

MISSION

ODONTOLOGIE

D. BOIS – J. MASSONNAUD – J. MELET

13 novembre 2003

AVANT PROPOS

Par lettre en date du vendredi 25 Avril 2003, le Ministre de la Santé de la Famille et des Personnes Handicapées, Monsieur Jean-François MATTEI a confié à trois Chirurgiens-Dentistes : Monsieur le Professeur Dominique BOIS, les Docteurs Jacques MASSONNAUD et Jacques MELET, une mission dont les thématiques étaient les suivantes :

- I - Démographie professionnelle et réorganisation de la profession,
- II - Formation initiale et formation continue,
- III - Sécurité sanitaire, promotion de la qualité des soins,
- IV - Odontologie hospitalière,
- V - Prévention et accès aux soins,
- VI - Projet d'évolution de financement des soins dentaires.

Le premier objectif de cette mission a été d'auditionner toutes les composantes de l'Odontologie, ainsi que les différents acteurs de l'assurance maladie, obligatoire ou complémentaire. Ces rencontres se sont déroulées, d'une part, pour chaque organisme représentatif, sur l'ensemble des thèmes de la mission, d'autre part, sous forme de débats regroupant tous les intervenants sur un sujet précis (cf. annexe).

Ces auditions placées sous le signe de l'ouverture et de l'intérêt général ont été très riches d'enseignement.

Elles ont permis de cerner la situation actuelle de la discipline et de proposer des initiatives susceptibles d'avoir des effets positifs sur son évolution et sur les réponses qu'elle doit être à même d'apporter aux besoins de santé publique.

A titre individuel, chaque rapporteur s'est efforcé d'être le plus fidèle possible aux propos et aux souhaits de ses interlocuteurs, mais la responsabilité de ce rapport est collective.

THEME I

Démographie

"En premier lieu, le départ en retraite de nombreux praticiens pose la question de l'équilibre démographique de la profession de chirurgien-dentiste. Il convient de procéder à une évaluation des besoins pour les quinze prochaines années, de faire des propositions sur le numerus clausus puis d'analyser les conditions d'une répartition homogène des effectifs sur le territoire. Une organisation renouvelée de l'exercice professionnel peut être envisagée à cette fin, ainsi qu'une distribution nouvelle des compétences. Ainsi, en matière de prévention bucco-dentaire, je souhaite que vous analysiez l'élargissement possible du rôle des personnels paramédicaux, comme les hygiénistes dentaires".

PLAN

Introduction : La place de la chirurgie dentaire dans l'équipe médicale

1.1. La démographie professionnelle

- 1.1.1. État des lieux
- 1.1.2. Comparaison avec les pays équivalents
- 1.1.3. Démographie régionale
- 1.1.4. Démographie départementale
- 1.1.5. Démographie cantonale
- 1.1.6. La répartition par âge
- 1.1.7. La répartition par sexe
- 1.1.8. Evolution sociétale
- 1.1.9. Évolution de la demande
- Récapitulatif

1.2. Le nécessaire redéploiement

- 1.2.1. Freins à une répartition harmonieuse des installations
 - 1.2.1.1. Le niveau de revenu
 - 1.2.1.2. Des régions plus attirantes que d'autres
- 1.2.2. Mesures à prendre
 - 1.2.2.1. Mesures incitatives
 - 1.2.2.2. Mesures coercitives

1.3. Organisation renouvelée de l'exercice professionnel

- 1.3.1. Évolution de la situation
- 1.3.2. Faire évoluer le statut, la formation et le diplôme des assistantes dentaires

Conclusion

La profession de chirurgien-dentiste est une profession médicale à part entière et non comme l'ont voulu certains par le passé "entièrement à part".

C'est une profession indépendante, gérée par le Conseil de l'Ordre tout comme les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes, qui est chargé de faire respecter le code de déontologie.

La mission de cette profession est une mission de santé publique, membre indiscutable de l'équipe médicale.

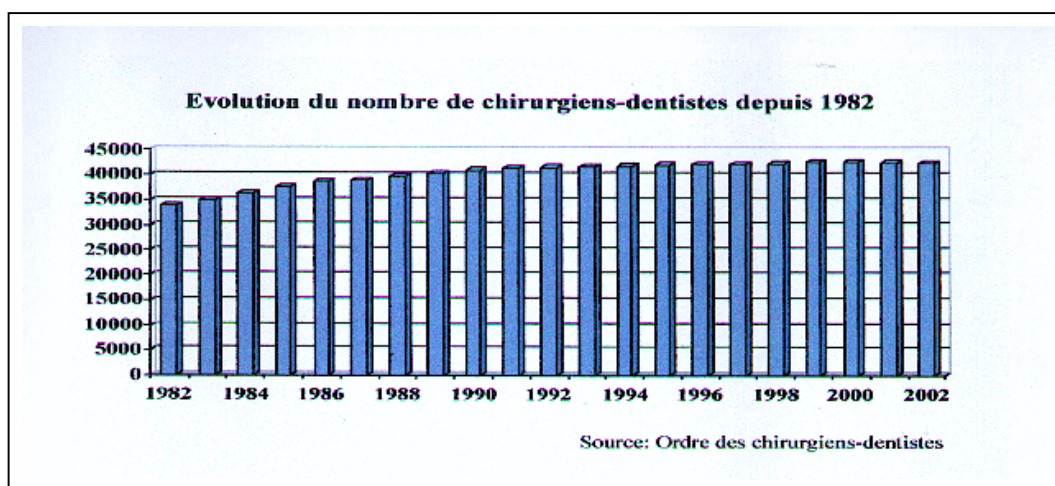
Elle doit donc être traitée comme toutes les autres professions médicales en particulier en matière de prise en charge de ses actes thérapeutiques.

1.1. La démographie professionnelle

1.1.1. État des lieux

Le premier coup d'œil que nous portons sur cette profession peut faire croire qu'en matière de démographie tout va bien. En effet, le nombre de praticiens en exercice n'a jamais été aussi élevé. Les chiffres relevés dans le rapport Berland sont de 42 378 praticiens inscrits à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes et de 40 481 selon la DREES en janvier 2002, soit une densité de 68/100 000 habitants.

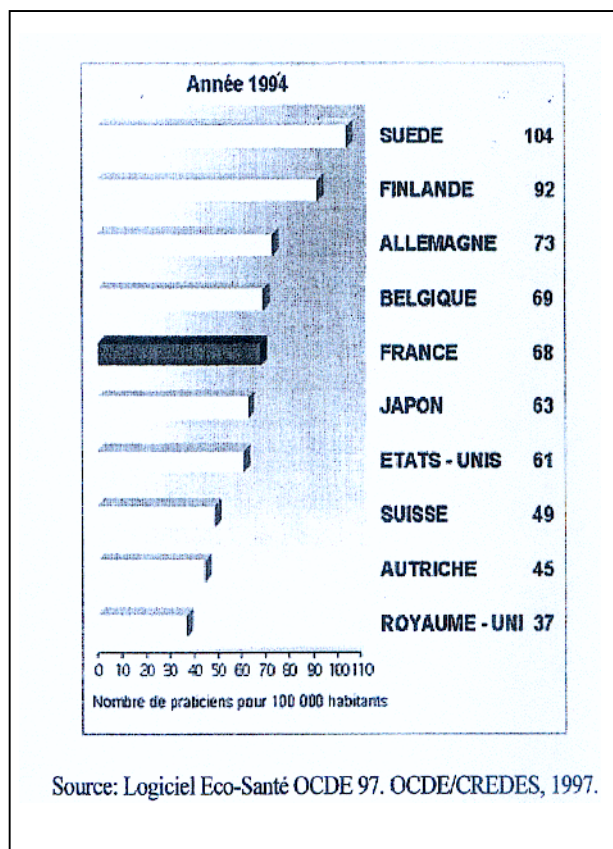
L'examen du diagramme d'évolution de ce nombre de chirurgiens-dentistes en exercice (fournis par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes), montre qu'il y a eu croissance de 1982 à 1996, mais que depuis cette date il est en stagnation.



1.1.2. Comparaison avec les pays équivalents

Le chiffre retenu de 68/100 000 habitants doit être comparé aux pays développés comparables.

Nous n'avons pas trouvé de données très récentes.



La lecture de ce diagramme nous permet de dégager schématiquement 3 groupes :

1^{er} groupe :

deux pays scandinaves, la Suède et la Finlande avec une densité professionnelle élevée de plus de 90 chirurgiens dentistes en activité pour 100 000 habitants.

2^e groupe :

composé de pays de l'Union Européenne ainsi que du Japon et des Etats-Unis avec une densité professionnelle comprise entre 60 et 75.

La France se situe au milieu de ce groupe avec 68 praticiens pour 100 000 habitants.

3^e groupe :

trois pays européens à moins de 50 praticiens pour 100 000 habitants avec en queue de groupe le Royaume-Uni.

Tout irait pour le mieux, si un examen attentif et détaillé de la situation ne venait noircir le tableau actuel.

L'analyse se fera au niveau régional, puis départemental et enfin cantonal.

1.1.3. Démographie régionale

L'analyse région par région fait ressortir des inégalités importantes. Comme Monsieur le Ministre nous l'a demandé dans sa lettre de mission nous nous sommes souvent reportés aux travaux réalisés dans les différents rapports déjà rédigés.

Pour reprendre les données recueillies dans le rapport Berland et émanant de la DREES répertoire ADELI, nous constatons que la région PACA dispose d'une offre de soins de 93 praticiens pour 100 000 habitants et que la Haute-Normandie ne dispose que de 41 praticiens pour 100 000 habitants, et si nous intégrons dans cette étude, ce qui est parfaitement légitime les départements d'Outre-Mer nous tombons à 23.5 praticiens pour 100 000 habitants en Guyane.

Voici quelques chiffres à retenir :

- PACA	93/100 000	- Centre	50/100 000
- Ile de France	85/100 000	- Nord Pas de Calais	48/100 000
- Corse	84/100 000	- Basse Normandie	43/100 000
- Midi-Pyrénées	83/100 000	- Haute Normandie	41/100 000
- Aquitaine	79/100 000		
		- Réunion	45.6/100 000
		- Martinique	33.8/100 000
		- Guadeloupe	32.9/100 000
		- Guyane	23.5/100 000

La différence en métropole est du simple au double entre Haute Normandie et PACA et s'élève à 4 fois entre la Guyane et PACA.

1.1.4. Démographie départementale

Nous pourrions penser que la répartition dans les départements est relativement homogène avec la répartition régionale.

L'examen détaillé des régions fait apparaître des différences importantes entre les départements au sein d'une même région.

Pour reprendre la région PACA et ses 6 départements :

04	:	61.81/100 000	13	:	79.4/100 000
05	:	69.4/100 000	84	:	70.6/100 000
06	:	104.8/100 000	83	:	79.6/100 000

Nous constatons que l'offre en 06 est de 65 % supérieure à celle du 04.

De même dans la région Ile de France dont la densité moyenne est de 85/100 000.

L'analyse de ses 8 départements fait ressortir aussi de grande disparité :

75	:	117.4/100 000	92	:	74.6/100 000
77	:	47.9/100 000	93	:	42.1/100 000
78	:	61.3/100 000	94	:	62.7/100 000
91	:	57.6/100 000	95	:	48.2/100 000

L'écart entre le département le moins bien doté et celui le mieux doté est de 175 %.

Même si l'on écarte Paris, l'écart entre le 92 et le 93 est encore de près de 80 %, ce qui est tout à fait considérable.

Nous retrouvons ce phénomène dans d'autres régions. 30 % d'écart en Poitou-Charentes entre la Charente et les Deux-Sèvres, 75 % d'écart entre la Corrèze et la Creuse dans la région Limousin, et 24 % d'écart entre le Nord et le Pas de Calais.

Nous constatons donc que les régions ne sont pas homogènes.

1.1.5. Démographie cantonale

Nous ne disposons pas encore d'étude globale à ce niveau. Il entre dans les projets de l'Observatoire de faire réaliser cette étude.

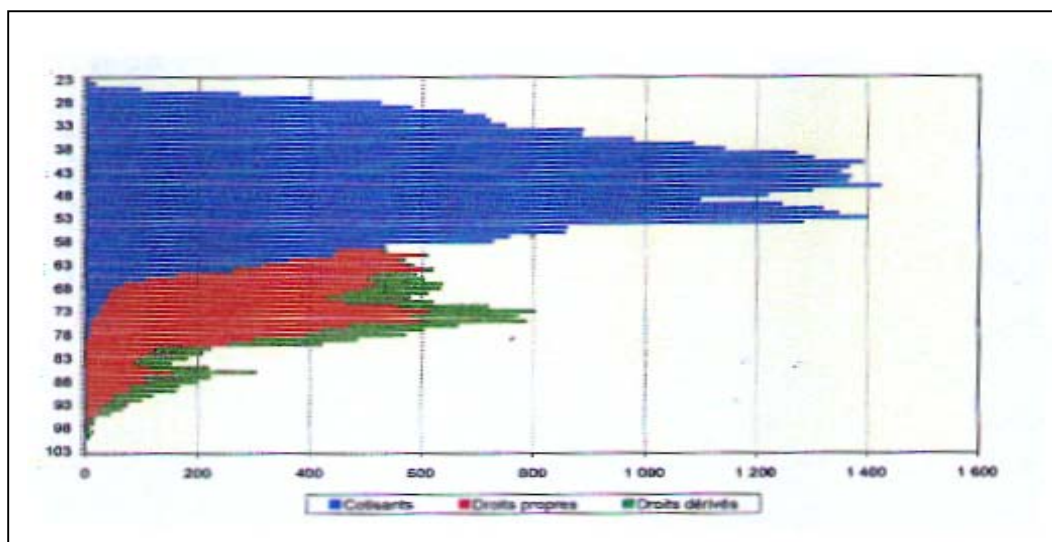
Cependant, sans pouvoir extrapoler nous disposons d'une étude réalisée par la CPAM dans le 86. Celle-ci met en évidence une différence de 1 à 2 entre le canton le mieux pourvu et celui le moins bien pourvu ; sachant que l'on met à l'écart 2 cantons qui n'ont pas du tout de praticien.

Dans l'un il y a 4 148 habitants et dans l'autre 3 209 habitants. Il s'agit de deux cantons ruraux.

Un travail d'analyse est en cours de réalisation dans la région Poitou-Charentes, par le Comité Régional de Coordination Ordinale.

1.1.6. La répartition par âge

L'analyse de la pyramide des âges, fournie par la Caisse de Retraite des Chirurgiens-Dentistes nous montre que la tranche d'âge la plus nombreuse se situe entre 40 et 50 ans.



La pyramide des âges s'étale entre 23 ans et 77 ans.

Le nombre de praticien encore en exercice après 65 ans n'est pas significatif et nous les mettrons à l'écart dans notre analyse.

Si l'on s'en tient à la période 23/65 ans nous pouvons constater que jusqu'en 2007, en théorie, la démographie générale ne variera que peu, mais dans cette analyse nous admettons que l'âge de 65 ans est l'âge réel de départ en retraite.

En réalité l'âge moyen de départ en retraite communiqué par la Caisse de Retraite des Chirurgiens-Dentistes, la Carchident, est actuellement de 62.5 ans pour les femmes et de 64 ans pour les hommes.

Nos beaux calculs sont donc faux et nous constatons doré et déjà dans certaines régions, sans doute moins attrayantes, des départs en retraite avec fermeture définitive de cabinets qui pourtant étaient rentables.

Ce phénomène va aller en s'accroissant et dès 2010 il y aura au moins 1 300 départs en retraite et ne seront formés, au mieux que 950.

Ce déficit de remplacement des départs en retraite viendra s'ajouter aux déficits antérieurs.

Si nous prenons une vitesse de croissance de 100 par an, vitesse compatible avec l'amélioration nécessaire des moyens de formation, nous perdrons entre 2 000 et 3 000 praticiens avant d'avoir rattrapé l'équilibre départ-arrivée.

1.1.7. La répartition par sexe

Actuellement la répartition par sexe du corps des chirurgiens-dentistes est la suivante :
33% de femme et 66 % d'hommes

Par contre en ODF, nous avons 54 % de femmes et 46 % d'hommes. Cette proportion est en train de croître car nous avons 56 % de femmes en formation.

La répartition homme/femme va évoluer assez rapidement car au vu des résultats des récents concours d'admission nous constatons que 60 % de femmes ont été sélectionnées.

Cette évolution n'est pas sans effet sur la future capacité d'offre de soins.

En effet, beaucoup de femmes, pour des raisons familiales le plus souvent, travaillent à temps partiel et pour certaines ne travaillent pas du tout.

Nous devons donc prévoir un accroissement du déficit entre départ et arrivée, car l'offre théorique de 850 pour 2009 risque dans la réalité de ne pas dépasser 700 équivalents pleins temps.

Ce phénomène à un coût, celui de la formation, de 850 étudiants, pour une efficacité restreinte, seulement 700 à 750 praticiens exerçants, une réflexion devra être entamée sur ce sujet.

1.1.8. Évolution sociétale

Si le nombre de chirurgiens-dentistes a globalement augmenté plus vite que la population entre 1980 et 2000, la tendance s'est inversée depuis 2001.

Les chirurgiens-dentistes en exercice ne veulent plus travailler aussi longtemps que par le passé. Les plus âgés, fatigués veulent diminuer leur temps de travail qui est encore de 40 heures.

Les plus jeunes, très attachés à la qualité de la vie, ne veulent travailler que 32 heures environ.

Il ne faut pas considérer qu'un jeune remplacera un ancien.

1.1.9. Évolution de la demande

- la population augmente
- la population vieillit et a donc plus de besoins

- la CMU attribuée largement, y compris aux étrangers de passage, accroît considérablement la demande et représente une population difficile à traiter parce que peu fidèle à ses rendez-vous
- les statistiques font apparaître que seuls 35 % des français consultent au moins 1 fois par an
- Nécessité de mettre en place une réelle politique de prévention, d'où la nécessité de professionnels sur le terrain.

Pour résumer cette première partie :

- nombre de praticiens en exercice actuellement est suffisant et comparable aux pays équivalents
- forte disparité d'implantation générant de grandes inégalités d'accès aux soins
- forte féminisation des promotions (60 %)
- volonté des jeunes praticiens de travailler moins pour une meilleure qualité de vie
- augmentation de la demande de soins par :
 - augmentation de la population
 - vieillissement de la population
 - CMU largement ouverte aux étrangers
 - nécessité de mettre en place une grande politique de prévention
- nécessaire évolution des moyens de formation demandant du temps et des moyens en hommes, en locaux et en matériel.

D'où le choix accepté par tous les participants à nos réunions :

Une augmentation de 100 des promotions pendant 5 ans afin de conserver constant le nombre de praticiens en exercice.

1.2. Le nécessaire redéploiement

Si l'ensemble des composants de notre profession audités a préconisé une impérative augmentation du numerus clausus il a aussi, face aux disparités d'installation, préconisé un nécessaire redéploiement sur l'ensemble de nos régions.

Pour pouvoir être efficace dans les mesures à prendre, il faut déjà identifier les freins à une bonne répartition des implantations.

1.2.1. Freins à une répartition harmonieuse des installations

1.2.1.1. Le niveau de prise en charge des techniques modernes

La formation initiale, dans son souhait d'excellence, s'est attachée à enseigner toutes les techniques les plus modernes de soins et de prothèse, techniques qui sont aussi les plus coûteuses.

La non prise en charge par la protection sociale de ces techniques a fait qu'elles sont réservées aux patients aisés.

Nos jeunes confrères, soucieux de pouvoir appliquer tout ce qu'ils ont appris cherchent un lieu d'exercice qui le leur permette.

C'est ainsi que sont apparues des zones peu attractives, rurales ou urbaines difficiles.

Cela explique en grande partie la différence de densité de praticiens entre le 75 et le 93 par exemple.

1.2.1.2. Le niveau de revenu

Toutes les observations faites par la DGI attestent que le niveau de revenu des chirurgiens-dentistes évolue en fonction des zones d'exercice, en partie pour les raisons précédentes.

1.2.1.3. Des régions plus attirantes que d'autres

sur 4 aspects principaux :

- la possibilité pour le conjoint de trouver du travail en fonction de sa formation initiale (zone rurale)
- la possibilité de trouver des écoles d'un bon niveau et à proximité pour éduquer les enfants
- la sécurité en particulier en zones urbaines difficiles
- le climat, on constate que le sud est mieux pourvu que le nord.

1.2.2. Mesures à prendre

Les mesures à prendre sont de deux types :

- **les mesures incitatives**
- **les mesures coercitives**

voire éventuellement une combinaison des deux.

Le sénateur Charles DESCOURS dans son rapport s'est prononcé en faveur des mesures incitatives qui lui **apparaissent plus efficaces et consensuelles** que les mesures réglementaires car elles permettent d'encourager les comportements vertueux de répartition des professions de santé.

Il admet néanmoins que si ces mesures devaient échouer, des mesures réglementaires pourraient être envisagées.

1.2.2.1. Mesures incitatives

1.2.2.1.1. La première mesure efficace serait de prendre en compte les nouvelles techniques, scientifiquement reconnues mais non prises en charge par la protection sociale.

Cela aurait pour effet de gommer les inégalités d'exercice et ferait disparaître de facto les deux premiers freins évoqués.

1.2.2.1.2. Empêcher les cabinets existants dans ces zones en difficulté de disparaître.

Lorsque les confrères exerçant dans les zones en difficulté (rurales ou urbaines) partent en retraite ces cabinets ferment définitivement.

Il convient de mettre en place un financement à taux très bas avec éventuellement une prime au rachat de ces cabinets.

Le financement pourrait se faire sur les fonds collectés par les livrets de caisse d'épargne et sur les CODEVI.

Ceci aurait deux effets :

- ne pas laisser disparaître des cabinets financièrement viables et qui jouent un rôle important
- inciter le praticien partant en retraite à maintenir son cabinet performant en continuant à investir jusqu'à son départ (en particulier en matière de sécurité sanitaire, ce qu'il ne fait pas actuellement car il sait qu'il ne vendra pas son cabinet).

1.2.2.1.3. Création de "Maisons de Santé"

Autrefois il existait un certain nombre de cabinets secondaires dans lesquels les praticiens libéraux venaient exercer à temps partiel dans des zones rurales à faible densité où un temps plein n'était pas viable.

Aujourd'hui ils ont disparu, compte tenu du coût de l'investissement par rapport aux recettes espérées.

En conséquence, dans ce même esprit les collectivités locales doivent créer des "Maisons de Santé" dans lesquelles elles mettront à la disposition des praticiens un local complètement aménagé conforme aux exigences de sécurité sanitaire et pour un loyer compatible avec l'activité.

Ceci aurait pour effet de permettre à de jeunes praticiens d'avoir à temps partiel une activité urbaine et une activité rurale.

1.2.2.1.4. Mesures fiscales incitatives

Les primes ponctuelles pour l'ouverture d'un cabinet dans une zone défavorisée nous semblent tout à fait inefficaces.

Il convient de mettre en place des **mesures pérennes** qui fixeront vraiment le praticien dans son environnement :

- exonération totale d'I.R. jusqu'à un certain niveau de revenu, puis modulation jusqu'à un niveau considéré comme normal.
- exonération de cotisations personnelles d'URSSAF
 - totale jusqu'à un niveau de 28 000 €
 - partielle entre 28 000 et 70 000 € en modulant progressivement
 - retour à la normale au-delà
- exonération de charges patronales pour tout emploi créé ou repris lors du rachat d'un cabinet et ce pendant 10 ans.
- exonération de taxe professionnelle pendant 10 ans.

Toutes ces mesures incitatives ne sont pas applicables dans tous les cas de figure.

Ce sont des outils pour rendre attractives certaines zones. Mais il convient d'harmoniser ces incitations au niveau du département ou de la région pour qu'il n'y ait pas une concurrence sauvage.

Un classement des zones difficiles peut être établi en fonction des difficultés rencontrées pour combler les manques de praticiens.

En fonction des difficultés les mesures incitatives peuvent être modulées.

1.2.2.1.5. Solutions économiques

Les difficultés de rentabilité d'un exercice en zone difficile sont très souvent liées au type d'exercice qui y est pratiqué. L'activité s'y répartit souvent en 80 % de chirurgie et de soins et 20 % de prothèse.

Nous savons qu'un cabinet dentaire ne peut être rentable dans ces conditions et on ne peut cumuler difficulté d'exercice et faible rémunération et espérer trouver des candidats ; il convient donc d'améliorer cette rentabilité, deux solutions éventuelles :

- moduler la rémunération par une codification spécifique voire la création d'une lettre spéciale "zone difficile" qui serait appliquée en des lieux déterminés à l'avance
- soit intervenir sur les frais en remboursant, dans ces zones, une partie de la TVA appliquée sur les matériels et fournitures, qui serait ramenée à 5,5.

Plutôt que la course aux honoraires qui grèverait de plus en plus les charges de la couverture sociale, il serait plus judicieux de diminuer les frais, et ceci aurait le même effet sur les revenus des cabinets dentaires.

1.2.2.1.6. Dans un tout autre registre, trois autres possibilités de proposition :

- proposer aux étudiants en chirurgie dentaire à partir de la 2^e année une rémunération pendant leurs études contre un engagement à la sortie d'exercer pendant 10 ans dans les zones rurales ou urbaines difficiles.
- autre mesure pouvant avoir un effet sur le choix du futur lieu d'exercice, la décentralisation des stages dans des cabinets dentaires agréés ou des CHU/CHR périphériques. Il a été constaté qu'une forte proportion d'étudiants souhaitait s'installer dans une zone périphérique du lieu où ils avaient fait leurs études. Une telle disposition pourrait faire évoluer ces habitudes.
- la création de plateaux techniques mobiles
Cette proposition nous a été faite par le Conseil National de l'Ordre. Il s'agirait de camions ou de bus aménagés respectant les normes de sécurité sanitaire.

L'investissement serait, semble-t-il de 25 % supérieur à une réalisation fixe et pourrait correspondre aux besoins d'un canton de faible importance avec un habitat dispersé.

Cette unité pourrait desservir des maisons de santé communales, des maisons de retraite qui sont actuellement les grandes démunies de notre système de santé. Il n'y aurait plus besoins de déplacer, souvent à grands frais, les personnes âgées à mobilité réduite.

La liste de ces propositions n'est pas exhaustive, il existe sans doute d'autres possibilités. En fonction des cas, l'association de deux ou trois de ces propositions sera incitative pour un candidat et permettra de résoudre un problème. Il n'y a pas une solution pour résoudre une diversité de problème.

Il faut veiller à encadrer les dispositifs d'incitation pour éviter toute lutte sauvage qui serait contre-productive.

1.2.2.2. Mesures coercitives

Les mesures coercitives qui pourraient être mises en place seraient l'instauration d'un *numerus clausus* d'installation avec autorisation administrative.

Celle-ci pourrait être mise en place si dans un délais de 5 années il était constaté un échec des mesures incitatives.

La profession de chirurgien-dentiste a pour mission de répondre aux besoins de santé publique.

La gratuité de la formation, dont le coût est payé par la collectivité nationale a pour corollaire la disponibilité des praticiens au service de cette même collectivité nationale. Nos jeunes confrères doivent en être conscients.

Une proposition de loi a été déposée à l'Assemblée Nationale relative à la régulation de la démographie médicale et à l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire. Celle-ci prévoit la mise en place d'un *numerus clausus* à l'installation des médecins. Si elle devait être votée, elle serait sans doute étendue à toutes les professions médicales.

Cette mesure devrait s'accompagner de mesures incitatives à l'installation en zones actuellement dépourvues (rurales ou urbaines difficiles).

Pour résumer cette deuxième partie

- **maintien du nombre de praticiens en exercice par augmentation régulière du *numerus clausus* de 100 par an pendant 5 années afin d'atteindre 1 350 étudiants en 2008.**
- **redéploiement sur tout le territoire appuyé sur :**
 - **mesures incitatives pérennes**
 - **modification de la rémunération**
 - **incitation fiscale**
 - **création de maison de santé**
 - **création d'unités mobiles**
 - **mesures coercitives**

***numerus clausus* d'installation dans les zones en sur-densité**

1.3. Organisation renouvelée de l'exercice professionnel

Avant d'envisager l'évolution de l'exercice, il nous a semblé souhaitable de faire dans un premier temps une juste évaluation de la situation actuelle.

1.3.1. Evaluation de la situation

Toutes les études faites sur le sujet aboutissent actuellement à une conclusion identique :

**1 chirurgien-dentiste sur 2 emploie une assistante dentaire qualifiée.
Ceci est un fait.**

1.3.1.1. Motifs

La raison en est le plus souvent économique.

Il faut savoir que pour :

-> 45 % des praticiens, le revenu mensuel est inférieur à 4 550 € et que le salaire mensuel d'une assistante + charges patronales est de 1 790 €.

Ce qui ferait, s'il employait une assistante dentaire, à chiffre d'affaire constant, un revenu net mensuel de 2 760 € net par mois avant impôts.

Et c'est encore plus vrai pour :

-> 17 % des praticiens dont le revenu net mensuel est environ de 2 750 €/mois et qui, s'ils engageaient une assistante qualifiée verraient leur revenu tomber au-dessous du SMIC (source CNSD).

La part de frais augmente sans cesse. Ces frais sont générés par des exigences qui n'ont jamais reçu de compensation en matière d'honoraires.

Ces exigences sont liées à :

- la sécurité sanitaire
 - achat de nouveaux stérilisateurs
 - ensachage individuel des matériels
 - modification des revêtements muraux et de sols pour les rendre conformes aux normes
 - achat de plus en plus de matériel à usage unique.
- aux problèmes administratifs
 - achat de matériel informatique coûteux pour répondre aux demandes des caisses en matière de télétransmission, et ce, sans compensation.

- aux problèmes d'environnement
 - achat de filtre à amalgame, coût environ 6 000 €
 - collecte et élimination des déchets par des sociétés spécialisées dont le coût annuel est élevé
 là aussi sans compensation.
- à l'évolution des techniques
 toujours plus fiables mais toujours plus coûteuses.

Les cabinets les plus importants ont fait face à toutes ces dépenses en augmentant leurs honoraires libres, les autres se sont enfoncés et n'ont pas fait face à toutes ces obligations.

C'est ainsi que l'on se retrouve dans un système à deux vitesses.

Face à tous ces frais supplémentaires un certain nombre d'actes de chirurgie et de soins à tarifs opposables sont devenus tellement déficitaires qu'ils interdisent à ceux dont l'activité est de 80 % d'actes opposables de moderniser leurs installations et d'embaucher des assistantes dentaires qualifiées.

- autre motif de l'absence d'assistante dentaire dans un cabinet sur deux, est le nombre peu important de candidates, car la profession est exigeante et le salaire peu rémunérateur.
- autre motif : une organisation chaotique de la formation qui ne délivre pas de diplôme d'état reconnu équivalent à d'autres professions paramédicales.

Il faut donc remédier à cette situation

1.3.1.2. Moyens

- > Il convient avant toute chose de réunir les moyens économiques de l'emploi :
 - donner des ressources aux cabinets en difficulté
 - diminuer la TVA sur les matériels médicaux et les fournitures. Application d'une TVA à 5.5 % et non à 19.6%
 - diminuer le coût de l'emploi, dans les zones difficiles (rurales ou urbaines) en pratiquant une exonération partielle ou totale des charges patronales. Plus de 10 000 emplois à la clé.
- > Une fois réunies les conditions économiques, il convient de rendre obligatoire la présence d'une assistante dentaire qualifiée dans chaque cabinet dentaire.

1.3.2. Faire évoluer le statut, la formation et le diplôme des assistantes dentaires.

Nous pensons qu'il convient de revoir totalement la formation des assistantes dentaires pour en faire de vraies paramédicales reconnues par un diplôme d'état comparable aux autres auxiliaires de santé.

- le niveau du baccalauréat sera requis pour accéder à cette formation alors qu'aujourd'hui le niveau brevet suffit.
- nous proposons une durée de formation de 3 années : deux années communes et une année de spécialisation.
- les spécialisations pourront être relatives à
 - l'O.D.F.
 - la sécurité sanitaire – stérilisation
 - la radiographie et la protection ionisante
 - la prévention et l'hygiène dentaire
 - la gérontologie
 - la pratique dentaire en milieu hospitalier et les soins sous anesthésie générale.
- la formation théorique doit être dispensée en alternance entre l'université et l'application pratique qui pourra se dérouler :
 - soit en cabinet de ville
 - soit en cabinet hospitalier
 - soit dans le cadre des services de soins des facultés avec les étudiants chirurgiens-dentistes.

Les assistantes dentaires tout comme les chirurgiens-dentistes doivent avoir une formation pratique de qualité.

La place de l'assistante dentaire est tout à fait importante au cœur du dispositif du cabinet dentaire ou du service d'odontologie hospitalière.

Cette proposition de réforme totale des études et de la fonction des assistantes dentaires est acceptée et souhaitée par tous les interlocuteurs de notre profession que nous avons auditionnés.

Le nouveau rôle dévolu dans le cadre de cette réforme correspond parfaitement aux attentes de la grande majorité de notre profession et par conséquent cette réforme pourrait être entreprise et réussie rapidement.

La lettre de mission du Ministre évoque le terme d'hygiéniste. Nous ne voyons pas l'intérêt de créer un nouveau type de collaboratrice alors que l'évolution importante proposée des collaboratrices que nous avons déjà à nos côtés peut résoudre la très grande partie des problèmes rencontrés.

Il n'y aura aucune réticence à ce projet, alors qu'une très grande partie de la profession est opposée à la création d'une fonction "d'hygiéniste".

Celles-ci ne sont souhaitées que dans les cabinets haut de gamme, à tarifs élevés. Alors que notre problème est l'amélioration de la sécurité sanitaire sur tout le territoire et pour toute la population.

Pour résumer cette troisième partie

- **il convient de réunir les conditions économiques de la présence généralisée d'assistantes dentaires qualifiées dans tous les cabinets dentaires.**
- **revoir la formation et le diplôme des assistantes dentaires :**
 - **niveau de recrutement : le baccalauréat**
- **durée de la formation : 3 ans dont une année de spécialisation à choisir :**
 - **I'O.D.F.
sécurité sanitaire – stérilisation**
 - **radiographie et radioprotection**
 - **prévention et hygiène dentaire**
 - **gérontologie dentaire**
 - **la pratique dentaire en milieu hospitalier et les soins sous anesthésie générale**
- **formation en université en alternance avec des stages :**
 - **cabinet dentaire de ville**
 - **service d'odontologie hospitalière**
 - **service de soins de l'université**
- **diplôme d'état**
- **prévoir une passerelle entre les assistantes qualifiées ancien régime et nouveau régime : formation 1 an.**
- **passerelle entre les aides dentaires qualifiées ancien régime et les assistantes nouveau régime : formation 2 ans.**

l'acceptation de cette réforme par toutes les composantes de la profession est un gage de réussite.

Thème II

« La Formation Initiale doit être adaptée pour mettre les jeunes professionnels en mesure de répondre tant aux exigences du soin qu'à celles de la prévention. Vous conduirez plus particulièrement une étude de l'adéquation des moyens de la fonction hospitalo-universitaire aux besoins des étudiants. Il convient aussi d'étudier l'opportunité de développer la formation post-universitaire des praticiens ».

PLAN

- 1 - Mission de formation
- 2 - Formation initiale
- 3 - Evolution au cours des dernières années
- 4 - Adéquation des moyens aux besoins
 - 4.1 - Situation actuelle
 - 4.2 - Augmentation du *numerus clausus*
- 5 - Formation post-universitaire
 - 5.1 - Bilan actuel
 - 5.2 - Opportunité de développer la formation post-universitaire des praticiens

1 – Mission de formation

Le Diplôme d'Etat en Chirurgie Dentaire est régi par les arrêtés des 27 septembre 1994, 20 Septembre 1995, 30 Septembre 1997 et 20 Mai 1999. Les arrêtés du 20 Septembre 1995, 30 Septembre 1997 et 20 Mai 1999 modifient et/ou précisent la Réforme des études odontologiques issue de l'arrêté du 27 Septembre 1994.

La mission de « Formation initiale » de l'Université est donc de former à Bac + 6 des professionnels de santé ayant acquis la compétence de Docteur en Chirurgie Dentaire telle que définie par le Code de la Santé (article L 373 loi du 13 Juillet 1972) :

*« La pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic,
le traitement des maladies de la bouche, des dents et des maxillaires,
congénitales ou acquises, réelles ou supposées, dans les conditions prévues
par le Code de Déontologie des Chirurgiens Dentistes ».*

Cette mission repose sur des connaissances médicales spécialisées, celles de l'odontologie et médicales générales afin de prendre en charge, en commun avec les médecins la santé dentaire des patients atteints de pathologies chroniques ou aiguës.

En dehors du savoir théorique, le futur chirurgien-dentiste doit apprendre la gestuelle spécifique de l'ensemble des techniques opératoires de la discipline. Cette stéréognosie particulière, associe la finesse d'un geste moteur d'une extrême précision à la maîtrise dans les trois plans d'un espace très limité d'instruments manuels et rotatifs.

L'acquisition d'une telle compétence passe pour chaque étudiant par la possibilité de répétition « du geste » autant que nécessaire.

Tout d'abord en milieu universitaire, phase d'observation et de pré-clinique puis en milieu hospitalier phase de réalisation autonome clinique.

Ces étapes correspondent dans les grandes lignes aux trois cycles d'études odontologiques de 1994. Le troisième cycle court (T1) a pour objectif l'autonomie dans l'exercice de l'omnipratique, tandis que le troisième cycle long (INTERNAT) s'oriente vers des exercices de spécialités et la préparation des futurs cadres Hospitalo-Universitaires.

2 – Formation initiale

– **La première année** du cursus en Odontologie concerne les connaissances fondamentales médicales de base. Elle est commune avec la médecine (PCEM1).

Sur le plan de l'enseignement elle fonctionne de façon satisfaisante. Si des problèmes existent, ils sont généralement le fruit de difficultés de coordination entre les Facultés de Médecine et d'Odontologie et peuvent aboutir à des répétitions de cours, notamment pour les sciences biologiques et anatomiques.

– **Les Etudiants passent ensuite** deux années de pré-clinique (P2, D1) uniquement en milieu universitaire tout en continuant d'approfondir leurs connaissances théoriques médicales et odontologiques. Ces deux années, véritable approche médico-technique de leur discipline sont soumises aux données les plus récentes de la pédagogie et de l'évaluation. La charge horaire de présence est lourde et le volume accordé aux travaux de pré-clinique important. Ces fortes exigences ajoutées à l'intérêt de la découverte de la pratique ou aux difficultés de celle-ci conduisent parfois à la désertion des cours surtout s'ils ne présentent aucun lien avec la réalité clinique.

– **La deuxième partie du cursus** (D2, D3, T1) est universitaire pour l'enseignement théorique et hospitalière pour la clinique.

Les étudiants mettent alors progressivement en application leurs acquis sur patient :

- Thérapeutiques simples et généralisées au départ,
- Complexes et spécialisées par la suite.

Toutes les orientations cliniques de la discipline sont abordées :

- Odontologie Pédiatrique,
- Orthopédie Dento-Faciale,
- Pathologies et Thérapeutiques Chirurgicales,
- Parodontologie,
- Odontologie Conservatrice-Endodontie,
- Prothèses.

Les disciplines faisant appel à des connaissances plus complexes sont l'objet de cours enseignés durant ces années.

Les étudiants ont un statut hospitalier et jouent leur rôle dans la Santé Publique avec des obligations de service importantes. Le volume annuel de D2, D3 et T1 est de 884 heures, moins 100 heures de stages hors C.S.E.R.D., soit 784 heures par an.

– **-Institutionnels et enseignants ont en général** trouvé louables les objectifs issus de l'arrêté du 27 Septembre 1994 concernant l'harmonisation nationale des enseignements, la médicalisation des études et l'amélioration de la formation orientée vers une approche globale du patient.

– **Pourtant nombreux sont ceux qui reprochent** à la réforme de ne pas avoir tenu suffisamment compte des potentialités locales humaines et matérielles. Elle a donc été inégalement mise en place car il existe indiscutablement une grande variabilité de moyens universitaires et hospitaliers dans les divers Centres de soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire.

Des problèmes généraux sont toutefois communs :

- Taux d'encadrement en personnel statutaire,
- Trop faible pourcentage de Temps Plein Hospitaliers,
- Manque de soutien à l'enseignement des techniques les plus récentes (implantologie, dentisterie préventive et esthétique, imagerie numérique etc...).

– **La réflexion sur l'harmonisation et la coordination** entre les facultés dentaires européennes est entamée dans la majorité d'entre elles. Cette sensibilisation a été amorcée par la formalisation d'échanges. Force est néanmoins de constater qu'à l'heure actuelle la démarche du « stage à l'étranger » même en Europe peut demander des efforts considérables aux candidats en termes psychologiques, organisationnels ou financiers. De plus la valeur de ces stages n'est pas toujours reconnue qualitativement puisque persiste un manque de relations et de connaissances entre les diverses Facultés d'Europe et qu'aucune équivalence n'est vraiment admise. Enfin, il semble que l'adaptation au cadre européen de l'organisation des études ne figure pas parmi les préoccupations premières de l'Odontologie.

3 – Evolution au cours des dernières années

L'Odontologie a été dans l'obligation de s'adapter à la réforme initiée en 1994 **AVEC LES MOYENS MATERIELS ET HUMAINS DONT ELLE DISPOSAIT.**

L'Internat et la 6^{ème} année d'études ont été mis en œuvre à coût constant de même qu'un certain nombre d'enseignements, issus de la réforme tels que :

– **INITIATION A LA RECHERCHE :**

Essentiellement organisée en début de cursus généralement par des enseignants chercheurs membres de laboratoires accueillant des étudiants. Dans tous les cas ces cours d'initiation ne concernent que des étudiants motivés compte tenu du faible nombre de places disponibles en laboratoire.

Par ailleurs, il est intéressant de noter le succès de « l'année recherche » dans le cadre de l'internat et des opportunités qu'elle offre en vue d'une carrière hospitalo-universitaire.

– **LANGUES VIVANTES :**

La connaissance de la langue anglaise est vécue comme une nécessité par les enseignants comme par les étudiants. Son enseignement figure au tronc commun.

Le nombre d'heures recommandé par la réforme est de 120 h réparties sur P2 et D1

Seulement la moitié des Facultés d'Odontologie dispose d'un laboratoire de langue. Pour les autres, les étudiants se déplacent vers les Facultés de Lettres, de Médecine ou de Sciences.

Une des concrétisations de cette évolution se trouve dans le nombre en constante augmentation des articles de langue anglaise figurant dans les bibliographies de Thèses de Doctorat d'Etat.

– **ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHOLOGIE :**

Bien que le besoin soit important pour l'approche et l'information des patients, la relation soignant - soigné, la reconnaissance de la psychologie en tant que discipline n'est pas évidente.

Dans le meilleur des cas de huit à quinze heures de cours lui sont consacrées. Elles concernent plus particulièrement des orientations cliniques telles que la prothèse (traitement des édentés) ou la pédodontie.

– MATIERES CONCERNANT L'INSERTION PROFESSIONNELLE :

Elles regroupent :

- Informatique appliquée,
- Gestion,
- Comptabilité,
- Déontologie,
- Droit médical,
- Relation avec les organismes de prise en charge, etc.....

et sont enseignées en T1 sous forme de cours magistraux et de séminaires. Pour ces matières les facultés font le plus souvent appel à des intervenants extérieurs (médecins, membres du Conseil de l'Ordre et des syndicats professionnels, entreprises d'informatique, praticiens conseils, etc...).

La coordination de ces interventions presque toujours bénévoles est assurée par un enseignant titulaire.

Même si les étudiants expriment globalement le souhait de développer ces rencontres avec le milieu professionnel, on constate que la présence à ces cours est faible.

– ERGONOMIE :

Elle fait l'objet d'un enseignement en T1 et concerne :

- L'asepsie,
- La stérilisation,
- Le traitement des déchets,
- L'organisation du cabinet,
- La prévention des maladies professionnelles.

Malheureusement, l'attention à la posturologie et à la prévention des maladies professionnelles contrairement aux facultés dentaires nord-américaines reste très réduite, arrive souvent trop tard et n'est pas assez suivie. Toutes les enquêtes actuelles soulignent l'insuffisance de la formation initiale en matière d'ergonomie et dans le domaine de la préparation des praticiens aux tâches physiques qui les attendent.

– IMPLANTOLOGIE :

Conformément aux termes de l'arrêté elle devrait être enseignée en D3 et T1 sous un angle pluridisciplinaire. Sur le terrain elle fait pourtant souvent l'objet d'un enjeu entre différentes disciplines cliniques dont certaines selon les sites ont pu s'en approprier l'exclusivité et s'investir presque totalement dans l'organisation de Diplômes d'Université.

Face à cette situation les étudiants et les internes souhaitent et sont en droit de revendiquer que les moyens et les compétences disponibles leur soient destinés en priorité dans le cadre de leur formation.

– ENSEIGNEMENT CLINIQUE PLURIDISCIPLINAIRE (C.S.C.T.) :

Cet enseignement conduit au Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique. Son objectif est double :

- coordonner les différents enseignements cliniques,
- amener l'étudiant à faire preuve de capacités de synthèses pour proposer un plan de traitement dans le cadre d'une approche globale du patient.

Cette pluridisciplinarité se heurte trop souvent à un fort cloisonnement disciplinaire dans une logique obscure de sauvegarde de territoires. Elle est pourtant extrêmement bénéfique et constitue une opportunité très profitable de dialogue avec l'étudiant.

Le C.S.C.T. peut donc être considéré comme un élément positif de la réforme des études odontologiques de 1994. Si une amélioration devait lui être apportée, elle concernerait la simplification de l'organisation matérielle de l'examen en favorisant l'aspect clinique de l'épreuve.

– ENSEIGNEMENTS OPTIONNELS :

Ils peuvent correspondre à :

- un complément des disciplines odontologiques et à l'occasion de combler des lacunes du tronc commun (ergonomie, informatique, psychologie, etc...),
- un approfondissement clinique de certaines orientations (prothèse, chirurgie, parodontologie, etc...),
- un appel à l'ouverture (pédagogie, social, culturel, etc...),
- un épanouissement personnel de l'étudiant sur des thématiques plus générales hors odontologie (sport, culture, etc...).

Compte tenu de la surcharge des emplois du temps notamment en début de cursus on peut se poser la question de la légitimité de ces enseignements.

Depuis quelques années l'Odontologie a donc du supporter de très lourdes charges nouvelles dans le domaine de la Formation initiale (6^{ème} année, Internat, Enseignements etc...) **sans aucune aide spécifique et avec les seuls moyens dont elle disposait**. Malgré cela et compte tenu d'un *numerus clausus* à 850, on peut à l'heure actuelle considérer que cette formation est globalement bonne bien qu'un peu hétérogène car soumise à des situations locales différentes.

Cette situation ne pourrait durer dans le cas d'une plus forte augmentation du *numerus clausus*.

L'ensemble de la communauté Universitaire Française s'accorde à reconnaître la faiblesse des moyens mis à la disposition des établissements **et ce problème général revêt un caractère encore plus aigu pour les études odontologiques**. Le coût de la formation dans cette discipline est en effet sans commune mesure avec celui rencontré dans d'autres spécialités, I.U.T. et Ecoles d'Ingénieurs mis à part.

La formation des Chirurgiens-Dentistes nécessite un matériel important et performant qui devient dans la plupart des cas très vite obsolète. **Malheureusement les répartitions budgétaires ne tiennent pas compte de cette spécificité.**

Les facultés dentaires sont donc amenées pour conserver leur niveau à :

- se contenter d'une formation initiale « à minima » en se reportant sur des formations « rentables » à droits de scolarité élevés destinés aux praticiens libéraux (D.U.) au risque de pénaliser étudiants et internes.
- développer encore plus la formation continue universitaire, génératrice de rentrées financières, en détournant les enseignants de la formation initiale.
- chercher des sponsorings en provenance des entreprises sous toutes leurs formes, y compris la taxe d'apprentissage pour les Facultés habilitées à les recevoir.

Cette situation à l'extrême limite des possibilités matérielles et humaines de la discipline ne pourrait résister à une forte augmentation du *numerus clausus*.

Dans le contexte mondial actuel, l'enseignement gratuit ou presque tel qu'il est en vigueur en France peut être considéré comme irréaliste.

S'il est indispensable de pérenniser la gratuité des études pour tous les étudiants boursiers pourquoi ne pas concevoir pour les autres à partir de la 2^{ème} année, soit :

- des droits spécifiques à la charge des étudiants en fonction des revenus familiaux,
- des prêts à taux très faibles avec remboursement total ou partiel des études une fois le diplôme obtenu.

4 – Adéquation des moyens aux besoins

Les formations initiales pré-clinique et clinique nécessitent un encadrement très important car il s'agit de guider la main de l'étudiant pour lui apprendre d'abord sur simulateur puis sur patient des actes allant du plus simple au plus complexe dans les six orientations cliniques de l'odontologie. L'enseignant doit être très présent et donner non seulement le bon conseil, mais surtout le bon exemple en montrant le geste.

Une analyse de l'adéquation ressources humaines, besoins de soins et de formation pour répondre à ces objectifs peut se diviser en deux parties :

- **Situation actuelle**
- **Augmentation du *numerus clausus***

4.1 – Situation actuelle

Trois facteurs expliquent les difficultés de la discipline :

- Augmentation constante des charges universitaires et hospitalières,
- Déficit du corps des Odontologistes Hospitalo-Universitaires,
- Manque de Temps Plein Hospitaliers.

4.1.1 – Augmentation constante des charges universitaires et hospitalières

Elle concerne les créations suivantes :

- 6^{ème} année (augmentation de 50 % du nombre d'étudiants hospitaliers),
- Certificat d'Etudes Spéciales Mention d'Orthopédie Dento-Faciale (spécialité),
- Diplôme d'Etudes Spéciales de Chirurgie Buccale (D.E.S.C.B),
- Internat en Odontologie,
- M.S.B.M.,
- Cours, travaux pratiques et stages issus de la réforme des études odontologiques.

Pendant ces dernières années le *numerus clausus* est resté stable mais cette situation n'a pas compensé l'augmentation des charges.

A titre indicatif, le nombre d'étudiants inscrits toutes années confondues dans les facultés d'odontologie en France en 2001 apparaît dans le tableau ci-dessous :

Formation initiale	CES A & B	CECSMO DESCB	AEA Internat	MSBM	DU et DIU	Total
4855	1174	487	94	121	1173	7904

Ces inscriptions se répartissent comme suit :

Facultés d'odontologie	Formation initiale	CES A & B	CECSMO DESCB	Internat AEA	MSBM	DU & DIU	Autres	Total	%
Bordeaux	333	58	30	6		43		470	5,95%
Brest	71			3			1	75	0,95%
Clermont-Ferrand	205	76	9	5		42	4	341	4,31%
Lille	362	17	32	6		23	2	442	5,59%
Lyon	437	77	40	8		18	6	586	7,41%
Marseille	291	32	54	8		74	1	460	5,82%
Montpellier	283	56	44	5		87	3	478	6,05%
Nancy	286	73	7	3	15	44	4	432	5,47%
Nantes	313	67	27	5		225	11	648	8,20%
Nice	164	24		3		42		233	2,95%
Paris V	503	219	58	13	29	271	43	1136	14,37%
Paris VII	453	363	74	9	57	36	29	1021	12,92%
Reims	284	9	30	5		5	2	335	4,24%
Rennes	259	27	29	4	20	77	5	421	5,33%
Strasbourg	285	30	15	5			5	340	4,30%
Toulouse	326	46	38	6		62	8	486	6,14%
Total	4855	1174	487	94	121	1049	124	7904	100%
% Total	61,43%	14,85%	6,16%	1,19%	1,53%	13,27%	1,57%	100 %	

Source : AUFEMO (il n'y a pas en 2002 de modification significative)

Il convient de rajouter à ces chiffres les formations post-doctorales de plus en plus nombreuses qui représentent près de 40 % de l'activité de formation des facultés.

Ces charges nouvelles associées au développement de la recherche expliquent la situation difficile de l'Odontologie Hospitalo-Universitaire en termes de ressources humaines.

4.1.2 – Déficit du corps des odontologues hospitalo-universitaires

Les effectifs budgétaires s'établissent de la façon suivante :

<i>Effectifs budgétaires au 1^{er} septembre 2003</i> <i>Personnels hospitalo-universitaires des CSERD</i>	
PU-PH	110
MCU-PH	396
Pr 1G	37
Total des titulaires	543
AHU	429
Total général	972

110 Professeurs des Universités Praticiens-Hospitaliers sont répartis en 16 C.S.E.R.D. soit une moyenne de 6,9 par établissement.

Les sous-sections du C.N.U. étant au nombre de 9, sur 16 facultés 13 ne disposent pas d'un PU-PH par discipline.

Tableau des effectifs 2003-2004 au 1^{er} septembre 2003
(arrêté du 5 août 2003 fixant les effectifs des personnels de C.S.E.R.D. des C.H.U.)

Ville	PU-PH	Pr 1 G	MCU-PH	AHU	Total
Bordeaux	5	4	29	23	61
Brest	2		9	11	22
Clermont-	6	1	18	18	43
Ferrand	6	3	25	27	61
Lille	8	3	28	29	68
Lyon	8	3	30	34	75
Marseille	6	2	24	30	62
Montpellier	4	2	18	21	45
Nancy	8		22	19	49
Nantes	6		14	19	39
Nice	12	4	45	40	101
Paris-Garancière	11	6	53	70	140
Paris-Montrouge	7	1	17	18	43
Reims	6	3	19	21	49
Rennes	7		22	21	50
Strasbourg	8	5	23	28	64
Toulouse					
	110	37	396	429	972
Total					

Un repyramidage du corps des odontologues Hospitalo-Universitaires est donc nécessaire et urgent.

4.1.3 – Manque de temps plein hospitaliers

Dans la majorité des U.F.R. d'odontologie la proportion des enseignants à Temps plein est inférieure à 25 %.

Tableau des effectifs temps-plein / temps-partiel 2003-2004 au 1^{er} sept. 2003 par ville

Ville	PU-PH tps pl.	Pr 1 G tps pl./tps part.	MCU-PH tps pl./tps part.	AHU tps part.	Total tps pl./tps part.
	*	*	*		*
Bordeaux	5 (8 %)	0 4	7 (11,5 %) 22	23	12 (19,7 %) 49
Brest	2 (9 %)	0 0	1 (5 %) 8	11	3 (15 %) 19
Clermont- Ferrand	5 (13,9 %)	0 1	4 (9,3 %) 14	18	10 (23,2 %) 33
Lille	6 (9,8 %)	1 (1,6 %) 2	5 (8,1 %) 20	27	12 (19,6 %) 49
Lyon	8 (11,8 %)	1 (1,5 %) 2	7 (10,3 %) 21	29	16 (23,5 %) 52
Marseille	8 (10,6 %)	0 3	3 (4 %) 27	34	11 (14,6 %) 64
Montpellier	6 (9,7 %)	0 2	2 (3,2 %) 22	30	8 (12,9 %) 54
Nancy	4 (8,8 %)	1 (2,2 %) 1	4 (8,8 %) 14	21	9 (20 %) 36
Nantes	8 (16,3 %)	0 0	6 (12,2 %) 16	19	14 (28,6 %) 35
Nice	6 (15,4 %)	0 0	3 (7,7 %) 11	19	9 (23,1 %) 30
Paris-Garancière	12 (11,9 %)	0 4	2 (2,0 %) 43	40	14 (13,9 %) 87
Paris-Montrouge	11 (7,9 %)	0 6	13 (9,3 %) 40	70	24 (17,1 %) 116
Reims	7 (16,3 %)	0 1	5 (11,6 %) 12	18	12 (27,9 %) 31
Rennes	6 (12,3 %)	2 (4,1 %) 1	4 (8,1 %) 15	21	12 (24,5 %) 37
Strasbourg	7 (14,0 %)	0 0	9 (18,0 %) 13	21	16 (32,0 %) 34
Toulouse	8 (12,5 %)	1 (1,6 %) 4	7 (10,9 %) 16	28	16 (25 %) 48
Total	110 (11,3 %)	6 (0,6 %) 31	82 (8,4 %) 314	429	198 (20,4 %) 774

* Le pourcentage est celui des temps plein

Si les PU-PH exercent toujours à temps plein les professeurs de premier grade (PR1G) et les MCU-PH sont en droit de n'assurer leurs fonctions hospitalières qu'à temps partiel.

Il est certain qu'en continuant à pratiquer l'exercice privé de la profession, ils sont à même d'y préparer les étudiants et de leur offrir une ouverture sur la pratique libérale.

Mais le temps partiel n'est pas facilement compatible avec la conduite de lourdes activités hospitalières et risque de détourner des recherches cliniques et fondamentales. Or la vocation des services d'odontologie est d'être des pôles d'excellence de santé publique, de formation des étudiants, de développement de la prévention et d'évaluation thérapeutique.

L'objectif de 100 % préconisé par certains est discutable, irréaliste et inaccessible.

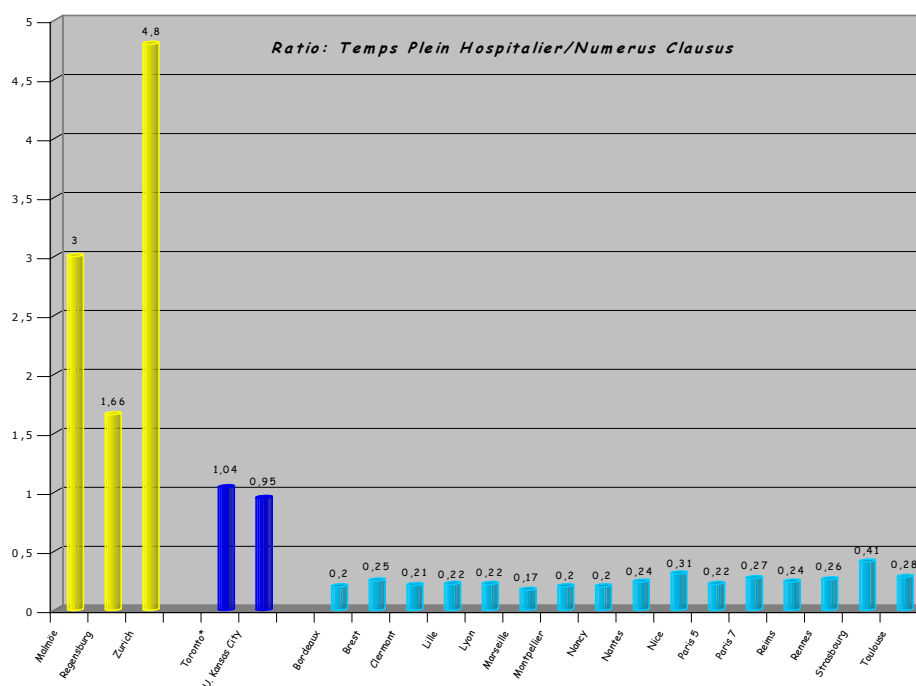
En revanche il paraît raisonnable de proposer que la moitié des enseignants des C.S.E.R.D. exercent à temps plein en bénéficiant s'ils le souhaitent de la réglementation qui leur autorise deux vacations hebdomadaires d'activité libérale au sein de l'hôpital.

Actuellement de nombreuses demandes avec avis favorable des instances locales sont en attente. Elles ne sont pas honorées pour des raisons budgétaires avec blocage de l'administration hospitalière locale. Seuls 14 % de ces dossiers ont fait l'objet de financements supplémentaires au cours des trois dernières années.

Tableau récapitulatif du rapport actuel temps-plein / temps-partiel

Grade	Nombre de temps plein		Nombre de temps partiel	
PU-PH	110	11,3 %		
Pr 1G	6	0,6 %	31	3,2 %
MCU-PH	82	8,4 %	314	32,3 %
AHU			429	44,1 %
Total	198	20,4 %	774	79,6 %

Sur l'ensemble des C.S.E.R.D., l'Odontologie compte à l'heure actuelle environ 50 demandes de temps plein non satisfaites. La comparaison avec d'autres pays européens et nord américain est éloquent :



4.2 - Augmentation du *Numerus Clausus*

Pendant des années la profession dentaire s'est opposée pour des motifs la concernant à toute augmentation des flux de formation. Elle découvre aujourd'hui que cette attitude a des effets secondaires sur son avenir. Pour les structures Hospitalo-Universitaires, l'augmentation probable et progressive du *numerus clausus* ne sera vraiment ressentie que dans les trois années à venir date à laquelle les nouvelles promotions arriveront au stade de la formation clinique.

Il sera alors extrêmement difficile de demander aux responsables hospitalo-universitaires de la formation initiale d'honorer sur le terrain ces exigences sans l'attribution de nouveaux moyens.

Un certain nombre de réponses peuvent être apportées à ce problème, les unes évidentes les autres plus innovantes.

4.2.1 - Rapport enseignants / étudiants

Sans minorer l'importance de la demande de postes de soins dans les services d'Odontologie des C.S.E.R.D. la revendication prioritaire des enseignants porte sur l'encadrement de la formation pré-clinique et clinique dans un objectif de Santé Publique.

Rapport enseignants/étudiants : Simulation en fonction d'une augmentation progressive du *numerus clausus*.

Nombre Etudiants par promotion	Nombre total Etudiants (5ans)	Nombre Titulaires PU-PH MCU-PH Pr 1 G	Rapport 1 Titulaire pour X Etudiants	Nombre AHU	Rapport 1 AHU pour X Etudiants	Nombre total Emplois
850	4250	543	7,83	429	9,90	972
950	4750	543	8,75	429	11,07	972
1050	5250	543	9,67	429	12,24	972
1150	5750	543	10,59	429	13,40	972
1200	6000	543	11,05	429	14,00	972

Dans l'hypothèse d'une forte progression du flux de formation telle que le souhaite la profession, il paraît indispensable que ce rapport soit stabilisé et ne descende en aucun cas sous le seuil actuel. Cela correspond donc à une inévitable mais progressive (à 7 ans) augmentation du nombre d'enseignants.

Elle devrait concerner :

- Les Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers et peut se concevoir par la transformation des postes de Pr 1G partant à la retraite (32) et dans le but de créer un PU-PH par sous section dans chaque C.S.E.R.D..
- Les Maîtres de Conférences des Universités Praticiens Hospitaliers dans une proportion de 25 % et les Assistants Hospitalo-Universitaires de 15%.

Cet effort correspondrait approximativement à 1,5 postes d'enseignants par an pour chaque faculté sur sept ans.

4.2.2 - Réforme de T1

Une délocalisation partielle des activités cliniques de la 6^{ème} année (un semestre) est à même d'offrir au étudiants, à moyens constants, une formation plus ouverte, variée, généreuse et une meilleure approche de la vie professionnelle. **Elle présente en outre l'avantage de libérer des postes de soins dans les services formateurs.**

Elle peut être envisagée sous forme de trois grandes options :

- Les Services d'Odontologie hors CHU

Quatre Services sont déjà agréés pour la formation des internes, d'autres seront en mesure de le devenir si les propositions faites pour l'odontologie hospitalière sont prises en compte. Il s'agira alors d'un vaste et excellent terrain de stage pour les étudiants de 6^{ème} année qui auront ainsi l'occasion :

- ☞ d'approcher de façon différente le Service Public et les réseaux Ville-Hôpital,
- ☞ de s'investir dans des actions de soins aux handicapés (enfants et adultes), aux personnes âgées hospitalisées, aux patients porteurs de pathologies lourdes.
- ☞ de s'intégrer dans des équipes pluridisciplinaires médicales,
- ☞ d'exercer des actions de prévention.

Dans la mesure où ces services sont sous la responsabilité de Praticiens Hospitaliers Odontologistes (dont le vivier naturel est l'internat), la validation de ces stages ne devrait pas poser de problèmes majeurs à l'Université.

- Les stages actifs chez un praticien

Afin d'alléger l'emploi du temps de D2 et D3 la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Odontologiques a récemment souhaité que les stages passifs chez les praticiens soient supprimés. Par contre et en toute logique, des stages actifs chez les praticiens pourraient être effectués en 6^{ème} année dans le même esprit que ceux de Pharmacie.

Les grandes lignes du projet sont les suivantes :

- Place du stage dans le cursus
Dernier Semestre de T1
- Type de Formation
 - ☐ active : le stagiaire titulaire de son CSCT peut effectuer sous le contrôle et la responsabilité du maître de stage tous les actes cliniques définis par la capacité professionnelle.
 - ☐ axée sur la préparation à la pratique libérale : gestion, ergonomie, relations avec les organismes socio-professionnels, etc...
 - ☐ non rémunérée.
- Statut
Un contrat particulier doit voir le jour pour ces stages, sous la responsabilité du Conseil National de l'Ordre afin de régler le problème des honoraires des actes effectués par l'étudiant.

- Maîtres de Stage

Ils signent avec l'Université et avec l'accord du Conseil Départemental de l'Ordre une « Charte d'engagement » (cf. Pharmacie).

Ce contrat est limité dans le temps (3ans) mais reconductible.

Les praticiens libéraux signataires ont :

- la possibilité :
 - ☞ de participer à l'enseignement hospitalo-universitaire sous forme d'encadrement pré-clinique et clinique à raison d'une ou deux vacations hebdomadaires,
 - ☞ d'être partie prenante lors des réunions de Départements ou d'Unités Fonctionnelles.
- la responsabilité :
 - ☞ de la pédagogie au sein de leur cabinet dans le souci et le respect de l'unité d'enseignement.
 - ☞ de la validation du carnet de stage destiné à évaluer l'assiduité, la compétence et le comportement du stagiaire.

- **Les actions de Santé Publique**

Ce choix est celui de l'action sociale et humanitaire.

Il concerne :

- la prévention en tant que relais de personnels qualifiés pour des actions individuelles ou collectives s'adressant à l'ensemble de la population.
- les actes de soins, en maisons de retraite, milieu carcéral, dans les services de rééducation fonctionnelle et les centres anticancéreux.
- les actions humanitaires dans les pays en difficulté dans le cadre d'une convention nationale.

Cette formation d'un semestre en 6^{ème} année doit être, comme les précédentes, évaluée et validée après bilan d'activité par les organismes socio-professionnels concernés et agréés par le Conseil de Faculté.

5 – Formation post-universitaire

5.1 – Bilan actuel

– **L'objectif de la formation odontologique continue est l'amélioration du système de santé dentaire par l'harmonisation et l'actualisation des connaissances des praticiens dont le devoir est de rester des étudiants toute leur carrière.**

– **Ce type de formation** repose sur un certain nombre de critères directeurs tels que :

- homogénéiser les niveaux des connaissances et des pratiques,
- améliorer la qualité de la prise en charge en se fondant sur des techniques scientifiquement avérées,
- répondre aux besoins actuels de la population,
- privilégier la prévention etc...

– **A l'heure actuelle**, la Formation Continue des Odontologistes libéraux et salariés est d'une grande diversité. Cette situation résulte de l'existence d'une multitude de structures. Les moyens de diffusion des connaissances intellectuelles ou gestuelles sont très hétérogènes, allant de la conférence de proximité (sociétés scientifiques locales ou régionales) aux grands congrès nationaux ou internationaux (Congrès de l'Association Dentaire Française, de la Fédération Dentaire Internationale, etc...) en passant par la formation nécessitant l'utilisation des moyens spécifiques et des plateaux techniques universitaires et hospitaliers ;

– **La formation continue en Odontologie ne relève pas de structures institutionnelles** puisqu'elle n'est pas obligatoire alors qu'elle l'est pour les autres professions de santé. Elle est donc le fruit d'actions ponctuelles de toutes les composantes de la discipline.

– **L'Université** qui s'implique, d'une part en tant que prestataire de service dans les formations non diplômantes et d'autre part assure l'enseignement des Certificats d'Etudes Spécialisées (C.E.S) des Diplômes d'Université (D.U.) et des cycles de formations universitaires sur l'ensemble des thématiques cliniques de la discipline.

– **Le Conseil de l'Ordre** garant de l'unité de l'éthique et de la crédibilité de la profession s'associe à la formation continue par une présence constante et un soutien financier en redistribuant une part de la cotisation ordinale aux structures locales ou régionales.

– **L'Association Dentaire Française** regroupe l'ensemble des organisations professionnelles et syndicales. Elle organise chaque année son Congrès au mois de Novembre à Paris. Cette manifestation peut être considérée comme la vitrine de l'Odontologie pour deux raisons :

- la multiplicité et la variété des thèmes abordés sous forme de conférences magistrales, débats, ateliers cliniques, par des conférenciers de notoriété nationale ou internationale en très grande majorité hospitalo-universitaires.
- la très belle exposition de matériel des industriels de l'Art Dentaire.

– **Les Sociétés savantes** réunies au sein du Groupement des Sociétés Scientifiques d'Odontologie (G.S.S.O.S.). Elles ont une clientèle nombreuse, fidèle et régulière due non seulement à la qualité des prestations de praticiens judicieusement sélectionnés mais aussi par la cohérence de leurs programmes d'enseignement.

– **Les Syndicats professionnels** qui soutiennent deux types d'actions par l'intermédiaire de structures locales :

❑ **Les Associations Départementales de Formation Odontologique Continue (A.D.F.O.C.)**

Elles ont l'avantage de la proximité et de la convivialité et sont en quelque sorte au contact du praticien.

Les intervenants sont généralement des universitaires de la faculté de proximité mais aussi d'autres C.S.E.R.D. et des praticiens libéraux reconnus et appréciés pour leurs compétences.

Les sujets choisis sont des retours sur des pratiques conventionnelles ayant évoluées ou des techniques récentes reconnues pour leur performance.

❑ **La formation continue conventionnelle**

Elle a été instaurée par les ordonnances JUPPE en Avril 1996 et mise en place pour les Chirurgiens-Dentistes par l'annexe VII de l'avenant n° 4 à la Convention parue au Journal Officiel le 27 Février 2003. Parmi les Syndicats représentatifs, seule l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (U.J.C.D.) a signé cet avenant. Ce type de formation existe d'ailleurs pour beaucoup d'autres professions (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, biologistes etc...).

Elle n'est pas obligatoire et son principe est une participation de l'assurance maladie au recyclage des professionnels en allouant à ceux-ci des indemnités pour perte de ressource (actuellement 300 euros par jour dans la limite de 8 jours par an).

Les thèmes sélectionnés sont arrêtés par la Commission Paritaire Nationale. Les séminaires sont prévus par petits groupes d'une trentaine de personnes avec évaluations anonymes immédiates et à six mois.

Deux organismes gestionnaires ont été créés récemment :

- **Le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (C.N.F.C.O.)** qui regroupe toutes les composantes de la discipline dans une démarche non institutionnelle.
- **L'Association pour la Formation Continue Conventionnelle** qui a pour unique vocation de prendre en charge l'aspect administratif de cette dernière.

Tous deux ont défini des règles de fonctionnement qui, bien que prometteuses, devront être jugées à plus long terme.

5.2 - Opportunité de développer la formation post-universitaire des praticiens

En constante progression le pourcentage de praticiens bénéficiant d'une remise à niveau périodique demeure encore trop faible.

– Une telle situation n'est pas conforme aux objectifs de santé publique et à la crédibilité d'une profession de santé. C'est pourquoi au regard de leurs obligations, il est souhaitable **que la formation post-universitaire des odontologistes devienne obligatoire et soit intégrée dans un projet global de formation** comme c'est déjà le cas pour les médecins, pharmaciens et praticiens hospitaliers.

– **Nul ne peut revendiquer l'exclusivité d'une telle formation.** Les enseignants, dans leur très grande majorité, en sont intimement convaincus mais ils restent éminemment sensibles au « label universitaire » seul à leurs yeux susceptible de valider la qualité de la connaissance et de la compétence transmise.

En réponse à ses besoins, à ses choix cliniques, à ses affinités ou à sa situation géographique, le praticien dispose d'opportunités multiples, variées, en grande majorité d'excellente qualité et le libre choix doit lui revenir. **La formation continue doit donc être libre et ses objectifs définis par les besoins de santé publique.**

Cette exigence de libéralisme implique non seulement le côté obligatoire mais aussi une responsabilité accrue des praticiens et des universitaires d'où la nécessité d'une évaluation des formations (accréditation) et des formés (immédiate ou à terme).

La formation odontologique continue doit être évaluée et l'ensemble de la profession dans une démarche de qualité, de crédibilité et d'intérêt général ne pourra faire l'économie de cet effort de rigueur et de cohérence.

Enfin, la formation continue ne peut être fondée que sur une totale transparence financière.

Les moyens très importants dont disposent les organismes gestionnaires sont la plupart du temps sans aucun retour pour le « Label Universitaire », **l'Université donne donc beaucoup avec peu de soutien.**

La Conférence Nationale Hospitalo-Universitaire Odontologique regroupant Doyens, Chefs de Services et Présidents de Collèges, a d'ailleurs pris très nettement position sur ce sujet. Elle considère que lorsque les enseignants, comme cela est fréquent, s'engagent dans des actions post-universitaires hors de leurs facultés et sur le temps de leurs obligations, l'Etat devient prestataire de service et cette activité doit **faire l'objet d'une convention** entre le Trésorier payeur de l'Université et la structure organisatrice. Ce n'est malheureusement que rarement le cas. Une généralisation de cette pratique serait en toute cohérence une compensation, même minime :

- ☞ au souhait de la profession d'augmenter de façon significative le *numerus clausus*,
- ☞ à la situation à l'extrême limite des possibilités matérielles et humaines des facultés.
- ☞ à l'investissement très important du corps enseignant dans des recyclages, locaux régionaux et nationaux.

Face à une inéluctable évolution de sa formation post-universitaire, l'Odontologie n'a d'autre solution que de passer outre ses préoccupations individuelles pour s'unir dans une démarche solidaire d'intérêt général.

THEME III

Garantir la sécurité sanitaire et promouvoir la qualité des soins :

« En troisième lieu, s'agissant de l'exercice en ville, il apparaît indispensable de garantir la sécurité sanitaire au travers d'un contrôle approprié de l'hygiène et de l'asepsie dans les cabinets ainsi que de promouvoir la qualité des soins en développant les référentiels de pratique et en expérimentant les procédures de certification des cabinets ».

On peut synthétiser notre réponse à ce troisième point de la lettre de mission par ces deux paragraphes. Les pages suivantes nous permettront de les développer. :

Promouvoir la qualité des soins :

La qualité des soins et la sécurité sanitaire sont depuis longtemps au cœur des préoccupations des chirurgiens dentistes. Ils se sont donnés les moyens de les mettre en œuvre en participant à l'élaboration de référentiels, de recommandations et de guides de bonne pratique.

La qualité des soins est indissociable d'une juste valorisation des actes et de référentiels validés.

Le respect des référentiels de bonne pratique ou de référentiels de pratique clinique, validés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, est un passage obligé de la qualité des soins.

L'appropriation par la profession des référentiels est la condition obligatoire de la réussite de cette méthodologie. Il doit être procédé à une évaluation du respect par les praticiens de ces référentiels.

La promotion de la qualité des soins est fonction des moyens d'évaluation qui seront mis en œuvre.

Cette évaluation des pratiques relève de modalités spécifiques, différentes de celles qui permettent l'évaluation des procédures de sécurité sanitaire.

L'évaluation des compétences professionnelles complétera l'évaluation des pratiques. Elle peut être mise en œuvre sur le modèle d'évaluation par des pairs.

L'évaluation des pratiques et de la compétence des professionnels de santé doit être organisée en collaboration avec les sociétés scientifiques, l'université, la profession et intégrer le Conseil de l'Ordre.

Le caractère obligatoire de la formation continue doit être réaffirmé.

Garantir la Sécurité Sanitaire :

La profession a déjà fait des efforts très importants pour être en mesure de répondre aux exigences de sécurité sanitaire . Les chirurgiens dentistes souhaitent poursuivre cette démarche volontaire.

Les obligations de résultats en matière de sécurité sanitaire (article 8 de la future loi d'orientation de santé publique), nécessitent la mise en œuvre dans les cabinets dentaires des moyens et procédures d'hygiène et d'asepsie.

La garantie de la sécurité sanitaire ne peut être obtenue que par la validation des procédures d'hygiène et d'asepsie qui existent dans les cabinets dentaires par un organisme évaluateur indépendant.

L'audit des cabinets dentaires, basé sur le « guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé », permettra de répondre à la demande de garantie de sécurité sanitaire.

Ce guide, élaboré par la Direction Générale de la Santé en collaboration avec les professionnels de santé est en cours de validation par l'ANAES.

Cette procédure d'audit peut être mise en place sans délai.

La certification, autre moyen de valider, en plus des procédures d'hygiène et aseptie, d'autres éléments de l'organisation et de l'activité du cabinet dentaire est effective. Les référentiels de services existent et les procédures de certification sont déjà opérationnelles.

Le moteur de cette évolution vers la généralisation des procédures de validation des éléments de la sécurité sanitaire est l'émulation entre les professionnels.

Une montée en charge progressive de ces dispositifs sur trois ans est à envisager.

Le Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes assumera le rôle de responsabilité qui est le sien en cas d'écarts. Il rendra compte au ministère de la situation de la profession au regard de la sécurité sanitaire.

Les financements correspondants à ces obligations nouvelles sont accessibles par plusieurs moyens : incitations fiscales, fonds d'aide à l'acquisition de matériels, aide pérenne dans le cadre des contrats de bonne pratique.

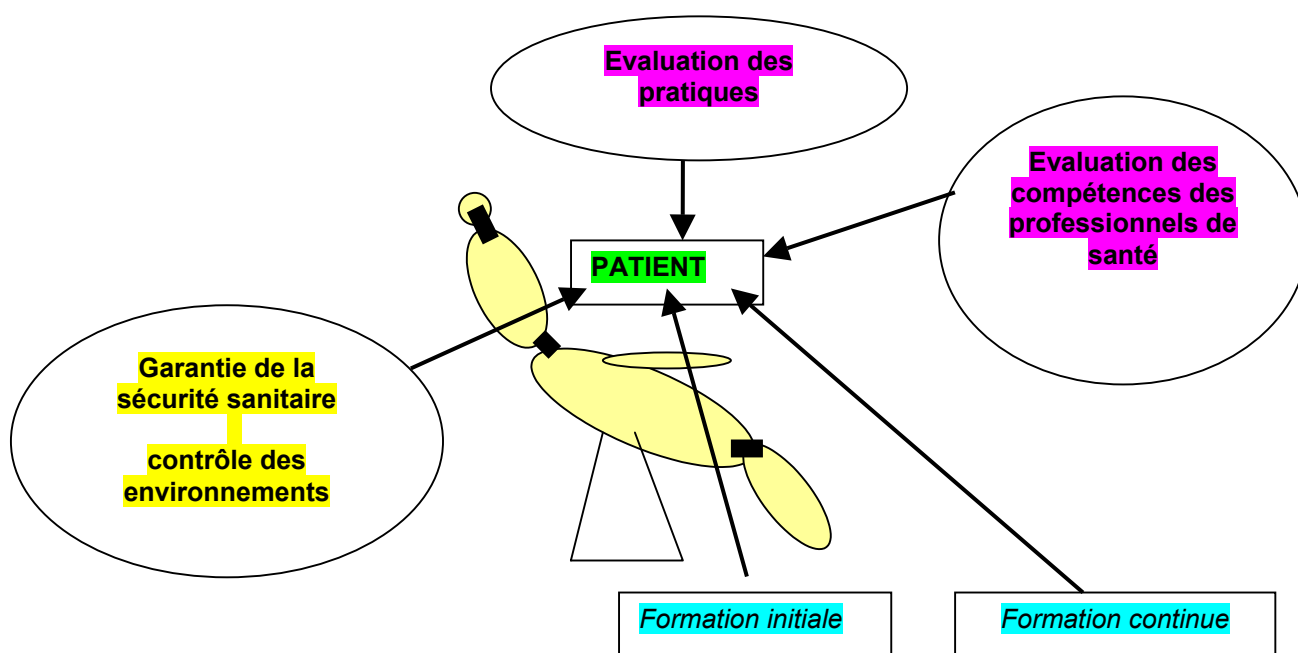
Des expérimentations de réseaux de soins qui intègrent les contraintes de la certification sont en cours d'élaboration. L'évaluation de leurs résultats contribuera à la promotion de ces procédures.

Garantir la sécurité sanitaire et faire la promotion de la qualité des soins

La promotion de la qualité des soins est fonction des moyens d'évaluation mis en œuvre, cette qualité ne peut être décrétée, elle doit correspondre à des obligations, à des référentiels et à des modalités d'évaluation. L'environnement technique de ces soins doit aussi être évalué. Nous envisagerons successivement la notion de garantie de la sécurité sanitaire, l'évaluation des compétences professionnelles, l'observance des référentiels de bonne pratique, l'accréditation.

La future loi d'orientation de santé publique rendra obligatoire, dans son article 8, le respect des règles visant à prévenir les infections nosocomiales et précipite quelque peu les démarches engagées par la profession en ce sens.

Ce thème constitue un ensemble dont tous les éléments sont indissociables, il ne sert à rien d'avoir des soins de qualité et des praticiens formés et évalués si l'environnement sanitaire du cabinet n'est pas optimal. Nous reprenons pour son impact didactique un schéma du Professeur Yves Matillon qui résume l'unicité de l'ensemble « qualité » centré sur le patient.



La garantie de la sécurité sanitaire et le contrôle des environnements sont volontairement placés sur le schéma dans le dos du fauteuil dentaire pour bien montrer que cette partie correspond à des procédures situées en amont du soin.

Tous les responsables professionnels entendus dans le cadre de cette mission et tous les articles des revues professionnelles qui traitent de la démarche qualité en odontologie ont une approche commune qui place le patient au centre des préoccupations de tous.

La profession des chirurgiens dentistes entend mettre en œuvre de façon responsable l'organisation de ces obligations.

3.1 La garantie de la sécurité sanitaire

Garantir la sécurité sanitaire passe par le contrôle de tous les éléments qui concourent à la mise en oeuvre de cette obligation. Une solution est l'organisation de contrôles réglementés organisés par des structures administratives adéquates avec des moyens et des hommes. Une solution alternative à cette rigueur administrative est préférable.

L'odontologie n'est pas la spécialité médicale où le risque de transmissions virales ou de maladies nosocomiales soit le plus élevé. Les malades atteints d'herpès, d'hépatite C ou du VIH, Prion sont cependant traités indifféremment par les chirurgiens dentistes libéraux ou hospitaliers. Il n'a cependant jamais été établi que des transmissions de ces virus avaient eu comme origine des cabinets dentaires.

La profession, consciente que la réalisation d'actes invasifs ou chirurgicaux élevait le niveau de précautions concernant la sécurité sanitaire, a développé spontanément une démarche qualité tant dans le domaine de l'hygiène et l'asepsie que dans les pratiques curatives.

3.1.2 Les différents moyens de garantir la Sécurité Sanitaire

3.1.2.1 Les contrôles des services déconcentrés de l'état : la DDASS, DRASS et DGCCRF

L'état, par l'intermédiaire du Préfet et les services déconcentrés de l'état (les DDASS), a pour mission de garantir la sécurité sanitaire des établissements de santé mais cette mission ne touche pas les cabinets privés. Les directives nationales d'orientation (DNO 2002 et 2003) ont institué un plan de contrôle et d'inspection pluri-annuel qui pourrait éventuellement concerner les cabinets dentaires libéraux. Les contrôles sont rarement réalisés. L'état ne mandate quasiment jamais ces trois institutions dans le domaine dentaire, ni dans le secteur ambulatoire en général.

Les DDASS interviennent dans les procédures d'agrément des appareils de radiodiagnostic en relation avec le SNPRI (anciennement OPRI).

Les DRASS ont mission d'inspection dans les hôpitaux privés et publics. La sécurité sanitaire dans ce cadre hospitalier est garantie par des contrôles permanents sur les chaînes et les procédures de stérilisation. Elles ont mission d'inspection des cabinets dentaires des centres de santé mutualistes dans le cadre des demandes d'agrément pour conventionnement avec les organismes sociaux.

3.1.2.2 La démarche « qualité » de l'ADF

La profession a fait, avant toute demande des pouvoirs publics, cette démarche et a proposé une «démarche qualité» mise en forme par l'ADF, (Association Dentaire Française). C'est un concept moderne, fondé sur l'incitation, mais il s'agit d'une démarche non validée.

Cette démarche est basée sur des références établies par l'ADF et couvre à la fois l'hygiène et l'asepsie et les procédures de soins. Les références ont été établies par les professionnels, mais ne sont pas validées par l'ANAES et par conséquent ne peuvent être la base d'un système validé.

3.1.2.3 L'audit

La méthodologie de l'audit appliquée aux différentes parties du cabinet dentaire, stérilisation environnement, est basée sur la vérification d'écart entre l'existant et un référentiel. Cette méthodologie rigoureuse aboutit à un constat et à des préconisations. Ces préconisations ont pour but d'apporter des correctifs aux procédures incriminées.

La DGS travaille depuis plusieurs mois sur un « guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé ». Ce guide a été préparé avec une méthodologie rigoureuse, il est actuellement en attente d'une validation par l'ANAES. Les thèmes traités couvrent la totalité des points clés de l'organisation de la gestion de l'hygiène et de l'asepsie dans les cabinets dentaires, comme dans les cabinets médicaux et paramédicaux. Il sera consultable prochainement sur le site internet du ministère de la santé.

Ce guide de bonnes pratiques pourra être utilisé comme cahier des charges (référentiel) dans une procédure d'audit. La visite d'audit, pour être sans équivoque au regard des destinataires, doit être réalisée par l'un des organismes certificateurs accrédités par le COFRAC (comité français d'accréditation). L'indépendance de ces auditeurs et sociétés d'audit est un pré-requis incontournable.

La communication du rapport d'audit au conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes peut permettre l'évaluation du nombre de cabinets ayant satisfait à cette procédure d'audit. Les remontées des résultats départementaux et régionaux seront agrégées par le Conseil National de l'Ordre. Un rapport annuel sera alors communiqué aux services concernés du ministère de la santé (DGS).

Les conseils départementaux et régionaux disposent de tout l'arsenal répressif nécessaire en cas de non respect ou écarts trop importants avec ce référentiel (section disciplinaire).

Cette procédure peut être dupliquée à l'attention des autres professions médicales citées dans le guide de bonnes pratiques de la DGS.

3.1.2.4 La certification de services des cabinets dentaires

La certification des services est régie par des articles du Code de la consommation (articles L.115-27 et suivants, et R. 115-1 et suivants).

Cette réglementation assure :

- l'impartialité et la compétence de l'organisme certificateur,
- le caractère consensuel du référentiel, qui doit être élaboré ou validé avec les parties intéressées (représentants des clients, administrations concernées...),
- la transparence de la communication vis-à-vis des clients.

Les auditeurs mesurent les écarts avec le référentiel et la certification n'est accordée que lorsqu'il n'en existe plus aucun.

Il existe deux référentiels de service ayant reçu une validation nationale et qui permettent une certification de services :

Le Référentiel réf : RE/DEN/01 « services associés à la prestation des cabinets dentaires et d'orthodontie » publié au JO le 27 avril 02

Le référentiel « services associés à la prestation des cabinets dentaires et d'orthodontie » traite des caractéristiques suivantes : locaux et lieux spécifiques, plateau technique, équipement, consommables, personnel, hygiène et sécurité, suivi patients, vigilances.

Son champ d'application englobe des critères directement liés aux patients tels que : la qualité d'accueil, le suivi du dossier et la prise en charge du patient, ainsi que des critères portant plus sur la maîtrise des processus du cabinet, l'efficacité de l'organisation interne du cabinet.

Sont exclus du champ d'application les soins à proprement parler, actes techniques relevant de la responsabilité du praticien, et devant être conformes aux données acquises de la science.

Il convient de rappeler que le respect de la réglementation en vigueur est une condition nécessaire mais non suffisante pour obtenir la certification de services, qui impose pour certaines caractéristiques un niveau d'exigences supérieur à la réglementation.

Le référentiel réf 159-1 « Qualité de service en dentisterie » publié au Journal Officiel le 24 août 2002

Le référentiel réf 159-1 « Qualité de service en dentisterie » a été élaboré en tenant compte des engagements suivants :

- Il s'articule sur les besoins et attentes du patient (enquête SOFRES/ADF)
- Il impose de définir des moyens pour y arriver
- Il impose une démarche structurée respectant une logique ISO 9001 (Tous les processus critiques du cabinet sont traités sous forme d'objectifs à atteindre (engagement) et de moyens à mettre en œuvre (ressources,...))
- Il impose une démarche d'amélioration basée sur la satisfaction des patients et sur la prévention des risques.

On peut imaginer qu'un cabinet qui met en œuvre ce référentiel apportera un niveau de garantie important (structuration du cabinet, des méthodes, formation des équipes, reproductibilité et fiabilité des activités, analyse des résultats et des dysfonctionnements, mise en place de plans d'actions d'amélioration,...)

Ces deux référentiels sont donc accessibles à tous, mais comme pour toutes les démarches de certification, nécessitent l'acquisition de la «culture qualité» et la mise en configuration du cabinet. Ceci nécessite l'intervention de sociétés commerciales spécialisées qui génèrent des coûts non négligeables variables selon le type de référentiel ou le type de certification.

L'indépendance de ces auditeurs et sociétés d'audit est comme pour la procédure précédente un pré-requis incontournable.

3.1.2.5 La qualification des personnels chargés de la stérilisation

La formation actuelle des assistantes dentaires qualifiées est, de l'avis général, notoirement insuffisante en matière de stérilisation. Des évolutions ont été proposées dans les autres chapitres de ce rapport. On estime le temps nécessaire pour réaliser ces actes de stérilisation et de désinfection entre les patients à environ deux et trois heures par jour et par cabinet selon l'organisation de celui-ci.

La responsabilité qui incombe aux assistantes, de la gestion quasi totale de cette stérilisation et de la mise en œuvre de toutes les procédures qui s'y rattachent, impose une formation adéquate.

Il apparaît que dans plus de la moitié des cabinets *(source : DGI et source : différents Syndicats)* il n'y a pas d'assistante dentaire qualifiée.

L'absence de cette catégorie de personnel met en question le problème de la gestion de la chaîne de stérilisation dans l'exercice quotidien. Il est reconnu que des ruptures de cette chaîne sont obligatoires lorsque le praticien est obligé de répondre au téléphone, donner des rendez-vous, noter des données sur informatique, et dans tous les gestes qui sont complémentaires de l'action de soins.

Pour respecter les obligations en matière de sécurité sanitaire, la présence d'une assistante qualifiée et formée à la stérilisation, devient, de fait, une obligation pour le cabinet dentaire. Le consensus sur ce point est clairement établi.

Le coût de l'intégration de ces personnels devra faire l'objet d'une étude précise et son impact réel sur la valorisation des frais incompressibles des praticiens devra être évalué.

Néanmoins il peut être considéré que la délégation de cette tâche à un personnel très qualifié libérera du temps de « clinique » pour le praticien. Ce temps « praticien » sera ainsi mieux employé à effectuer des actes de soins ou de prothèses qui eux ne peuvent être délégués et qui de surcroît sont rémunérateurs.

La montée en charge de cette obligation peut être étalée sur le même calendrier (3 ans) que la mise en œuvre des procédures d'audit.

L'impact sur l'emploi sera important, il faudra former sur cette même période plus de 20 000 assistantes qualifiées.

3.2 L'évaluation des pratiques professionnelles

Une mission interministérielle d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé a été mise en place. Nous nous efforcerons de ne pas empiéter sur le champ d'activité de cette mission et attendons les propositions qui émaneront de ce groupe de travail.

L'impératif de transparence et d'information de l'assuré initié par loi du 4 mars 2002, nécessite, la possibilité d'avoir les moyens de connaître la compétence et le degré de formation des professionnels de santé.

La formation continue des professionnels devient une obligation.

La méthodologie de l'évaluation par des pairs mise au point pour les médecins est organisée sous l'égide de l'URML (Union régionales des médecins libéraux). Cette structure n'a pas d'équivalent dans notre profession et doit être déclinée sous le même mode en URCD (*Union régionales des chirurgiens dentistes*, voir thème 5 de ce rapport).

Toute la structure de soins sera soumise à évaluation ce qui induit que nos collaboratrices assistantes qualifiées et plus tard «assistantes dentaires qualifiées prévention» qui bénéficieront d'une délégation de tâches ou d'une responsabilité de gestion de la stérilisation dans les cabinets dentaires, y seront elles aussi soumises. Cette évaluation ne pourra avoir lieu que sur les bases d'une qualification conforme à la réglementation de l'Union Européenne. Ceci entraîne à une modification de leur statut et de leur formation initiale qui passerait à Bac+2 et /ou Bac +3.

3.3 Le respect des référentiels de pratiques cliniques

Cette évaluation ne peut se faire que sur des référentiels validés (ANAES) qui, à ce jour, sont quasi inexistantes pour notre profession.

Il existe 4 référentiels en odontologie qui ont été émis par l'ANDEM devenue depuis l'ANAES, alors qu'il en existe plus d'une centaine en médical.

La démarche d'évaluation des pratiques qui est proposée par l'ADF reste, par défaut, la seule accessible au plus grand nombre de praticiens. Les référentiels faits dans le cadre de la démarche qualité de l'ADF, malgré leur réel intérêt, ne répondent pas aux préconisations méthodologiques de l'agence et ne peuvent pas recevoir le label de l'ANAES. Elle ne peut faire l'objet d'aucune information du patient telle que prévue dans la loi du 4 mars 2003.

Pour être validés et opposables à l'ensemble d'une profession ils doivent avoir été réalisés selon les critères définis par les instances internationales. Nous retiendrons le vocable de règles de Pratiques clinique qui correspond à ces critères (grille AGREE).

Les RPC sont des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur but est « d'établir des recommandations explicites avec l'intention délibérée d'influencer la pratique médicale ».

En France l'agence qui a la responsabilité de mettre en œuvre en médical la méthodologie et le contrôle des RPC est l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

L'ANAES se propose de mettre à disposition de la profession des méthodologies adaptées aux exigences de notre profession et des grilles d'évaluation de ces référentiels (RPC). La profession doit se charger de fournir les groupes de travail et les sujets qu'elle souhaite voir traités en priorité. Une dizaine de référentiels pourraient être faits chaque année dans le respect des préconisations de l'Agence. Le retard accumulé dans ce domaine par notre profession serait ainsi rapidement comblé.

La profession, les financeurs, les sociétés scientifiques, disposeraient de référentiels (RPC) qui s'imposeraient à tous.

Les accords de bon usage des soins ou les contrats de bonne pratique établis par la convention nationale trouveraient dans ces référentiels leur cadre technique.

3.3 L'accréditation

L'accréditation a six objectifs principaux :

- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- La formulation de recommandations explicites ;
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche de qualité ;
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé
- l'amélioration continue de la confiance du public.

C'est une démarche qui n'est plus volontaire. Elle peut être exigée soit par l'état soit par une organisation professionnelle. Elle doit être réalisée selon des référentiels nationaux validés par l'ANAES.

Cette accréditation peut cumuler les obligations d'une certification de services ou l'audit par un organisme agréé pour l'environnement, l'engagement des professionnels à respecter les guides de bonnes pratiques ou les référentiels validés avec comme corollaire l'évaluation sur ces bases des pratiques professionnelles et l'évaluation des compétences.

L'accréditation n'est pas d'actualité pour notre profession, les référentiels nationaux n'existent pas et les structures d'évaluation des compétences sont à créer.

3.4 Implications financières des audits et certifications pour les cabinets dentaires

L'audit basé sur le guide de bonne pratique de la DGS entraînera une intervention d'une journée de travail pour un auditeur dont le coût est estimé à 1 200 euros TTC.

La création d'un fonds d'amélioration à la qualité des pratiques d'hygiène de ville a été proposée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2004 (PLFSS 2004). Une somme forfaitaire pourrait être versée pour l'achat d'autoclave, de sous-traitance de stérilisation ou les achats de matériel à usage unique.

Les coûts de cette démarche qualité validée, peuvent partiellement trouver une prise en charge dans le dispositif conventionnel existant (Aide pérenne à l'audit ou à la certification de services).

L'intervention financière des assureurs complémentaires existe pour ce type de prestations dans le cadre de réseaux dédiés de chirurgiens dentistes.

Le FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville) peut aussi intervenir dans ce financement sous réserve que le thème de la sécurité sanitaire soit inscrit dans ses actions prioritaires lors du PLFSS 2004, ou, dans le cadre des réseaux « régionaux ».

3.5 Montée en charge du dispositif

L'obligation créée par l'article 8 de la future loi d'orientation de santé publique devra être satisfaite dans des courts délais.

La validation de la Sécurité sanitaire, pour la totalité de la profession, par un organisme accrédité devra s'étaler sur une période d'au plus trois ans.

Cette montée en charge devra inclure, en premier lieu, les cabinets d'implantologie, de parodontologie et de chirurgie buccale dans lesquels l'hygiène et l'asepsie doivent avoir atteint le niveau maximum.

Les sociétés scientifiques et les syndicats professionnels regroupant les praticiens exerçant en chirurgie buccale exclusive ou parodontologie-implantologie exclusive sont volontaires et demandeurs, dans un souci de transparence vis à vis de leurs prescripteurs, de cette validation de leurs environnements.

3.6 Des expérimentations de certification des cabinets dentaires

Des exemples concrets permettent de réaliser sur le terrain une expérimentation de ces procédures de certification.

La société française de parodontologie et d'implantologie (SFPIO) a commencé à élaborer un référentiel de services dont certains éléments sortaient du cadre de la vérification des environnements et débordaient sur l'évaluation des pratiques. Il n'a pas à ce jour été validé et n'est donc pas utilisable en l'état. Cette tentative montre l'adéquation de la démarche de certification avec l'exercice de ces professionnels. Une expérimentation sur des référentiels validés existants avec une évaluation des compétences sur le modèle serait accueillie très favorablement par les membres de cette société.

Un projet de réseau d'implantologie dans un département (en attente d'accord de financement par le FAQSV) reprend les obligations de sécurisation des actes par le suivi d'un référentiel de bonne pratique et les obligations de sécurité sanitaire par la certification des cabinets. Cette expérimentation cumule les impératifs de sécurité sanitaire et d'expérimentation de prestations pour des actes actuellement non remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Ces deux expérimentations, qui ont des buts différents mais complémentaires nécessitent un investissement limité.

THEME IV

« Pour ce qui est de l'exercice hospitalier, vous examinerez le taux de vétusté des constructions et des équipements ainsi que la disponibilité des techniques modernes de traitement. Vous veillerez à apprécier les conditions dans lesquelles s'effectuent la stérilisation des matériels et les approvisionnements en consommables. Vous regarderez dans quelle mesure les ressources humaines sont adaptées aux besoins ».

PLAN

1 - Les Besoins de Santé Publique

2 - Les Services d'Odontologie des C.S.E.R.D.

- 2.1 - Mission de Soins
- 2.2 - Mission de Formation
- 2.3 - Mission de Recherche
- 2.4 - Taux de vétusté des constructions et équipements
- 2.5 - Stérilisation et approvisionnement des consommables
- 2.6 - Ressources humaines adaptées aux besoins
- 2.7 - Conclusion

3 - L'Odontologie Hospitalière

- 3.1 - Organisation en pôle d'activité
- 3.2 - Missions régionales
- 3.3 - Conclusion

4 - L'Internat

- 4.1 - Bilan
- 4.2 - Evolution
- 4.3 - Conclusion

5 - L'Observatoire Permanent de l'Odontologie

1 – LES BESOINS DE SANTE PUBLIQUE

De plus en plus de malades n'ont pas de réponse à leurs demandes de soins, en particulier ceux que l'on peut regrouper en groupes homogènes de malades (G.H.M.).

➤ **HANDICAPES :**

Globalement, ces malades sont très mal pris en charge et peu d'hôpitaux sont réellement organisés pour leur accueil.

Dans un rapport émis en septembre 2002 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Morbihan, on note pour ce seul département un recensement de 19 942 personnes handicapées tous handicaps confondus, dont 1 406 en établissements médico-sociaux ou d'accueil médicalisé.

Ce même rapport montre que la population des personnes handicapées ayant recours aux soins dentaires est inférieure de plus de 10 points à celle de la population totale. D'autres sources donnent des écarts encore plus importants.

Or, cette catégorie de personnes, surtout celles, enfants ou adultes, porteuses d'un handicap lourd (moteur et/ou mental), nécessite des soins différents des autres patients. Ils ne peuvent supporter sans risques certains soins comme par exemple l'endodontie sous anesthésie loco-régionale. Certains actes doivent être effectués en bloc opératoire sous anesthésie générale. Pour ces prises en charge des attentes de **4 à 6 mois sont fréquentes**, dans des services plus ou moins éloignés.

Il y a donc lieu de développer des structures spécifiques avec :

- plateau technique adapté à l'accès de la personne handicapée, à l'exécution de traitements globaux dans des conditions appropriées (anesthésie générale, loco-régionale , sous sédation consciente, etc...),
- personnel médical spécialisé (odontologues, anesthésistes, médecins),
- personnel non médical formé à la prise en charge de ces malades notamment dans le domaine de l'hygiène et de la prévention bucco-dentaire d'où **l'intérêt de la création d'un corps d'hygiénistes dentaires hospitaliers ou d'assistantes spécialisées** travaillant en relation avec infirmières, assistantes sociales et psychologues.

Il est anormal dans un pays industrialisé comme la France, **que les personnes handicapées, enfants et adultes**, n'aient qu'une réponse soustractive (extractions dentaires dans la majorité des cas) à leurs demandes de soins, réponse **qui ne fait qu'augmenter leur handicap**.

Il faut donc :

- offrir à chaque malade la qualité de soin et d' accompagnement humain auquel il a droit. Il s'agit de 5 % de la population générale. En France, la santé bucco-dentaire des handicapés est nettement moins bonne que dans beaucoup de pays développés en raison de l'absence d'un programme de prévention.
- généraliser les techniques de sédation consciente pour patient handicapé dans des structures adaptées.

➤ **LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES:** (plus de 6 000 000 de personnes)

Les enquêtes épidémiologiques mettent en évidence un état bucco-dentaire préoccupant chez les personnes âgées vivant en institution. Or le mauvais état de santé bucco-dentaire d'une personne âgée dépendante ou non, retentit sur son état général (dénutrition, psychisme, etc ...)

Les difficultés d'accès aux soins de ville compliquent cette situation. **Il y a donc lieu de créer une filière de soins cohérente en rapport avec les besoins.**

Certaines études montrent que 40 % des personnes âgées hospitalisées en long séjour nécessitent une ou plusieurs extractions (réf : enquête réalisée par l'U.F.R. d'Odontologie de Rennes en 1995) et que 2/3 des personnes âgées en résidence de courts, moyens ou longs séjours sont susceptibles d'une prise en charge odontologique. Or seulement 15 % des établissements assureraient ces soins (réf : étude réalisée par le service médical de l'Essonne en 2000).

Dans la région Bretagne par exemple : 585 établissements d'accueil de personnes âgées (depuis le foyer logement à l'unité de soins de longue durée) sont recensés, ce qui correspond à une population spécifique de **39 661 personnes âgées dépendantes**. Les mêmes proportions existent certainement dans les autres régions.

La prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes est une préoccupation de santé publique. Elle ne peut se concevoir sans structure particulière :

- plateau technique adapté à la personne âgée (position, durée des soins, etc...),
- personnel médical formé à la prise en charge de ces malades notamment sur les plans :
 - psychologique,
 - social,
 - économique
- et - hygiène bucco-dentaire (hygiénistes dentaires hospitaliers)

Compte tenu du contexte de ces malades dépendants, à faible mobilité, généralement polymédicamentés, aux facultés intellectuelles souvent dégradées, **il paraît logique que leur prise en charge revienne à l'hôpital.**

➤ **PORTEURS DE PATHOLOGIES LOURDES** : (patients cardiaques, greffés, à risques infectieux élevés,...). Ils sont environ 700 000 dont la majorité est hospitalisée et requiert des soins dentaires.

Parmi les 30 affections donnant droit à une Exonération du Ticket Modérateur (E.T.M.), certaines ne peuvent être prises en charge qu'en milieu hospitalier y compris au plan odontologique. **Cela représente un nombre important de malades (664 822) répartis sur le territoire** comme le rapporte un document d'avril 2000 de la C.N.A.M.T.S..

Exemples :

Affection	Effectif ETM 1 ^{ère} demande	(%) sexe masculin	(%) Sexe féminin	Age moyen (ans)
AVC Invalidant	23 163	50	50	68
Infection par VIH	9 373	71	29	35
Insuf. Respiratoire Chronique grave	26 384	58	42	53
Psychose, troubles de la Personnalité, Altération mentale	99 357	44	56	48
Tuberculose active	6 253	56	44	46
Tumeur maligne	177 381	52	48	63
Etc...	...	...	...	...

Référence : incidences médico-sociales des 30 infections de longue durée Edition de C.N.A.M.T.S. avril 2000

Ces chiffres sont éloquentes et de toute évidence ces malades ne peuvent être suivis que par une équipe médicale pluridisciplinaire dans laquelle, compte tenu des précautions à prendre, de l'importance de la prévention et de l'hygiène, l'odontologiste a un rôle essentiel à tenir.

➤ **MILIEU CARCERAL** : les services hospitaliers d'odontologie sont sollicités pour assurer et coordonner les soins bucco-dentaires aux détenu(e)s, dans le cadre des (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.).

Le législateur a sous-estimé les besoins de cette population en lui attribuant seulement une vacation de trois heures pour 100 détenu(e)s, sans tenir compte des problèmes d'incarcération du contexte polymédicamenteux et du taux de séropositivité.

L'état bucco-dentaire des détenus en maisons d'arrêt et en centrales est préoccupant et les besoins en soins pas totalement couverts ; **la réhabilitation orale, par ses conséquences fonctionnelles et esthétiques apporte pourtant une aide à la réinsertion.** Le nombre de praticiens est notoirement insuffisant, **une fédération de moyens au travers d'un pôle d'Odontologie de proximité pourrait apporter une réponse.**

➤ **URGENCES :**

La responsabilité des urgences, la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant les périodes de grands congés est un problème crucial dans de très nombreuses villes. La croissance de l'activité des Services d'Odontologie durant les périodes estivales pour le traitement : de douleurs bucco-dentaires, de douleurs oro-faciales aiguës, de complications infectieuses maxillo-cervico-faciales, d'hémorragies buccales, de traumatismes maxillo-alvéolo-dentaires est très significative de l'importance du problème.

Une étude multicentrique (réf. : lettre de l'Ordre mars 2003) **fait état d'une activité de plus en plus importante de l'urgence hospitalière en odontologie**, et l'on peut véritablement parler d'inflation. Les causes sont multiples, en particulier un désengagement de l'odontologie de ville en matière de permanence des soins.

Mis à part quelques rares centres hospitaliers organisés pour la prise en charge des urgences odontologiques, l'hôpital n'assure pas totalement son rôle dans ce domaine.

Cette situation plaide pour un maillage plus étroit entre la Ville et l'Hôpital et pose la question des moyens alloués aux services d'odontologie.

Un réseau « prise en charge de l'urgence » pourrait être créé avec les praticiens de ville sous l'égide du Conseil de l'Ordre et coordonné sur le plan régional par des odontologistes hospitaliers.

➤ **MALADES EN SITUATION DE PRECARITE OU AYANT DROIT A LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

La chute de la démographie professionnelle et les difficultés socio-économiques ont eu pour conséquences une augmentation des demandes de soins via l'hôpital. Actuellement 9 % de la population (5,8 millions de personnes d'après l'IGAS : impact médecin hédéo fév.2002) bénéficie de la Couverture Médicale Universelle (C.M.U.).

Pour des raisons diverses cette population, fait le choix du service public (35 % d'ayant droit dans les Services d'Odontologie des C.H.U.).

Cet afflux massif a des conséquences financières (cf. Prothèse). Les pouvoirs publics face à cette situation doivent définir de façon précise le rôle de l'Hôpital.

2 – LES SERVICES D’ODONTOLOGIE DES CENTRES DE SOINS D’ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHES DENTAIRES (C.S.E.R.D.)

La loi hospitalière de Juillet 1991 a intégré à part entière l’Odontologie dans l’Hôpital au même titre que la Médecine et la Pharmacie.

Face à des besoins de santé publique en constante augmentation la discipline s’est tout naturellement adaptée et a assumé ses responsabilités Hospitalo-Universitaires et Hospitalières. La création en 1995 de l’internat a été un élément déterminant de cette évolution.

Dans les Centres Hospitalo-Universitaires, l’odontologie assure trois missions essentielles :

2.1 – Mission de soins

En application de l’article L 711-2 de la loi hospitalière (modifiée par la loi n°97-60 du 24 Juillet 1997), les établissements publics de santé ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement des soins en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

2.1.1 - Constat

- sur 31 Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux (décret n° 92-205 du 3 Mars 1992), seuls 21 possèdent un service d’odontologie dont 15 liés à une faculté d’odontologie dans le cadre d’un C.S.E.R.D..
- 10 C.H.R.U. n’ont toujours pas de service d’odontologie,

➤ parmi les nombreux Centres Hospitaliers Généraux qui maillent le territoire, rares sont ceux qui sont réellement organisés et équipés pour une activité odontologique.

➤ **Actuellement près d'un million de passages élémentaires sont enregistrés annuellement dans les Services d'Odontologie existants :**

Activité globale des C.S.E.R.D.

ACTIVITE DES SERVICES en 2001											
SERVICES D'ODONTOLOGIE DE :	Recensement de l'activité nomenclaturée						NOMBRE D'ACTES		venues élémentaires (passages) en 2001	nbre consultants (nouveaux dossiers) en 2001	ACTIVITE EN FRANCS (HN)
	SC (en coeft.)	SPR (en coeft.)	D (en coeft.)	DC (en coeft.)	TO (en coeft.)	Z (en coeft.)	C	CS			
BORDEAUX (Pr Jeandot)	72,196	88,816	2,140	40,378	60,797	23,154	7,773	186	40,494	4,860	1,578,810.60
BREST (Pr Predine-Hug)	43,942	29,549	1,100	28,136	11,775	11,331	3,210	38	17,910	1,823	544,230.55
CLERMONT - FER. (Pr Orliaguet)	55,504	111,481	2,760	20,680	16,229	24,047	3,207	146	17,538	10,785	2,720,845.09
LILLE (Pr Libersa)	98,046	106,083	4,500	39,527	78,769	100,047	4,563	683	50,470	6,437	2,708,013.50
LYON (Pr Bois)	208,733	246,482	2,270	83,951	69,275	164,621	10,926	652	98,000	18,324	6,197,364.90
MARSEILLE (Pr. Bonfil)	48,747	62,121		25,290	32,281	29,433	3,509	503	31,967	3,509	1,190,091.90
MARSEILLE (Pr Meyère -unité Timone)	66,116	132,964	5,585	35,379	83,776	44,637	35,746	7,942	43,688	3,521	2,744,394.10
MARSEILLE (Pr. Meyère -unité Berger)											
MONTPELLIER (Pr Gibert)	102,014	62,311	240	32,847	69,259	91,795	10	624	34,176	4,301	2,934,601.70
NANCY (Pr Archien)	69,740	65,339	7,890	58,312	28,620	24,134	6,121	29	27,384	4,504	2,509,540.60
NANTES (Pr Hamel + Pr Daniel)	114,611	89,939	4,995	36,055	40,300	114,344	19,073	285	80,970		2,485,909.00
NICE (Pr Jasmin)	41772**	51344**	640**	52803**	15675**	99977**		9087**	29600**	9560**	22180054**
PARIS VII - Garancière	130,899	380,953	7,845	82,134	296,582	137,573	6,984	835	57,945	4,822	
PARIS V - Louis Mourier (Pr. Poidatz)	62,194	79,191		36,755	13,771	56,891	4,199	236	26,000	3,500	1,820,373.00
PARIS V - Charles Foix (Pr. Wolikow)	65,885	98,407	2,280	29,096	34,297	30,593			26,939	2,601	920,866.00
PARIS V - Jean Délébros (Pr. Buch)	67,515	117,389	1,660	28,681	126,420	39,531	3,973	789	22,175	3,359	
PARIS V - Albert Chenevier (Pr. Gogly)	65,495	53,396	540	28,894	53,491	45,584	2,201	56			1,007,687.70
REIMS (Pr Lefevre)	160,299	80,041		59,784	72,035	69,472	5,387		60,000	4,500	2,932,705.00
RENNES (Dr. Delattre)											
RENNES (Dr. De Mello)											
RENNES (Dr. Quemar)											
RENNES (Pr. Vulcain)											
RENNES CSERD	97538*	33554*	4340*	60132*	52395*	30049,8*	7,459	13	28,523	4,039	1,180,505.20
STRASBOURG (Pr Leize)	175,555	92,790	4,320	79,498	56,886	80,494	6,722	22	88,643	9,434	2,891,183.60
TOULOUSE (Pr J.P. Lodter)	111,267	224,218	6,360	47,299	29,291	68,917	43,215		43,806	5,198	3,505,736.00
TOTAL	1,718,758	2,121,470	151,024	696,157	1,173,854	1,156,598	174,278	13,039	796,628	99,038	39,872,858.44

* RENNES: en actes
** Nice : chiffres de l'an dernier

Source : Commission Nationale chargée de l'agrément des services

Les grandes lignes d'action des Services d'Odontologie des C.S.E.R.D. sont les suivantes :

- prendre en charge dans la limite des possibilités de leurs plateaux techniques les malades non traités dans les autres structures,
- être référence et leader des réseaux de soins,
- représenter un pôle d'excellence de la discipline.
- assurer les urgences.

2.1.2. - Analyse

Pour un certain nombre de groupes homogènes de malades, la santé bucco-dentaire est peu assurée par les professionnels du secteur libéral. **L'hôpital répond donc difficilement à une demande de plus en plus forte d'autant que la stomatologie connaît une mutation importante et une chute démographique vertigineuse.**

Les analystes conviennent, en population normale, de la nécessité d'un praticien pour 1 400 habitants. **Qu'en est-il de la prise en charge de ces groupes de malades qui sont plusieurs centaines de milliers en France ? Cette situation particulièrement inquiétante pose un vrai problème de santé publique urgent à régler.**

2.1.3. - Propositions

Il est à court terme essentiel :

☞ **De sensibiliser** les responsables politiques, les Agences Régionales d'Hospitalisation, les Directions Générale des C.H.U., et les Directions d'Etablissements de Santé à l'odontologie face à ces besoins de santé publique.

☞ **De développer** l'odontologie hospitalière (cf. chapitre 3).

☞ **D'impliquer l'odontologie dans les S.R.O.S. (Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire) pour qu'une relation de plus en plus étroite s'établisse, d'une part avec les professionnels libéraux, et d'autre part avec les établissements de santé dans le respect des compétences mutuelles.** Dans ce cadre le C.H.U., pièce maîtresse du réseau de soins, est initiateur du développement d'un partenariat par l'intermédiaire :

- de l'internat,
- de la mobilité, avec échange de praticiens permettant un enrichissement mutuel, une formation permanente, une remise en question constante, une émulation constructive,
- d'entente d'activité notamment par la prise en charge de pathologies spécifiques.
- de projets communs de recherche clinique multicentrique.

☞ **De recenser et d'utiliser** les plateaux techniques laissés vacants dans les hôpitaux par la stomatologie.

☞ **D'être attentif** à la réforme et au développement de l'internat.

2.2 – Mission de formation

Les services d'odontologie ont pour mission de former à la pratique clinique :

- Cadres de santé,
- Futurs praticiens libéraux,
- Praticiens hospitaliers.

Cette formation impose que le futur chirurgien-dentiste puisse apprendre, en les pratiquant, tous les actes médico-techniques et médico-chirurgicaux, inclus dans sa capacité professionnelle, sous le contrôle permanent d'un enseignant compétent. Il s'agit d'une forme de « Compagnonnage », identique à la formation des chirurgiens, qui est en vigueur dans tous les pays.

Elle aborde toutes les orientations cliniques de la discipline et nécessite :

- Moyens matériels (plateaux techniques suffisants et répondant aux normes en vigueur),
- Moyens humains (personnel médical et non médical qualifié),
- Malades (il s'agit de répondre à un besoin concrétisé par l'activité en constante augmentation des Services d'Odontologie).

L'arrêté du 27 septembre 1994 sur la réforme des études en odontologie préconise 100 heures de stage en D2, D3 et T1 dans les services non odontologiques. Compte tenu de ses obligations globales, un étudiant doit être présent 15 heures par semaine dans un service d'odontologie formateur.

Actuellement la plupart des services qui ont du absorber à moyens constants la sixième année, ne sont pas matériellement en mesure de fournir ce quota d'heures aux étudiants en formation initiale. Ces problèmes sont accentués sur le plan national par des disparités qui dépendent des situations locales :

- nombre d'unités de soins,
- plages et jours d'ouvertures (R.T.T., congés statutaires, activités etc...),
- situation géographique (centre ville ou extérieurs),
- personnel médical et tableau de service respectant les obligations
- personnel non médical,
- fréquentation de l'établissement.

Equipements des C.S.E.R.D. en unités de soins

INSTALLATIONS PAR SERVICES		année universitaire 2002/2003				
service	nombre	Nbre cab. dentaires	nombre			
d'odontologie de :	de fauteuils	isolés pour internes	salles de travail			
BORDEAUX (Pr Jeandot)	40	6	1	← + 3 fauteuils maxil-fac + 2 ucsa		
BREST (Pr Prédine-Hug)	25	2	1			
CLERMONT-FER. (Pr Orliaquet)	52	4	1			
LILLE (Pr Libersa)	55	10	1			
LYON (Pr Bois)	86	6	2 salles de chirurgie			
MARSEILLE (Pr Bonfil)	33	4	idem nbr fauteuils			
MARSEILLE (Pr Meyère -unité Timone)	69	6	5			
MARSEILLE (Pr. Meyère -Unité G. Berger)						
MONTPELLIER (Pr Gibert)	60	6	6	← + 7 fauteuils satellites.		
NANCY (Dr C. Archien)	52	3	1			
NANTES (Pr Hamel)						
NANTES (Pr. Daniel)	38	6	1			
NICE (Pr Jasmin)	42	3	1			
PARIS VII - Garancière (Pr. Picard))	101		1			
PARIS V - Louis Mourier (Pr. Poidatz)	23	3	oui			
PARIS V - Charles Foix (Pr. Wolikow)	31	3	1			
PARIS V - Jean Délébères (Pr. Buch)	39	2	← bureau + laboratoire	+ 1 cabinet praticien en allem.		
PARIS V - Albert Chenevier (Pr. Gogly)	29	3	oui			
REIMS (Pr lefevre)	65	7	2			
RENNES (Dr. De la ttre)	11	1	2			
RENNES (Dr. De Mello)	7	1	7			
RENNES (Dr. Quemar)	24	3				
RENNES (Pr. Vulcin)	20	4	2			
STRASBOURG (Pr Leize)	80	3	1			
TOULOUSE (Pr J.P. Lodier)	72	4	2			
TOTAL	1054	90				

Source : Commission Nationale chargée de l'agrément des services

L'intégration de l'odontologie dans les S.R.O.S. de troisième génération est seule susceptible de créer des conditions favorables à la construction d'une odontologie hospitalière cohérente et capable de faire face aux impératifs de santé publique.

Les objectifs sont les suivants :

- *soutien au développement de l'odontologie hospitalière (cf. chapitre 3),*
- *création d'unités fonctionnelles spécialisées (urgence, pathologies lourdes etc...),*
- *respect de la vocation, de pôles d'excellence formateurs, des Services d'Odontologie des C.S.E.R.D..*

2.3 – Mission de recherche

Au même titre que leurs collègues Hospitalo-Universitaires médecins et pharmaciens les odontologues ont une activité de recherche. Qu'elle soit clinique ou fondamentale elle est déterminante dans l'évolution de la discipline.

Il est pourtant indispensable que les odontologues chercheurs aient la volonté de s'ouvrir vers l'extérieur et de s'intégrer à des équipes pluridisciplinaires. Ils auront ainsi l'opportunité, d'affirmer leur identité, de poser en toute objectivité les problèmes qui leur sont propres et d'être en mesure d'obtenir des propositions ou des solutions fruit de la complémentarité et de la compétence.

2.4 – Taux de vétusté des constructions et équipements

Au cours de ces dernières années l'odontologie s'est considérablement modernisée. Une enquête menée auprès des 24 Services d'odontologie par le Professeur Patrick MAHLER, en accord et avec le soutien de la Conférence Nationale des Chefs de Service d'odontologie des C.H.U., fait état de résultats suivants :

2.4.1 – Infrastructures immobilières

Dix services sur 24 doivent, à court terme être rénovés et 5 délocalisés dans d'autres structures (nouvelles ou existantes). Tous ces projets sont en principe inscrits dans les plans directeurs d'établissement, **mais tous ne sont pas financés.**

Seulement 9 services ont été modernisés au cours des cinq dernières années.

L'enquête met en évidence qu'une grande majorité des établissements, fonctionne en salles communes, de cinq à vingt équipements séparés par des parois non closes.

Cette organisation n'a pas que des avantages notamment pour la radio-protection, la décontamination, l'aéro-contamination, la désinfection et à un degré moindre, la confidentialité.

2.4.2.- Unités de soins

Sur 1 027 équipements, 30 % ont plus de douze ans d'âge et sont donc peu conformes aux règles d'hygiène et de sécurité de la législation en vigueur :

- récupérateurs de métaux lourds (décret du 30 mars 1998),
- circuits de décontamination intégrés.

Ce parc d'équipements est à peine suffisant pour assurer la formation initiale clinique des étudiants, internes et l'activité des praticiens hospitaliers.

L'éventualité d'une progression du numerus clausus telle qu'elle est demandée par la profession (de 800 à 1 200 en 5 ans) aurait pour effet de faire passer le nombre d'étudiants en formation clinique de 2 400 à 3 600, soit un accroissement de près de 35 %.

Les services d'odontologie des C.S.E.R.D. ne sont pas prêts à y faire face. Certaines solutions pratiques innovantes et susceptibles de créer de meilleures conditions de travail à moyens constants figurent dans ce rapport. Pourtant, pour maintenir la qualité de la formation clinique, face à une telle évolution, un apport d'au moins 200 fauteuils est nécessaire. Leur répartition doit impérativement être fonction :

- de la demande de soins,
- du numerus clausus local,
- des plateaux techniques,
- de la création de structures nouvelles (les surfaces actuelles des services n'étant pas extensibles).

Des Unités Fonctionnelles délocalisées mais rattachées aux structures Hospitalo-Universitaire auraient le triple avantage :

- d'offrir des terrains de stages hospitaliers aux étudiants,
- de répondre aux besoins actuels de santé publique (urgences, handicapés, patients à risques etc...),
- de préserver le rôle de pôle d'excellence formateur des services d'odontologie.

2.5 – Stérilisation et approvisionnement des consommables

2.5.1 - Stérilisation

Près de 50 % des services d'odontologie des C.S.E.R.D. assurent leur propre stérilisation avec un personnel qualifié, assistantes et techniciens de maintenance sous la responsabilité d'un pharmacien temps partiel.

Les autres n'assument que décontamination, lavage, séchage et ensachage. La stérilisation est délocalisée vers un site central. Cela entraîne la multiplication du volume de matériel par 3 ou 4 en fonction de rotations inhérentes aux heures d'ouverture de chaque service. Les Directions Régionales de l'Action Sanitaire et Sociale privilégient, comme le prévoient les textes, ce type de fonctionnement.

Pourtant, compte tenu de la spécificité de l'odontologie et de la diversité de ses orientations cliniques, cette solution n'échappe pas à un certain nombre de difficultés et d'obligations :

- multiplication très onéreuse du matériel,
- stockage,
- aléas des rotations multiples (3 vacations par jour dans de nombreux services, etc....).

2.5.2 - Approvisionnement des consommables

En regard du coût et de la quantité utilisée, très peu des « jetables » peuvent se substituer aux instruments conventionnels. Sur l'ensemble des services, l'achat de l'instrumentation et du consommable ne semble pas poser de réels problèmes. Pourtant la lourdeur du système administratif liée au code des marchés publics (appels d'offres) est parfois un handicap. Une plus grande autonomie des commandes et une meilleure planification des procédures d'achats amélioreraient considérablement la situation.

Pour la traçabilité une informatisation par code barre est demandée par l'ensemble des Chefs de Service, d'une part pour les matériaux utilisés et d'autre part pour la stérilisation.

2.6 – Ressources humaines adaptées aux besoins

Si l'on se fonde sur les normes européennes actuelles, rigueur et sécurité dans le cadre d'une formation clinique en odontologie nécessitent :

- 1 enseignant pour 5 étudiants,
- 1 enseignant pour 2 étudiants pour tout acte chirurgical,
- 1 assistante ou aide-soignante pour 5 fauteuils maximum.

Le problème des enseignants est traité dans la réponse au thème 2 de ce rapport. Quant au nombre de personnels, aide-soignantes, agents spécialisés hospitaliers, infirmières, il est généralement estimé par les Directions Hospitalières sur le mode de fonctionnement des Services de Médecine disposants de lits. **Or, les unités de soins odontologiques assurent une rotation de quatre à dix patients par fauteuil et par jour.**

Certains services ont une aide-soignante pour 7 ou 8 patients et 1 demi-poste d'agent spécialisé hospitalier pour 10 fauteuils alors que **l'idéal pour garantir la sécurité des patients et la protection des étudiants est de :**

- 1 A.S. pour trois fauteuils,
- 1 demi-poste d'A.S.H. pour cinq fauteuils.

Par ailleurs, près de 70 % des secteurs chirurgicaux (chirurgie buccale, parodontologie, implantologie) ne sont pas pourvus d'une infirmière.

L'odontologie a en fait un réel problème d'écoute de la part des Directions des Ressources Humaines Régionales sensibilisées de façon inégales aux besoins de la discipline d'un personnel qualifié, ce qui a pour conséquence une dotation hétérogène des différents services.

2.7– Conclusion

La Loi Hospitalière a confié à l'Odontologie les mêmes missions qu'à la Médecine et à la Pharmacie avec les mêmes prérogatives et les mêmes devoirs. Face au manque de moyens humains et matériels, elle a eu beaucoup de mal à les assumer.

Ces difficultés, accentuées par la réduction du temps de travail, les directives européennes et l'augmentation du *numerus clausus* vont être croissantes.

Il est donc urgent que les pouvoirs publics prennent conscience du rôle de l'Odontologie dans l'hôpital, soutiennent ses initiatives et ses efforts de réorganisation, l'impliquent dans les S.R.O.S. de troisième génération et ne la considèrent pas comme une discipline annexe.

3 - L'ODONTOLOGIE HOSPITALIERE

La Conférence Nationale Hospitalo-Universitaire Odontologique (Doyens, Chefs de Service, Présidents des Collèges d'enseignement), le Syndicat National des Odontologues des Hôpitaux et la Profession dans son ensemble soutiennent ce dossier qu'ils considèrent comme vital pour la discipline et urgent pour la santé publique.

3.1. - Organisation en pôles d'activité

La législation préconise une organisation en centres de responsabilité allant du découpage traditionnel en services à des regroupements en pôles d'activité selon deux modèles :

- Soit dans l'esprit de fédération de services selon une logique d'organe conformément aux directives de l'art. L.714-25 de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 fédérés en pôle.
- Soit dans l'esprit du rapport de la mission Debrosse, Perrin, Vallancien, « *Projet Hôpital 2007 : Modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* » ; c'est-à-dire en centres de responsabilité avec suppression des services ou des départements en tant qu'entité juridique et territoriale.

3.1.1 - Constat

Les 16 Centres de Soins d'Enseignement et de Recherches Dentaires. (C.S.E.R.D.) peuvent être individualisés en pôles d'Odontologie. **Pour tous les autres services hospitaliers l'application des textes signifierait leur disparition et leur mise sous tutelle** dans des pôles médicaux. Cette situation serait :

- en contradiction totale avec le code de santé publique qui a toujours eu le souci d'identifier précisément les trois disciplines **médicales, odontologiques et pharmaceutiques** dans les missions dévolues aux établissements de santé (art. L.6111 à art. L.6112) ;

- en opposition avec l'esprit de l'article L.6146-6 qui précise que des services doivent être constitués d'unités fonctionnelles de même discipline. De plus, il serait difficile de faire cohabiter des professions qui ne sont pas régies par le même code de déontologie et placées sous des ordres nationaux différents. De même, l'arrêté du 30 avril 2003 sur la continuité et la permanence des soins qui distingue l'organisation **des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques** n'aurait plus de sens.

Le rapport de la mission Debrosse, Perrin ,Vallancien, propose que :
« L'organisation en centres de responsabilité en passant du découpage par services , à des regroupements en pôles d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin ». Or, un odontologiste doit pouvoir également assurer la responsabilité d'un pôle.

La non individualisation du pôle d'odontologie aurait pour conséquence la disparition de la représentativité de la discipline au sein des Commissions Médicales d'Etablissement (C.M.E.).

3.1.2 - Propositions

Un pôle ne devrait être constitué que par des unités fonctionnelles de même discipline et de même profession : disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. **L'odontologie doit rester identifiée et confirmée comme une discipline autonome.**

Les missions d'odontologie dont l'hôpital a la charge doivent s'effectuer dans le cadre du suivi des malades sur la base d'une politique de santé nationale, régulée par région à partir des besoins des différents territoires de santé.

La région sanitaire est un niveau pertinent de l'organisation odontologique. **Seule la mise en place des S.R.O.S. intégrant l'odontologie permettra cette réflexion et :**

- **L'émergence de pôles d'odontologie régionaux constitués par des unités fonctionnelles dans le cadre d'un maillage régional.**

Les hôpitaux de proximité (possédant des unités fonctionnelles d'odontologie) pourront s'agencer en pôle dans le cadre de l'organisation du territoire de santé.

Les Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires et non Universitaires prendront l'initiative de Fédération Odontologique inter-hospitalière dans l'esprit de l'article L.6135-1 : *« En vue du rapprochement de l'activité médicale (odontologique), deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, décider de regrouper certains de leurs services , département , et.....en fédération médicale (odontologique) inter-hospitalière ».*

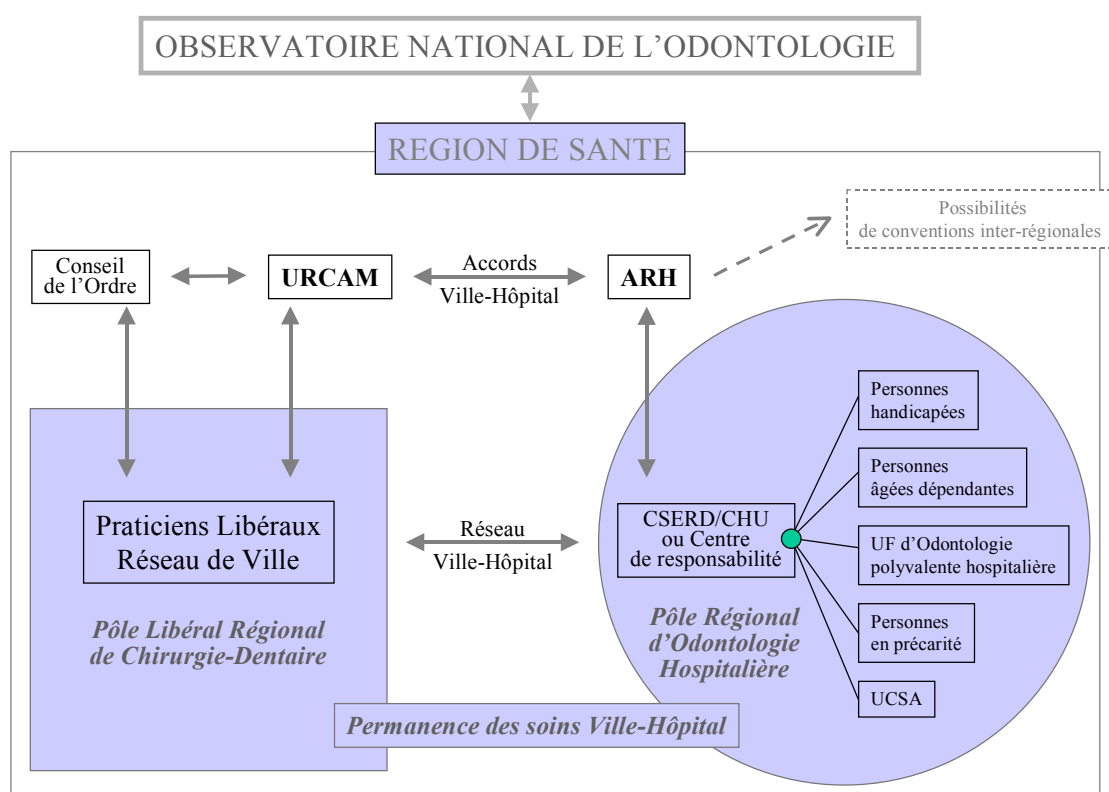
Les petites unités fonctionnelles d'odontologie au sein d'un territoire de santé sont souvent fragiles et ont de plus en plus de difficulté à survivre. Elles doivent s'accorder avec des établissements plus attractifs et fédératifs, placés sous la responsabilité d'un praticien hospitalier odontologiste coordonnateur. Il est aujourd'hui indispensable de coordonner ces différentes unités, au sein de pôles régionaux afin d'être garant de l'efficacité des équipes médicales, dans l'esprit du Décret n° 2000-680 du 19 juillet 2000 : art. 1^{er} 2° *« Ils peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements pour favoriser les actions de coopération mentionnées à l'article L.713-12 du code de la santé publique ».* Dans ce cas, une convention passée entre les établissements après avis des Commissions Médicales d'Etablissement intéressées détermine les modalités de répartition de l'activité et les charges supportées par chacun des établissements. Un arrêté du ministre de la santé précise les conditions d'application de ces dispositions. L'émergence de plusieurs pôles d'odontologie sur une même région est envisageable.

- **Un fléchage budgétaire régional à ventiler dans les différents pôles d'odontologie.**

C'est la seule alternative au financement pluriannuel nécessaire, indispensable, pour que les services puissent faire face à l'état des lieux alarmant de certains centres de soins hospitalo-universitaires et de quelques services hospitaliers .

▪ **Le développement de projets inter-régionaux entre pôles d'odontologie.**

- Convention avec une U.F.R. pour l'accueil des internes et agrément des pôles d'odontologie hors C.S.E.R.D..
- Partenariats avec les U.F.R. d'odontologie et les pôles d'odontologie des C.S.E.R.D. pour l'accueil d'étudiants hospitaliers d'odontologie en stage (T1).



3.2 - Missions régionales

En regard de l'article L. 711-2 de la loi hospitalière (modifié par la loi n° 97-60 du 24 juillet 1997), les établissements publics de santé ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement des soins en médecine, chirurgie, obstétrique, **odontologie** ou psychiatrie.

3.2.1 - Constat

Actuellement, près d'un million de passages élémentaires sont enregistrés annuellement dans les services d'odontologie existants . Face à une demande aussi forte que spécifique, le secteur libéral pour des raisons techniques et démographiques se repose de plus en plus sur l'hôpital.

Malheureusement parmi les nombreux Centres Hospitaliers Généraux qui maillent le territoire, rares sont ceux qui sont réellement organisés et équipés pour une activité odontologique.

3.2.2 - Propositions

Cette situation est particulièrement inquiétante et pose un vrai problème de santé publique.

Il est donc urgent :

☞ **D'impliquer l'odontologie dans les S.R.O.S. (Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire)**

☞ **De recenser et d'utiliser les plateaux techniques laissés vacants dans les hôpitaux par la stomatologie pour initier une véritable odontologie hospitalière.**

☞ **D'être attentif à la réforme et au développement de l'internat** pour irriguer les établissements de santé de praticiens au fait des pratiques spécifiques. **La vocation de l'internat est d'être le vivier naturel de l'odontologie hospitalière.**

☞ **D'augmenter à court ou moyen terme le nombre d'emploi de Praticiens Hospitaliers.** Leurs profils de carrière doit être aligné sur ceux de leurs collègues médecins et pharmaciens et une passerelle aménagée pour offrir aux praticiens libéraux la possibilité de rejoindre le secteur publique.

☞ **De créer une spécialité de chirurgie buccale** susceptible de combler la mutation en cours de la stomatologie.

Remarque :

L'expérience développée par le Centre Hospitalier le Vinatier depuis 1997 dans la prise en charge de plus de 3 500 personnes gravement handicapées, permet de proposer une organisation selon un modèle en réseau. Cette organisation existe déjà dans d'autres pays de la Communauté Européenne (cf. document en annexe).

Les procédures spécifiques qui s'appliquent aux personnes handicapées ou dépendantes s'adaptent à d'autres groupes de sujets à risque.

Dépistage et organisation d'un suivi par prévention, définis selon des objectifs de santé publique, contribueraient à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient.

Au réseau de soins « SANTE BUCCO-DENTAIRE & HANDICAP » déjà proposé, pourrait se superposer ou se substituer un réseau « SANTE ORALE COMMUNAUTAIRE » destiné à l'ensemble des personnes à risque.

3.3 – Conclusion

Un certain nombre de mesures sont indispensables

- **INTEGRATION de l'Odontologie dans les S.R.O.S. de troisième génération à égalité avec les autres disciplines.**
- **MISE EN ŒUVRE d'un plan pluriannuel de dotation de P.H. temps plein, avec dans un premier temps la création de quinze emplois répartis sur trois années au bénéfice des services d'Odontologie Hospitalière en cours de structuration.**
- **INTENSIFICATION ET INCITATION A LA COLLABORATION entre services hospitalo-universitaires et services d'odontologie hospitalière par le biais de la mise à la disposition d'internes et d'étudiants en fin de formation (T1).**
- **STRUCTURATION à terme d'un authentique réseau ville-hôpital, fondé sur la qualité et la complémentarité entre exercice libéral et exercice hospitalier.**
- **EVOLUTION DE L'INTERNAT vers un internat qualifiant seul susceptible de former les futurs cadres hospitaliers.**

Ces propositions recueillent un large consensus de la discipline :

– HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

par des possibilités de terrains de formation complémentaire pour les étudiants T1 et les internes.

– PROFESSION

qui ne peut que se réjouir de voir l'institutionnalisation d'un véritable réseau ville-hôpital permettant une prise en charge plus rationnelle de l'urgence, des pathologies complexes et du traitement des populations socialement défavorisées. Elle trouvera par ailleurs de multiples possibilités de collaborer plus efficacement avec l'hôpital et d'y actualiser, si nécessaire, sa formation clinique initiale.

– ODONTOLOGISTES HOSPITALIERS

qui verront ainsi reconnus les efforts d'intégration de leur discipline en milieu hospitalier.

4 - L'INTERNAT

Le premier concours d'Internat en Odontologie a eu lieu en 1995. Il s'agit d'un internat à filière unique et généraliste de 6 semestres de formation aboutissant à une Attestation d'Etudes Approfondies (A.E.A.).

Le recrutement se fait par concours national annuel et le choix des postes est effectué en fonction du rang de classement.

Le *numerus clausus* de 2003, compte tenu de l'agrément de quatre services formateurs hors C.H.U., est de 38.

La position statutaire des internes en Odontologie est équivalente à celle des internes de Médecine et de Pharmacie.

L'objectif est de garantir une formation clinique de haut niveau aux futurs cadres Hospitaliers ou Hospitalo-Universitaires.

Quel bilan peut-on tirer de ces huit premières années d'expérience ?

4.1 - Bilan

4.1.1 - Points Positifs

- **le concours très sélectif** attire de plus en plus de candidats et l'attrait de l'internat grandit chaque année dans l'esprit des étudiants ;
- **la formation clinique** se révèle performante et le niveau des internes sortants est satisfaisant même s'il existe des différences notoires de niveau inhérentes aux possibilités des services formateurs. Les internes démontrent une grande maturité et un souci de perfectionnisme lors des concours d'Assistants Hospitalo-Universitaires ;

- **la mobilité**, point faible de l'Odontologie, a bien fonctionné et semble se développer au-delà de l'internat. Les chiffres sur les 5 premières années sont révélateurs et la tendance se confirme puisque près de 65 % des internes ont accepté le changement de Centre Hospitalier Universitaire en 2002.

Concours	Nombre d'admis	Restés dans le CHU d'origine	Changement de CHU	Mobilité %
1995	28	19	9	32,14
1996	31	11	20	64,52
1997	30	15	15	50,00
1998	33	7	26	78,78
1999	31	8	23	74,19
2000	31	14	17	54,84
Total	184	74	110	59,78

- **L'internat est la source d'une réelle motivation aux recherches** cliniques et fondamentales. Il est significatif de constater que la quasi-totalité des années recherche offertes sont acceptées. De même, les internes comme leurs collègues médecins et pharmaciens sont de plus en plus auteurs ou co-auteurs d'articles de spécialité.
- **En toute logique les débouchés offerts aux internes sur le plan Hospitalo-Universitaires sont importants.** La Conférence des Chefs de Service d'Odontologie vient de créer une commission destinée à coordonner sur le plan national les propositions et les demandes.
- **L'internat a permis une ouverture plus grande vers l'hôpital** avec l'acquisition d'un esprit hospitalier propre et une capacité à prendre en charge les traitements odontologiques complexes et les malades présentant des pathologies lourdes ou des handicaps.

4.1.2. - Points Négatifs

Contrairement aux internats de médecine ou de pharmacie, l'internat en odontologie ne confère aucune qualification, cet état de fait est regretté par les internes. L'internat actuel généraliste et non qualifiant ne correspond plus aux exigences de l'Odontologie d'aujourd'hui pour les raisons suivantes :

- **Le système de passerelle autorisant les internes à présenter le CECSMO** en bénéficiant d'une dispense de scolarité d'une année est une dérive qui aboutit à la préparation de l'internat par des candidats n'ayant aucune vocation universitaire mais uniquement d'exercice libéral.

Il est par ailleurs anormal et illogique pour les postulants à une carrière hospitalière et universitaire de valider leur spécialité par un diplôme qui ne se situe pas complètement dans le cadre de l'Internat avec un allongement très conséquent de leur cursus.

- **La spécialité de chirurgie buccale** existe dans la plupart des pays européens. En l'absence d'une reconnaissance en France, l'immigration de praticiens européens faisant état de cette qualification s'accélérera au fur et à mesure de la régression numérique de la stomatologie tant libérale qu'hospitalière. Les statistiques 2001 de la C.N.A.M. font état de 301 stomatologistes ayant pris leur retraite entre 1993 et 2000 sans successeur. Il y a par ailleurs une disparité illogique et anormale avec l'Orthopédie Dento-Faciale qui est reconnue depuis 1980 par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes avec le même cursus (CECSMO/DESCB) en durée, en volume horaire et avec une passerelle pour l'internat.

L'émergence de cette spécialité, ayant une compétence adaptée et reconnue, identifiée par la population et les organismes sociaux **peut être rapidement une réalité**. Sa formation et sa mise en place structurelle seraient d'un coût minime.

- **Le cursus de trois années** de l'internat en odontologie par rapport aux quatre ans des disciplines médicales et pharmaceutiques ne donne pas une réelle égalité et est souvent insuffisant pour autoriser des stages profitables hors établissement.

De plus le fonctionnement régional des A.E.A. ne correspond pas à celui des D.E.S. des spécialités médicales.

- **A ces lacunes, il faut ajouter** l'hostilité de certains étudiants et praticiens libéraux qui voient dans l'internat une institution élitiste susceptible de porter ombrage à leur exercice. Cette attitude est généralement due à l'ignorance des objectifs de l'internat et non fondée compte tenu du nombre d'internes et de leurs vocations universitaires et hospitalières.

Une forte augmentation du *numerus clausus* empêcherait les C.S.E.R.D d'assurer à moyens constants une formation de niveau européen aux chirurgiens-dentistes français. Les enseignants ne se résoudront pas à la régression d'une qualité dont ils ont la responsabilité. Il sera donc nécessaire de trouver de nouveaux terrains de stage notamment dans les services d'odontologie périphériques.

Il est essentiel **que les futurs praticiens Hospitaliers de ces services ou Unités Fonctionnelles soient issus de l'Internat ou mieux d'un Internat qualifiant.**

Ces nouveaux services formateurs, en assurant une unité d'enseignement, auraient pour avantages de :

- diminuer les charges des C.S.E.R.D.,
- mieux répartir l'offre de soins,
- prendre en charge des groupes homogènes de malades etc.....

4.2. – EVOLUTION

La Conférence Nationale Hospitalo-Universitaire, la Conférence des Doyens des Facultés de Chirurgie Dentaire, la Conférence des Chefs de Service d'Odontologie, des C.H.U., la Commission Pédagogique Nationale des Etudes Odontologiques, le Conseil Scientifique du Concours d'Internat en Odontologie et l'Union Nationale des Internes en Odontologie ont fait des propositions concrètes **pour aboutir à un internat qualifiant** susceptible de répondre aux exigences et aux besoins de l'Odontologie Hospitalière et Hospitalo-Universitaire.

Les grandes lignes en sont les suivantes :

Un internat en odontologie avec trois filières de spécialité aboutissant chacune à un Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) cf. schéma page 21.

- **ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

- La spécialité existe par le biais du C.E.C.S.M.O. (4 ans à temps partiel), seuls les étudiants non internes et les praticiens libéraux pourraient alors l'entreprendre.
- Le *numerus clausus* réduirait le nombre d'internes attirés par l'Orthodontie.
- La formation à temps plein des internes mention O.D.F. serait spécifique ; plus médicalisée, chirurgicale et orientée essentiellement vers un exercice hospitalier et hospitalo-universitaire.

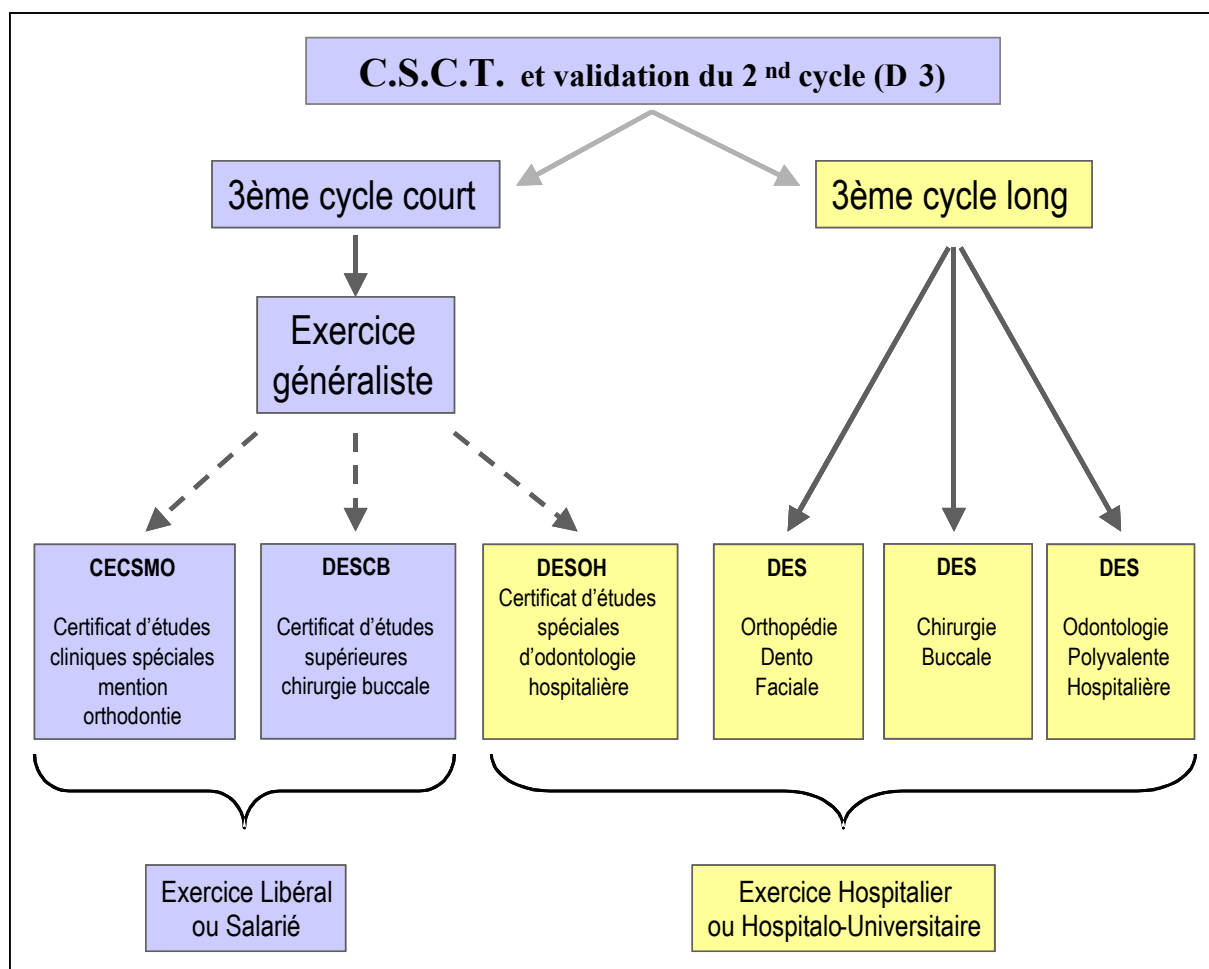
- **CHIRURGIE BUCCALE**

- C'est une réalité européenne incontournable,
- Elle correspond à un vrai besoin de santé publique (en rapport avec les missions de l'odontologie hospitalière),
- Instauration d'un internat, structuré, spécifique et ouvert sur l'hôpital,
- Réorganisation du D.E.S.C.B. pour que les praticiens non internes puissent prétendre à un diplôme les qualifiant afin d'exercer cette discipline dans le secteur libéral.

- **ODONTOLOGIE HOSPITALIERE**

- Regroupement de plusieurs disciplines de l'odontologie dans le but d'éviter la dérive de la multiplication des spécialités.
- Réponse aux besoins de santé publique dans le cadre de l'hôpital, par la prise en charge des malades porteurs de pathologies lourdes ou complexes, des personnes âgées ou handicapées.
- Dans ce cadre, il est proposé la création d'un nouveau diplôme (type C.E.C.S.M.O., D.E.S.C.B.) : le Diplôme d'Etudes Spéciales en Odontologie Hospitalière (D.E.S.O.H.) ouvert aux praticiens libéraux. Pour l'obtenir, des mesures transitoires pourraient être envisagées sur dossier pour les anciens assistants hospitalo-universitaires ou par validation des acquis d'expérience.
- Pour les praticiens du secteur privé à tout moment de leur carrière, existerait, grâce au D.E.S.O.H., l'opportunité de rejoindre le secteur public hospitalier.

Ces trois options d'internat parfaitement concordantes répondent à une organisation en adéquation avec celles de la majorité des pays européens. **Le *numerus clausus* de chacune de ces filières doit être réévalué très régulièrement en fonction des impératifs de santé publique**, le choix des filières se faisant à l'issue d'un concours commun en fonction du rang de classement.



4.3 - Conclusion

Il est indiscutable que la formation sur le terrain des internes a permis une valorisation de ce titre et l'acquisition d'une compétence particulière. Il est par ailleurs significatif de constater que la totalité des années recherches offertes a été acceptée et que les internes sont de plus en plus auteurs ou co-auteurs de publications. La formation intellectuelle et clinique est donc présente et les candidats particulièrement bien préparés aux concours Hospitalo-Universitaires.

Cependant à l'heure où la conjoncture nationale et européenne nécessite la mise en place de politiques en rapport avec les besoins actuels, il est indispensable que l'odontologie se dote de cycles en adéquation avec les autres disciplines médicales.

Il est donc souhaitable que l'internat évolue vers un « internat qualifiant » dont l'objectif ne peut être qu'un intérêt de Santé Publique.

5 – L'OBSERVATOIRE PERMANENT DE L'ODONTOLOGIE

5.1 - Intérêt

Le « Livre Blanc » du Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics et le groupe de travail qui en a été le prolongement institutionnel ont mis en évidence le besoin d'un espace de concertation et de dialogue propre à l'Odontologie.

En d'autres temps, il existait au sein du Ministère de la Santé une « Commission Permanente de l'Odontologie » qui servait de conseiller collégial auprès des directions techniques. L'un des mérites de ce groupe de travail aura été subsidiairement d'attester l'utilité d'une structure de ressources et de conseils pour les pouvoirs publics.

La création d'une telle structure est justifiée pour les raisons suivantes :

- **Le dossier de l'Odontologie sur le terrain hospitalier** requiert des solutions qui lui sont propres. Elles ne sont pas nécessairement déductibles des schémas spécifiques de la médecine. Cette commission serait donc conçue comme un **outil d'expertise et d'aide à la décision**.
- **Le monde dentaire connaît un clivage** qui lui est bien particulier entre les praticiens libéraux (environ 40 000) et les Hospitalo-Universitaires (moins de 1 000). Ce clivage peut créer des antagonismes car :
 - Les intérêts sont parfois divergents sur des sujets tels que :
 - le *numerus clausus*,
 - l'internat qualifiant,
 - la formation continue etc...
 - Les structures institutionnelles sont multiples, variées, souvent étanches.
 - Certaines problématiques se cristallisent autour des conflits de personnes.

5.2 - Proposition

Il est donc proposé la création d'un :

« OBSERVATOIRE PERMANENT DE L'ODONTOLOGIE »

Composé de dix à quinze membres représentatifs des forces vives de la profession, il aurait , dans la complémentarité et l'indépendance, un rôle évaluatif et prospectif des objectifs de la discipline et des besoins de santé publique la concernant.

THEME V

Freins au développement de la prévention et à l'accès aux soins

"« En cinquième lieu, vous examinerez les freins au développement de la prévention bucco-dentaire tout au long de la vie ainsi qu'à un égal accès de tous aux soins. Vous en tirerez les propositions susceptibles d'améliorer son efficacité. »

On peut synthétiser notre réponse à ce cinquième point de la lettre de mission par ces deux paragraphes. Les pages suivantes nous permettront de les développer. :

proposer un égal accès à la prévention

Les chirurgiens dentistes avec leurs structures professionnelles se sont depuis longtemps investis dans la prévention.

L'assurance maladie obligatoire a mis en œuvre une campagne de prévention ciblée sur les adolescents. Les initiatives diverses sont mal coordonnées. Il a manqué une vision et une organisation globale de cette prévention.

Il est souhaité la mise en œuvre d'une politique globale de prévention avec des objectifs précis et une coordination des initiatives des assureurs privés et obligatoires et des professionnels.

Pour cela, on pourra utiliser les moyens proposés, par la future loi sur la politique de santé publique. Il est urgent de décliner un volet dentaire dans cette loi et de créer les structures représentatives des chirurgiens dentistes adéquates.

Une évaluation de cette politique de prévention doit être préparée avec tous les acteurs et organisée préalablement à sa mise en œuvre.

Les lieux de réalisation des actions de prévention (PMI, école, cabinet dentaire, entreprise, etc), les moyens en hommes (chirurgiens dentistes, infirmières, services sociaux, médecins scolaires, enseignants) et les différents vecteurs de communication sont tous complémentaires et doivent être aussi divers que les cibles.

La responsabilité de cette prévention doit rester partagée entre tous les professionnels et les financeurs sous la tutelle de l'état.

La responsabilité financière de cette prévention doit rester partagée par les trois intervenants majeurs et complémentaires déjà clairement identifiés : assurance maladie obligatoire, assurance complémentaire, collectivités locales.

Dans la totalité des dispositifs les chirurgiens dentistes doivent conserver le rôle central de véritables référents techniques. Ils pourront ou ils devront en déléguer certains actes mineurs à des assistantes qualifiées formées notamment à la prévention.

Solutions pour améliorer l'accès aux soins :

L'accès aux soins passe par une juste valorisation des soins conservateurs, donc leur revalorisation conséquente et nécessite une modération des prix des actes prothétiques.

L'accès aux soins des plus défavorisés passe par une refonte ou un remplacement du dispositif CMU-C qui n'a pas répondu totalement à sa mission. L'effet de seuil est mal vécu par la population à la marge du dispositif, l'encadrement trop contraignant d'un panier de soins mal valorisés a conduit à des refus de soins, la moitié des assureurs complémentaires conventionnés a quitté le dispositif.

L'accès aux soins passe par la solvabilisation des patients donc par une aide à l'acquisition d'une complémentaire. L'Allocation Personnalisée Santé répond aux exigences de refonte de la CMU et au principe de solvabilisation des patients.

Ces trois points sont des préalables à toute réforme de l'assurance maladie et sont traités dans le chapitre 6 de ce rapport.

Des solutions ponctuelles à des points précis permettront de favoriser l'accès aux soins :

La prévention bucco-dentaire généralisée favorisera la fréquentation des cabinets dentaires et les freins psychologiques seront moindres.

L'organisation des astreintes et l'intégration des odontologistes à la permanence des soins, qui est en cours de réflexion, devront aboutir rapidement.

L'ouverture de l'hôpital aux odontologistes, outre l'apport de personnes compétentes dans les services de garde, permettrait une prise en charge de proximité et une prise en charge optimisée des enfants pour des soins sous anesthésie générale, les handicapés moteurs et cérébraux, des personnes âgées dépendantes ou en établissements.

La création de réseaux ville-hôpital permettrait d'intégrer l'odontologie au monde médical. (voir chapitre 4 de ce rapport)

Organiser la formation ou même simplement la sensibilisation des médecins généralistes à l'odontologie permettrait une prise en charge plus efficace de certaines pathologies.

Une modification réglementaire pourrait permettre la prise en charge des frais suite à la prescription de transports par les odontologistes pour des motifs exclusivement médicaux.

Création d'une spécialité « chirurgie buccale » : Les professionnels exerçant la chirurgie buccale suppléent techniquement et en nombre la disparition progressive des stomatologistes. La réglementation n'a pas été modifiée et les actes cotés en KCC ne peuvent être cotés par équivalence en DCC par les odontologistes. L'inscription à la NGAP de cette lettre clé résoudrait ce point.

PLAN

5.1 Freins au développement de la prévention

5.2 Différentes expérimentations de prévention

- 5.2.1 Les expériences des pays scandinaves
- 5.2.2 Exemples français de l'organisation d'une prévention globale
- 5.2.3 Autres dispositifs de prévention
- 5.2.4 Les mesures de santé publique du rapport GTNDO

5.3 Propositions pour une politique de prévention en santé bucco-dentaire

- 5.3.1 plan médias
- 5.3.2 programmes à l'attention de l'individu
- 5.3.3 Les réseaux ville-hôpital
- 5.3.4 Les actes faisant partie de la prévention bucco-dentaire
- 5.3.5 Propositions d'actions selon les publics
- 5.3.6 Propositions d'objectifs de santé publique selon les publics
- 5.3.7 Les intervenants en prévention
- 5.3.8 Les formations pour les intervenants en prévention
- 5.3.9 Les relais de communication privilégiés en prévention
- 5.3.10 Les financeurs de la prévention

5.4.1 La prévention bucco-dentaire et le projet de loi sur la politique de santé publique

- 5.4.2 Descriptif et objectifs du projet de loi de santé publique bucco-dentaire
- 5.4.3 Intégration de l'odontologie au projet de loi
- 5.4.4 Organigramme intégrant l'odontologie

5.5 Les freins de l'accès aux soins

- 5.5.1 Enumération des difficultés rencontrées par les assurés
- 5.5.2 Quelques solutions simples peuvent être proposées
- 5.5.3 Les problèmes posés par la CMU-complémentaire

THEME V

Freins au développement de la prévention et à l'accès aux soins

5.1 Freins au développement de la prévention

Deux études récentes permettent d'approcher par des modalités différentes les raisons de non réalisation des soins. Le premier document a été réalisé après convocations dans le cadre des bilans de santé, l'autre sur la base d'une enquête téléphonique.

- Etude sociologique sur la santé bucco-dentaire, approche des motifs de non réalisation des soins , Docteur Marie Cécile REGNAULT-BLONDIAUX 2001 Centre de prévention et d'examen de santé de la Somme,
- Enquête de l'institut Démoscopie sur les adolescents, Patrice MEUNIER, directeur d'études, 2001,

Nous reprenons ci-après quelques points et résultats significatifs de ces études :

- dans la classe d'âge des 2-19 ans, 21 % des enfants n'ont jamais vu de dentiste.
- les visites de prévention appelées BBD (Bilan Bucco-Dentaire) sont principalement faites par des enfants issus de classes sociales aisées
- la notoriété du BDD est inférieure à 65% dans la classe d'âge des moins de 15 ans

Les motivations des renoncements aux soins sont décrites selon plusieurs critères :

- renoncements liés à la gravité : « on ne soigne pas les dents de lait » (36 % pour les assurés de la classe sociale la moins favorisée)
- renoncements liés à l'offre : « le cabinet du dentiste est trop loin, il n'y a pas de rendez-vous avant longtemps » (17 %)
- renoncements financiers : « je n'ai pas de mutuelle, les remboursements sont trop longs... »
- renoncements d'ordre affectif : « l'enfant rechigne, J'ai eu une mauvaise expérience avec un dentiste ... »
- problèmes liés au manque de connaissance technique : les parents sous-estiment la douleur
- etc

Les obstacles à la réalisation des soins se cumulent :

- le temps
- l'aspect financier est objecté en termes d'avance de frais, mais parallèlement il existe une méconnaissance du coût réel des actes.
- la peur : crainte physique, douleur, les expériences négatives, l'appréhension
- les refus de certaines prothèses
- l'échec obligatoire de la communication entre le patient et son thérapeute lors d'un premier contact pendant lequel le praticien est contraint de réaliser l'acte traumatisant tel que l'avulsion.

Pour le docteur Marie Cécile REGNAULT-BLONDIAUX, dans la problématique du non-recours aux soins dentaires, deux axes se dégagent :

- une absence de sensation signifiante pour le patient
- le domaine dentaire reste associé à l'appréhension, à la peur.

Les patients n'ont, pour une partie, pas réussi à comprendre les inconvénients et les conséquences d'une absence de consultation pour des traitements et les bénéfices réels qui auraient pu résulter d'une prise en charge des pathologies existantes.

La méconnaissance de la prévention conventionnelle chez les adolescents (moins de 20 % de participants au BBD (Bilan Bucco-Dentaire) dans la tranche d'âge 13-18 ans) est aussi à rapprocher des problèmes et difficultés relationnelles connus de la population-cible. Pourrait-on attendre mieux en improvisant ces dispositifs à un moment si particulier et si difficile de la vie, alors que la prévention bucco-dentaire n'est pas la priorité des adolescents et sans que la culture de prévention ne soit préalablement acquise ?

Les freins ainsi décrits pour l'accès à la prévention des adolescents sont exactement les mêmes pour l'accès aux soins des adultes

Le message de la prévention n'est pas passé. L'image « à la Daumier » de l'arracheur de dents reste à abattre. La solution pour parvenir à vaincre ces obstacles passe par une politique de prévention qui, prendrait en compte les obstacles psychologiques, techniques et financiers.

5.2 Différentes expérimentations de prévention

5.2.1 Les expériences des pays scandinaves

L'expérience des pays scandinaves, précurseurs en matière de prévention bucco-dentaire, nous montre que la réussite tient à la rigueur de la politique de prévention mise en place :

- la prévention doit commencer dès le début de la vie de l'enfant
- le caractère obligatoire des examens périodiques
- mesures coercitives en cas de manquement
- personnels dédiés à cette prévention « hygiénistes »
- structures médicalisées spécialisées

Nos voisins européens du nord, qui ont mis en place des politiques de prévention volontaristes, ont prouvé qu'il était possible d'éradiquer presque totalement la maladie carieuse et de diminuer ainsi le coût du dentaire. Ils nous enseignent aussi que les résultats positifs en termes d'indice de baisse de la prévalence de la maladie carieuse, ne peuvent être acquis que sur le long terme. L'efficacité de ces campagnes est en moyenne, selon les différentes expérimentations, acquise après 20 ans de persévérance

Ces différentes expérimentations ont prouvé que la prévention bucco-dentaire est rentable sur le long terme et que l'on peut escompter des retours sur investissements.

Cette politique de prévention ne peut pas être transposée dans notre pays car les obstacles structurels, techniques, sont tels que cela est impossible. Cette rigueur et cette organisation ne sont pas reproductibles, mais le principe d'une politique globale sur toutes les tranches d'âge doit être conservé.

5.2.2 Exemples français de l'organisation d'une prévention globale

Certains départements ont mis en place une politique de prévention (Val de Marne, Seine Saint-Denis, Gard) dont nous allons reprendre les étapes, les objectifs et les moyens. Ces exemples ne sont pas exclusifs d'autres expérimentations, certains éléments de ces expérimentations seront repris dans les propositions de ce rapport.

Le Conseil Général du Val de Marne a créé une structure qui a en charge la prévention dans le département et qui a mis en place deux dispositifs complémentaires :

1/ Programme départemental de prévention dans les crèches, PMI (protection maternelle et infantile), ASE (aide sociale à l'enfance)

Ce programme a pour but de réduire la prévalence de la carie pour les 0-6 ans, en fournissant des moyens de formation des personnes et des dotations en matériel, avec les objectifs suivants :

- intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux actions sanitaires et sociales des structures
- créer chez les personnels et les parents, des compétences de prévention bucco-dentaire

2/ Programme départemental dans les établissements scolaires

a /Programme de prévention primaire

Ce programme a pour but de réduire la prévalence de la carie pour les 6-12 ans.

b/ Programme de prévention secondaire

Ce programme a pour but de réduire la prévalence de la carie pour les 12-18 ans

Ces programmes spécifiques s'articulent et agissent en complémentarité avec les dispositifs conventionnels BBD (Bilan Bucco-Dentaire) existants.

5.2.3 D'autres dispositifs existent : (cette liste n'est pas exhaustive)

La mutuelle Mutouest-Préviade proposera à ses assurés une prévention 2-9 ans basée sur des visites annuelles de prévention, au cabinet dentaire avec un cahier des charges précis, un contenu spécifique pour chaque âge et un but simple qui est d'initier à l'éducation pour la santé en inculquant les obligations d'une politique de prévention aux enfants et aux parents, en un mot leur apprendre le chemin du cabinet dentaire.

AGF(Assurances Générale de France) propose dans le cadre de son réseau de praticiens, la prise en charge d'une visite annuelle de prévention.

La CCMSA a aussi mis en place une campagne de prévention dont l'évaluation montre que le retour sur investissement est rapide et est acquis en 3 ans.

La Caisse d'assurance des Travailleurs Indépendants a mis également en place une campagne réservée aux boulangers qui sont une population particulièrement sensible à la carie.

La Garantie Médicale et Chirurgicale avait mis en place une campagne de prévention en entreprise sur le lieu de travail.

5.2.4 les mesures de santé publique du rapport GTNDO

Le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique de février 2003 sur les 70 mesures de santé publique et la loi de programmation qui en reprend les termes, propose des objectifs et détermine des stratégies d'actions pour une prévention bucco-dentaire, qui est le seul point qui concerne notre profession. Il fixe les objectifs qui devront être atteints. La mise à disposition des moyens nécessaires et leur financement n'ont pas été précisés. Les objectifs fixés devraient être revus et actualisés.

5.3 Propositions pour une politique de prévention en santé bucco-dentaire

Ces différentes expérimentations montrent la diversité et la complexité des étapes, des moyens et des cibles des campagnes de prévention. On arrête volontiers, mais à tort, la prévention au jeune adulte (0-19 ans). Cette prévention doit durer bien au delà du simple apprentissage primaire, elle comporte une phase active postérieure.

5.3.2 plan médias

- Campagnes nationales d'information « grand public » reposant sur les médias
- Promotions des sites internet proposant des programmes d'aide à la prévention (voir le site Educodent)

5.3.3 programmes à l'attention de l'individu

- Etablissement du caractère obligatoire de l'hygiène bucco-dentaire en milieu scolaire (brossage systématique après les repas à la cantine),
- Etablissement de contrôles systématiques par un chirurgien dentiste, à chaque catégorie d'âge avec incidence sur la prise en charge,
- Contrôles et suivi systématiques des populations en situation de fragilité médicale et/ou sociale....
- Généralisation du système des « Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé » (P.A.S.S) odontologiques avec renforcement de l'action de prévention en collaboration avec les réseaux associatifs pour les populations en situation de fragilité médicale et/ou sociale...

5.3.4 les réseaux ville-hopital

5.3.5 les actes faisant partie de la prévention bucco-dentaire

Il convient de ne pas dissocier les différents modes d'une politique de prévention : les actes primaires, le dépistage et les campagnes d'information, ces trois points pouvant être concomitamment mis en œuvre.

Les soins conservateurs précoces sont des éléments essentiels de la prévention (la Société Odontologique de Paris a mis depuis toujours ce point en évidence) et doivent faire l'objet d'une revalorisation pour être attractifs et proposés par les professionnels. Les scellements de sillons participent sans équivoque aux actes précoces de prévention.

L'examen annuel ou bisannuel de chaque patient participe à ce concept de prévention. L'établissement d'un plan de traitement et son suivi sur deux ou trois ans font partie de cette prévention.

Les détartrages réguliers et la surveillance de la plaque dentaire font partie de cette prévention.

La maintenance consécutive à la réalisation de prothèses, de chirurgie maxillo-faciale, de traitements implantaires, d'interventions parodontales participe d'une réflexion de prévention.

Il ne faut pas oublier de faire la relation, dans la prévention des enfants comme dans celle des adultes, de la prévention bucco-dentaire avec les campagnes existantes : nutrition, tabac, cancer et alcool.

5.3.6 Propositions d'actions selon les publics

Monsieur YAHIEL commence son chapitre sur la population jeune en affirmant que « la réforme doit reposer sur un triptyque prévention/soins conservateurs/jeunes ». Nous reprendrons ses propositions en précisant qu'il faut organiser une cohérence dans la politique de prévention en définissant les axes prioritaires et les cibles prioritaires, mais en ouvrant cette prévention à toutes les tranches d'âge.

Actuellement la cible des adolescents a été traitée prioritairement avec un succès très relatif : moins de 20 % de participation au BDD (Bilan Bucco-Dentaire). L'une des causes principales est l'absence de culture de prévention qui fait que la campagne n'est pas perçue comme elle devrait l'être par les adolescents. Il convient donc d'amener progressivement au suivi de campagnes de prévention et à la fréquentation régulière des cabinets dentaires en commençant avec la tranche d'âge 0-6 ans.

Il faut poursuivre cet effort de prévention primaire et le relier aux campagnes de prévention existantes (13-18 ans) pour les adolescents. Il faut simultanément mettre en place les éléments de suivi de cette prévention que peuvent être les scellements, la promotion des soins conservateurs précoces, la maintenance, l'examen annuel ou bisannuel et le suivi des soins ...

L'entreprise doit être, de par sa culture de la prévention en particulier en accident du travail, un des lieux incontournables de la prévention bucco-dentaire. Les expérimentations passées en ce domaine en ont démontré l'efficacité : le taux de succès auprès des salariés des entreprises qui en ont bénéficié et le degré de satisfaction des dirigeants des entreprises sont élevés. La GMC (Garantie Médicale et Chirurgicale, groupe Henner) a mis en place, depuis longtemps, ce type d'intervention avec succès.

5.3.7 Propositions d'objectifs de santé publique selon les publics

Avant d'aborder des objectifs ambitieux que peuvent être les propositions récentes concernant l'indice CAO (l'indice CAO mesure le nombre de dents Cariées, Absentes, Obturées) ou les indices parodontaux bien connus, la réalisation d'objectifs beaucoup plus modestes tels que d'atteindre un taux de recours aux soins de 100 % par an, doit être mis en point de mire.

Le taux de recours est un indice facile à estimer non pas d'un point de vue statistique sur un échantillon mais sur l'exhaustivité de la population : c'est le rapport du nombre d'assurés ayant bénéficié d'au moins une prestation pendant une période de référence (année) sur le nombre total d'assurés. Pour la Région Bretagne, qui est une région moyenne sans difficultés particulières d'accès aux soins dentaires, ce taux calculé sur les bases de l'assurance maladie obligatoire en 2002 est de seulement 35 %.

On doit pouvoir s'inquiéter des 65% d'assurés qui n'ont pas « consommé » de soins ni même de consultation pendant cette période.

L'impact d'une réelle politique de prévention bucco-dentaire sur l'activité des cabinets dentaires sera important et multipliera le nombre de patients par jour ouvré et par praticien .

5.3.8 les intervenants en prévention

Si les chirurgiens dentistes sont les référents techniques et les principaux acteurs de la prévention, ils ne sont pas, et de loin, les seuls intervenants possibles.

Ils doivent être relayés par d'autres professionnels en fonction de la population concernée : les personnels des crèches et des structures médico-sociale de PMI (Protection Maternelle et Infantile) , les pédiatres, les médecins de famille, les travailleurs sociaux, les enseignants du primaire en particulier, les nutritionnistes, les infirmières et médecins scolaires, les professeurs de Sciences, les médecins du travail, les acteurs des milieux associatifs, le personnel des maisons de retraite et des centres de soins spécialisés, etc, sont des intervenants très proches de la population ciblée.

La prévention doit s'adresser aussi aux patients résidant dans les structures hospitalières privées ou publiques, aux personnes âgées, aux handicapés, aux personnes à risque, au milieu carcéral.

Les évolutions prévisibles du métier d'assistante dentaire qualifiée, et le concept de délégations de tâche font qu'une partie de la prévention pourra, en particulier, dans les cabinets dentaires comme dans les centres de soins, être déléguée à des assistantes qualifiées « spécialisées prévention ».

Les chirurgiens dentistes ont un rôle incontournable d'encadrement et de formation pour tous ces intervenants.

Les praticiens conseils des caisses d'assurance maladie obligatoire, libérés des obligations des ententes préalables, pourront s'investir dans la prévention.

Les praticiens des centres de santé mutualistes qui sont déjà très investis dans la prévention devront poursuivre leur action et, pour cela, ne pas être exclus des structures professionnelles qui sont à créer.

Les praticiens des centres d'examens de santé, dépendants des caisses primaires, pourront voir leur activité réorientée vers le dépistage, en particulier, pour les classes d'âge scolaire ou des groupes de patients ciblés.

5.3.9 Les formations pour les intervenants en prévention

L'absence d'un corps de chirurgien dentiste de santé publique et d'une structure nationale de santé publique dentaire posent le problème de la formation et de l'accompagnement d'une politique de santé publique.

Les associations qui existent ne peuvent pallier à ces carences. L'inégalité du maillage de leurs organisations délocalisées nécessite une construction de la prévention autour d'un schéma plus global.

Dans l'optique de placer les chirurgiens dentistes au cœur du dispositif de prévention, il faut organiser :

- La gestion et l'évaluation de la formation de l'ensemble des acteurs relais par un comité hospitalo-universitaire,
- Des formations spécifiques des relais ci-dessous énoncés en fonction des catégories d'âge,
- La Création d'un corps professionnel de type assistante qualifiée « spécialisée prévention » par la voie d'une licence Santé (Licence, Master, Doctorat)
- L'intégration des praticiens conseils des assurances obligatoires et complémentaires à la mise en œuvre des actions de prévention,
- L'élaboration de recommandations dans le cadre de ces actions telles que la nutrition, le tabac, etc.
- La sensibilisation et formation des autres professionnels de santé (médecins, infirmières) à la prévention bucco-dentaire.

5.3.10 les relais de communication privilégiés en prévention

Les actions de prévention peuvent être délocalisées des cabinets dentaires vers d'autres lieux, mais doivent avoir la finalité commune de ramener les populations ciblées vers le cabinet dentaire, seul lieu de soins. Les intervenants et les relais de communication sont, eux aussi, différents selon la cible. On peut proposer, de façon non exhaustive, l'organisation suivante :

organisation	Intervenants privilégiés	Relais et moyens de communication	Localisations privilégiées des actions de prévention
0 à 6 ans	Chirurgien dentiste ++ Assistante dentaire qualifiée prévention , personnel des structures Protection Maternelle et Infantile	Les parents	Cabinet dentaire et crèche
6 à 12 ans	Enseignants Chirurgien dentiste	Les parents	Ecole
12 à 18 ans	Médecin +++ Infirmière scolaire Chirurgien dentiste	Les « <i>membres de la tribu des jeunes</i> » +++ et médias , internet et encore les parents+	Collège et lycée +++ Cabinet dentaire
Adultes	Chirurgien dentiste Médecin du travail	Médias	Cabinet dentaire
maintenance	Chirurgien dentiste ++ Assistante dentaire qualifiée prévention	Médias	Cabinet dentaire

5.3.11 les financeurs de la prévention

Les caisses d'assurance maladie ne sont pas et de loin les seuls financeurs, on vient de voir que les initiatives les plus récentes laissaient aux conseils généraux et aux mairies de certaines grandes villes la maîtrise de campagnes entières de prévention bucco-dentaires en les intégrant à d'autres thèmes plus généraux.

Les assureurs privés, les institutions de prévoyance et les mutuelles ont mis en œuvre des campagnes de prévention ciblées sur leurs assurés.

Les caisses primaires ont créé, dans certains départements, des centres de dépistage qui s'adressent souvent préférentiellement, aux populations en situation de précarité. La caisse des travailleurs indépendants souhaite un développement des actions de prévention et un redéploiement de l'activité des praticiens conseils dans ce cadre.

La convention nationale a mis en place le BBD (Bilan Bucco-Dentaire) et organisé la prise en charge des scellements de sillons, qui participe à la prévention bucco-dentaire.

On peut proposer la répartition suivante des financements en fonction de l'existant et des appétences connues des différents financeurs. On peut noter que les propositions de cette prévention globale n'impacteront négativement pas les comptes de l'assurance maladie obligatoire, puisqu'ils dépendent du FNPEIS.

Financements	Intervenants	Financement des Relais et moyens de communication	Financement des actions de prévention
0 à 6 ans	Chirurgien dentiste ++, Assistante dentaire qualifiée prévention, personnel des structures PMI	Assurance complémentaire et /ou les services de l'état Conseil Général, mairies, Protection Maternelle et Infantile	Assurance complémentaire et /ou les services de l'état Conseil Général, mairies, Protection Maternelle et Infantile
6 à 12 ans	Enseignants Chirurgien dentiste	Education nationale mairies	Education nationale
12 à 18 ans	Médecin +++ Infirmière collège Chirurgien dentiste	Caisses d'assurance maladie	Caisses d'assurance maladie
Adultes	Chirurgien dentiste Médecin du travail	Entreprise par le moyen du contrat collectif d'assurance complémentaire obligatoire	Entreprise par le moyen des contrats collectifs d'assurance complémentaire obligatoires
Personnes âgées en établissements	Assistante qualifiée prévention hospitalière	Budget global hospitalier	Budget global hospitalier
Maintenance	Chirurgien dentiste ++ Assistante dentaire qualifiée prévention	Assurances complémentaires	Assurances complémentaires

5.4 La prévention bucco-dentaire et le projet de loi sur la politique de santé publique

5.4.1 Descriptif et objectifs du projet de la loi de santé publique

Selon le dossier de presse dont nous reprenons les thèmes principaux, la loi sur la politique de santé publique définit des objectifs :

- Définir une politique de santé publique ambitieuse
- Fixer des objectifs pluriannuels de santé,
- Affirmer la responsabilité de l'Etat en matière de politique de Santé Publique,
- Affirmer le rôle du Parlement devant lequel le Gouvernement rendra compte de ses résultats tous les 5 ans
- Développer la recherche et la formation en Santé Publique.

La santé est dans notre société une valeur essentielle et un Bien supérieur. Ce projet de loi en est la traduction.

- L'Etat est responsable aux yeux de tous
- L'Etat est garant d'un égal accès aux soins pour tous
- L'Etat est responsable d'un partenariat associant tous les acteurs de santé publique
- L'Etat est garant des résultats devant le Parlement

Cette politique de santé publique doit se situer au plus près des citoyens : la région sera niveau optimal d'intervention. Seule l'échelle régionale semble aujourd'hui pertinente pour atteindre ces objectifs. Par conséquent :

1/ Le préfet, ou le représentant de l'Etat, est chargé de concevoir la politique régionale de santé publique en déclinant les objectifs nationaux. Il a donc la responsabilité de la déclinaison régionale des plans nationaux. Les programmes, qui sont issus de cette déclinaison, sont regroupés dans un plan régional de santé publique.

2/ Pour cela, il s'appuie sur le Conseil régional de santé publique, instance de coordination et de concertation entre les décideurs et les financeurs de la région.

3/ Un outil d'intervention : le groupement régional en santé publique.

Les structures intervenant en santé publique sont multiples et chacune a son utilité. Peu cependant ont une taille critique suffisante pour être performantes. Le projet de loi propose donc un mécanisme souple permettant à celles qui souhaitent concourir à la politique de santé publique de s'associer dans un groupement d'intérêt public (GIP) au niveau régional dans lequel l'Etat est majoritaire.

4/ Les régions peuvent cependant définir et conduire des programmes de santé spécifiquement régionaux, complémentaires de la politique portée par l'Etat. Par convention, elles peuvent également solliciter le concours du groupement régional de santé publique.

5.4.2 Intégration de la prévention bucco-dentaire dans le cadre de la loi de santé publique

5.4.2.1 La décision politique d'une prévention bucco-dentaire globale

Tous les éléments constitutifs d'une politique de prévention bucco-dentaire, qui ont été énoncés aux paragraphes précédents, trouvent par cette loi une capacité de concrétisation qui était, il y a peu de temps encore, inconcevable.

La prévention bucco-dentaire doit être une priorité de santé publique par les avantages immédiats qu'elle peut amener à la population dans l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires et de leur santé dans sa globalité.

5.4.2.2 Le plan régional de santé publique.

La diversité des acteurs et des moyens nécessaires est telle que la création d'une organisation et d'une structure responsable de les coordonner conditionne la mise en œuvre de cette politique globale.

Les assureurs complémentaires pourront, sous réserve d'avoir organisé des structures régionales de leurs fédérations respectives participer au Conseils régionaux de Santé Publique.

5.4.2.3 Le groupement régional de santé publique.

C'est l'outil d'intervention qui organise la participation de chacun des acteurs dans le domaine qui lui est confié. Il s'agit du centre collecteur des informations nécessaires à l'évaluation de ces actions dont le gouvernement doit rendre compte devant le parlement.

5.4.2.4 structuration de la présence des odontologistes

Le seul organisme représentant les professionnels de santé cité dans le projet de loi est l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux). Cette structure, à base syndicale purement médicale, n'a pas d'équivalent dans le domaine de l'odontologie. Cette absence a déjà été un problème dans la mise en œuvre d'autres parties des Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFFS), comme la création de réseaux «Soubie», réseaux régionaux ou dans les commissions d'attribution des Fonds d'aide à la Qualité et aux Soins de Ville (FAQSV). Elle donne une position dominante et un pouvoir décisionnel aux seuls représentants des médecins.

La prévention bucco-dentaire ne peut être considérée comme un sous-produit médical. La profession est depuis longtemps « majeure », elle a été à l'initiative de ce qui existe à ce jour dans ce domaine, elle est capable de gérer par elle-même la mise en œuvre technique d'une politique plus globale de prévention.

Nous proposons, ci-après, avec l'accord de deux syndicats de praticiens libéraux (l'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires), une alternative à cette absence par la création soit d'une URPL (Union Régionale des Professionnels libéraux) qui aurait un collège autonome pour chaque profession (médecins, chirurgiens dentistes, kiné) soit d'une URCD (Union Régionale des Chirurgiens Dentistes libéraux). Cette proposition nécessite une modification législative.

5.4.2.5 Budgets dédiés et fléchés

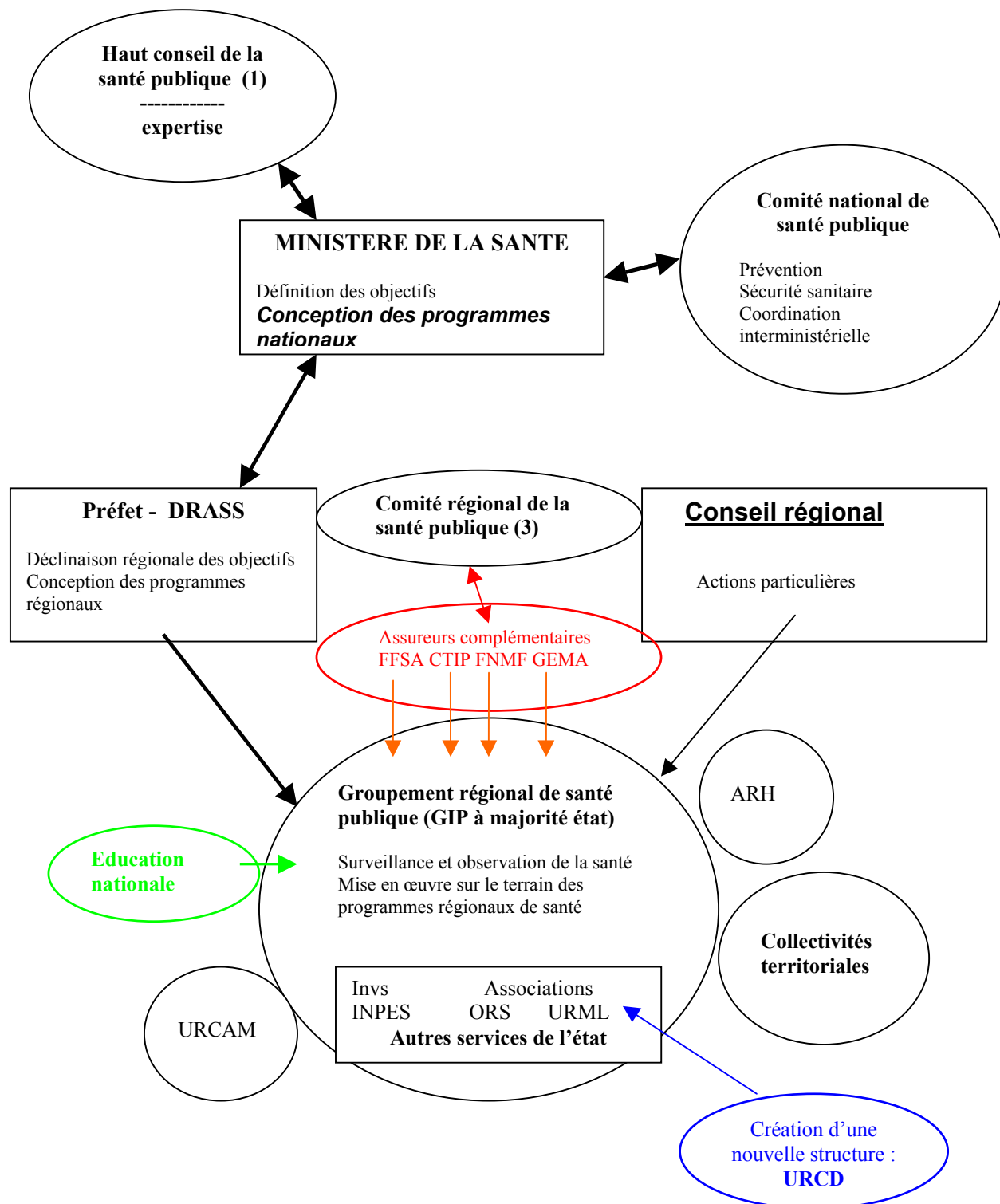
Dans un même souci d'indépendance et d'efficacité, il convient de préciser, au niveau même de la conception de la politique de santé, les moyens qui seront mis en œuvre par l'état pour la politique spécifique de prévention bucco-dentaire.

La ligne budgétaire sera la somme des interventions actuelles des acteurs publics déjà recensés (assureurs obligatoires, éducation nationale, collectivités territoriales) et ne nécessite pas au vu des propositions énoncées ci-dessus des augmentations importantes de l'intervention financière de l'état. Ces augmentations seront constituées par un abondement correspondant aux rares actions nouvelles relevant de l'assurance maladie obligatoire et des redistributions de personnels entre les différents services de cette même assurance maladie obligatoire.

La ligne budgétaire ainsi clairement identifiée et le cumul des moyens mis à disposition par tous les acteurs constitueront un ensemble qu'il sera facile d'isoler et à partir duquel il faudra apprécier à terme le retour sur investissement attendu .

5.4.3 organigramme intégrant l'odontologie

Les organismes de santé publique



5.5 Les freins de l'accès aux soins

Le renoncement aux soins a souvent les mêmes motivations psychologiques que la non participation aux actuels dispositifs de prévention bucco-dentaire. Il convient d'y ajouter les freins que sont le paiement à l'acte et le refus de certaines prothèses.

5.5.1 Enumération des difficultés rencontrées par les assurés

5.5.1.3 Difficultés d'accès aux soins dues à des problèmes structurels ou réglementaires

- Absence de structure d'accueil odontologique dans les hôpitaux en dehors des 16 villes qui disposent d'une faculté de chirurgie dentaire.
- Disparition des médecins stomatologistes actuellement remplacés par des chirurgiens dentistes exerçant en « chirurgie buccale »
- Mauvaise répartition géographique des professionnels
- Incapacité de la profession à assurer les urgences quotidiennes. La diminution du nombre de praticiens et l'augmentation de la demande de soins conduisent à des difficultés de prise en charge des urgences. Nombreux sont les patients qui se plaignent d'avoir appelé 10 praticiens avant d'avoir pu être pris en charge.
- Service de garde réduit au minimum (dimanche matin en général)
- Absence de prise en charge des frais de déplacement pour se rendre à un cabinet dentaire (pour certaines pathologies exonérantes)
- Les difficultés liées à l'application du tarif d'autorité

5.5.1.4 Difficultés d'accès aux soins dues au cloisonnement des compétences

- Les médecins ne sont pas formés et méconnaissent les possibilités thérapeutiques des odontologistes (Dans certaines facultés de médecine, la formation sur l'odontologie ne dépasse pas 3 heures sur un cursus de 8 années)
- L'absence de l'odontologiste dans l'équipe soignante pose des problèmes pour la prise en charge des patients ayant eu recours à la chirurgie cardio-thoracique , pour les greffés rénaux, pour les patients nécessitant une radiothérapie de la sphère oro-pharyngée..
- Les enseignants, comme cela a été montré dans les études citées , refusent (1/3 des cas) de participer à la prévention bucco-dentaire.

5.5.1.5 Difficultés d'accès aux soins dues à l'absence ou à l'insuffisance de couverture complémentaire

C'est le premier point cité dans les doléances des assurés.

Des solutions financières, qui prennent en compte l'accès aux soins par l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire, seront évoquées dans le point 6 du présent rapport.

5.5.2 Quelques solutions peuvent être proposées

5.5.2.1 La prévention bucco-dentaire généralisée favorisera la fréquentation des cabinets dentaires

Les actions prioritaires doivent être ciblées vers les populations en situation de précarité.

L'apprentissage quasi-obligatoire dès le plus jeune âge de la fréquentation des cabinets dentaires, des centres de soins ou de dépistage, aura plus d'impact sur les habitudes de consommation et, favorisera la levée des obstacles psychologiques (voir les exemples suédois et danois).

5.5.2.2 la revalorisation des soins conservateurs

Les professionnels demandent cette revalorisation depuis de nombreuses années pour plusieurs raisons, autres que financières. La sous-estimation de ces soins détourne l'activité de ces professionnels vers les actes plus rémunérateurs de la prothèse. Les soins conservateurs modernes précoces réalisés selon les données les plus récentes sont de véritables actes de prévention. La SOP (Société Odontologique de Paris), important organe de formation continue, a donné un avis sans appel sur ce principe.

Leurs qualités d'actes peu invasifs et de préservation maximale de l'organe dentaire (scelléments de sillons, obturation collées, etc) reculent d'autant la nécessité de recours à des procédures de soins ou de prothèses classiques souvent très délabrantes en tissus dentaires.

Nous retrouverons une solution à ce souci de revalorisation dans le thème 6 de ce rapport.

5.5.2.2 Modifier les modalités de prise en charge des prothèses en Accident du Travail

Dans le cadre des accidents de travail, la prise en charge est basée sur le tarif des prothèses inscrites à la NGAP (Nomenclature Générale des actes professionnels), avec exonération du Ticket Modérateur. Ce tarif est fort éloigné des prix de marché des prothèses et c'est l'assuré qui assume le dépassement d'honoraires. Ce reste à charge dans le domaine de l'Accident du Travail est contraire aux principes de ce régime et complique l'accès aux soins. Il convient d'envisager une modification spécifique de ce point.

5.5.2.3 L'organisation de réels services de garde est en cours de réflexion

La continuité des soins en odontologie n'est pas réellement assurée. Le service de garde se limite souvent, dans les départements où il existe, à une garde assurée le dimanche matin par un seul praticien pour le département. Les praticiens qui l'assurent le font sur le mode du volontariat. Les nuits, le samedi et le dimanche après midi les gardes en ambulatoire ne sont pas assurées.

La notion d'astreinte d'un chirurgien dentiste doit être organisée pendant les horaires de fermeture des cabinets. Elle est plus adaptée à notre profession et doit être préférée à la notion de garde. Elle doit être partagée entre tous les praticiens d'un secteur qui sera défini en fonction de la démographie professionnelle et des besoins de la population.

De même, la prise en compte de la douleur dans le cadre des urgences quotidiennes est souvent difficile à assurer tant les praticiens sont surchargés de travail.

Les urgences de nuit sont assurées seulement à Paris et pour toute la région Ile de France dans le cadre du service odontologique de l'hôpital de la Salpêtrière. Les intervenants du service dénoncent une somme de problèmes d'organisation, de matériels et de moyens techniques et humains qui oblige à s'interroger sur le service médical rendu de cette structure.

Les conseils départementaux de l'ordre ont en charge la réflexion et l'organisation de ces services de garde dans les départements. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Université (faculté de chirurgie dentaire) ont en charge la gestion et l'organisation des urgences odontologiques !

L'apport d'une odontologie hospitalière organisée dans le cadre des Schéma Régionaux d'Offre de Soins (SROS) et répartie sur l'ensemble du territoire apportera une solution à ce problème d'accès aux soins d'urgence. Les professionnels libéraux et salariés pourront rejoindre ces structures et en augmenter la capacité d'accueil.

5.5.2.4 frais de transports et prise en compte des techniques modernes

Actuellement les textes ne prévoient pas le remboursement des frais de transports prescrits par un chirurgien dentiste.

La modification réglementaire attendue pour la prise en charge des frais de transports des assurés pour se rendre chez le dentiste pourrait se faire sur des motifs exclusivement médicaux.

Cette ouverture peut être obtenue par la modification de l'article R 322-10-2 du Code de la Sécurité Sociale en ajoutant les termes suivants « *et au chirurgien dentiste pour les actes visés au troisième alinéa de l'article 322-10* ».

Le coût de cette mesure est nul, car ces transports sont souvent pris en charge sur le budget de l'action sanitaire et sociale des caisses.

La prise en charge de prothèses de conception moderne, telles que peuvent l'être les couronnes céramo-céramiques, doit être faite sur simple assimilation aux actes de la NGAP (Nomenclature Générale des actes Professionnels). Le déblocage de la situation conflictuelle sur ce sujet entre les syndicats et les caisses d'assurance maladie peut être obtenu par une assimilation basée sur une recommandation d'un groupe d'experts dont le travail pourrait être mis sous la responsabilité de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

Le coût de cette mesure est nul pour l'assurance maladie obligatoire, car il apparaît, qu'avant le conflit actuel qui a eu le mérite de poser le problème, ces actes étaient pris en charge par tous les régimes obligatoires. Cette assimilation déblocerait, de plus pour le patient, les prestations subséquentes des assureurs complémentaires

La mise en œuvre de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) qui est attendue de tous les acteurs professionnels et assureurs apporterait une réponse à cette demande.

5.5.2.5 Suppression de l'application du tarif d'autorité

Lorsque l'assuré se fait soigner chez un professionnel non conventionné, il est appliqué pour les remboursements un tarif d'autorité qui relève d'une réelle injustice pour l'assuré.

Les assurés n'ont pas à pâtir d'un choix de situation administrative qui relève du choix du seul praticien. On peut se poser la question de l'égalité des assurés devant le service des prestations.

A la place de ce tarif d'autorité et sur la base du tarif conventionnel, il peut être institué un ticket modérateur très élevé (70 à 80 %). Le taux fortement incitatif de ce Ticket Modérateur pourrait être appliqué systématiquement et mécaniquement lors de la liquidation des feuilles de soins lorsque des dépassements d'honoraires seraient constatés sur des actes opposables.

5.5.2.6 La création d'une spécialité « chirurgie buccale ».

Les professionnels exerçant la chirurgie buccale suppléent techniquement, et en nombre, la disparition progressive des stomatologistes. La réglementation n'a pas fait évoluer les textes, et les actes chirurgicaux cotés en « KCC » pour les médecins ne peuvent être cotés par équivalence en « DCC » pour les odontologistes. L'inscription à la NGAP (Nomenclature Générale des actes Professionnels) de cette lettre clé résoudrait ce point.

La création d'une spécialité de chirurgie buccale apporterait une transparence pour l'assuré de la technicité et de la spécificité de cette branche de notre exercice.

La revalorisation des soins chirurgicaux doit être faite simultanément à la revalorisation des soins conservateurs.

5.5.2.7 La création de réseaux ville-hôpital permettrait d'intégrer l'odontologie au monde médical

Cette présence résoudrait les difficultés d'accès aux soins odontologiques, dues à des situations médicales particulières.

Ces difficultés peuvent être imputables à des facteurs médicaux. Une fois résolu le problème de la prise en charge des transports, il existe, en dehors des services des facultés dentaires, seulement quatre structures susceptibles de mettre en œuvre des moyens techniques et humains permettant de prodiguer les soins dentaires nécessaires et conformes aux données acquises de la science que réclament ces patients particuliers que sont les handicapés moteurs, les personnes âgées dépendantes, les personnes en établissement, les jeunes enfants. Tous ces patients nécessitant des traitements sous anesthésie générale sont traités quasi systématiquement par avulsions par manque de praticiens qualifiés, alors que des soins conservateurs pourraient être faits.

5.5.2.8 La création de réseaux sociaux

Dans les zones péri-urbaines à forte densité de patients précaires, les structures libérales et les centres de santé sont insuffisantes pour assurer le suivi de ces patients, il doit être créé des structures équivalentes à ce qui a été mis en place dans le Val de Marne et qui intègre les soins dentaires et la composante médico-sociale : Le Réseau Social Dentaire(RSD).

Le RSD s'inscrit pleinement dans la définition des Réseaux de santé que donne la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Son objectif est la mise en oeuvre d'actions coordonnées associant des structures sociales et des structures d'offre de soins (hospitalière, centre de santé ou libérale), en lien avec les Réseaux médicaux, dans le but de favoriser l'entrée dans une démarche de soins bucco-dentaires de personnes qui y ont renoncées.

La personne en demande de soins, par le biais de la structures sociale qui l'accueille, adhère au RSD,et exprime ainsi sa volonté d'aller au bout des soins préventifs et curatifs, qui sont nécessaires pour aboutir à sa réhabilitation orale complète.

Les structures sociales s'engagent par convention à assurer l'ouverture (et/ou le recouvrement à l'accès) des droits à l'assurance maladie et le suivi social des patients adressés au Réseau.

Enfin les praticiens, qui participent au Réseau, signent la charte de qualité. Ils acceptent ainsi d'ouvrir leur activité à de nouvelles pratiques (évaluer dans le cadre d'une formation spécifique préalable au sein du Réseau) avec les autres secteurs d'offres de soins, les secteurs médicaux et sociaux.

Le succès de ce concept dépend de la volonté de tous les partenaires à prendre en charge cette population. Cela implique un engagement plus fort des Comités Régionaux des Réseaux, notamment URCAM, ARH et URML, en faveur de la santé bucco-dentaire.

La création d'une structure de proximité pluridisciplinaire telle que le RSD, signifie de la part de ces organismes de prendre en compte la complexité de la problématique de la santé bucco-dentaire et la nécessité d'une solution de prise en charge globale pour y répondre.

5.5.2.9 La formation des médecins

La formation des médecins ou même simplement leur sensibilisation à l'odontologie est totalement inexistante.

5.5.2.10 La formation ou la sensibilisation des enseignants

La formation ou la sensibilisation des enseignants à la prévention bucco-dentaire est nécessaire pour vaincre les réticences qui sont rencontrées sur ce sujet parmi le professeurs des écoles et les enseignants en général.

5.5.3 Les problèmes posés par la CMU complémentaire

5.5.3.1 Difficultés d'accès aux soins de la population couverte par la CMU-C

La création de la CMU-C (Couverture Maladie Universelle complémentaire) le 31 décembre 1999 répond à la nécessité de l'accès aux soins de toute la population en situation de précarité. Cette loi comporte un panier de soins « opposable » pris en charge en totalité par la collectivité.

Il existe un important différentiel entre les prix de marché et la valeur des actes de ce panier de soins qui ont entraîné un refus de soins prothétiques de la part d'un grand nombre de professionnels.

La prise en charge des soins conservateurs ne devrait pas poser de problèmes mais l'absence de motivation de ces assurés concernant le suivi de leur soins dentaires est constamment décrit par tous les professionnels. C'est un frein majeur à leur prise en charge.

Certains conseils généraux ont, pour pallier aux difficultés, créé des aides complémentaires à la CMU qui permettent la prise en charge de dépassements d'honoraires sur des prothèses faisant partie du panier de soins !

Il y a eu à cette occasion des transferts de patientèle vers certains cabinets libéraux situés en « zones sensibles » ou vers les cabinets des centres de santé mutualistes.

En outre, l'effet de seuil créé par la Couverture Maladie Universelle complémentaire dans lequel la population cible « a droit à tout » est tel que ceux qui sont à la marge et qui perdent tous les avantages de ce dispositif n'acceptent pas cette situation.

Les dispositifs mis en place pour pallier ces effets de seuil sont différents selon les départements. Les conventions entre les caisses et les assureurs complémentaires sont souvent méconnues par les assurés qui pourraient en bénéficier, par les professionnels et parfois par les services sociaux.

Certains départements n'ont pas encore mis en place de tels dispositifs. L'inégalité de traitement des assurés pousse à reconsidérer la totalité de ces dispositifs.

5.5.3.2 Revoir le volet dentaire et le panier de soins de la CMU-C

La prise en charge de la population couverte par la Couverture Maladie Universelle complémentaire passe par la modification de la grille tarifaire du panier de soins qui a été défini par la loi du 31 décembre 1999 et la suppression de l'effet de seuil.

Un autre reproche fait à cette loi par les professionnels est que le panier de soins est trop restrictif et qu'ils doivent restreindre leurs plans de traitements aux seuls actes prévus et imposés par la loi.

Nous envisagerons une alternative à la Couverture Maladie Universelle complémentaire et aux freins inhérents à ce texte. L'effet de seuil créé par la Couverture Maladie Universelle complémentaire oblige à reconsidérer le contenu de cette loi. Ces deux points sont traités dans le thème 6 de ce rapport.

THEME VI

"Enfin, la réflexion entreprise par ailleurs sur les contours de la solidarité nationale mentionne le domaine dentaire comme l'un de ceux qui pourrait faire l'objet d'un autre partage de financement entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et l'assurance complémentaire. Il importe que vous puissiez proposer les critères d'un tel partage qui sauvegarde la mission de ces régimes de solvabiliser la demande de soins et procure à l'assurance complémentaire les conditions d'un exercice plus efficace de ses responsabilités"

En une page, nous résumons les impératifs d'un autre partage du financement entre régimes obligatoires et complémentaires en précisant les critères d'un tel partage et les moyens nécessaires à l'assurance complémentaire pour assumer ses responsabilités. Nous les développerons plus dans les pages qui suivront.

Evolution du partage des financements des soins dentaires

Le constat, qui fait l'objet d'un consensus général, est que les modes actuels de rémunération des actes ont des effets pervers sur l'accès aux soins, l'organisation des cabinets et les prises en charge des financeurs.

Avant d'envisager un autre partage de financement entre les assureurs obligatoires et complémentaires, il faut donc impérativement mettre en place des modifications techniques et structurelles.

Les modifications « techniques » sont donc à faire en interne dans le cadre d'une enveloppe globale constante (iso-ressource) à activité constante :

1/ L'enveloppe globale du dentaire est partagée à parts égales entre assurance obligatoire, complémentaire et patient. Toute augmentation de cette enveloppe reposerait sur une augmentation directe ou indirecte des cotisations ou abondements du seul assuré qui n'est pas envisageable. Seul, le libre choix de l'assuré peut lui faire modifier le niveau qu'il estime nécessaire à sa prise en charge complémentaire.

2/ Une forte revalorisation des soins conservateurs doit être corrélée à une baisse d'égale importance et un encadrement des prix des prothèses de base.

3 / Il faut cependant prévoir de justes rémunérations des actes nouveaux (prévention) ou des obligations nouvelles de sécurité sanitaire.

4/ Il faut responsabiliser les assurés en incitant fortement à leur participation aux actions de prévention.

Des modifications de structures doivent accompagner les mesures précédentes :

1/ Il est urgent de trouver une alternative à la CMU-Complémentaire dont les effets en dentaire sont contre-productifs.

2/ Cette alternative peut être l'Allocation Personnalisée Santé. Cette APS donne les critères plus larges de l'attribution d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire Santé.

3/ La gestion des risques par tous les régimes obligatoires et complémentaires passe par l'accès de chacun des financeurs aux données médicales (données techniques dentaires) et leur partage entre tous. Le consensus est acquis sur ce point.

Les partages des financements entre les assureurs obligatoires et complémentaires sont déjà une réalité, chacun d'eux est clairement identifié comme le payeur principal d'un secteur. Il reste à donner aux complémentaires les moyens d'assumer cette responsabilité en en faisant des co-acteurs.

PLAN

6.1 Méthodologie

6.2 Prise en compte des rapports précédents

6.3 Etat des lieux

- 6.3.1 Obsolescence des textes
- 6.3.2 Répartition de la gestion du dentaire
- 6.3.3 Répartition de charge de l'enveloppe globale du dentaire
- 6.3.4 Etat des lieux des prestations et identification des payeurs principaux
- 6.3.5 Le désengagement de l'état
- 6.3.6 Suivi de la consommation de soins dentaires
- 6.3.7 Evaluation des charges des cabinets dentaires
- 6.3.8 Répartition des remboursements en assurance maladie obligatoire
- 6.3.9 Taux de Couverture par une complémentaire maladie
- 6.3.10 Situation des assureurs complémentaires

6.4 Propositions de modifications techniques

- 6.4.1 La modification de l'enveloppe globale du dentaire
- 6.4.2 La revalorisation des soins conservateurs
- 6.4.3 La baisse des tarifs des prothèses
- 6.4.4 Les notions de paniers de soins

6.5 Propositions de modifications structurelles

- 6.5.1 Une alternative à la CMU Complémentaire
- 6.5.2 La gestion des risques par l'AMC
- 6.5.3 La capacité de régulation des contrats complémentaires collectifs obligatoires
- 6.5.4 Modification des structures conventionnelles

6.6 Propositions politiques des différents acteurs

- 6.6.1 Les propositions d'un groupe d'assureurs
- 6.6.2 Les propositions de la Mutualité
- 6.6.3 L'exemple de la réforme de l'assurance maladie allemande

6.7 Moyens de financement

- 6.7.1 L'enveloppe globale
- 6.7.1 Intégration des conclusions du rapport Chadelat
- 6.7.2 Financement de l'AMCB ou de l'APS
- 6.7.3 Suggestions sur les gisements de financement de l'AMCB ou de l'ASF
- 6.7.4 Incidences sur la solvabilisation des acteurs donc sur l'accès aux soins

Thème 6 : Projets d'évolution du financement des soins dentaires

6.1 Méthodologie

Les réponses apportées dans les auditions des différents acteurs de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire conditionnent le contenu de ce rapport.

Nous avons, dans le peu de temps qui nous a été imparti pour la remise de ce rapport, procédé à des entretiens dans un premier temps avec des responsables, directeurs innovation santé, responsables de gestion, praticiens conseils de sociétés d'assurances complémentaires, de mutuelles, d'institutions de prévoyance, pour vérifier la faisabilité de transferts ou de modifications structurelles de la prise en charge des soins dentaires.

Nous avons ensuite rencontré les représentants au plus haut niveau des quatre grandes structures représentatives des différentes familles de l'assurance complémentaire : le Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) et plus tardivement la Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles (FNIM).

Nous avons poursuivi ces rencontres avec les responsables des trois grandes caisses d'assurance maladie obligatoire : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM) et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA).

L'absence d'un formalisme trop prégnant a permis une grande liberté d'expression des différents audités et une grande diversité de propositions.

Les professionnels et les assureurs obligatoires et complémentaires sont d'accord, mais pour des motivations différentes, sur le fait, que la situation actuelle en dentaire ne peut pas durer. Ils attendent une nouvelle organisation de la prise en charge des soins dentaires et espèrent tous, beaucoup, de la réforme annoncée de l'assurance maladie.

Les positions connues et tranchées des différents acteurs de l'assurance obligatoire et complémentaire nous contraignent à proposer la diversité des réponses à la question qui nous est posée par Monsieur le ministre.

Elles peuvent être différenciées selon les concepts politiques et surtout selon les concepts économiques qui les inspirent

- Libéral ou Contractuel de droit civil
- Conventionnel CNAM / Syndicats professionnels
- Prise en charge exclusive par l'assurance obligatoire (Etatisation de la santé)

Quelle que soit la proposition qui sera retenue pour l'odontologie, elles devra être accompagnée, et mieux précédée, par des réformes techniques et structurelles qui seront développées dans ce chapitre.

La modification des rapports entre les assureurs complémentaires et obligatoires pour le dentaire peut être traitée indépendamment de la réforme globale de l'assurance maladie, car cette spécialité a des impacts différents du médical sur les comptes des différents acteurs. Le dentaire représente 2,5 % des dépenses en ambulatoire de l'assurance maladie obligatoire et de 30 % à 50 % des dépenses « maladie » des assureurs complémentaires. Les options choisies pour ce secteur ne manqueront pas d'influer sur les choix politiques nécessaires à la réforme globale de l'assurance maladie.

Nous pourrions évaluer ces propositions sur une grille d'analyse qui prendra en compte plusieurs points :

- l'aspect financier et l'apport en matière de réduction des déficits de l'assurance maladie obligatoire
- l'amélioration du service rendu
- la capacité de la proposition à garantir l'accès aux soins
- la prise en compte d'une politique de santé publique

6.2 Prise en compte des rapports précédents

Plusieurs rapports et propositions ont été rédigés et contribuent à la connaissance de la spécificité de l'odontologie. Nous utiliserons souvent les données existantes dans ces rapports récents.

6.2.1 Le rapport YAHIEL

Ce rapport a suscité lors de sa parution un « immense espoir » dans l'ensemble de la profession. Ses analyses restent totalement pertinentes et nous renvoyons le lecteur à ce rapport aux chapitres descriptifs de l'odontologie rédigés par Michel Yahiel. La déception de ne pas voir retenues ses propositions d'évolutions des financements nous guidera dans nos conclusions et nous essaierons de ne pas reproduire les mêmes effets.

6.2.2 Le rapport CHADELAT

Les analyses sur la structure de l'assurance complémentaire sont intégrées en totalité à ce rapport et nous reprendrons nombre de données qui y sont contenues.

6.2.3 Le rapport COULOMB

L'Ondam (Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie) est la « traduction financière prévisionnelle du champ de la prise en charge collective et obligatoire des dépenses de santé ». Le rapport de Monsieur Alain Coulomb donne des pistes pour en assumer la régulation.

6.2.4 Le rapport BABUSIAUX

L'une au moins des solutions retenues dans ce rapport devra trouver sa mise en application avec nos propositions.

6.2.5 Le rapport RUELLAN

La gouvernance de l'assurance maladie n'est pas un thème explicitement évoqué dans notre lettre de mission, mais nous ne pourrions pas le contourner et toutes les propositions qui pourront être retenues auront un impact sur ce thème.

6.2.6 Le rapport FIESCHI

Le patient et son dossier médical sont au cœur des préoccupations de la profession.

6.2.7 Les rapports sénatoriaux VASSELLE et GOUTTEYRON

Le rapport du sénateur VASSELLE fait le point sur les récents rapports concernant l'assurance maladie. Le rapport du sénateur Adrien GOUTTEYRON porte sur le contrôle de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et nous éclaire sur le rôle de cette agence.

6.3 Etat des lieux

6.3.1 Obsolescence des textes

Les textes réglementaires s'adressant à l'odontologie sont totalement obsolètes et ne prennent aucunement la mesure des avancées de la technique ni de l'évolution des coûts des plateaux techniques, ni des obligations relevant de la sécurité sanitaire.

La NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) n'a pas reçu de révision sérieuse depuis très longtemps et ne couvre qu'une petite partie de l'exercice professionnel en ignorant systématiquement tous les actes modernes tels que la prothèse élaborée (le bridge n'existe pas à la NGAP), la chirurgie parodontale, l'implantologie, et contient encore des prestations pour des actes notoirement reconnus non conformes aux données acquises de la science.

Les montants remboursés en prothèse et en soins conservateurs et chirurgicaux sont eux aussi déconnectés de la réalité.

3 exemples (valeurs en euros de juillet 2003) :

Actes	Cotation	Montant remboursé = base NGAP x 70%	Prix facturé par le façonnier en €	Prix moyen en province	Prix du panier de soins CMU-C
Couronne métallique	SPR 50	75,24€	60 €	250 €	198,18 €
Couronne céramique	SPR 50	75,24€	170 €	500 €	304,89 €
Appareil complet	SPR 85	127,89 €	200 €	1100 €	533,57 €

On peut voir que les remboursements d'actes classiques sont inférieurs aux prix d'achat facturés au praticien par son façonnier.

Comme le précise Michel Yahiel dans son rapport, « les honoraires conventionnels sont restés constants au cours des deux dernières décennies en francs courants (19 milliards de francs contre 17 milliards de francs), le montant moyen des honoraires a baissé sous l'effet du nombre de cabinets libéraux et les tarifs ont été érodés (- 36 % sur la période pour les soins conservateurs, - 32 % pour les soins prothétiques, tandis que la consultation des médecins augmentait dans le même temps de 20 % en francs réels) ».

La CCAM (classification commune des actes médicaux) tarde à se mettre en place et si on en annonce la prochaine mise en place pour le secteur médical (janvier 2004), la partie relevant de l'odontologie semble repoussée aux calendes grecques (au mieux janvier 2005).

6.3.2 Répartition de la gestion du dentaire

L'Etat est peu intervenu dans cette gouvernance, si ce n'est par des limitations tarifaires ou comme le précédent ministère par des suppressions de revalorisation et de modification acquises ou par une tutelle financière limitant les augmentations tarifaires.

Deux institutions se partagent la gestion du « dentaire » : Les caisses et les syndicats professionnels, par des relations paritaires conventionnelles ont été les seuls intervenants dans ce dossier. La vie conventionnelle a été longtemps interrompue par absence de syndicats signataires, donc par absence de convention nationale ou a été parfois orageuse par des dénonciations de l'un ou l'autre des signataires. Cet historique a conduit à la situation actuelle.

6.3.2.1 Les caisses d'Assurance Maladie Obligatoires (AMO)

Trois caisses sont représentées dans les instances conventionnelles, la CNAMTS (caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés) par le nombre de personnes protégées et par sa capacité à mobiliser des moyens a toujours eu une voix prépondérante dans la section sociale des instances conventionnelles.

La CNAMTS (caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés) qui couvre 84,05 % des personnes protégées a toujours eu un ascendant sur les décisions malgré le fait que jusqu'à un passé très récent sa voix au sein des instances conventionnelles soit créditée de la même valeur que celle des autres caisses.

La CCMSA (caisse centrale de la mutualité sociale agricole) couvre 7,08 % des personnes protégées.

La CANAM (caisse d'assurance maladie des professions indépendantes) couvre 4,86 % des personnes protégées.

Les autres « petits » régimes (mines, cultes, militaires, SNCF, etc) qui représentent le solde ne sont pas représentés. (*sources : indicateur statistique 2000/2001 CNAMTS édition 2002-2003*)

6.3.2.2 Les syndicats représentatifs des chirurgiens dentistes libéraux

Trois syndicats ont satisfait aux enquêtes de représentativité et participent à ce titre aux travaux des instances conventionnelles sous réserve de la signature de la convention.

La CNSD (Confédération Nationale de Syndicats Dentaires). C'est le syndicat qui regroupe le plus grand nombre de praticiens (entre 1/3 et 1/2 des praticiens) et de ce fait pèse le plus sur les orientations conventionnelles sauf depuis ces derniers mois où ce syndicat avait dénoncé la convention.

L'UJCD (union des jeunes chirurgiens dentistes) est le deuxième syndicat, il représente environ 10 % des praticiens. Il a été le seul signataire de la convention en l'absence de la CNSD et a imprimé au travers des décisions, sa volonté de faire évoluer les dossiers.

La FSDL (fédération des syndicats dentaires libéraux) Il n'est pas signataire de la convention et a un rôle de ce fait plus marginal.

Il existe de nombreux syndicats, non représentatifs, spécifiques d'un groupe ou d'une thérapeutique par exemple les Orthodontistes (SSODF : Syndicat des spécialistes en orthopédie dento-faciale), le syndicat des femmes chirurgiens dentistes et le syndicat des praticiens exerçant en Chirurgie buccale qui ne peuvent siéger dans les instances paritaires mais qui sont souvent très dynamiques et très présents dans les actions de lobbying qui les intéressent.

6.3.2.3 les règles du jeu conventionnel

Les décisions sont prises à la majorité des voix. La proportionnalité de la représentation dans la section professionnelle comme dans la section sociale n'existe pas dans les textes. Ce qui fait qu'une caisse minoritaire (en nombre de personnes couvertes) et un syndicat minoritaire (en nombre de praticiens syndiqués) peuvent prendre des décisions importantes.

6.3.3 Répartition de charge de l'enveloppe globale du dentaire

L'assuré paie, en fait, la totalité de ses soins et participe à la solidarité nationale :

- Par ses cotisations sociales d'assurance maladie obligatoire (AMO¹),
- Par ses cotisations d'assurance complémentaire ou de mutuelle (AMC²),
- Par la part restant à sa charge
- Par ses impôts sur le revenu des personnes physiques, par la Contribution Sociale Généralisée, etc

La répartition de la charge de l'enveloppe globale du dentaire se décompose ainsi :

	Part de l'AMO ¹	Part de l'AMC ²	Participation de l'assuré non prise en charge par les AMO ¹ et AMC ²
Source cnamts	35 %	35 %	30 %
Source : Mutualité en Milliard d'euros	31 %	35 %	33 %
	2,1 M€	2,8 M€	2,2 M€

Les données existantes sont peu fiables. La partie de facturation des actes hors nomenclature n'apparaît pas toujours dans les décomptes des régimes obligatoires et peut amener à sous-estimer la participation de l'assuré et des a complémentaire

On peut retenir l'équation simplifiée **AMO^{1*} = AMC² = part de l'ASSURE = 33%**

Le « PATIENT » principal intéressé n'est pas représenté directement dans l'organisation de la santé et dans les décisions concernant ces dépenses.

Quelque soient les solutions envisagées pour la refonte de l'assurance maladie, il est illusoire de laisser croire à l'assuré, usager de la santé, cotisant, contribuable qu'une quelconque modification se fera sans que sa participation ne soit sollicitée. Prévoir sa participation par l'intermédiaire d'association de consommateurs est un minimum. La réflexion peut porter sur les modalités et sur les instances dans lesquelles pourront s'exprimer cette participation.

La représentation paritaire à base syndicale, créatrice de la sécurité sociale en 1945, n'est plus en adéquation avec cette exigence.

6.3.4 Etat des lieux des prestations et identification des payeurs principaux

La séparation qui existe entre les différentes parties de l'odontologie est artificielle, elle est basée sur les lettres clés et la NGAP. Les limites sont moins simples dans l'exercice de la profession entre la prothèse et les soins conservateurs, le soin et la prévention.

Nous regroupons ci-dessous soins conservateurs, actes chirurgicaux, actes radiographiques qui sont à tarification opposable. Les prothèses sont pour une partie importante inscrites à la nomenclature mais ont une tarification non opposable (qui prévoit les dépassements d'honoraires). Certains actes ne sont pas inscrits à la nomenclature et leur tarification est totalement libre.

	Assurance Maladie Obligatoire	Assurance Maladie Complémentaire (en moyenne et selon les contrats)	PATIENT (en moyenne hors participation des AMO et AMC)
Soins conservateurs + actes enC Dc et Z	70 %	30 %	0 %
Prothèse	15% (20 % selon la CANAM)	35% dont 5 % au titre du Ticket Modérateur	50 %
Actes HN implants parodontie + une partie de la prothèse....	0 %	25 %	75 %
Orthopédie dento-faciale (ODF)	33 %	33 %	33 %
Prévention	60 %	40 %	0 %

Les soins conservateurs sont clairement identifiés comme dépendant des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Les prothèses et les actes hors nomenclature sont clairement identifiés comme des prestations dépendant de l'assurance complémentaire et du reste à charge des assurés.

L'O.D.F.(Orthopédie dento-faciale) est prise en charge équitablement entre les trois payeurs principaux mais sur des modalités (semestre) qui ne permettent aucune différenciation de facturation entre les traitements de difficultés différentes.

La prévention est inégalement répartie mais partagée par les payeurs institutionnels.

Ce constat fait ressortir une situation paradoxale où le payeur principal en prothèse n'est pas le gestionnaire des sommes engagées et n'est pas l'ordonnateur de ces dépenses. Nous ne sommes pas dans une situation de co-paiement, ni dans une situation de co-gestion, ni dans une situation de co-responsabilité, ni dans une situation de co-régulation.

Ce constat est à retenir et à prendre en compte sur les propositions de ce rapport.

6.3.5 Le désengagement de l'état

Les réformes successives ont été essentiellement axées sur des transferts de ticket modérateur. Cet espace de liberté a été aussitôt investi par les assureurs complémentaires qui en ont proposé la prise en charge.

Les textes concernant l'odontologie n'ont fait l'objet de modifications importantes que depuis quelques mois. Le résultat du passé est un désengagement total de ce secteur de l'assurance maladie obligatoire. Quand un assureur ne rembourse rien de la partie la plus moderne de l'odontologie (la parodontologie, l'implantologie et la prothèse élaborée) et au mieux 15 % pour la prothèse inscrite à la nomenclature, il ne peut prétendre continuer à s'imposer comme le seul intervenant de ce secteur. D'autres ont désormais investi ce rôle.

Les professionnels demandent bien entendu une revalorisation de leurs actes, les lettres-clés n'ont pratiquement pas évolué depuis de nombreuses années.

Les lettres clé de l'odontologie ont perdu une grande part de leur valeur en quelques années et ceci est visible si on les compare à l'évolution de la valeur de la consultation :

Evolutions des lettres clés de 1979 à 2002

lettres clés	C	CS	V	SCP-SC	SCP-SPR	SCP-TO	D
a = valeur en 1979	6,1	9,15	8,84	1,28	1,28	1,28	1,23
b = valeur en 2002	20	22,87	16,77	2,36	2,15	2,15	1,92
c = coefficient multiplicateur b/a	3,28	2,50	1,90	1,84	1,68	1,68	1,56
e=valeur des lettres avec un coefficient multiplicateur de 2,75 soit a x 2,75	20	30	28,98	4,20	4,20	4,20	4,03
F = Perte en euros e-b	0	7,13	12,21	1,84	2,05	2,05	2,11
Perte en %	0 %	31 %	73 %	78 %	95 %	95 %	110 %

source : FSDL le libéral dentaire mai 2003

Unité en euros

Il est reconnu par tous que l'équilibre financier des cabinets a été obtenu par des transferts de charge à l'intérieur de l'enveloppe globale. Les prix de la prothèse ont augmenté par compensation pour palier la stagnation, la non-revalorisation et la non-indexation des valeurs des lettres clés de tous les actes et en particulier des soins conservateurs et chirurgicaux.

Le schéma actuel est :

	Soins conservateurs + Actes chirurgicaux + actes de radiodiagnostic	Prothèse dentaire
% de l'activité en temps de travail	70 %	30 %
% de la contribution au chiffre d'affaire	30 %	70 %

6.3.6 Suivi de la consommation de soins dentaires

La consommation de soins dentaires correspond à ce que nous avons nommerons par souci de clarté l'enveloppe globale du dentaire. Cette enveloppe prend en compte les montants des prestations versées par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire et la part restant à charge de l'assuré.

unité : million de francs

CONSUMMATION MEDICALE	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	progression depuis 1992	progression moyenne par an
Soins hospitaliers et sections médicalisées	279 490	295 263	306 998	322 112	331 686	336 011	343 361	349 765	362 508	29,7%	3,7%
total soins ambulatoires	168 589	171 097	172 380	180 810	184 341	187 151	194 058	200 136	208 994	24,0%	3,0%
médecins	76 125	80 154	81 481	86 846	88 190	90 181	93 490	96 433	100 518	32,0%	4,0%
dentistes	36 112	37 226	37 735	38 296	39 565	40 299	41 286	41 433	42 180	16,8%	2,1%
médicaments	109 017	117 652	120 230	127 282	129 251	133 533	141 549	150 581	164 445	50,8%	6,4%
optique	14 685	15 508	16 363	16 662	17 014	17 099	17 691	18 537	21 179	44,2%	5,5%

source : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

L'augmentation de la consommation a été en 2001 de 10 %. Ce chiffre important est dû à une cause exceptionnelle liée au remboursement d'un nouvel acte : l'inlay-core.

En 2002, l'augmentation a été ramenée à un taux plus classique pour la profession de 4,2 %. Hormis certaines circonstances particulières le taux de croissance des dépenses du dentaire est calqué sur l'augmentation du coût de la vie : le coefficient d'érosion monétaire entre 1992 et 2002 est de 15 %, l'indice du coût de la construction a augmenté de 13,4 %.(sources INSEE)

6.3.7 Evaluation des chiffres d'affaire et des charges des cabinets dentaires

Les charges des cabinets dentaires ont progressé de façon significative sur cette même période du fait de trois facteurs :

- Le renchérissement et la sophistication des matériels,
- Le coût des obligations de sécurité sanitaire,
- Les coût des salaires et le coût de l'application des 35 heures

Ce taux est passé de 45 à 60 % en 10 ans.

On remarque que, contrairement aux idées reçues, les charges d'un praticien moyen ne sont pas significativement différentes, quel que soit son lieu d'exercice (grandes villes ou agglomérations moyennes). Les chiffres d'affaires (honoraires nets DGI) sont, eux aussi, assez homogènes.

honoraires des chirurgiens dentistes, charges et revenus en fonction de la taille d'unité urbaine

	moyenne/total	commune rurale	unité urbaine de moins de 5000 habitants	unité urbaine de moins de 5000 à 9999 habitants	moyenne commune et unités urbaines < 9999 h	unité urbaine de moins de 10000 à 19999 habitants	unité urbaine de moins de 20000 à 49999 habitants	unité urbaine de moins de 50000 à 99999 habitants	unité urbaine de moins de 100000 à 199999 habitants	unité urbaine de moins de 200000 à 1999999 habitants	unité urbaine de PARIS
effectifs DGI	41858	3028	2462	2324	7814	2075	2734	2877	2526	9448	6570
densité DGI	57	21	67	70	36	64	66	66	65	70	68
honoraires nets DGI	100	85	99	101	94	108	110	109	107	95	101
Charges	100	85	97	101	93	107	109	108	106	96	102
revenus DGI	100	85	101	102	95	110	112	110	107	94	100
taux de charge	60,7%	60,8%	59,9%	60,2%	60,3%	59,9%	60,1%	60,2%	60,4%	60,1%	60,4%

source : déclarations de bénéfices non commerciaux, calculs
tableau paru dans le CDF n° 1131/1132 juillet 2003

L'UJCD reprend une étude de la DRESS sur ce sujet qui module un peu ces conclusions :

« Les honoraires nets des chirurgiens-dentistes sont fortement influencés par leur capacité à prendre des dépassements d'honoraires. Les dépassements représentent en moyenne 47 % des honoraires, ils baissent à 39 % dans les communes rurales et montent à 49 % dans les pôles urbains, pour arriver à 58 % dans l'agglomération parisienne. Hors dépassements, les honoraires des dentistes seraient supérieurs à la moyenne de 9 % dans l'espace à domination rurale et inférieurs de 20 % dans l'agglomération parisienne.

Les honoraires nets des chirurgiens-dentistes sont plus élevés dans les unités urbaines de taille intermédiaire (10 000 à 100 000 habitants), où ils sont supérieurs de 10 % au moins à la moyenne. Les revenus sont nettement moins élevés dans les communes rurales (moins 13 %) ou dans les unités urbaines de plus de 200 000 habitants (moins 6 %). Les revenus sont moins élevés dans les communes périurbaines que dans l'espace à dominante rurale où la densité des professionnels est pourtant bien supérieure. »

6.3.8 Répartition des remboursements en assurance maladie obligatoire

Les remboursements des caisses pour le secteur dentaire représentent 2,2 % des dépenses de l'assurance maladie et contribuent très peu à l'augmentation de l'ONDAM.

unité : million de francs

PRESTATIONS EN NATURE	ensemble des régimes 2000	% du total des prestations en nature	variation en % 2000/1999	part de la cnamts en % 2000
honoraires médicaux	78 710	12,7%	4,6	84,5
honoraires dentaires	13 811	2,2%	1,7	86,5
total honoraires secteur privé	92 521	14,9%	4,2	84,8
versements aux états d'hospitalisation	350 370	56,6%	3,4	83,3
Prescriptions	161 367	26,1%	9,9	81,1
autres prestations de santé	14 667	2,4%	9,7	72,2
total prestations en nature	618 925	100,0%	5,3	82,7

source : CNAMTS indicateur statistique 2000/2001

Les remboursements, qui ne représentent que 33 % des dépenses engagées (enveloppe globale) par les assurés, se décomposent ainsi pour l'année 2002 :

Source Cnamts 2002

	% des remboursements	Montants remboursés en Milliards d'euros
Consultations , visites	4,8 %	0,12
Soins conservateurs		
Endo : 25 %	41,7 %	1,04
Autres SC : 75 %		
Soins chirurgicaux	4,0 %	0,10
Prothèse		
Inlay-core : 0,15	34,2 %	0,85
Soins orthodontiques	10,6 %	0,27
Radiographies	4,7 %	0,12
Total		2,5 (soit 16,4 millions de francs)

6.3.9 Taux de Couverture par une complémentaire maladie

Nous reprenons ici les éléments cités par Monsieur Chadelat dans son rapport :

- 86 % de la population (hors CMU) a souscrit un contrat complémentaire.
- 35 % de la population a souscrit un contrat complémentaire d'un niveau qui prend en charge le seul ticket modérateur.
- 39 % de la population a souscrit un contrat complémentaire d'un niveau (moyen à fort en dentaire) qui prend en charge plus que le seul ticket modérateur et en particulier ce type de contrat couvre les assurés qui bénéficient d'exonérations fiscales type art. 83 du CGI ou art.242-1 du CSS ou loi Madelin.

source CREDES ESPS 1998

personnes couvertes par une complémentaire maladie (hors CMU-C)

<i>année</i>	Proportion de personnes couvertes par une complémentaire (en % de la population générale)
1960 (1)	31%
1970 (1)	49%
1980 (1)	69%
1990 (1)	83%
1995 (2)	83%
2000 (2)	86%

tableau réalisé à partir de ECO-santé France 2002 CREDES

(1) source enquête Santé et Soins Médicaux (INSEE, CREDES, INSERM)

(2) source Enquête et Protection Sociale

Les niveaux de couverture sont disparates, il est donc difficile de les regrouper. Chaque contrat groupe ou chaque contrat collectif est souvent adapté à la demande de la population couverte ou de l'entreprise signataire ou au type de l'assureur complémentaire :

Diversification des couvertures complémentaires	faible	moyen en dentaire	fort en optique	fort en dentaire
caractéristiques du contrat moyen :				
*remboursements en dentaire (% du tarif sécu)	49%	170%	155%	473%
*remboursements en optique (en F)	422F	708F	2106F	1809F
Proportion des contrats	35%	30%	26%	9%
proportion de la population couverte	32%	31%	27%	10%

Le tableau suivant donne la répartition des contrats entre les différents assureurs.

Répartition des contrats de couverture complémentaire selon leur mode d'obtention :

type de contrat →	par l'entreprise, obligatoire	par l'entreprise, non obligatoire	initiative de l'assuré	ensemble
organisme ↴				
mutuelle	11%	18%	33%	62%
institution de prévoyance	7%	4%	4%	15%
assurance privée	6%	4%	13%	23%
total des contrats	24%	26%	50%	100%
	50%		50%	100%

source CREDES ESPS 1998

En 2000, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) est de 4 500 000 soit 7,8 % de la population française

En 2002, la population couverte a légèrement augmenté du fait de la modification des conditions d'attributions de la CMU-C . Ainsi 9 % de la population est désormais couverte par un contrat complémentaire CMU-C financé par l'état et par une taxe de 1,75 % sur les sociétés d'assurance.

Les prestations de la CMU-C sont supérieures à la moyenne des prestations existantes dans la plupart des contrats. La valorisation du panier de soins qui détermine le niveau des prestations est supérieure à la pratique courante des prestations complémentaires, mais ne correspond pas aux prix de marché habituels. L'opposabilité des actes du panier de soins dans ce dispositif est un frein à l'accès aux soins.

6.3.10 Situation des assureurs complémentaires

L'assurance complémentaire est **un payeur totalement aveugle**. Les données transmises par l'assurance maladie obligatoire sont si parcimonieuses que l'assurance maladie complémentaire paye, sans savoir à quoi correspondent ces prestations, sans que ces paiements puissent être analysés alors qu'ils représentent entre 35 % et 50 % des montants payés par ces organismes .

Les règles prudentielles de l'assurance induisent l'obligation de la gestion des risques. Cette gestion des risques n'est pas possible en l'état.

La gestion des risques par le payeur principal doit pouvoir être effective (gestion, qualité des soins). Ceci implique un partage de l'information Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire, qui n'existe pas à ce jour.

La situation au regard de cette absence de transmissions de données n'est pas égale entre les assureurs complémentaires. La Mutuelle Générale de l'Education Nationale(MGEN), Mutuelle Générale (MG) ou les Sections Locales Interministérielles (SLI) et d'autres mutuelles disposent en tant que payeurs au premier euro d'un niveau d'informations et de transmissions de données sans commune mesure avec les autres assureurs. Les conclusions du rapport de Monsieur Babusiaux risque donc de complexifier le problème et d'accentuer les inégalités entre les assureurs selon qu'ils ont ou non la délégation de gestion de l'assurance obligatoire.

Les modifications réglementaires, la suppression de l'entente préalable, l'inscription de nouveaux actes, la suppression de certaines prestations ou la modification des taux de prise en charge (voir les récentes implications de la modification des tickets modérateurs en pharmacie) sont des mesures qui influent considérablement sur l'équilibre financier des assureurs complémentaires mais qui sont pris, paradoxalement, sans aucune concertation avec eux.

L'assurance maladie complémentaire a besoin d'être reconnue en tant que pilote principal pour certaines prestations et en tant que co-acteur pour les autres prestations.

L'assurance maladie complémentaire a besoin d'être reconnue en tant que co-acteur dans la gestion de l'assurance santé. Il n'est pas évident qu'elle souhaite être, comme on le pense pour elle, dans une situation de co-gestion ou de co-responsabilité avec l'assurance maladie obligatoire.

6.4 Les propositions de modifications techniques immédiates

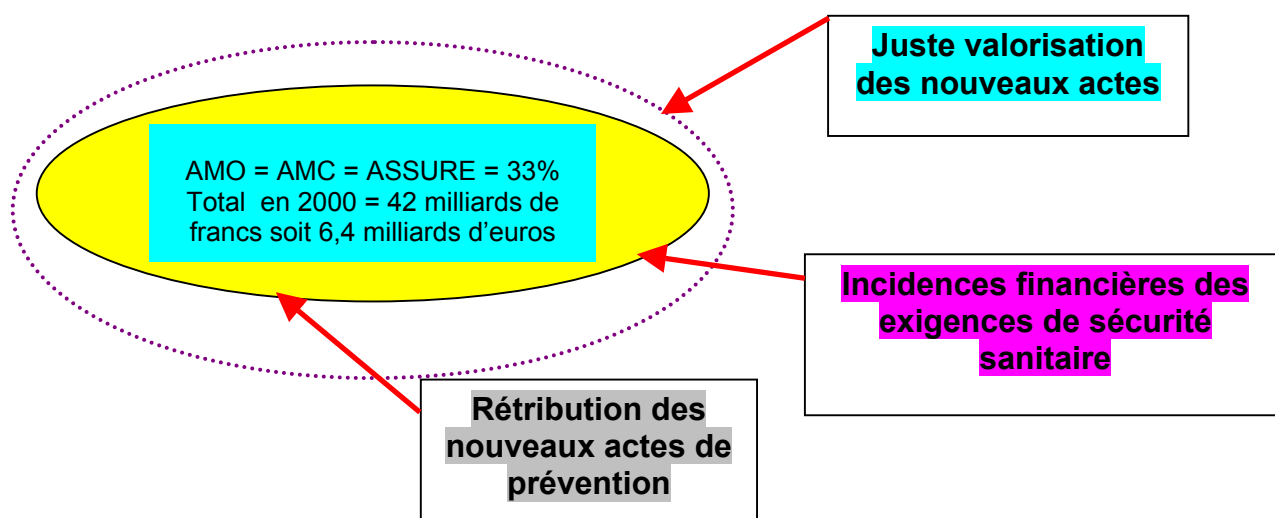
6.4.1 La modification de l'enveloppe globale du dentaire

L'enveloppe globale génère pour les assurés des niveaux de cotisations d'assurances obligatoire et complémentaire et d'impôts qui ne peuvent être dépassés.

L'enveloppe globale génère pour les professionnels un niveau moyen de chiffre d'affaire et donc de revenus semblable au niveau des autres professions médicales. Cette moyenne cache cependant des disparités très importantes de revenus et de chiffres d'affaires.

La modification de l'enveloppe globale ne se justifie pas en dehors de quatre éléments :

- Un léger rattrapage de la perte de pouvoir d'achat due à la non indexation des lettres clés
- La juste revalorisation des actes qui seront inscrits à la NGAP
- L'incidence financière des exigences nouvelles en matière de sécurité sanitaire
- L'incidence financière des participations à une politique de prévention globale



6.4.2 La juste valorisation des soins conservateurs

Les professionnels souhaitent essentiellement la juste valorisation des actes de soins conservateurs, la prise en compte des nouveaux impératifs de la sécurité sanitaire, la juste valorisation des nouveaux actes inscrits à la nomenclature comme les actes de prévention.

Les 34,2 % correspondant à l'actuelle prise en charge des prothèses par l'assurance maladie obligatoire représentent seulement 15 % du coût réel de la prothèse ou, autrement dit, du total des sommes réellement déboursées par l'assuré avant la participation des assureurs complémentaires. La CANAM (Caisse Nationale d'assurance Maladie des professions indépendantes) avance le chiffre de 20 % et la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) donne le chiffre de 30 % en rappelant que les montants payés sont bas car les prix des prothèses sont encadrés par une convention avec les chirurgiens dentistes et que de ce fait le reste à charge des assurés est plus faible.

On peut envisager le transfert des 15% pris en charge par l'AMO en prothèse (montants remboursés + ticket modérateur) vers le secteur des soins conservateurs et chirurgicaux.

	Assurance Maladie Obligatoire	Assurance Maladie Complémentaire (en moyenne et selon les contrats)	PATIENT (en moyenne hors participation des AMO et AMC)
Soins conservateurs + actes en C Dc et Z	70 %	30 %	0 %
Prothèse (ngap)	15 % (20% selon la CANAM)	30 % 5 % au titre du Ticket Modérateur	50 %

transfert

Cette bascule permettra de revaloriser sélectivement certains actes à SMR (Service médical Rendu) très élevé, ou revaloriser des actes d'un panier de soins défini dans une optique de répartition plus solidaire.

Le transfert de la totalité de ces remboursements de prothèse (0,86 milliard d'euros) par l'assurance maladie obligatoire sur les prestations des soins conservateurs et chirurgicaux permettrait de les revaloriser immédiatement de 75 % en faisant passer le montant des prestations de 1,26 milliard d'euros à 2,12 milliards d'euros (chiffrage d'après le tableau source cnamts situé dans le paragraphe 6.1.8 de ce document).

Le tableau suivant donne une approximation de la nouvelle distribution des charges de remboursements sans modifier l'enveloppe globale du dentaire:

	Assurance Maladie Obligatoire	Assurance Maladie Complémentaire (en moyenne et selon les contrats)	PATIENT (en moyenne hors participation des AMO et AMC)
Soins conservateurs + actes en C Dc et Z	70 %	30 %	0 %
	Enveloppe des remboursements des soins augmentée à 2,12 milliards d'euros + 30% au titre du TM		
Prothèse (ngap)	0 %	37,5 % 62,5 % Enveloppe des prothèses diminuée des prestations transférées vers les soins conservateurs (0,86 + 30% de 0,86 milliards d'euros) soit 1,2 milliard d'euros	
Actes HN implants parodontie + une partie de la prothèse....	0 %	25 %	75 %

Ces revalorisations doivent s'accompagner d'obligations de qualité, d'engagements de transparence de la part des professionnels qui doivent être mentionnées dans un cahier des charges très clair et qui pourront faire l'objet d'évaluation. L'actuelle Nomenclature des actes professionnels ne peut jouer ce rôle de cahier des charges et il faudrait ajouter de nombreuses exigences complémentaires au projet de classification commune des actes médicaux.

6.4.3 La baisse des tarifs des prothèses

Cette révision tarifaire des soins conservateurs doit être corrélée à une baisse des prix de prothèse elle aussi proportionnelle d'au moins 20 %.

Le plan stratégique de Gilles JOHANET (ancien directeur de la CNAMTS de 1989 à 1993 et de 1998 à 2002) prévoyait des transferts qui rétablissaient les équilibres entre niveau d'activité et contribution au chiffre d'affaire.

	Soins conservateurs + actes chirurgicaux + actes de radiodiagnostic	Prothèse dentaire
% de l'activité en temps de travail	70 %	30 %
% de la contribution au chiffre d'affaire	70 %	30 %

Le moyen de contrôle de cette baisse concomitante des tarifs des prothèses pourrait être fait par l'établissement d'un tarif local ou loco-régional.

Un Observatoire de l'Odontologie (structure à créer) pourrait être l'organe de coordination. Le prix de marché ainsi déterminé, diminué d'au moins 20 %, deviendrait la base d'intervention des acteurs du système.

La diminution des prix de marchés de la prothèse rapprocherait les prix de marchés nouveaux des prix des tarifs du panier de soins de la complémentaire CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire). L'effort de la collectivité pour améliorer ces tarifs serait alors moindre et deviendrait acceptable. L'accès aux prothèses pour cette population serait plus aisé.

Pour être efficace ce processus doit s'accompagner d'un encadrement strict ou d'une opposabilité des tarifs, ainsi revus à la baisse. L'abandon de la liberté tarifaire des actes prothétiques peut être modulée dans le cadre d'un avenant conventionnel tel que ceux signés dans l'actuelle convention.

6.4.4 Détermination du panier de soins

Selon les professionnels tous les actes inscrits à la Nomenclature Générale des actes professionnels devraient faire partie du panier de soins de base pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Les spécialistes de la parodontologie, qui considèrent à juste titre leurs actes comme essentiels et se trouvent exclus de ce nouveau type de prestations, réclament de les voir mentionnés dans cette même liste.

La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) a créé un précédent avec un panier de soins limité à certains actes. Monsieur CHADELAT prend comme référence de ses propositions le panier de soins de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) .

Ce panier devra être défini par les responsables politiques et professionnels. L'intégration de la notion de service médical rendu contribuera certainement à préciser les valorisations des actes et la part relative qui devra correspondre à la solidarité nationale. Il ne semble pas que les assureurs complémentaires veuillent jouer un rôle dans une décision qui relève de choix stratégiques et politiques.

6.4.4.1 Prise en compte du service médical rendu

Une étude sur le service médical rendu permettra une revalorisation différenciée de ces actes et, sur ce concept, le niveau de prise en charge, pourra être différent. La mise en place de cette notion demande beaucoup de temps et ne pourra qu'accompagner une réforme globale de la nomenclature générale des actes professionnels. Cette réforme semble de plus, pour le dentaire au moins, être repoussée sine die. Il est donc illusoire d'en attendre une réelle évolution dans des délais courts.

L'application de cette notion à l'orthopédie dento-faciale est une excellente illustration de ce qui peut être fait sans délai d'attente et sans surcoût pour la collectivité.

6.4.4.2 L' Orthopédie dento-faciale (ODF)

C'est la seule spécialité de la chirurgie dentaire. Elle a échappé aux récentes modifications réglementaires et les actes restent soumis à entente préalable. Elle est donc isolée de fait du schéma général.

L'ODF (Orthopédie dento-faciale) participe autant au chapitre de la prévention qu'à celui de la maladie. On peut donc concevoir que cette particularité fasse émerger un traitement particulier de cette discipline et introduire une répartition basée sur des principes différents avec une prise en charge, indépendante de la durée du traitement, mais fonction du taux de handicap créé par la dysmorphose.

Les niveaux faibles de handicap relèveraient de la prise en charge individuelle et a contrario les handicaps sévères relèveraient de la solidarité nationale au travers de l'assurance maladie obligatoire. Une étude faite par l'URCAM Bretagne (Union régionale des caisses d'assurance maladie) en 2000 en démontre la faisabilité avec une échelle de 1 à 6 pour ces taux de handicap calculés sur les données objectives de l'analyse céphalométrique.

Cet exemple montre que, sur cette prestation en particulier, des transferts d'un système à un autre sont opérationnels. Il conviendra alors de décider quels sont les degrés de handicap qui relèvent ou non d'une prise en charge et ceux qui relèvent d'une prise en charge au titre de la solidarité nationale

6.4.4.3 Le ticket modérateur

Le ticket modérateur institué en même temps que la Sécurité Sociale est considéré comme « ringard ». Il pourrait tout à fait être remis au goût du jour et retrouver la valeur de motivation pour laquelle il avait été institué comme cela vient d'être proposé dans la réforme de l'assurance maladie allemande. Cette réforme propose, soit une franchise, soit un forfait non remboursable par feuille de soins, par acte ou par boîte de médicament.

Le ticket modérateur avait été pris comme base de prestations minimales par tous les assureurs complémentaires et, de ce fait, a perdu sa motivation première d'incitation à une moindre dépense. Il fait l'objet d'un nombre très élevé de dérogations en particulier au titre de l'ALD (affection de longue durée avec une liste de 30 maladies exonérantes) qui en diminuent considérablement l'impact.

La diminution du ticket modérateur pourrait être reprise pour récompenser les assurés qui participent aux actions de prévention qui leurs sont offertes par les assureurs complémentaires et obligatoires. Ce facteur discriminant positif retrouve le rôle initial de responsabilisation des assurés.

Des moyens de responsabilisation intéressants ont été mis en œuvre par certaines complémentaires et en particulier par le groupe France Mutuelle sous la forme de ticket modérateur cautionné.

6.5 Propositions de modifications structurelles

6.5.1 Trouver une alternative au dispositif dentaire de la CMU-Complémentaire

La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) dont le but est de favoriser l'accès aux soins de toute une frange de la population a peut-être atteint son but en médical, mais en odontologie, il semble que les effets secondaires d'une loi assez généreuse aient abouti à des résultats contraires à ceux qui étaient espérés.

Les soins basiques sont globalement correctement assurés et il y a eu très peu de plaintes pour refus de soins (source : Observatoire de la CMU-C (créé par le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens dentistes). Ce résultat est flatteur et révélateur du sens de l'éthique de nos confrères, mais il ne cache pas le réel problème de l'accès aux prothèses dans la plupart des départements et en particulier en région parisienne comme dans les zones à forte densité de personnes en grande précarité.

Nous proposons comme une alternative crédible la proposition faite par Mr Michel GRIGNON du CREDES (Centre de recherche et d'études en économie de la santé) dans son « étude sur un mécanisme de type APS (Allocation Personnalisée Santé) remplaçant la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire). Ce travail a été réalisé par le CREDES sur demande de la Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles.

La proposition d'APS 2 résout définitivement le problème de l'effet de seuil.

6.5.1.1 Financements de l'APS 1 et 2

Le financement de la proposition de type APS 1 est assurée par les ressources dégagées pour la CMU-C.

Le financement de la proposition de type APS 2 nécessite un financement complémentaire à celui qui existe pour l'APS 1 et qui pourrait provenir du transfert des économies réalisées dans le cadre de mesures telles que celles qui sont prévues dans la réforme de l'assurance maladie allemande de forfait non remboursable par feuille ou par acte.

Le financement de cette APS 2 pourra être obtenu à partir de transferts des financements existants des prestations sociales dédiées aux prestations supplémentaires individuelles dentaires, aux dépassements de l'enveloppe CMU-C, et aux aides à l'acquisition de complémentaires maladies pour les assurés qui quittent le dispositif CMU-C. (source CNAMTS : montant total environ 67 % au titre du dentaire des 87 millions d'euros de la dépense de l'Action Sanitaire et Sociale, exercice 2002).

On pourra apporter à l'enveloppe nécessaire au financement de l'APS 2, les sommes mises, par les conseils généraux, à disposition de l'aide sociale pour l'aide à l'acquisition des complémentaires santé de sortie du dispositif CMU-C. (montant égal à la participation des caisses primaires, soit environ 10 millions d'euros).

La régionalisation des structures qui devraient gérer ce nouveau dispositif permettrait d'envisager une meilleure adaptation des prestations servies au contexte économique régional par la création d'un panier de soins avec une tarification en rapport avec les prix de marché régionaux.

La rigueur de l'analyse, la nouveauté (15 mai 2003) de la proposition et la réponse apportée aux nombreuses remarques et objections qui pesaient sur la CMU-C font que cette étude mérite d'être retenue.

6.5.1.2 Descriptif du dispositif

L'APS (Allocation Personnalisée Santé) est une aide publique à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

La FNIM (Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles) propose de mettre en place une aide dégressive selon le revenu des bénéficiaires qui permettrait de pallier les effets de seuil de l'actuelle CMU et d'étendre de façon considérable le nombre de personnes aidées.

L'objectif de cette aide quantifiée et mesurable, est pour un coût comparable à celui du dispositif CMU de réduire le plus possible le nombre de ménages devant consacrer plus de 5% de leur revenu à l'acquisition d'une complémentaire.

L'aide serait maximale (100 % du prix de la couverture) pour les titulaires du revenu minimum d'insertion, puis décroissante pour les ménages avec un revenu supérieur, jusqu'aux ménages dont le revenu par unité de consommation atteindrait 740 euros. Au-delà, pratiquement aucun ménage n'est plus concerné par le critère des 5 %.

Selon la composition de la famille, pourraient bénéficier d'une aide les ménages ayant jusqu'à un revenu de 1 SMIC (ménages sans enfants) à 2 SMIC (ménages avec 3 enfants de plus de 14 ans).

Au total, les bénéficiaires de cette APS pourraient être 8 à 9 millions (contre 4,5 millions pour la CMU). Le coût de cette aide ne serait supérieur que d'environ 15 % à la somme des coûts de la CMU et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire mise en place par les caisses d'assurance maladie.

Un tel type d'aide offre, selon l'étude du CREDES, des avantages très significatifs par rapport à la CMU, essentiellement en termes d'équité sociale, mais aussi en efficacité économique.

Cette APS ouvre possibilité pour l'assuré de choisir son assureur complémentaire et son niveau de contrat en le payant avec un « voucher ». Des contrats « type » correspondant au panier de soins de la CMU devront être proposés par les assureurs complémentaires.

Les caisses d'allocations familiales disposent de tous les éléments de revenus des bénéficiaires potentiels et ont les moyens informatiques de faire les calculs pour chaque bénéficiaire.

6.5.2 La gestion des risques par l'Assurance Maladie Complémentaire

La gestion des risques par le payeur principal peut être effective (gestion, qualité des soins). Ceci implique un partage de l'information entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire qui n'existe pas à ce jour.

Les règles prudentielles de l'assurance induisent, comme cela a déjà été dit, l'obligation de la gestion des risques.

6.5.2.1 Les propositions en matière de gestion des risques

La mutualité propose de contracter avec le Service Médical de l'assurance maladie pour mettre en œuvre sa politique de gestion des risques. Elle deviendrait un donneur d'ordre et le service médical, un exécutant.

Nombreux sont les assureurs et Institutions de prévoyance qui ont anticipé les éventuelles modifications de relations entre Assurance Maladie Obligatoire et Assurance Maladie Complémentaire, certains créant un service de gestion des risques avec un dentiste conseil et en créant des services médicaux alors que d'autres en sont au stade de la décision.

6.5.2.2 Les propositions en matière de plateformes de santé

Les Assurances Générales de France associés depuis avec un groupe d'assureurs et Institutions de Prévoyance ont mis en place la plateforme de services : Santéclair. La Caisse Nationale de Prévoyance a créé Carré bleu, et d'autres structures ont vu le jour, Itélis par exemple. Ces plateformes sont indépendantes de leurs maisons-mères et sont des interfaces médicalisées qui sont utilisées, pour une ébauche de gestion des risques, pour la création et l'animation de réseaux de praticiens dédiés, pour donner des informations médicalisées aux assurés en particulier sur leurs devis dentaires et optiques.

Ces structures ont permis notamment aux assureurs de sortir d'une situation de payeurs totalement aveugles, mais ne permettent pas à leurs créateurs d'atteindre les objectifs fixés en matière de régulation des dépenses et gestion des risques.

Elles pourront constituer les interfaces nécessaires pour la transmission des données médicales comme prévues dans le rapport Babusiaux.

6.5.3 La capacité de régulation des contrats complémentaires collectifs obligatoires

Les contrats collectifs obligatoires qui s'adressent à une partie importante de la population sont considérés par leurs promoteurs comme des moyens de régulation des dépenses et responsabilisent les assurés. Des décisions sont prises sur le niveau des prestations ou sur la liste des actes objets du contrat pour l'année à venir. Ces décisions nécessairement régulatrices des dépenses font des assurés des responsables du niveau de cotisation et du type d'actes couverts.

L'application des capacités de motivation des contrats collectifs obligatoires peuvent être déclinées pour la prise en charge de la nouvelle Allocation Personnalisée Santé (APS). La structuration régionale des grands groupes mutualistes, des Institutions de Prévoyance et mêmes des assureurs permettra de traiter régionalement cette Allocation Personnalisée Santé.

6.5.4 La transmission des données médicales aux complémentaires

La modification de statut qu'implique la notion de co-acteur de l'assurance maladie, qui semble s'imposer, permet d'envisager la transmission des données différemment. « Cette évolution profonde du rôle des organismes complémentaires permettrait l'adoption au profit des assureurs complémentaires d'une loi analogue à l'article 61-29 du code de la Sécurité sociale, sans risque d'inconstitutionnalité ». *Rapport babusiaux*, Il faut ajouter à cela la condition suivante **sous réserve que la directive européenne de 1995 ne soit pas amendée de manière négative par rapport au champ des assureurs facultatifs.**

L'exemple des sections mutualistes gérant l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire de leurs assurés, au sein d'une même structure, contribue à valider cette proposition.

Le consentement de l'assuré pourra être recueilli par l'assureur à la signature du contrat ou par le professionnel de santé préalablement à toute télétransmission de données.

6.5.5 Le codage des actes ne peut plus être différé

La NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) ne peut répondre à cette nécessité car les actes décrits ne couvrent pas tout le champ de l'odontologie.

La mise en place de la CCAM (classification commune des actes médicaux) tarde. La notion de nomenclature tarifiante, sur laquelle bloque la négociation entre la caisse nationale d'assurance maladie et les professionnels, n'est pas un impératif absolu pour ce codage.

Les assureurs obligatoires et complémentaires ont besoin, pour échanger, des informations, des données médicales, pour faire de la gestion des risques d'un langage commun.

Ce langage commun « codant » garantirait la confidentialité des données médicales dans les interventions des centres de liquidation de tous les assureurs obligatoires et complémentaires.

6.5.6 Modification des structures conventionnelles

Cette nouvelle répartition des responsabilités implique une conception différente des conventions nationales dans lesquelles tous les acteurs doivent être représentés et principalement les assurés (consommateurs).

Le consensus existe sur la future place de l'assurance complémentaire dans les instances conventionnelles.

Le niveau conventionnel national quadripartite, les taux de représentation à l'intérieur de chaque ensemble restent à définir mais les acteurs sont connus.

AMO	AMC	Professionnels	Consommateurs
CNAMTS CCMSA CANAM	FFSA FNMF CTIP GEMA	SYNDICATS REPRESENTATIFS	Avec voix consultative

Le niveau conventionnel régional sera tripartite et aura pour mission la mise en œuvre de la politique de santé

AMO	AMC	Professionnels
CNAMTS CCMSA CANAM	FFSA FNMF CTIP GEMA	SYNDICATS REPRESENTATIFS

6.6 Propositions politiques des différents acteurs

Les différentes propositions et principes qui seront exposés ci-dessous relèvent des mêmes constats et reprennent souvent les mêmes moyens mais avec des stratégies différentes .

L'analyse de l'existant a le mérite de la clarification des situations respectives : les payeurs principaux sont clairement identifiés. Les propositions politiques peuvent être diamétralement opposées. Néanmoins les termes de responsabilisation des assurés, d'encadrement des dépenses et de santé publique sont communs à tous les acteurs.

6.6.1 Les propositions des assureurs

La proposition de la FFSA (la Fédération Française des Sociétés d'Assurance) de prise en charge du dentaire au premier Euro par les complémentaires santé a été présentée à la presse en juin par son président . C'est la seule proposition qui désengagerait totalement l'état de la gestion et de la responsabilité d'une partie de l'assurance maladie. Cette proposition s'appuie sur des engagements de santé publique.

Nous reprenons dans ce rapport un document réalisé par un groupe de travail réunissant des représentants d'entreprises d'assurance. Ce groupe nous a fait parvenir un mémo complet sur leur projet de prise en charge des pathologies dentaires dont nous trouverons ci-après le résumé. Le mémo complet sera référencé dans la bibliographie de ce rapport et disponible pour les lecteurs qui nous en feront la demande.

« Projet de prise en charge des pathologies dentaires »
Réflexions de quelques représentants d'entreprises d'assurance

Le contexte

Le constat unanimement partagé est que :

- Le mode de financement actuel favorise la pratique prothétique au détriment de la prévention et des soins précoces, ce qui est en contradiction avec l'état de l'art, préjudiciable pour les patients et nuit à l'optimisation des dépenses de santé ;
- le déficit de la branche maladie ne permet pas d'envisager une revalorisation conséquente des soins, besoin fondamental pour réussir le pari de la réduction du reste à charge ;
- les plus défavorisés doivent être aidés pour acquérir un contrat d'assurance santé qui couvre les soins dentaires, le taux de consommation de soins dentaires et la dépense par personne et par an étant fonction de la détention ou non d'une complémentaire santé et de la condition socio-économique des ménages.

Les assureurs considèrent que ces données doivent inciter à l'introduction de nouveaux modes de régulation du domaine bucco-dentaire. Ils proposent de les mettre en œuvre en assurant cette couverture à travers des modalités d'application de gestion au premier euro qui répondent à la fois à des objectifs de santé publique et à une économie pour les régimes obligatoires.

Pour que cette nouvelle forme de gestion soit efficace, elle doit reposer sur deux grands principes :

- 1- Les assureurs complémentaires sont maîtres de la gestion du risque et ont accès aux informations à caractère médical nécessaires à la réalisation de cet objectif, dans le respect des règles de confidentialité.
- 2- L'intégralité de l'enveloppe financière allouée au domaine bucco-dentaire est contrôlée par l'assurance complémentaire, de façon à pouvoir réaliser les transferts entre prothèses et soins au bénéfice de ces derniers et ainsi promouvoir à la fois le dépistage, la prévention et les soins précoces.

Les principes auxquels nous sommes attachés

Le projet des assureurs vise à :

- Stabiliser puis améliorer l'état bucco-dentaire de la population : il s'agit notamment de favoriser la prévention et les soins précoces,
- Revaloriser le rôle des praticiens : les professionnels doivent pouvoir choisir le profil d'exercice de leur art.
- Responsabiliser l'assuré. C'est à lui de gérer son risque : il choisit son niveau de couverture, tout comme il doit pouvoir choisir librement son praticien,
- Alléger le déficit de l'assurance maladie : 2,6 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance maladie en 2002 au titre des soins bucco-dentaires.
- Réduire le reste à charge des ménages

Pour garantir aux assurés un état bucco-dentaire satisfaisant à tous les âges de la vie, les assureurs proposent de changer profondément les modalités de prise en charge des soins et actes dentaires par la définition en commun d'objectifs de santé publique, concrétisés par des indices aisément mesurables : indice CAO, coefficient masticatoire, indice CPITN et esthétique. Le croisement de ces indices permet de définir les priorités de santé publique en fonction de l'état bucco-dentaire de la population.

Ces objectifs constitueraient le cahier des charges des entreprises d'assurance qui devraient intégrer dans leurs contrats des garanties librement définies, mais permettant d'atteindre les objectifs définis par l'Etat (au niveau national ou, plutôt au niveau régional pour remédier aux fortes disparités géographiques). **Les garanties répondant au cahier des charges sont accessibles sans sélection médicale des assurés.** Si les objectifs ne sont pas atteints, il faut un examen des causes du mauvais résultat (actions de l'assureurs inadaptées ou insuffisantes, pratiques professionnelles inadaptées, négligence des patients ...) et des mesures visant à y remédier.

Dans ce système, l'accent est mis sur :

- La liberté de choix de ses garanties par l'assuré (qui a la certitude que son contrat s'inscrit dans le cahier des charges défini par l'Etat),
- La libre définition des actions prioritaires par les entreprises d'assurance (dans le cadre des priorités définies par le cahier des charges),
- La liberté tarifaire des chirurgiens-dentistes (définie dans le cadre des partenariats mis en place avec les entreprises d'assurance de son choix).

L'organisation

■ Le cadre général :

Le projet repose sur un basculement de la prise en charge des soins dentaires de l'AMO vers l'AMC **pour tous les assurés**, afin de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire sans transfert de ses recettes. Le contrat est donc financé par l'assuré, une partie du supplément de coût étant neutralisée par l'amélioration de la situation bucco-dentaire de la population par la prévention et les nouveaux modes de rémunération des chirurgiens-dentistes. L'assuré pourrait être aidé par l'Etat lorsque ses revenus sont inférieurs à un certain montant, de façon à répondre à l'enjeu de solidarité nationale.

En assurant une mission de santé publique, les assureurs santé doivent pouvoir accéder aux informations nécessaires à l'exercice plein et entier de cette mission. Il importe donc que les dispositions législatives propres à autoriser cet accès (dans les conditions légales de confidentialité et de respect des libertés individuelles) soient prises.

■ La mise en oeuvre :

La phase initiale, estimée à 5 ans, sera consacrée à la mesure de l'état bucco-dentaire de la population, très mal connue aujourd'hui. Pendant cette période, le cahier des charges devra distinguer entre :

- les adultes, pour lesquels sera pris en charge un panier de soins axé sur la prévention et les soins conservateurs (sauf endodontie) avec des niveaux de prise en charge déclinés par tranches d'âges ;
- les enfants, pour lesquels pourront être définis des objectifs de santé publique puisqu'il existe déjà le suivi de l'indice CAO.

Dès que ce premier bilan aura été établi, pourront également être définis pour les adultes des objectifs visant dans un premier temps à stabiliser l'état bucco-dentaire de la population, puis dans un second temps, à l'améliorer.

L'appréciation des résultats se fera par un organisme indépendant à partir des critères objectifs et aisés à contrôler.

6.6.2 Propositions de la Mutualité

Le mémo complet qui nous a été adressé par Monsieur Jean Louis Bancel, Directeur Général de la mutualité Française, sera repris dans la bibliographie de ce rapport et disponible pour les lecteurs qui nous en feront la demande. Ce mémo explicite les propositions de la Mutualité concernant le secteur bucco-dentaire

La Mutualité intervient dans le secteur bucco-dentaire :

- en tant que payeur complémentaire des dépenses de l'assurance maladie
- en tant qu'offreurs de soins, dans les centres de santé dentaires (220 centres et 500 fauteuils) où travaillent quotidiennement 1 000 chirurgiens dentistes et 900 assistantes dentaires.

Lors de son congrès de Toulouse, la Mutualité a proposé "25 mesures pour rénover le système de santé". Les mesures suivantes concernent le secteur bucco-dentaire :

En tenant compte des débats des conférences de santé, définir des priorités de santé quinquennales, votées par le Parlement, traduites par les acteurs régionaux en stratégies d'actions et évaluées en terme de réduction des inégalités de santé

Créer une Haute Autorité en Santé indépendante, chargée de déterminer l'utilité des différentes interventions préventives, curatives ou de compensation.

Laisser le soin à l'assurance maladie obligatoire et aux mutuelles, après concertation, de fixer leurs prestations respectives, dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité en Santé et des priorités nationales en santé.

Instaurer un crédit d'impôt égal, quels que soient les niveaux de revenus, pour faciliter l'accès de tous aux garanties mutualistes solidaires et viagères respectant les engagements conventionnels avec les professionnels de santé.

Ce mécanisme permettra d'harmoniser les incitations pour tous les types de contrats, individuels ou collectifs, en les conditionnant au respect des mêmes contreparties.

Créer une Union nationale des caisses d'assurance maladie pour concrétiser l'universalité de l'assurance maladie et mettre en oeuvre un dispositif commun de gestion du risque ; elle est responsable du respect de l'engagement annuel des dépenses.

Donner à une Instance représentative des mutuelles la responsabilité, en relation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la contractualisation avec les professionnels de santé ; constituée sur le modèle du Conseil Supérieur de la Mutualité issu d'une élection, elle est garante du respect des engagements des mutuelles proposant des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt.

Créer une Instance représentative des professionnels de santé, chargée de la négociation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Instance représentative des mutuelles ; garante du respect des engagements individuels, elle est également chargée de la régulation touchant tant aux pratiques qu'aux conditions d'installation sur l'ensemble du territoire.

Mettre en place un partenariat entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Instance représentative des mutuelles, notamment dans le cadre de leurs négociations avec l'Instance représentative des professionnels de santé sur les différentes formes de rémunération, la permanence et la qualité des soins ?

Unifier les services médicaux des régimes d'assurance maladie et les transformer en un service commun d'audit, de conseil et d'évaluation à la disposition de tous les acteurs.

Donner aux médecins généralistes les conditions d'exercice leur permettant de prendre en charge la quasi-totalité des soins de premiers recours en encourageant les pratiques coordonnées (réseaux généralistes de santé et de proximité, formes d'exercice coopératives et multi-professionnelles dans le cadre de l'exercice libéral, maisons médicales, maisons de santé, centres de santé ?) favorisant l'abandon des pratiques isolées.

Mettre en oeuvre une politique de santé publique dentaire responsabilisant professionnels de santé et usagers, favorisant la prévention et les soins conservateurs dans le cadre d'une nomenclature totalement rénovée et d'une implication conséquente de l'assurance maladie obligatoire.

Instaurer une recertification périodique des professionnels de santé et rendre effective l'obligation de Formation Médicale Continue par une transparence de l'information sur les compétences et les formations suivies.

Optimiser l'exploitation des plateaux médico-techniques lourds en partageant leur utilisation et leur coût, d'une part entre les différentes structures ambulatoires, d'autre part entre les structures ambulatoires et les établissements hospitaliers.

6.6.3 L'exemple de la réforme de l'assurance maladie allemande

Il apparaît que le projet de transférer la totalité de la prothèse dentaire aux assureurs complémentaires allemands lève pour notre pays un tabou résidant dans notre incapacité à séparer la gestion des risques des différentes parties du dentaire et à les confier indépendamment à des prestataires différents.

Cette hypothèse rejoint une réalité française : depuis longtemps le désengagement de l'Etat a donné aux complémentaires, clairement identifiées comme le payeur principal, la responsabilité de solvabiliser les assurés pour acquérir des prothèses dentaires.

Le geste politique de transfert effectué par les allemands n'est plus à faire dans notre pays et le partage des financements des prothèses est acquis depuis longtemps aux seuls assureurs complémentaires. Il ne reste plus qu'à confier à ces complémentaires la responsabilité de la gestion en en faisant des co-acteurs.

Le « feuilletage » ainsi proposé de séparation de la prothèse du reste des soins est souvent qualifié d'oblique. D'autres propositions suggèrent un feuilletage horizontal ou vertical isolant certains âges ou certaines catégories de prestations, en particulier la tranche d'âge des moins de 20 ans dont la responsabilité au 1^{er} euro pourrait rester à l'assurance obligatoire. Le curseur peut effectivement être déplacé pour scinder le panier de soins en fonction de critères sociaux ou de niveaux d'expression de la solidarité nationale.

La solution de la FFSA n'est qu'une façon de déplacer totalement le curseur horizontal et vertical en laissant la plus grande partie du risque aux seuls assureurs complémentaires. Elle implique cependant, si elle est retenue, une phase d'explication, de communication et d'appropriation de ce concept par tous les acteurs qui n'a pas été faite à ce jour.

Le transfert de responsabilité pour les seules prothèses nécessitera elle aussi, si elle retenue, une phase d'appropriation par les acteurs.

Le pragmatisme des différents financeurs et des représentants des professionnels facilitera l'adaptation de tous à ces nouvelles données, quelle que soit la solution retenue. Les tables rondes organisées dans le cadre de cette mission, avec les représentants de tous ces acteurs, ont ouvert la voix à une large concertation, chacun d'eux préservant son identité.

6.7 Financements

6.7.1 L'enveloppe globale

Cette enveloppe n'a pas vocation à évoluer d'une façon importante. Elle doit néanmoins tenir compte de la non indexation des lettres clés de l'impact des nouvelles obligations de sécurité sanitaire (matériels, audit, certification), de la juste valorisation de nouveaux actes inscrits à la Nomenclature.

L'abondement de cette enveloppe globale n'est pas forcément imputable à la seule Assurance Maladie Obligatoire sur le risque et dans le cadre de l'ONDAM. En effet, la prévention, comme la certification, peuvent faire l'objet de participations financières importantes des Complémentaires. Les mécanismes conventionnels peuvent intervenir sur ces financements.

Il ne faut pas nier la capacité et le libre choix de l'assuré qui peut l'amener à modifier sa participation à la prise en charge de ses besoins de santé en en couvrant une partie plus importante par une assurance complémentaire « supplémentaire ».

6.7.2 Intégration du concept d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé

La création d'une AMCB (Assurance Maladie Complémentaire de Base) telle que décrite par le rapport de Monsieur Chadelat peut parfaitement convenir dans les propositions des différents acteurs. Il a réaffirmé que pour garantir un égal accès aux soins il fallait solvabiliser la demande. Il a aussi précisé qu'il fallait responsabiliser les demandeurs. La Couverture maladie universelle n'avait pas d'autre but.

41 % de la population a souscrit des contrats complémentaires de niveau 2 (entre moyens et forts en dentaire) en particulier les assurés qui bénéficient d'exonérations fiscales type art. 83 ou art.241 ou loi Madelin.

Il faut faire la promotion de ces dispositifs (articles 83, etc) dans les entreprises qui ne les ont pas encore intégrés. Cette incitation permettrait de couvrir un pourcentage plus important de la population en Assurance complémentaire de niveau 2.

9 % de la population est couverte par un contrat complémentaire CMU-C déjà financé et dont nous l'avons vu les prestations pourraient être améliorées dans le nouveau dispositif.

Les bénéficiaires d'un contrat prenant en charge le seul ticket modérateur(30% de la population) ont aussi des difficultés pour accéder aux soins prothétiques si mal remboursés.

Le problème majeur reste posé par les 3 à 5 % de la population qui ne sont pas intégrés au monde du travail pour bénéficier des avantages liés aux entreprises ou ne sont ni assez pauvres pour bénéficier des avantages des personnes en situation d'exclusion. Ce sont les victimes de l'effet de seuil.

6.7.3 Financement d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé

Le dossier du financement de l'AMCB (Assurance Maladie Complémentaire de Base) a été mal vécu par de nombreux acteurs lors de la parution du rapport de Monsieur Chadelat.

La préservation des mécanismes d'exonérations fiscales type art. 83 ou art. 241 ou loi Madelin garantit, à un pourcentage important de la population, un accès satisfaisant à une complémentaire de bon niveau. Faisons la promotion de ce dispositif d'exonération fiscale dans les secteurs où il peut encore se développer. Ces mécanismes ne sont pas incompatibles avec la mise en jeu de la solidarité pour l'APS (allocation personnalisée santé).

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire de type APS 2 (allocation personnalisée santé) peut être, pour éviter la création d'un nouvel effet de seuil et comme cela été prévu dans le rapport de Monsieur Chadelat, modulée en fonction des revenus, et de l'âge.

La réintégration des bénéficiaires du dispositif Couverture Maladie Universelle Complémentaire dans le secteur concurrentiel ne manquera pas de diminuer les coûts des contrats proposés.

Il restera toujours des inconditionnels de l'auto-assurance qui ne souhaiteront bénéficier d'aucun contrat complémentaire. Une frange marginale et incontrôlable de la population pourrait rester, comme c'est déjà le cas, malgré tout en dehors de tous les dispositifs.

Le Voucher proposé pour l'APS (allocation personnalisée santé) répond à toutes demandes déjà exprimées sous la forme d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Cette APS2 (allocation personnalisée santé) recevrait alors un accueil favorable de tous les assureurs complémentaires, elle permettrait de laisser jouer la concurrence tarifaire entre les Assureurs Complémentaires pour un panier de soins clairement identifié et validé.

6.7.4 Suggestions sur les gisements de financements d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé

Les Caisses d'assurance maladie obligatoire disposent d'une enveloppe dédiée à l'action sanitaire et sociale. Une partie de ces sommes est affectée au médical par des subventions aux associations, des aides ponctuelles aux assurés, des prestations supplémentaires souvent de caractère exclusivement social .

La mise en place d'une APS (allocation personnalisée santé) généralisée permettrait de mobiliser ces sommes à l'abondement exclusif des allocations personnalisées santé. Les montants ainsi redéployés permettraient de répondre à une grande partie des besoins financiers nécessaires.

Ce fonds d'action sanitaire et sociale prend en charge depuis 2001 les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire équivalente pour les bénéficiaires sortant du dispositif CMU. Les conseils généraux participent ces dispositifs.

Ce fonds sert déjà à prendre en charge dans les caisses primaires les dépassements de l'allocation faite au titre de la CMU-C.

La création d'une APS de type 2 nécessitera le transfert de ces prestations sur le nouveau dispositif.

6.7.5 Incidences sur la solvabilisation des assurés donc sur l'accès aux soins

La solvabilisation des assurés par un dispositif d'acquisition d'une assurance complémentaire (AMCB, APS avec ou sans avantage fiscal) et la répartition différente des prestations par revalorisation des soins conservateurs auront un effet positif sur la gestion de tous les cabinets et en particulier sur les centres de soins dentaires mutualistes qui traditionnellement soignent une grande partie de la population défavorisée et, qui de plus, avaient auparavant une politique de prix de prothèse modérée.

Les mêmes effets seront obtenus dans les cabinets situés dans les zones sensibles périurbaines ou rurales ou dans les régions à faible niveau de vie.

Cette proposition sera un facteur incitatif au redéploiement géographique des nouveaux praticiens.

On peut s'interroger sur l'alignement des prestations sur le panier de soins de la CMU-C. Cet alignement ne manquera pas de créer un effet inflationniste et augmentera les difficultés pour solvabiliser la totalité de la population.

Ebauche d'une évaluation des propositions de ce rapport

Les propositions ont été faites sur la base de consensus souvent très larges qui réunissent les professionnels et les assureurs dans leurs diversités.

Dans les pages de ce rapport sur l'odontologie, nous retrouvons des propositions qui répondent aux critères cités dans le rapport de Monsieur Alain Coulomb sur la médicalisation de l'ONDAM.

Nos propositions font jouer les trois leviers susceptibles d'influer favorablement sur les dépenses avec comme, il le suggère, des actions correctrices et des actions d'accompagnement.

Nous proposons, pour l'organisation des soins, des « actions correctrices » : l'intégration de l'odontologie dans les SROS et la coordination des soins ville-hopital et « des actions d'accompagnement » : optimisation du système d'information par le développement du codage des actes et le partage de l'information, actions sur la démographie médicale, la réorganisation de la formation médicale continue.

Nous proposons, pour la responsabilisation, des acteurs des « actions correctrices » : le développement des campagnes de prévention primaire, la lutte contre les infections nosocomiales, l'encadrement de certains actes et des « actions d'accompagnement » : les procédures d'audit et de certification des cabinets, les modalités de fixation des tarifs, les campagnes de sensibilisation des acteurs de santé, les processus vertueux des dispositions conventionnelles, des propositions nouvelles de remboursement et la couverture sociale.

Nous proposons, pour l'évaluation des pratiques, des « actions correctrices » : la promotion des recommandations pour la pratique clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles et des « actions d'accompagnement » : la participation à l'action coordonnée des agences nationales, une organisation des régimes d'assurance maladie.

Nous avons, autant que possible, veillé à ne pas alourdir la participation financière des assureurs obligatoires et complémentaires pas plus que celle des assurés. Les propositions de ce rapport peuvent cependant être génératrices de dépenses supplémentaires qui seront employées à bon escient. Il faut ici rappeler que ces mesures ne sont qu'un rattrapage du désengagement progressif de l'état de ce secteur.

Depuis des années la mutualité, les assureurs complémentaires et les Institutions de prévoyance qui se sont rangés aux critères de non sélection des risques, ont pallié les déficiences du régime de sécurité sociale, en particulier dans le secteur de l'odontologie.

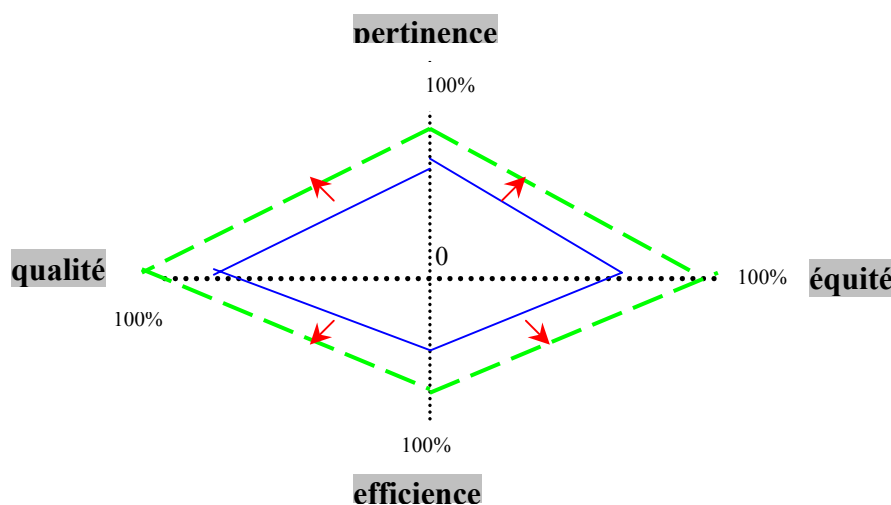
Le possible transfert vers l'assurance complémentaire de certaines responsabilités qui incombaient à la solidarité nationale, mais dont les régimes obligatoires n'ont jamais pu assumer la charge, ne déroge en rien aux principes fondateurs de la sécurité sociale.

Les propositions techniques de ce rapport ont une tendance à améliorer les axes de pertinence, de qualité, d'efficacité retenus pour l'évaluation d'une politique de santé par l'OMS.

Les propositions structurelles sont fortement orientées, par la proposition d'Allocation Personnalisée Santé, vers une plus grande équité.

Les propositions politiques de redistribution des rôles respectifs des différents assureurs obligatoires et complémentaires sont toutes basées sur un souci affiché de santé publique.

Le schéma suivant résume l'impact de nos propositions sur l'évaluation de la politique de santé.



La charge de ces propositions n'incombera pas aux seuls régimes obligatoires, mais sera supportée aussi par les différents régimes complémentaires et les chirurgiens dentistes par un fort investissement dans les politiques de prévention, de sécurité sanitaire et de qualité des soins, et ce, quelles que soient les solutions politiques de transferts entre les assurances obligatoires et complémentaires qui seront choisies.

Conclusions

Au mieux, en cinq mois, nous aurons réussi à faire des constats et à formuler les questions que se pose la profession depuis des années.

Nous pouvons cependant regretter de ne pas avoir su motiver les associations de consommateurs, dont la participation aurait pu nous aider préciser les besoins des patients.

Toutes ces propositions constituent des pistes, des portes, que la mission que nous a confiée le Professeur MATTEI, a permis d'entrouvrir.

La réflexion est tout juste ébauchée et de nombreux points, même s'ils ont fait l'objet de consensus de tous les acteurs, demandent à être retravaillés et formalisés.

Il convient aussi de déterminer le calendrier de la mise en œuvre de ces propositions.

Leur suivi pourra faire l'objet des travaux d'un Observatoire de l'Odontologie réclamé par beaucoup.

Nous remercions les très nombreuses personnalités, que nous avons rencontrées pendant le déroulement de cette mission, pour leur convivialité et leur volonté de nous aider à faire aboutir la réforme attendue de l'odontologie.

Nous remercions le Professeur MATTEI de la confiance qu'il nous a témoignée en nous confiant ce rapport.

Annexe 1 : Liste des personnalités rencontrées dans le cadre de ce rapport

Nom de l'organisme	Sigle	Personnalités
Association Dentaire Française	ADF	Docteur Patrick Hescot
Assurances Générales de France	AGF	Monsieur Gilles Johanet
Association Française pour le management et l'Amélioration de la Qualité	AFAQ	Monsieur Patrick Paris
Association Française pour la certification Qualité en Dentisterie	AFCQED	Docteur Laurent Allouche
Association Française de Normalisation	AFNOR	Docteur Philippe Calfon
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	AFSSAPS	Monsieur Philippe Duneton Monsieur Ghislain Jean Claude
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé	ANAES	Monsieur Alain Coulomb Madame Caroline Latapy
Société française des acteurs de santé Publique Bucco-Dentaire	ASPBD	Professeur Françoise Roth Docteur Jacques Espié Docteur Fabien Cohen Docteur Philippe Hugues
AXA	AXA	Docteur Olivier Le May
Caisse Nationale d'assurance Maladie des professions indépendantes	CANAM	Monsieur Daniel Postel-Vinay Docteur Caroline Heus-Bernin Monsieur Guy Dauchicourt
Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes	CARCHIDENT	Docteur Guy Morel
Caisse Centrale de la mutualité sociale Agricole	CCMSA	Monsieur André Ricard Docteur Alain Corvez Docteur Brigitte Duboc
Caisse Nationale d'assurance Maladie des travailleurs salariés	CNAMTS	Monsieur Jean-Marie Spaeth Professeur Hubert Allemand Docteur Philippe Gérard Docteur Marie-Françoise Chamodot
Conférence Nationale des chefs de service des UFR odontologie	CNCS	Professeur Jean Marie Vulcain
Conférence Nationale des Doyens des UFR odontologie	CNDO	Professeur Henry Hamel Professeur Jacques Doury
Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes	CNO	Docteur André Robert Docteur Pierre-Yves Mahé Docteur Robert Regard Docteur André Micoulleau Docteur André Couzinou
Caisse Nationale de Prévoyance Carrés bleus	CNP	Docteur Alain Demourgues Docteur Jean Buget
Confédération Nationale des Syndicats Dentaires	CNSD	Docteur Jacques Reignault Docteur Jean-Michel Seret Docteur Nicole Chambéraud Docteur Jean-Claude Michel
Commission Pédagogique Nationale des Etudes Odontologiques	CPNEO	Professeur Jean-Marie Vulcain
Centre de recherche et d'études en économie de la santé	CREDES	Monsieur Michel Grignon
Conseil Régional de l'Ordre des C.D. Poitou-Charente	CRNCO	Docteur Jean-Patrick Robert
Conseil Scientifique de l'Internat en Odontologie	CSIO	Professeur Jean-Philippe Lodter
Centre Technique des Institutions de Prévoyance	CTIP	Monsieur Jean-Louis Faure Madame Anne-Lise Ollivier
Association de défense des consommateurs de soins et prothèses dentaires	DCSPDS	Monsieur Dubois

Direction Générale de la Santé	DGS	Professeur William Dab Professeur Lucien Abenhaïm Monsieur Eric Waisbord Docteur Mireille Fontaine Madame Thanh Le Luong Docteur Sylvie Renard-Dubois Monsieur Jean-Marc Braichet
Direction de l'Hospitalisation et de l'offre des soins	DHOS	Monsieur Edouard Couty Monsieur Evrard-Mercier Madame Isabelle Venencié
Direction de la Sécurité Sociale	DSS	Monsieur Dominique Libault Monsieur Mathieu Cheula Monsieur Guy Daylies Madame Laure Farnoux
Fédération française des sociétés d'assurance	FFSA	Monsieur Alain Rouché
Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles	FNIM	Monsieur Gilles Marchandon Monsieur Grégoire Dupont
Fédération Nationale de la Mutualité Française	FNMF	Monsieur Etienne Caniard Madame Christine Meyer Docteur Hervé Denieul
Fédération Nationale des Dentistes Libéraux	FSDL	Docteur Armand Sefdedfjian Docteur David Elbaz Docteur Jacques Le Bourhis
Generali	Generali	Docteur Michel Charton
Garantie Médicale et Chirurgicale	GMC	Monsieur Gilles Ascencio-Parvy
Groupe de travail des Professeurs des Universités sur le thème de la prévention	Groupe de Travail	Professeur Denis Bourgeois Professeur Georges Dornigac Professeur Alain Jean Professeur Jean-Philippe Lodter Professeur Gilbert de Mello Professeur Jean-Paul Rocca
Santé et Citoyenneté	Groupe de Travail	Association d'acteurs de l'assurance complémentaire
Groupe France Mutuelle	GFM	Monsieur Jacques Garot
Groupe MALAKOFF	Malakoff	Monsieur Jean-Louis Blanchot
Mederic	Médéric	Docteur Marcel Garnier
Mutuelle Générale de l'Education Nationale	MGEN	Monsieur Jean-Michel Laxalt Monsieur Jean-Michel Pinet
Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé	Mission ministérielle	Professeur Yves Matillon Madame Dominique Le Boeuf
Cabinet du Ministre de la santé	Ministère de la Santé	Docteur Alexandra Fourcade Monsieur Serge MILANO
Mutuelle du Mans Assurances	MMA	Monsieur Jean François Pluchet
Office National de formation odontologique continue 86	ONFOC	Docteur Thierry Lejeune
Ambassade d'Allemagne en France	RFA Ambassade	Monsieur Lutz-Rüdiger Vogt
Bertelsmann Schiftung	RFA Presse	Madame Sophia Schlette
Syndicat Autonome des Enseignants en Odontologie	SAEO	Docteur François Unger Docteur Rignon-Bret
Santéclair	Santéclair	Madame Marianne Binst Docteur Philippe Pirnay

Syndicats des Femmes Chirurgiens Dentistes	SFCD	Docteur Marie Graindorge Docteur Marie-Cécile Régnault Docteur Agnès Sandeau Docteur Maryse Garcia
Société française d'Implantologie	SFI	Docteur Lionel Dénes
Syndicat Francophone de Médecine buccale et Chirurgie buccale	SFMBCB	Docteur Gilbert de Mello
Société française de parodontologie d'Implantologie orale	SFPIO	Docteur Philippe Lemaitre
SGS-ICS	SGS-ICS	Monsieur Philippe Fusiller Monsieur Stéphane Langlois
Syndicats National des Chirurgiens Dentistes des Centres de Santé	SNCDDS	Docteur Fabien Cohen Docteur Philippe Hugues
Syndicat national des odontologistes exclusifs en chirurgie buccale	SNOECD	Docteur Guy Le Toux
Syndicat National des Odontologistes des hôpitaux Publics	SNOHP	Docteur Christian Delestan Docteur Eric Gérard Docteur Daniel Perrin
Service d'Odontologie de L'hôpital du Vinatier LYON	SO Lyon	Docteur Eric Nicolas Bory
Société Odontologique de Paris	SOP	Docteur Meyer Fitoussi
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire	UFSBD	Docteur Patrick Hescot Docteur Georges Etienne Docteur Philippe Maisonneuve
Union des Jeunes Chirurgiens dentistes	UJCD	Docteur Jacques Deniaud Docteur Jacques Levoyer Docteur Jean-Denis Roche Docteur Jean-Marc Preynat Docteur Ollivier Nedellec
Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire	UNECD	Mademoiselle Bénédicte Maignan

Bibliographie

Documents

Actes des 1^{ère} (2001) et 2^{ème} (2002) journées de santé Publique Dentaire, *Quelle santé publique, pour quel système de santé ?* juillet 2003

ADF, *La qualité au cabinet dentaire volume 1 et 2 Recommandations de I à VI et de VII à XII,* mars 2003

Bocognano A., Couffinial A., Dumesnil S. Grignon Michel, 2000, *La complémentaire en France : Qui bénéficie de quels remboursements ?* CREDES octobre 2000, N° 1317

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés *Indicateur statistique résultats 2000-2001,* 1^{er} trimestre 2003

CDF, *la prévention au cœur du système de santé,* CDF du 17 janvier 2002 N°1060

Centre odontologique de médicométrie et d'évaluations, *situation de la santé dentaire en France, états des lieux, orientations stratégiques,* avril 1995

Colloque National de Santé Publique, *La santé des adolescents, état de lieux et perspectives. Les enseignements à tirer dans le domaine bucco-dentaire,* 26 septembre 2002

Conseil Général du Val de Marne, *Programme départemental de prévention Bucco-dentaire 2002-2010,* février 2003

Direction Générale de la Santé, Renard-Dubois S., *Guide de bonnes pratiques pour la Prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.,* juillet 2003

Grignon Michel, 2003, *Etude sur un mécanisme de type APS (allocation personnalisée santé) remplaçant la CMUC ,* CREDES, 12 mai 2003

Information dentaire, *Compte rendu de la table ronde du 25 avril 2003 sur la démarche Qualité,* ID du 18 juin 2003

JALMA, Mathias Mathala, *Panorama de l'assurance Santé 2003,* mars 2003

Martin O. Simon M. O., 2003, *Perception et attitude des salariés face aux éventuelles orientations travail d'une réforme de l'assurance maladie* CREDOC, mars 2003

Ministère fédéral du travail et des affaires sociales, 2002, *La protection Sociale en Allemagne,* janvier 2002

Paillas A.C., Trugeon A. , *la santé des 15-25 ans en Picardie, une région , deux échantillons,* octobre 2001

Syndicat National des Odontologistes des hôpitaux Publics, *livre blanc : L'odontologie à l'hôpital...Quel avenir,* avril 2003

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Hescot P. *La prévention bucco-dentaire en France, Contribution de l'UFSBD pour la santé bucco-dentaire,* 19 septembre 2003

Mémos

Syndicat National des Odontologistes exclusifs en Chirurgie Buccale, Le Toux Guy, *Mémo : l'exercice de la chirurgie buccale en France*, mai 2003

CNSD, *Propositions de la CNSD suite aux rencontres des 4 et 11 septembre : sécurité sanitaire, qualité des soins et développement des référentiels de pratique, développement de la prévention, égal accès aux soins, contours de la solidarité nationale et partage AMO/AMC*, 22 septembre 2003

ADF, Chabre M., Hescot P. *Note hygiène et asepsie*, 18 septembre 2003

CNP, Buget J., *le financement des soins dentaires en France, contribution à l'optimisation des coûts et à l'accès aux soins*, septembre 2003

CNSD, Reignault J. *Une voie nouvelle pour la prise en charge des soins dentaires et l'amélioration de la santé dentaire*, février 2003

Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux *Etudes des coûts des actes dentaires*, *Note sur le tarif d'autorité*, janvier 2002

Mutualité Française, Bancel J. L. *Contribution de la mutualité française pour la mission odontologie*, 17 juillet 2003

Société française de Parodontologie d'Implantologie Orale Lemaitre Philippe, *memo : Réponses de la SFPIO aux question posées*, Juin 2003

Société Odontologique de Paris, Fitoussi M., *dossier d'information*, septembre 2000

Syndicat National des Chirurgiens Dentistes des Centres de Santé, *Cohen F.*, *Réflexion du SNCDSCS sur les centres de santé*, juin 2003

Syndicat National des Odontologistes des hôpitaux Publics, *mémo : Rapport du 26 juin 2003*

Syndicats des Femmes Chirurgiens Dentistes, *Pour une visite de prévention obligatoire pour les enfants de 6 et 12 ans dans les cabinets dentaires*, mars 2002

Syndicats des Femmes Chirurgiens Dentistes, Regnault-Blondiaux M. C. *Etude sociologique sur la santé bucco-dentaire. Approche des motifs de non réalisation de soins*, janvier 2001

UJCD - UFSBD, *Avant projet de promotion de l'examen de prévention auprès des enfants de moins de 13 ans scolarisés en zones d'éducation prioritaire*, juin 2003
Cnamts

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Hescot P. *note sur la formation initiale et continue, note sur la démographie*, 13 juin 2003, *Prévention, note à l'attention des membres de la mission Odontologie*, 19 Septembre 2003

URCAM Picardie, *approche du public de 16 à 25 ans en démarche d'insertion, (travail en cours de validation)* septembre 2003

CANAM FICHE N° 4 bis, *Note pour la mission odontologie constituée par lettre ministérielle du 25.04.03*, juillet 2003

FNIM, Marchandon G., *la fnim précise ses positions à partir d'une étude réalisée à sa demande par le CREDES*, juillet 2003

Groupe France Mutuelle, Renault R., *Des solutions au service de l'éthique*, juillet 2003 et *Pistes de réflexion pour une réforme consensuelle et réussie de l'assurance maladie*, juillet 2003

Rapports

Descours Charles, *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*, 22 janvier 2003-08-28

Babusiaux Christian *L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques*, 26 mai 2003

Chadelat Jean François, *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, avril 2003

Coulomb Alain, *Médicalisation de l'ONDAM*, 31 mars 2003

Debrosse D., Perrin A., Vallancien G., *Projet HOPITAL 2007 Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital et de sa gestion sociale »*, 3 avril 2003

Fieschi Marius, *Les données du patient partagées : la culture du partage et la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*, janvier 2003

Gouteyron Adrien, *Sénateur Rapport d'information fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire, et des comptes économiques de la Nation sur le contrôle portant sur l'AFSSAPS*, juillet 2003

Ruellan Rolande, *Rapport sur les relations entre l'état et l'assurance maladie*, 2002

Vasselle Alain, *sénateur, Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale sur les perspectives de l'assurance maladie*, juin 2003

Yahiel Michel, *Lignes directrices pour une réforme dentaire*, juillet 2001

Périodiques

Chirurgien Dentiste de France, (CDF) Publication de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires

Dentaire-hebdo, (DH) Publication de l'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes

Dialogue revue de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Info-femmes chirurgiens dentistes Publication du Syndicats des Femmes Chirurgiens Dentistes

Le libéral dentaire, Publication de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux

Lettre de l'Ordre National des chirurgiens dentistes Publication du Conseil National de l'Ordre

Information dentaire