN-DENTISTE.**



# E

## AUTOUR DU FINANCEMENT

### Q.1 « COMMENT FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ? »

**R.** Les réseaux associatifs de type Handident devraient être généralisés. Lors d'un séminaire dédié à la médecine bucco-dentaire sociale qui s'est tenu au Futuroscope (Poitiers), les débats ont convergé vers la nécessité d'un financement spécifique.

C'est parmi les personnes en situation de handicap et de précarité que l'on trouve les plus forts contingents de patients qui ne se rendent jamais chez le dentiste (10 millions de personnes au total). Avant de les prendre en charge, en préventif comme en curatif, il convient d'évaluer le temps à leur consacrer.

### Q.2 « LE CABINET DE GROUPE EN VILLE EST-IL LE SEUL MODÈLE ? »

**R.** Sans financement, la prévention assurée par les chirurgiens-dentistes ne pourra pas se développer (« nous voulons bien travailler, mais dans de bonnes conditions »).

### Q.3 « PAR QUI SONT RÉGIS LES CENTRES DENTAIRES LOW COST ? CES CENTRES ASSOCIATIFS, SUBVENTIONNÉS PAR LES ARS, SONT CENSÉS S'INSTALLER DANS LES ZONES TRÈS SOUS-DOTÉES. OR, DANS LES FAITS, ON LES RETROUVE TOUS EN VILLE. QUE PEUT FAIRE LE CONSEIL DE L'ORDRE POUR Y REMÉDIER ? »

**R.** Désormais, pour pouvoir s'établir, les centres associatifs n'ont besoin que d'une déclaration sur un projet de santé ; c'est nettement insuffisant. Toutefois, l'ARS peut décider de fermer un centre de santé bucco-dentaire s'il s'avère que celui-ci ne répond pas à son cahier des charges.

Ce qui est préoccupant, c'est la multiplication de sociétés commerciales dissimulées derrière certains centres placés sous le régime d'association loi 1901 à but non lucratif. Or la seule motivation de ces centres est la recherche du rendement et du profit ; c'est la raison pour laquelle nombre d'entre eux ne prodiguent, en réalité, que des soins prothétiques et implantaires. Ils sélectionnent leurs patients, ce qui est

une vraie discrimination : loin de soigner ceux qui en ont le plus besoin, ils s'occupent uniquement de ceux qui ont besoin de prothèses et d'implants... Certains proposent même des crédits et se transforment en véritables courtiers.

Il faut que les pouvoirs publics prennent la mesure de cette dérive et que la justice appuie le Conseil de l'Ordre pour la faire cesser. Heureusement, grâce à l'action des médias, une prise de conscience est en train de s'opérer dans l'opinion publique.

### Q.4 « AU-DELÀ DU FINANCEMENT, LA QUESTION EST DE CONNAÎTRE LA PLACE QUE L'ON VEUT ACCORDER À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE. S'AGIT-IL D'UNE PLACE ACCESSOIRE OU D'UNE DIMENSION ESSENTIELLE DE L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS ? »

**R.** Il est vrai qu'à partir des ambitions prévues pour la santé bucco-dentaire, doivent être fixés des objectifs précis et que ceux-ci doivent découler de programmes adéquats. C'est aux Pouvoirs Publics de prendre leurs responsabilités et de décider. Si l'ambition est de servir la santé publique, certains centres low cost qui ne font que de la prothèse et de l'implantologie négligeant la prévention et les soins conservateurs n'ont pas leur place dans le dispositif.

**Q.5** « NOUS SOMMES TOUS TOMBÉS D'ACCORD SUR CE CONSTAT : IL FAUT CHANGER DE PARADIGME. FINANCER ET VIABILISER UN CABINET PAR LA PROTHÈSE NE PEUT PLUS DURER. »

**R.** Cette remarque souligne le fait que le système est à bout de souffle et qu'il faut le changer en profondeur. Le calcul de nouvelles bases de rémunération doit provenir de négociations conventionnelles.

**Q.6** « DOIT-ON APPORTER LA PREUVE QUE LES SOINS CONSERVATEURS COÛTENT PLUS CHER AU CHIRURGIEN-DENTISTE QUE LA RÉMUNÉRATION QU'IL EN TIRE ? »

**R.** Une thèse réalisée à Rennes en 2015 démontre, entre autres, que les soins conservateurs sont déficitaires. Cette thèse peut être mise à la disposition du Conseil de l'Ordre.

**Q.7** « SANS VOLONTÉ POLITIQUE, PAS D'ÉVOLUTION POSSIBLE. LES CHERCHEURS AURONT BEAU PRODUIRE DES DONNÉES, CELA NE SERVIRA À RIEN SI CELLES-CI NE SONT PAS UTILISÉES AU MOMENT DE LA PRISE DE DÉCISION POLITIQUE. »

**R.** Les choses commencent à évoluer, au moins au plan local. En Nouvelle-Calédonie, par exemple, un programme ambitieux de promotion de la santé a démarré, qui comporte un volet sur l'évaluation de la santé bucco-dentaire.

**Q.8** « L'IMPACT DU NIVEAU DE PRISE EN CHARGE SUR LE CHOIX DES ACTES EST UNE RÉALITÉ. DE NOMBREUX PRATICIENS N'OSENT PAS PROPOSER À LEURS PATIENTS CE QUI N'EST PAS PRIS EN CHARGE. »

**R.** Cette remarque souligne le fait qu'il est indispensable d'interpeller les Pouvoirs Publics sur la nécessité de faire évoluer le montant des remboursements. La CMU complémentaire, par exemple, date de 1999. Depuis, les paniers de soins définis dans le cadre de cette mesure n'ont quasiment pas évolué. Or il est indispensable de faire évoluer régulièrement les forfaits imposés pour ses soins. La ministre et les Pouvoirs Publics doivent prendre position et ne pas laisser la profession dentaire gérer seule la prise en charge de ces populations.

**Q.9** « LE CABINET DU FUTUR SERA-T-IL UN CABINET DE GROUPE CONTRÔLÉ PAR LES MUTUELLES ET N'EMPLOYANT QUE DES SALARIÉS ? »

**R.** Laisser les mutuelles imposer le prix des prothèses serait une lourde erreur. Une telle évolution achèverait de démotiver les chirurgiens-dentistes qui se dévouent à leur pratique parfois au détriment de leur santé.

**Q.10** « AU DÉBUT DES ANNÉES 2000, LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AVAIENT TRAVAILLÉ SUR UNE CLASSIFICATION COMMUNE ET HIÉRARCHIQUE DES ACTES MÉDICAUX. UN TRAVAIL IMPORTANT, FRUIT D'UN VÉRITABLE CONSENSUS, MALHEUREUSEMENT NON SUIVIS PAR LES POUVOIRS PUBLICS. »

**R.** Cette remarque souligne le fait que ce travail de classification aurait dû être réactualisé tous les cinq ans. Cette réactualisation serait très utile aujourd'hui pour rémunérer à leur juste valeur les actes des chirurgiens-dentistes.

**ET MAINTENANT ?**

**PEUT-ON  
CONTINUER  
COMME ÇA ?**

## IL EST TEMPS DE DÉGAGER « LE VRAI PRIX DU SOIN CONSERVATEUR » EN INCLUANT L'ENSEMBLE DES COÛTS QUI LE COMPOSENT.

AU VU DES INTERROGATIONS, ÉCHANGES, PROPOSITIONS ÉMIS LORS DES RENCONTRES PRÉLIMINAIRES AU GRENELLE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET PENDANT LA JOURNÉE DU 28 JANVIER 2016, DES SOLUTIONS SONT À TROUVER, DES POSITIONS SONT À PRENDRE.

L'ABONDANCE DES SUJETS, LEUR COMPLEXITÉ AMÈNENT À DÉGAGER UNE SÉRIE D'OBJECTIFS ; CEUX-CI PEUVENT ÊTRE EXPRIMÉS DE LA FAÇON SUIVANTE :

- inverser la logique où le coût définit le soin,
- sortir de l'équilibre soin/prothèse actuel, le rendre caduc en s'aidant notamment des mutations techno-biologiques,
- réaliser un vrai état de la santé bucco-dentaire des populations (par segments), attesté par un organisme officiel,
- dégager « le vrai prix du soin conservateur » ; inclure les coûts de la prévention, du risque juridique, des formations initiale et continue, des pertes d'exploitation,
- hiérarchiser les paramètres pour définir le futur cabinet libéral : modèle, matériel, hommes, législation
- agir sur la démographie des praticiens (incitations, règles, ...)
- proposer au politique une synergie objective opérationnelle entre prévention, soin conservateur, soin prothétique.

### REMERCIEMENTS

GILBERT BOUTEILLE, Président du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, a clôturé le Grenelle de la Santé bucco-dentaire en faisant part de sa satisfaction devant la grande qualité des intervenants. Il s'est plu à souligner que l'ensemble des acteurs de l'écosystème de la santé bucco-dentaire a pu être réuni, cela étant déjà en soi une très grande réussite. Il a insisté sur la collégialité et le respect qui ont présidé à l'ensemble des échanges. Dans la logique d'évaluation évoquée à plusieurs reprises, il a indiqué qu'il faudra, un jour, évaluer la pertinence des idées dégagées par ce Grenelle.

Il a tenu à remercier madame BRIGITTE FANNY-COHN pour l'animation de cet événement, et monsieur JEAN DE KERVASDOUÉ pour la pertinence de ses éclairages, ainsi que l'ensemble des participants pour leur présence et leur participation.

# ANNEXES

## LES INTERVIEWS PRÉLIMINAIRES LES INTERVIEWS PRÉLIMINAIRES AU GRENELLE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

### DES INTERVIEWS, POUR QUOI FAIRE ?

25 interviews en face à face ont été menées auprès des représentants des parties prenantes en fin d'année 2015. Ces entretiens visaient à éclairer les positions, anticiper les risques d'antagonismes bloquants, dégager les thématiques essentielles en vue des Ateliers du Grenelle.

Les interviews ont donc concerné les universitaires, les financeurs, les syndicats représentatifs des différents métiers du système de la santé bucco-dentaire, les représentants des usagers, les formateurs, les experts en prévention, les fabricants.

### LES ORGANISMES RENCONTRÉS

L'analyse des propos tenus montre une adhésion de l'ensemble au découpage thématique des tables rondes envisagé pour le Grenelle de la Santé bucco-dentaire. Ainsi ressort une volonté de tracer la ligne d'horizon permettant de dégager le secteur de l'impasse dans laquelle la profession est enfermée (« le péché originel » de l'équilibre soins/prothèses). Les interviews nous ont aidés à formuler les objectifs à mettre en œuvre lors du Grenelle.

### SYNTHÈSE DES INTERVIEWS PAR THÉMATIQUE

#### 1. LA FORMATION

La formation est un sujet qui peut se révéler politiquement explosif. Abordée frontalement par l'Université et les CHU, qui avancent des visions convergentes, la question est soulevée indirectement par les syndicats, les fournisseurs et les mutualistes. Sous la pression des évolutions technologiques mais aussi du « marché » (chirurgiens-dentistes étrangers, tourisme dentaire) et des mentalités étudiantes, une mutation rapide (à 5 ans) semble incontournable.

ADF	(Association Dentaire Française)	Dr Joël Trouillet, Dr Jean-Patrick Druo, secrétaires généraux
ANCD	(Académie Nationale de Chirurgie Dentaire)	Dr Michel Pompignoli, Président / Michel Jourde, secrétaire perpétuel
CISS	(Collectif Interassociatif Sur la Santé)	Danièle Desclerc-Dulac, Présidente
CNSD	(Confédération Nationale des Syndicats Dentaires)	Dr Catherine Mojaisky, Présidente
COMIDENT	(Comité de Coordination des Activités Dentaires)	Henri Rochet, Président / Daniel Viard, Secrétaire général
Conférence des chefs de service d'odontologie des CHU		Pr Benoît Lefèvre, Président
Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire		Pr Robert Garcia, Président
FDI World Dental Federation (Fédération Dentaire Internationale)		Patrick Hescot, Président
FNMF	(Fédération Nationale de la Mutualité Français)	Mme Bolognano, Directrice de la communication
FSDL	(Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux)	Patrick Solera, Président
SNIO	(Syndicat National des Internes en Orthodontie)	Anna Karimova, Présidente
SFCD	(Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes)	Dr Patricia Hueber, Présidente
SNCDCS	(Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes de Centres de Santé)	Dr Fabien Cohen, secrétaire général
UFAD	(Union Fédérale des Assistants Dentaires)	Dominique Munoz, Présidente
UFSBD	(Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire)	Dr Sophie Darteville, Présidente
UJCD	(Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes)	Dr Philippe Denoyelle, Président
UNCAM	(Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie)	Eric Hausalter
UNECD	(Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire)	Geoffrey Migliardi / Pierre Caven / Damien Lorre
UNOCAM	(Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie)	Fabrice Henry, Président
UNPPD	(Union Nationale Patronale des Prothésistes Dentaires)	Mr Detrez, ancien Président

NB : les textes en italiques reproduisent les propos tels qu'ils ont été tenus.

## ALLONGEMENT DES ÉTUDES ?

Pour l'Université et les CHU, la formation actuelle souffre de deux maux :

- elle met encore trop l'accent sur l'apprentissage du geste thérapeutique, au détriment du niveau de connaissances médicales qu'il faudra désormais posséder (évolution, progrès technique, ...)
- elle est très coûteuse (étudiants, stagiaires, enseignants).

L'hypothèse d'une refonte du cursus dentaire est abordée (3 années supplémentaires envisagées), avec une redéfinition des spécialités. En revanche, d'autres voix sont hostiles à la médicalisation du statut de chirurgien-dentiste.

Avec l'apparition des futures équipes dentaires, le statut de « médecin de la bouche » et la validation des métiers annexes (assistants dentaires, hygiénistes) doivent être officialisés si l'on veut préserver un niveau qualitatif français et s'opposer au « tout prothèse / low cost » qui menace. Cependant les interlocuteurs, étudiants en tête, soulignent la logique gouvernementale du « chiffre » : partir des coûts pour définir le soin à proposer est une perversion qui se traduit notamment par la certification, par des organismes privés de formations contournant celles des instances professionnelles. Si l'on ajoute à cela la venue de médecins étrangers et le tourisme dentaire... « *Même les étudiants qui s'engagent dans la filière pour faire du profit ne savent plus où ils en sont* » : cela débouche sur une crise d'identité et de statut.

## CHANGEMENTS ET MENACES

Les différentes menaces existantes incitent à une hausse du niveau de la formation universitaire, et à une véritable inclusion du chirurgien-dentiste dans le parcours de soins : « *d'autant que le progrès technique va faire muter le métier vers la technobiologie* ». Certains estiment que « *les chirurgiens-dentistes sont en retard de formation en informatique par rapport aux prothésistes* ».

D'autres pensent que la spécialisation par typologie de patientèle -enfants, personnes en situation de handicap notamment mentaux, personnes âgées- s'imposera à terme, comme aux USA.

Un nouveau risque fait son apparition, celui de « l'ubérisation » avec la menace de voir l'assistant dentaire ou l'hygiéniste s'installer dans le pôle diagnostic, appuyés par la volonté mutualiste de casser les prix. Le sujet, rarement formulé, est soutenu par le courant qui vilipende la « *mentalité élitiste des universitaires qui vont tomber de haut* ». Ce mouvement se conjugue à l'attitude des étudiants qui s'installent : « *la tendance majoritaire est au salariat 3 ou 4 jours/semaine. Beaucoup hésitent à envisager le libéral* ».

NB : le chiffrage objectif de « l'heure de fauteuil » par un organisme indépendant devra inclure les amortissements de la formation, jugée trop dépendante des fonds privés.

## LES INTERVIEWS MENÉES AUPRÈS DE DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES ONT AIDÉ À FORMULER LES OBJECTIFS DU GRENELLE

### 2. LA PRÉVENTION

« *Les chirurgiens-dentistes ont-ils un réel intérêt à promouvoir la prévention ?* »

Cette question tarabuste le public. De fait, les actions préventives ne sont que peu attribuées aux praticiens. Ce sont les industriels (les « spécialistes » du fluor particulièrement), qui en capitalisent la paternité.

Une des difficultés de la prévention réside dans la difficulté à rendre tangibles ses fruits, même si les actions menées depuis 20 ans ont abouti à de vrais résultats (notamment sur les caries des plus jeunes, les chiffres l'attestent). « *Pourquoi, alors, la CNAM a-t-elle coupé certain budget d'action préventive dans les écoles ?* »

### IDÉES ET POSITIONS

« *Parvenir à rendre obligatoire pour tous une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste, dénoncer les usines à soins (les low cost) qui multiplient les actes : qui paie ?* »

« *Promouvoir une longévité saine via le parcours santé* ».

# AVEC L'APPARITION DES FUTURES ÉQUIPES DENTAIRES, LE STATUT DE « MÉDECIN DE LA BOUCHE » ET LA VALIDATION DES MÉTIERS ANNEXES DOIVENT ÊTRE OFFICIA LISÉS

Il est dénoncé une tendance de la CNAM à négliger la prévention : « Certes, 60 % des patients sont touchés par le message de la prévention, mais ceux qui nous préoccupent sont les 40 % restants : personnes en situation de handicap, CMU, personnes malades et âgées... ».

« Allez voir les personnes âgées dans les EHPAD, c'est un désastre sanitaire ».

Ces dernières remarques conduisent à préconiser une étude destinée à classer les patients et relier la prévention à certaines maladies (cœur, tendons, diabète, poumons et polyarthrite, ...).

## OBJECTIF ET PROPOSITIONS

La prévention doit revenir au centre du jeu en poursuivant quelques objectifs :

« Parler « cash » à la CNAM, aux patients, en concrétisant des ratios « coût/économie ».

« Relier le chirurgien-dentiste au parcours de soin, renforcer son rôle face aux industriels ».

« Tracer de nouveaux axes entre la prévention et les technologies du futur : quelles nouvelles actions de prévention imaginer ? »

« Tenir compte du vieillissement de la population dans le couple soins conservateurs / prévention exprimé en ratios économiques »

## 3. LA DÉMOGRAPHIE

Ce thème donne l'occasion de recentrer le débat sur « le patient » dans toutes ses dimensions ; et d'évoquer la question de l'évolution démographie / installation des chirurgiens-dentistes.

« Ce n'est pas le quantitatif global de l'offre dentaire qui pose question mais c'est la densité du maillage par région favorisée (Paris, Paca) ou défavorisée (Creuse)... Même si, pour le moment, 99 % des patients sont à moins de 10 km d'un cabinet ».

« L'incitation à l'installation géographique (Contrat d'Engagement de Service Public / CESP) fonctionne mieux en dentaire (100 %) qu'en médecine. Cependant on remarque que la majorité des diplômés s'installe près de la ville où ils ont fait leurs études ».

« La tendance chez les jeunes chirurgiens-dentistes, c'est d'aller vers le salariat, de travailler 3 ou 4 jours, plutôt que d'affronter les contraintes de l'installation en libéral ».

« Le grand objectif des CHU, c'est d'éponger le déficit produit par les étudiants-soignants, puis de les faire bouger, circuler, pour qu'ils puissent voir autre chose ».

« Le spectre de la désertification, de l'inadaptation des contraintes aux patients âgés ou handicapés est agité ».

« Il existe des disparités de coûts géographiques. Il y a un risque de conventionnement différent selon la richesse de la région habitée ».

« On assiste à un contournement du numerus clausus : 1 700 chirurgiens-dentistes primo-inscrits en 2015, avec l'arrivée de diplômés étrangers (UE et hors UE). L'État ferme les yeux, ils ne coûtent rien ! Comment faire obstacle à la loi Leroux ? »

## ET LE PATIENT ?

Une vision claire de la patientèle fait nettement défaut dans les discours...

« *Le patient, c'est le grand oublié, cette profession n'a pas de vision holistique de son activité* ».

« *Nous arrivons au moment où le patient ne pourra plus payer du tout et renoncera aux soins* ».

« *On nous bassine avec le remboursement : il est plus mauvais en France que dans beaucoup de pays d'Europe. Le gouvernement se défait, comme avec les agriculteurs !* »

« *Les patients à problème : handicapés mentaux, enfants... ne viennent pas faire connaissance en préventif, ils arrivent en état de crise. D'où des refus de soigner* ».

Afin de répondre efficacement au risque majeur présenté par les associations de patients qui se basent sur de multiples données chiffrées pour traquer les abus, dépassements, ..., il est impératif de dresser un état irréfutable des besoins de soins satisfaits et non satisfaits, de les chiffrer par typologie de patients et d'évaluer leur coût à dix ans. Et de présenter également un état de santé des patients, ventilé par région et catégorie : âge, sexe, catégories socio-professionnelles, niveau de culture, activité, ...

## 4. LE FINANCEMENT

La question de « l'accès aux soins pour tous », se décompose dans les discours en 3 plans, dont le premier – celui du patient – est le moins bien commenté. Il conviendrait de parler d'accès aux soins attendu par chacun, afin d'individualiser la vision militante des « soins pour tous ».

On pourrait distinguer ainsi :

- les types de patients : du bébé au vieillard, via l'enfant, l'ado, l'adulte (par sexe ?)
- les conditions physiques : personnes en situation de handicap (90 % des handicaps ne sont pas visibles !)
- les critères socio-économiques (CMU, chômage, etc.)
- l'accessibilité géographique.

Si l'ensemble des interlocuteurs défend l'accès aux soins pour tous, les questions du financement sont traitées soit avec une grande acuité technique, soit par la pédagogie globale, soit par le bord le plus « partisan ».

### LES POSITIONS SUR LE FINANCEMENT

« *S'imaginer que la CNAM va céder sur le pouvoir qu'elle exerce est illusoire, le système doit être pensé à partir du remboursement... Même si les complémentaires refusent de payer en aveugle...* »

« *Une réforme lourde vers un remboursement réaliste des soins est exclue : cela représente entre 3 et 8 M€, de quoi faire sauter les caisses de la CNAM* ».

« *Nos confrères sont dans leur bulle élitiste avec le soutien des universitaires. Mais le temps du réveil a sonné... les logiques financières vont mener à un ratio du type : un médecin généraliste, c'est 5 500 €/mois, un chirurgien-dentiste, c'est 4 000 / 4 500 €* ».

« *C'est sur les ministères qu'il faut jouer, en pragmatique et non en syndicaliste. Il faut jouer avec les financeurs et les gouvernements, ...* »

« *Les échos les plus alarmistes sur la prise de pouvoir par les organismes complémentaires et la dislocation du secteur libéral au profit de cliniques de soins collectives et de chirurgiens-dentistes salariés sont avant tout le credo de nombreux syndicats* ».

« *La CNAM, les mutuelles et les assureurs ne mènent pas le même combat, ils vont se déchirer... C'est la qualité des soins qui va faire naufrage : il faut des contraintes légales sur les formations à l'étranger et les low cost* ».

« *Le secteur mutualiste n'a pas la volonté de prendre le contrôle des soins dentaires, ça, c'est le discours des assurances privées... Alors que ce sont les complémentaires les mieux armées pour le gérer. Prévoyez que le privé jettera l'éponge quand il s'y mettra vraiment, du fait de la complexité et du risque* ».

« *Ce que cherchent la mutualité et le privé, c'est à se défaiter du risque lié aux soins* ».

**PARVENIR À RENDRE OBLIGATOIRE POUR TOUS UNE VISITE ANNUELLE CHEZ LE CHIRURGIEN-DENTISTE**

« La problématique est nationale : il faut mettre tout à plat, on a tous les éléments pour gagner... C'est un enjeu de repositionnement. Aujourd'hui on est à un virage. En France, on a beaucoup plus d'avantages que les autres pays, parce qu'on a la chance d'avoir l'assurance maladie. « Une fois que les gens voudront tous aller chez le dentiste et auront le service qu'ils attendent, ce sera gagné ! »

« Un des effets pervers, c'est le scandale de la Loi Leroux ».

« La France est un pays où il nous manque une vraie vision globale de tous les compartiments et acteurs du soin, alors que règne une fragmentation des points de vue ; en plus, on n'a aucune culture du dialogue, de la concertation, on ne connaît que l'affrontement ».

« C'est la mutualité qui fait de sa politique de réseau un choc frontal. Elle veut prendre le pouvoir, impliquant ainsi la mort programmée du chirurgien-dentiste libéral et des soins de qualité ».

« Les complémentaires ont verrouillé le péché : ce n'est pas grave, la complémentaire va payer. Cela a déresponsabilisé le patient, de plus il croit que la science peut tout et donc se soigne le plus tard possible ».

Nota : la confrontation la plus extrême risque d'opposer chirurgiens-dentistes et prothésistes, ceux-ci ne supportant pas le refus de transparence des cabinets dentaires. « C'est une situation hyper opaque et sans règles,... Des acteurs qui jouent sur les produits

mais pas dans la même cour. Verra-t-on une révolte des patients, un jour ? Le dentaire n'est pas un luxe, c'est une nécessité (trouver un travail, vieillir en bonne santé, ...) »

## REVALORISER LES SOINS CONSERVATEURS

Convaincre les politiques qui sont les moins informés et de parti pris : quelles idées faut-il faire passer vers eux ? Qu'ont-ils à y gagner électoralement ? Le drame, c'est que la santé publique est une affaire de longue durée, alors que les politiques sont rivés au court terme de leur élection.

« Un arbitrage objectif sur le coût d'une heure de cabinet, opéré par des organismes indépendants qui n'appartiennent pas à la profession dentaire devrait aussi inclure les pertes : une heure à 33 € pour extraire une dent à un enfant, c'est une perte sèche ». Pour nombre d'interlocuteurs, un tel arbitrage est incontournable si l'on veut négocier à forces égales.

La revalorisation des soins apparaît comme le socle évolutif incontournable ; certains ne la citent pas spontanément... « Une prothèse, c'est un échec thérapeutique. Il est impératif que le chirurgien-dentiste voit le tarif des soins conservateurs multiplié par 2, voire 2,5. Actuellement, c'est la défausse du politique qui nous enferme dans un échec de santé publique. »

« Toute évolution technologique a un prix : ces « miracles » vont augmenter les prix ; or, les politiques promettent de soigner moins cher et plus technique : mensonge ! »

« L'avenir est à la conservation de la dent : si la prévention a fait reculer les caries, les inlays bio pourraient bien l'éradiquer ! Mais à quel horizon ? De toutes façons, les diverses facettes du métier vont muter... Ce que l'on apprend n'a qu'un temps, vu les progrès de l'informatisation et de la biologie ».

« Il faut imposer une révision du prix des soins avant de parler du plafonnement de la prothèse. Or, on fait l'inverse actuellement, peut-être faut-il décomposer les soins en tranches d'actes et tenir compte du prix de chacun : dépose, dévitalisation, anesthésie, etc. »

Certains interlocuteurs placent tous leurs efforts sur la prévention, d'une part, et la prise en compte des personnes âgées d'autre part (maisons de santé). Ils veulent sortir du « péché originel » par une négociation... « On ne veut pas la même chose que dans l'optique ; un arbitrage global sur le coût du plateau technique est le bienvenu. Il faut aller vers une transparence arbitrale : le faire et le savoir-faire. Le chirurgien-dentiste ne sait pas agir en chef d'entreprise qui annonce ses coûts, ce qu'il gagne, ce qu'il perd... »

## INFORMATISATION ET ROBOTS

« L'informatisation risque de mener à la délocalisation des prothèses vers l'étranger, voire le court-circuitage du prothésiste par les gros cabinets ».

D'autres soulignent le risque de voir le chirurgien-dentiste remplacé par un machiniste, quand l'automatisation robotisera la pose des implants... « Nos petits amis qui font de l'implantologie et qui se prennent pour des grands dieux vont se faire remplacer par des robots ».

« Le chirurgien-dentiste tiendra la machine. Ça pourra être n'importe qui ». Anticiper, c'est sortir de l'art dentaire, aller vers la médecine bucco-dentaire (« un bio-chirurgien » connecté ?)

Certains chercheurs prédisent la disparition de la carie et même de l'implant, par la bio-culture des dents de lait, les inlays en autogreffe. Se pose alors la question de l'évolution de la nouvelle prévention (quels types d'actions ?).

« Le métier va évoluer vers le diagnostic, la stratégie des soins, l'orthopédie dento-faciale à forte valeur ajoutée. Il faudra donc intégrer des services complémentaires. Un plateau complet de praticien coûte au minimum 300 000 euros. Il faut que le Conseil de l'Ordre promeuve la création de cliniques dentaires ; aujourd'hui c'est réaliste, réalisable et possible ».

Le cabinet du futur doit faire pièce aux « usines à soins », mutualistes ou privées, tenir haut la question de la qualité des soins et des soignants et la relation personnalisée au malade. « Il est appelé à contrer « l'ubérisation » de la profession : l'hygiéniste, notamment, devra être intégré, avoir un statut ».

## 5. LE CABINET DU FUTUR / ÉVOLUTIONS DE LA PROFESSION

L'avenir ouvre des perspectives stratégiques : l'affrontement sur la seule question des coûts est d'ores et déjà caduc, dans les termes où il est posé. L'innovation reste une grande ressource de propositions métier, revalorisation, et gains.

« Actuellement, on est dans la langue de bois des financeurs : l'espérance de vie des patients et la complexification technique obligent à redéfinir une vraie politique de santé où il est impensable que les coûts baissent ». Le plateau technique, les moyens à venir, exigeront plus d'investissement, donc l'obligation d'organiser des cabinets de groupe à plusieurs chirurgiens-dentistes, en GIE (groupement d'intérêts économiques)... C'est la fin programmée du chirurgien-dentiste isolé.

La question des statuts, dont celui du chirurgien-dentiste et des assistants dentaires, mène à leur insertion dans le parcours de santé. Aujourd'hui, le chirurgien-dentiste est toujours l'oublié des actions HAS.

« Le cabinet du futur aura des incidences majeures sur la formation, celle-ci devra évoluer plus fortement vers la médecine, la biologie, l'informatique (révolution des cellules souches) ».


« Il existera d'office une revalorisation des soins endo-mécaniques, de l'expertise sur les coûts des matériels... Ces spécialités devront être évaluées, chiffrées, valorisées : les données existent déjà ».

En résumé, la ligne de pente décisive étant à l'avenir la prévalence du soin (et pas de la prothèse -avenir vertueux- ?), il est important d'établir un cahier des charges des nouveaux plateaux techniques bio-informatisés à partir des besoins de soins, sans oublier l'investissement en formation.

**LE MÉTIER VA ÉVOLUER  
VERS LE DIAGNOSTIC,  
LA STRATÉGIE DES  
SOINS, L'ORTHOPÉDIE  
DENTO-FACIALE À  
FORTE VALEUR AJOUTÉE**







**PRIORITÉ  
À L'ACCÈS AUX  
SOINS DE  
QUALITÉ  
POUR TOUS**



**IMAGINER**  
LA MÉDECINE  
BUCCO-DENTAIRE  
DE DEMAIN



**ONCD**  
Ordre National  
des Chirurgiens-Dentistes