



LA DENT BLEUE

INFORMATION
DES USAGERS
DES SOINS
DENTAIRES

© REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

Note de position



Contribution sous la forme d'analyses et de recommandations à la plateforme de consultation publique mise en place par l'Association Dentaire Française et le COMIDENT :

*« La santé bucco-dentaire est-elle une des grandes oubliées des stratégies nationales de santé ?
Vous avez la parole. »*

20 POINTS-CLES POUR AMELIORER LE SECTEUR DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN FRANCE DEPUIS LA PERSPECTIVE PATIENT

Par LA DENT BLEUE – première association créée par et pour la patientèle du dentaire.

Octobre 2023.

PREAMBULE

Notre association de représentation de la patientèle du dentaire se félicite que l'ADF et le COMIDENT l'aient invitée à participer à une réflexion sur « *les enjeux de prévention en matière de santé bucco-dentaire et d'amélioration de sa prise en charge, et ce pour tous les publics* », et tient à remercier vivement ces deux acteurs de premier plan du secteur dentaire pour leur initiative.

Les racines historiques de la profession de chirurgien-dentiste apparaissent comme étant ancrées dans une mouvance positiviste, un modèle biomédical, un paradigme réductionniste et une croyance en la technique toute-puissante. Parallèlement à ces inclinaisons, les schèmes créateurs de valeur dans le domaine (concurrence monopolistique du secteur libéral jusqu'à, plus récemment, la multiplication sauvage des centres associatifs ou la mode des aligneurs) n'ont eu de cesse d'éloigner les enjeux sociétaux en matière de santé orale du vaste champ de la santé publique. Pourtant, une évidence s'impose : **la médecine dentaire est au service de la santé du patient***. Il convient donc de **placer le patient-en-tant-que-personne au cœur des préoccupations**, selon une vision systémique *centripète* organisant autour de lui les différents protagonistes du secteur : soignants, corps professionnels, industrie, prestataires, autorités, organismes et autres tutelles de santé. Si la patientèle constitue le barycentre autour duquel doit être pensé et s'organiser notre système de santé bucco-dentaire, rien n'empêche pour autant d'amorcer un mouvement *centrifuge*. En effet, l'accès à des sources d'informations abondantes et variées, l'évolution de la société (plus égalitaire et moins verticale), le dialogue plus ouvert avec les professionnels, permettent aujourd'hui à n'importe quel groupement d'usagers d'appréhender le nombre et la variété des déterminants de la santé bucco-dentaire et d'apporter sa pierre à l'édifice pour essayer de construire un système plus juste, plus efficient, plus inclusif, moins générateur de souffrances et plus respectueux de la dignité des personnes. C'est dans cet état d'esprit que s'inscrit cette contribution de La Dent Bleue.

Les intérêts et les problématiques des tiers n'échappent pas à la patientèle : de plus en plus de patients ont conscience de l'épuisement des équipes soignantes, du fait que faire « tourner » un cabinet ou un centre dentaire n'est pas tâche aisée, qu'il faut parvenir à gérer les flux de patients, à maintenir un équilibre économique, dans un cadre législatif à la fois contraignant et imparfait, avec ses angles morts, ses difficiles arbitrages budgétaires et ses injonctions paradoxales. Le présent document se concentrera néanmoins sur les constats et les améliorations envisagés uniquement *depuis la perspective des patients du dentaire* (c'est-à-dire celle de tout citoyen au final).

Les vingt points qui vont suivre pourront paraître hétéroclites. L'ensemble suit néanmoins un fil rouge : celui de la diminution du *risque* encouru par la patientèle, que ce risque soit systémique ou contingent. La notion de risque faisant écho à celle de vulnérabilité. En l'espèce, selon nous il n'y a pas que le patient qui soit vulnérable : tout le système l'est et toutes les composantes du système ont leurs propres vulnérabilités, qu'il convient d'identifier afin de pouvoir les transformer. Les points listés ci-dessous s'organisent en outre selon les trois étapes « naturelles » du parcours de soins d'un patient lambda : *avant, pendant et après*. Cette séquence se déploie sous une forme circulaire plus que linéaire (comme nous le savons, en matière dentaire, l'aval se mue plus ou moins vite en amont).

Carrefour entre le monde intérieur et le monde extérieur, garante de la fonction masticatoire, du langage, vitrine esthétique et marqueur social autant que territoire de l'intime, la dentition est par nature un organe « intersectionnel » dans toutes les acceptions du terme. La santé bucco-dentaire entretient de fait des liens étroits avec la nutrition, la consommation, la communication, l'estime de soi, l'inclusivité ou au contraire l'isolement, pour ne citer que ces exemples. Par manque de place (et non par manque d'intérêt), nous regrettons de devoir laisser de côté de nombreuses problématiques, telles que la résorption des inégalités de santé bucco-dentaire, l'amélioration des bonnes pratiques en dentisterie, la nécessité d'utiliser des matériaux biocompatibles, la réduction de l'empreinte écologique, les enjeux de recherche, etc. Ces points pourront faire l'objet de communications et d'échanges ultérieurs.

** Les termes de patient, praticien, soignant, etc. s'appliquent ici de manière non-genrée.*

AVANT

5

1. Des mesures pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux chirurgiens-dentistes.

Certains territoires (qualifiés de « sous-dotés ») sont caractérisés par une offre de soins dentaires insuffisante pour leur population. Dans ces zones géographiques, le premier écueil rencontré par de nombreux usagers du dentaire consiste à **trouver un dentiste de proximité, libéral ou salarié, acceptant de donner des RDV à de nouveaux patients ou dans un délai raisonnable**. Il n'est pas rare que six mois soient nécessaires pour obtenir un premier rendez-vous, ou qu'un patient soit contraint de parcourir une centaine de kilomètres avant de pouvoir s'asseoir au fauteuil. Ce faisant, la prophylaxie, les soins, les tentatives de réhabilitation deviennent tardifs, trop tardifs parfois et on ne s'étonnera donc pas de bilans de santé bucco-dentaires extrêmement dégradés. La problématique des déserts médicaux et les moyens à imaginer et à mettre en œuvre pour permettre une équité territoriale en termes de médecine bucco-dentaire doivent être urgemment considérés. Plusieurs propositions ont pu être faites sur lesquels se pencher (ex : cliniques dentaires mobiles, rôle élargi des assistantes-dentaires, des collectivités territoriales...). A côté de mesures incitatives à mettre en place à l'attention des professionnels libéraux pour assurer une meilleure couverture du territoire, une régulation beaucoup plus stricte de l'installation des centres dentaires associatifs devrait être appliquée. En effet, à contresens de l'esprit de la Loi Bachelot (HPST de juillet 2009) qui a libéralisé leur création, ces centres se multiplient essentiellement dans les grandes villes et dans leurs couronnes respectives, où l'offre de soins est déjà bien pourvue.

2. Davantage de garde-fous et de contrôles pour les centres de santé dentaire.

Une partie des centres de santé dentaire exerce une réelle mission de santé publique. Si des avancées notoires ont pu être obtenues dans le cadre de la Loi dite Khattabi de mai 2023 (à laquelle notre association a contribué de manière significative), plusieurs points restent à améliorer afin de **garantir la sécurité de la patientèle** se rendant dans ces structures et **éviter les dérives mercantiles** largement documentées et décriées. Aucun centre de santé dentaire ni cabinet libéral ne devrait pouvoir mettre en place de « traitement industriel », de « soins à la chaîne » où la « logique du chiffre » prévaut sur l'écoute et l'attention envers les patients. Nous rappellerons ici nos propositions soumises au Législateur (i) de bannir tout pilotage de l'activité par tableau de bord (c'est-à-dire au travers de l'implémentation de métriques commerciales et d'indicateurs de performance) ; (ii) de dégager l'exercice du dentiste-salarié de tout objectif de rentabilité ; (iii) de faire en sorte que les 'néo-centres' de **santé dentaire soient fondés et administrés par des professionnels de santé diplômés** (et non pas par des professionnels issus d'autres secteurs comme la finance, le droit, le commerce...) ; (iv) de limiter le nombre de centres appartenant à une même enseigne pour éviter la survenue de scandales « de masse », les transferts de trésorerie et les transhumances forcées de patientèle ; (v) de veiller à ce que les centres de santé dentaire suivent une éthique financière et bancaire rigoureuse et se conforment au cadre déontologique de la profession médicale ; (vi) d'instaurer davantage de contrôles, plus fréquemment, portant sur davantage de points, aussi bien sur les plans sanitaire que financier.

Enfin, nous souhaitons attirer l'attention sur les drames humains consécutifs à la **mise en liquidation judiciaire et/ou à la fermeture administrative** de certains centres dentaires : il est essentiel que les patients ne soient pas « laissés sur le carreau » mais **accompagnés** notamment au niveau sanitaire, en bénéficiant d'une aide à la reprise des soins, ainsi qu'aux plan juridique et psychologique.

3. **Davantage de vigilance concernant les conflits d'intérêt et l'entrisme des industriels.**

Si l'art dentaire n'est pas en soi un marché, sa pratique est pourtant cernée par le marché, notamment avec les fournisseurs de matériel et l'approvisionnement en consommables et autres prestations de service liées au fonctionnement des cabinets (maintenance, évacuation des déchets à risque infectieux, formations, accréditations...). Par le passé, La Dent Bleue (et avant elle, le Collectif contre Dentexia) n'a eu de cesse d'alerter sur les **liens et conflits d'intérêt** grevant le secteur des centres dentaires associatifs. Nous avons très tôt exigé de rendre obligatoire leur déclaration, pour éviter que des sociétés privées en lien avec les centres de santé dentaire servent de canaux pour faire sortir l'argent de l'association à but non-lucratif (cette dernière jouant alors en réalité le rôle de société commerciale déguisée). Nous tenons aujourd'hui à étendre cette mise en garde à **l'implication de plus en plus prégnante des industriels dans la médecine dentaire**. Il est attendu que les industriels, fabricants et fournisseurs du secteur soient impliqués dans l'innovation, la recherche et le développement de solutions biotechnologiques et pharmacologiques ainsi que dans la vente de réactifs et de dispositifs médicaux et numériques aux établissements de santé recevant de la patientèle. En revanche, il serait inacceptable que ces acteurs puissent (i) directement interagir avec les patients ; (ii) infléchir d'une quelconque manière que ce soit les choix thérapeutiques des praticiens (y compris par des pratiques de politique « cadeaux et invitations » et autres techniques d'influence) ; (iii) considérer la demande de soins et le marché du dentaire comme une « opportunité de croissance durable » (ce qui suppose d'orienter l'activité vers la conduite des soins les plus rémunérateurs et donc les moins conservateurs). Or, sur le premier point, nous observons par exemple avec la « mode » des aligneurs, gouttières et autres appareils dentaires que de plus en plus d'industriels se positionnent sur le marché de l'orthodontie, en démarchant directement la patientèle (considérée de fait comme une clientèle). D'autres entreprises (impliquées au passage dans le parrainage d'activités de formation professionnelle et de manifestations scientifiques) vendent quant à elles depuis longtemps leurs produits (dentifrices, solutions de rinçage, etc.) dans les rayons des pharmacies (et des grandes surfaces). Sur le second point, on ne peut que s'inquiéter du fait que des protagonistes du secteur privé investissent par exemple les domaines de la formation continue et de l'accréditation en santé bucco-dentaire. Il est important que ces domaines restent liés à la médecine et à des institutions publiques plutôt qu'à l'industrie, en étant confiés de préférence à des instances médicales, à des établissements universitaires et à des associations professionnelles. De manière générale, une transparence est nécessaire sur les liens et conflits d'intérêt entre les sociétés commerciales d'une part et les décideurs, formateurs et praticiens en santé bucco-dentaire d'autre part, afin de protéger les intérêts des patients. Sur le troisième point, si la santé peut être vue comme un marché (voire un supermarché) lucratif, il ne s'agit certainement pas d'en faire un marché comme un autre, c'est-à-dire un écosystème commercial avec ses investissements, ses spéculations, ses profits et ses pertes.

4. Des mesures permettant de réduire significativement les frais dentaires.

Faire reculer le renoncement aux soins suppose de travailler sur ses causalités multiples. La patientèle du dentaire, consciente que les soins ont un coût, n'en demeure pas moins intéressée au premier chef par **les prix** (le « reste à charge »). Même si le 100 % Santé avec ses paniers de soins en reste à charge zéro a augmenté l'accessibilité financière d'une certaine frange de la patientèle à des soins et traitements (de reconstitution prothétique, essentiellement), les traitements demeurent encore trop chers pour **une majorité des citoyens (qui ont à arbitrer entre des postes budgétaires en concurrence, dans un contexte inflationnaire)**. On rappellera que la **corrélation entre le statut socioéconomique et la prévalence et la gravité des atteintes bucco-dentaires est l'une des plus robustes (et tenaces) en matière de santé publique orale**. Bien qu'il s'agisse de tout faire pour les éviter, on rappellera en outre qu'il existe des indications thérapeutiques à la dévitalisation, à la pose de prothèses et d'implants ou d'appareils dentaires, et il ne s'agit pas de soins *de confort*. Dans ces conditions, il est nécessaire de revoir à la baisse les montants de la participation financière des patients pour les soins dentaires, en particulier réparateurs, en vue d'augmenter globalement leur accessibilité. Pour cela, il serait par exemple souhaitable que les cabinets libéraux, et non pas seulement les centres dentaires, optimisent leur fonctionnement et leurs approvisionnements pour contenir leurs coûts de fonctionnement. Toutes les pistes gagneraient à être explorées: (i) l'achat de fournitures et consommables en gros (pour réaliser des économies d'échelle) ; (ii) la mutualisation des équipements (lorsqu'elle s'avère possible en dentisterie libérale) ; (iii) la rationalisation des tâches (dans le but de gagner du temps tout en déchargeant le praticien des activités non-médicales) ; (iv) la fixation d'un prix calculé au plus juste, en fixant par exemple un niveau de « bascule » maximal entre le coût de revient à l'achat d'un implant ou d'une prothèse et son prix une fois posé en bouche. Sur ce dernier point, nous nous posons la question de savoir si la profession des prothésistes dentaires ne devrait pas négocier directement par voie conventionnelle ses (justes) tarifs avec l'Assurance Maladie.

5. Mettre la prévention, les diagnostics précoces et les actes conservateurs au cœur du système.

Un praticien libéral (soucieux de la rentabilité de son cabinet) ou un centre dentaire associatif (théoriquement à but non-lucratif, mais tenu d'engranger des recettes) réalisant une majorité d'actes de prophylaxie (détartrages et assimilés) ne peut aujourd'hui survivre économiquement. Pourtant, la juste rémunération due à ce praticien en contrepartie de ses études, de son savoir et savoir-faire, ainsi que les recettes escomptées par le centre dentaire « vertueux », n'ont aucune raison d'être moindres par rapport à celles de professionnels et de structures tirant leurs revenus de la destruction des tissus, de la reconstitution prothétique et de la pose d'implants. Or le système, en dépit des changements annoncés de paradigme, repose sur la seconde option et sans doute encore pour un moment. Il est aberrant d'attendre que le patient ait déclenché sa pathologie (et en soit conscient !) pour communiquer avec lui. Cette situation est anormale et hautement dommageable en termes de santé publique. Elle fait le terreau du surtraitement (des patients viennent consulter pour des caries et repartent avec plusieurs implants ou couronnes alors que ce n'étaient pas forcément nécessaires). Elle n'offre pas non plus les conditions d'un consentement éclairé du patient. Il est impératif de changer définitivement de regard en sortant

des logiques lucratives et en appréhendant le tissu dentaire et gingival sain comme un trésor à préserver. Des mesures incitatives et/ou compensatoires devraient être implémentées au plus vite pour inverser le paradigme dominant en privilégiant la prévention plutôt que la réparation : l'octroi conditionnel de subventions en fonction de la nature et du volume des actes réalisés, la revalorisation substantielle des actes prophylactiques et de thérapeutique conservatrice, l'introduction de systèmes de rémunération alternatifs (ex : la capitation, les caries et les maladies parodontales étant des maladies chroniques, évolutives), la bonification du coût horaire de fonctionnement du cabinet pour le temps passé en suivi-patient. En effet, certaines activités inhérentes à la pratique dentaire sont difficilement quantifiables : l'écoute, le temps passé à l'établissement d'un diagnostic et la dispense de conseils.

6. **Penser les parcours de soins en fonction de leur pertinence médicale plutôt que pécuniaire.**

Du côté des entités tierces, il convient **de sortir d'une vision purement comptable** de la médecine bucco-dentaire. Les plans de traitement devraient être réalisés eu égard à leur nécessité et pertinence thérapeutique, et non pas en fonction des remboursements opérés par **l'Assurance Maladie ou les complémentaires santé**. A ce titre, les plafonnements annuels réalisés par les Mutuelles devraient être remis en cause, sans étalement « artificiels » des soins, susceptible d'aggraver l'état de santé des patients. Les retards de prise en charge génèrent un coût sanitaire, psychologique, financier et social substantiel (côté patientèle) dont le coût sociétal réel (pour la collectivité et le budget de l'Etat) est probablement largement sous-estimé. Dans le même ordre d'idées, les polices et programmes d'assurance-santé privilégiant telle ou telle indication thérapeutique ou tel matériau plutôt qu'un autre, sans données probantes sur le gain sanitaire, devraient être remaniées. Les Assurances et Mutuelles devraient par ailleurs publier leurs données de sinistralité ainsi que leurs méta-données économiques (ou au moins les transmettre à l'Assurance Maladie), de manière à pouvoir évaluer dans la durée le rapport coût/efficacité des parcours de soins qu'elles ont contribué à financer. Réciproquement, l'idée que des soins puissent être intégralement remboursés, et donc prendre l'apparence d'une gratuité (pour le patient), ne doit pas conduire à leur réalisation systématique et incontrôlée : seuls des actes médicalement indiqués doivent être réalisés et remboursés. **Les soins ne doivent pas être considérés comme des « biens de consommation » et les patients se muer en « consommateurs de soins ».**

7. **Gérer les situations des patients en interdisciplinarité.**

Il s'agit de promouvoir la collaboration des chirurgiens-dentistes d'une part entre eux et d'autre part avec d'autres disciplines médicales, et ce d'autant plus que la situation du patient s'avère complexe, en association par exemple avec un plan de traitement particulièrement lourd ou à des comorbidités. Exemple de collaboration interne : confier les traitements lourds à des dentistes expérimentés, tutorant de plus jeunes dentistes, plutôt que d'encourager ces derniers « à se faire la main » sur des cas compliqués. Autre exemple : impliquer endodontistes et prothésistes dentaires le plus précocement possible lorsque les soins à réaliser sont sophistiqués et se distribuent sur plusieurs localisations dentaires. Les collaborations avec d'autres disciplines médicales, paramédicales et différents corps de métiers, incluent quant à elles les professions

d'assistantes dentaires (et demain peut-être d'hygiénistes dentaires), psychologues, hypnopraticiens, sophrologues, infirmières, gériatres, kinésithérapeutes, ostéopathes, podologues et aidants (liste non-exhaustive). De manière générale, le cadre de référence du secteur dentaire doit être réajusté pour adopter une approche plus adaptée : celle du **modèle biopsychosocial**, qui considère que les dimensions biologique, psychologique et sociale participent simultanément (et non séquentiellement ou de façon disjointe) au maintien de la santé ou au développement de la maladie. La terminologie de « médecine holistique » étant passablement dénaturée (et prêtant à confusion car connotée), nous en retiendrons ici l'esprit plutôt que la lettre, en pointant la nécessité d'appréhender dans leur globalité les différentes strates de l'être humain.

8. **Relation de soin et relation d'aide ne peuvent pas être dissociées.**

Les praticiens gagneraient à élargir l'éventail de leurs compétences relationnelles en suivant des **formations dans le domaine de l'accompagnement humain**, de manière régulière et/ou sous la forme d'un cursus diplômant ou conduisant à une certification. La relation praticien/malade n'est pas une relation asymétrique à deux (le premier dominant le second), mais une relation symétrique à quatre, où chaque *partenaire* peut prendre la place de l'autre tout en gardant la sienne. Au même titre que tout professionnel est unique et non-interchangeable, chaque patient est le fruit de traits uniques d'histoire de vie, de croyances et de mythes fondateurs, en quête de soins tout autant que de sens, de respect, d'écoute, d'empathie, d'informations et de confort (« **Les patients ne sont pas des clones, les médecins ne sont pas des automates** » ; in Sullivan and MacNaughton, *Lancet*. 1996). A l'instar de chaque soignant (aux prises avec ses propres vulnérabilités), chaque patient (encore plus vulnérable puisque malade) doit être rencontré dans sa singularité, avec l'idée qu'il ne peut pas exister de réponse stéréotypée à la palette de situations et de comportements individuels. Il existe un champ d'expression de la pathologie dentaire auquel seul le patient peut avoir accès. En ce sens, **le patient (qui est davantage que son mal)** peut instruire le praticien sur sa condition de malade, sans remettre en question l'expertise du soignant. L'écoute active, l'approche expérientielle, l'entretien motivationnel, les démarches basées sur l'empathie, l'éthique de la sollicitude (*care*) sont autant de vecteurs d'encapacitation pouvant influencer positivement sur le succès des parcours thérapeutiques et sur le maintien d'une bonne santé orale au long cours. Les équipes de soignants sont encouragées à les assimiler massivement et au plus vite.

9. **Favoriser la participation active des patients à leur santé bucco-dentaire.**

Les relations entre santé et liberté (individuelle et collective) sont ambivalentes, des normes sanitaires plus ou moins nécessaires et contraignantes venant contrarier le principe d'autonomie de la personne. Aux dispositifs coercitifs, nous préférons les stratégies d'influence, les suggestions directes ou indirectes (*nudge*) et la répétition des messages visant à prévenir les comportements à risque et à adopter des attitudes saines. Il nous paraît en outre pertinent de réprimer les discours et attitudes générant culpabilité et infantilisation, en évitant jugements, injonctions et positionnements paternalistes. A titre d'exemple, l'expression « éducation

thérapeutique », dont l'usage peut sembler clair et neutre, sera perçue par certains usagers (adultes et responsables) comme implicitement condescendante. Nous suggérons de privilégier les notions de pédagogie, de responsabilisation, de gain d'autonomie, d'acquisition de savoirs et de montée en compétences. Auxquelles s'ajoutent les notions de droit à l'information de la part des patients et de devoir d'accompagnement, de conseil et de suivi de la part des soignants.

10. Mieux comprendre, prévenir et gérer les situations de refus de soins.

Notre association a pu être contactée à plusieurs reprises au fil des ans pour dénoncer des **refus de soins**, au point qu'on ne peut plus les considérer comme des cas isolés. On notera que certains refus de soins émanent de services d'urgence dentaire (réfutant le caractère urgent des soins), quand d'autres sont commis par des chirurgiens-dentistes (conseillant au patient de se rendre aux urgences dentaires...). Il semble important qu'une procédure soit élaborée permettant de les recenser, d'en comprendre les ressorts, de statuer sur les suites à donner et d'éviter toute forme d'ostracisation de la patientèle cible (bénéficiaires CSS, enfants, seniors, personnes à besoins spécifiques, anciens patients de centres dentaires dits low-cost ou passés par le tourisme dentaire, victimes d'addiction, patients jugés non-rentables, etc.). Il existe en France un principe de non-discrimination et Hippocrate, considéré comme le père fondateur de la médecine, a placé le soulagement des souffrances au cœur du rôle du praticien. Nous proposons d'inscrire de façon visible les droits et les devoirs du praticien et ceux du patient côte-à-côte dans la salle d'attente des cabinets et centres dentaires.

PENDANT

Pour important et fondamental qu'il soit, l'intervalle de temps au cours duquel le patient est effectivement pris en charge dans une structure médicale ne fera pas l'objet ici d'un long développement. Pour deux raisons : d'abord parce que nous souhaitons centrer notre propos sur des éléments contextuels et des enjeux globaux, plutôt que dresser une analyse pointilliste des éléments se rapportant à l'accueil et au traitement des patients. Ensuite parce que nous avons fait le choix de présenter uniquement les deux points que nous jugeons les plus « disruptifs » dans le panorama actuel de la santé bucco-dentaire.



11. Pour une évaluation collégiale des plans de traitement.

En plus de pouvoir comparer des honoraires et des devis (comportant idéalement des informations compréhensibles), les patients devraient pouvoir s'assurer de la **pertinence** des plans de traitement proposés et du fait que ces derniers répondent bien à leurs attentes. C'est là le fondement du consentement libre et éclairé. Comme les patients disposent de compétences limitées pour en juger, les plans de traitement proposés par un praticien devraient faire l'objet d'un **autre avis médical** (à partir d'un certain montant de soins et/ou en fonction du nombre de localisations dentaires touchées et/ou par le caractère irréversible des actes), avis émis par un ou plusieurs dentistes indépendants (éventuellement sur dossier). Ce principe de collégialité pourrait prendre de multiples formes, avec par exemple l'implication de dentistes-conseils rattachés à la Sécurité Sociale (ces derniers étant toutefois en nombre restreint et souvent détachés du terrain), ou le recours à d'autres dentistes enregistrés auprès de l'Ordre et en activité sur le territoire français (choisis aléatoirement pour éviter tout copinage). Ainsi, chaque dentiste se verrait confirmé ou infirmé *par ses pairs* dans ses choix thérapeutiques (et éventuellement esthétiques). A la fois le dentiste et le patient bénéficieraient d'un tel regard extérieur, complémentaire permettant de croiser les avis et de définir ainsi la meilleure trajectoire de soins à adopter. En cas de divergences majeures, le recours à un troisième avis serait envisagé. Le système supposerait que les évaluations réalisées, soumises à un certain quota annuel, fassent l'objet d'une compensation financière. Alternativement, le retour à la pratique ancienne de la **demande d'entente préalable** auprès du régime obligatoire d'Assurance Maladie pourrait être envisagé, au moins pour des actes lourds ou au-delà d'un certain montant (les deux allant en général de pair), à condition d'optimiser les délais de réponse.

12. Pour la programmation de visites de contrôle régulières.

Moins de la moitié de la population générale consulte au moins une fois par an son chirurgien-dentiste. Des visites prenant la forme de « contrôles techniques », possiblement obligatoires, gagneraient à être instaurés. Réalisés dans un cabinet ou un centre dentaire autre que celui ayant dispensé les soins antérieurs, et différent de celui qui les poursuivra (afin de garantir le caractère désintéressé de l'examen), leur fréquence pourrait par exemple être ajustée à tous les deux ans. Côté patientèle, leur bonne exécution pourrait conduire à un mécanisme de bonification (ex :

baisse du montant des cotisations de la complémentaire santé ou augmentation du niveau des remboursements, diminution du montant des restes à charge fixés par l'Assurance Maladie). Pour les patients résidant en zone sous-dotée ou présentant des difficultés objectives à se déplacer, des solutions devront être envisagées, y compris le recours à la télé-dentisterie (en ayant en tête le problème de la fracture numérique, génératrice d'inégalités). Pour les actifs ne pouvant aisément quitter leur poste, un contingent d'heures dédiées à la santé bucco-dentaire pourrait être dégagé par l'employeur pour les rendre disponible. Côté sociétal, il est attendu que cette mesure permette d'ajuster le besoin en soins de la population, sur des bases factuelles, et de diminuer progressivement la part des soins évitables. Côté professionnel, le mécanisme participera à l'amélioration continue des bonnes pratiques et au contrôle des pratiques professionnelles, en permettant par exemple la détection de soins inutiles mais sans conséquences délétères à court terme (de tels soins s'apparentent à des mutilations, même s'ils passent inaperçus). Si des manquements sont détectés, l'obligation de refaire les soins ou l'octroi d'un dédommagement au patient pourront être plus rapidement envisagés, des sanctions pouvant également être prononcées.

APRES

13. Améliorer l'information du patient tout au long de son exposition à des soins de santé.

13

La santé n'est pas un état (ou un horizon) mais un processus. La médecine dentaire doit dépasser la logique de réalisation d'actes en bouche (avec les facturations associées) pour se déployer dans la temporalité qui lui est propre, c'est-à-dire à l'échelle d'une vie. A ce titre, les patients devraient être informés à l'avance, à l'oral et par écrit des avantages, des inconvénients et des risques associés aux interventions dont ils font l'objet. Dans d'autres domaines de la médecine et de la chirurgie, cette **information du patient** est autrement plus complète et systématisée y compris pour des actes devenus courants et banals. On sait que les éléments exogènes posés en bouche (couronnes, implants) dans un objectif de réparation de l'organe dentaire peuvent conduire à des manifestations pathologiques (**iatrogénie**). La littérature médicale évoque par ailleurs fréquemment des **liens entre santé bucco-dentaire et autres pathologies** (troubles cardiaques, pulmonaires, musculosquelettiques, etc.). Il est clair que, faute de suivi régulier, ces pathologies resteront longtemps ignorées dans leurs liens de cause à effet médical jusqu'à ce qu'elles se manifestent clairement et sans doute gravement parfois. Ces deux aspects ne sont toutefois pas très vulgarisés auprès du grand public et des efforts de communication et de transparence devraient être conduits.

14. Développer et appliquer des outils et des méthodes pour l'évaluation des soins.

Il est urgent de définir des métriques (des moyens de mesure périodiques) et un canevas objectif permettant d'**évaluer la qualité des soins**. La création et la généralisation d'une telle boîte à outils rendrait possible l'audit des travaux effectués en bouche, afin de juger si leur exécution s'est déroulée selon les règles de l'art dentaire et dans le respect des données acquises de la science. Mal soigner coûte cher car des soins de restauration encore plus lourds doivent être conduits à terme. Mais paradoxalement, alors que des critères consensuels semblent disponibles permettant d'objectiver la notion de « mauvais soin » (dévitalisation lacunaire, prothèse mal ajustée, carie insuffisamment curetée, collage non-étanche,...), le concept de « soins de qualité » apparaît comme étant plus évasif (au niveau des choix thérapeutiques, esthétiques, matériels et des réalisations techniques). Bien que l'introduction des technologies numériques soient porteuse de grandes promesses pour la santé orale, il convient à l'inverse d'être vigilants à l'usage de plus en plus répandu des systèmes de notation en ligne (ex : avis Google), qui ne peuvent se substituer à un système de mesure et de suivi de la qualité des soins. Sans aller jusqu'à faire de la qualité pérenne des soins un droit opposable, l'obligation de moyens actuellement en vigueur est selon nous trop restrictive. Il s'agirait de passer d'une obligation de moyens à une **obligation relative de résultats**, entendue comme l'établissement d'une chaîne *optimale* d'actions en termes de diagnostic initial, soins et suivi (les services médicaux rendus contre rémunération supposant en amont la mobilisation de moyens *ad hoc*). Il ne s'agit pas de forcer le succès des soins (sauf à vouloir décourager tout dentiste de les entreprendre) ou de promettre la guérison absolue (illusoire en médecine), mais de contrôler à toutes les étapes que les chances de réussite et la durabilité des soins sont maximisées. Ce raisonnement, qui suppose d'intégrer les notions de complexité et

d'incertitude propres à l'exercice médical, se marie bien avec l'interprétation processuelle de la nature profonde de la santé. L'évaluation collégiale des plans de traitement trouverait par ailleurs toute sa signification et son utilité dans ce nouveau paradigme.

15. **Optimiser le suivi des prescriptions, des soins et des résultats d'examens dentaires.**

En cas de changement de cabinet dentaire (pour cause de déménagement ou autre), les nouveaux praticiens peinent parfois à savoir quels traitements ont été conduits, dans quelles circonstances, sur la base de quelle évaluation et en recherche de quel objectif. Nous suggérons de revoir la procédure d'archivage et de transmission des **dossiers médicaux** (contenant les radios), qui doivent suivre les patients dans leur nomadisme thérapeutique (à défaut d'être partagés entre soignants). La pratique dentaire a pour corollaire que souvent les échecs se ne révèlent que quelques années après, le patient lambda faisant donc moins facilement le lien. Les comptes rendus d'intervention devraient être généralisés et communiqués « au fil de l'eau » au patient, y compris pour servir et faire valoir ce que de droit éventuellement plusieurs années après. Il est à déplorer que **l'espace numérique de santé** ouvert (d'office dorénavant) à tout patient par l'assurance maladie ne soit pour l'instant pas alimenté par des informations utiles et exploitables en provenance du chirurgien-dentiste. Nous nous interrogeons par exemple sur l'intérêt (et la dangerosité) de réaliser une radiographie panoramique à chaque consultation dans un nouveau cabinet ou centre, ainsi que sur les frais engendrées qui pourraient être évités (puisque chaque radiographie est présentée au remboursement). Enfin, nous voudrions insister sur le fait qu'un praticien transhumant (changeant de cabinet ou centre) doit rester responsable des actes qu'il a réalisés en bouche, sa localisation doit pouvoir être connue des autorités et tutelles compétentes.

16. **Pour une meilleure gestion des plaintes et des litiges dans le domaine bucco-dentaire.**

Les expertises a posteriori (amiables, assurantielles ou judiciaires), bien que nécessaires, surviennent la plupart du temps de manière trop tardive pour impacter favorablement la trajectoire du patient, à qui il incombe systématiquement d'alerter sur sa situation, alors même que les compétences peuvent lui manquer pour en appréhender toute la gravité. L'implémentation d'un processus a priori d'évaluation collégiale des traitements et la réalisation de contrôles réguliers permettraient de diminuer la fréquence, la durée et la lourdeur de ces procédures (cf. PENDANT). Il nous semble dans tous les cas crucial de revoir les **conditions de réalisation** des expertises médico-judiciaires, afin de s'assurer qu'elles servent au mieux les intérêts du patient. Il serait souhaitable de mieux cadrer la gestion des litiges (lors des négociations sur la table du dentiste, par l'intervention de médiateurs, de médecins-conseils s'autorisant à prendre parti) et de s'interroger sur le périmètre d'application raisonnable du **principe de confraternité**. De plus, le *pretium doloris* est trop souvent minoré en dentaire, notamment dans les situations d'édentation complète ou partielle (analogue à une ablation d'organes), de douleurs chroniques et en cas de recours à des solutions de fortune inadaptées au niveau fonctionnel ou esthétique (« provisoire qui dure »). L'**affichage obligatoire en salle d'attente des voies de recours** en cas d'insatisfaction ou de soins problématiques pourrait rendre plus fluide les rapports (souvent tendus) en cas de différends. Des informations complètes pourraient être présentées sous la forme d'un arbre décisionnel, renseignant

sur la pertinence et le timing de mise en place des accords de gré à gré, des saisines à effectuer, des expertises d'assurance et les procédures médico-judiciaires à engager. On notera que l'apparition récente de nouveaux acteurs, à savoir les plateformes de santé, ajoute une strate de complexité à la gestion des litiges et à la question épineuse du « service après-vente », si l'on peut s'exprimer ainsi.

17. Revisiter les visions éthiques et déontologiques de la profession.

Nous préconisons une remise à plat des **règles déontologiques** derrière lesquelles se retranchent traditionnellement les chirurgiens-dentistes, et plus généralement une refonte des **normes éthiques** de comportement professionnel des protagonistes du secteur dentaire. A titre d'exemple, en raison d'une application restrictive du principe de confraternité, les praticiens s'autorisent rarement à informer clairement un patient que son plan de traitement précédent a été mal mené par un confrère ou une consœur. Dans le même registre, un praticien n'annoncera pas spontanément ou avec facilité qu'il a raté un acte en bouche (ce qui peut arriver même aux meilleurs soignants). Si les patients ne font pas toujours clairement la différence entre une faute et un aléa thérapeutique, il est toutefois primordial que l'information leur parvienne le plus tôt possible et de manière transparente que leur état en bouche est suboptimal et que des conséquences délétères sont prévisibles. Au-delà de rechercher la responsabilité du praticien ou de l'établissement de santé, cela permet au patient d'anticiper sur les soins à réaliser à court, moyen et long terme. Par ailleurs, des assurances professionnelles existent auprès desquelles un dossier peut être ouvert si un échec est constaté. S'il n'est pas question d'inféoder la médecine dentaire au droit de la consommation (avec la mise en place d'un système de « garanties légales de conformité » s'étalant sur plusieurs années), il est crucial que la profession dentaire ne fonctionne pas en pré-carré et que la déontologie soit en tous lieux et en tout temps mise au service des intérêts des patients d'abord, des professionnels ensuite.

18. S'ouvrir à d'autres modèles et développer des modes de gouvernance plus inclusifs.

Plusieurs pays sont réputés pour avoir mis en place des systèmes de santé bucco-dentaire plus efficaces et plus vertueux, au moins sur certains aspects. Il y a sans doute des modèles à analyser et peut-être des solutions à reproduire dans l'Hexagone. Il n'est pas dit que les praticiens des pays concernés, qui interviennent a priori moins pour des soins de restauration, soient moins bien rémunérés en moyenne qu'en France. La **collaboration internationale** à l'échelle européenne ainsi que les échanges bilatéraux à l'échelle mondiale (en particulier avec les USA, le Canada et la Chine) devraient être encouragés entre parties prenantes en vue de partager sur les solutions ayant fait leur preuve ou au contraire s'étant soldées par un échec. Cette **dynamique d'ouverture** peut aussi s'entendre à l'échelle nationale par la mise en place de mécanismes plus inclusifs de gouvernance de la santé bucco-dentaire. De par leurs spécificités, les associations de représentation de la patientèle (comme la nôtre), les autres organisations communautaires, les municipalités, les collectivités locales, la société civile en général, peuvent nourrir la réflexion et gagneraient à être (davantage) associés à l'élaboration des schèmes décisionnels en santé bucco-dentaire. Enfin, plus d'ouverture signifie également œuvrer pour davantage de **mixité** notamment sociale dans les professions du dentaire, en particulier parmi les décideurs et les praticiens du secteur. La présence

de malades ou d'individus ayant souffert de problèmes dentaires graves au sein des instances décisionnelles serait également un plus.

19. **Une Fondation philanthropique pour mettre en œuvre des aides et une prévention plus efficaces.**

16

Nous appelons ardemment de nos vœux la **création d'une Fondation** dédiée à l'accompagnement des usagers, patients et victimes du dentaire, dont les prérogatives ne recouvreraient pas celles d'autres structures (ex : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). Sa composition serait unique, car renfermant des personnalités physiques et morales en provenance d'univers différents et complémentaires : associations de patients, associations de professionnels de la santé bucco-dentaire, membres d'organisations non-gouvernementales, universitaires, chercheurs, représentants du secteur privé, du monde des assurances, ... Une telle Fondation aurait notamment pour objet de glaner des ressources en vue de les consacrer à la prise en charge financière de soins urgents et/ou lourds mais hors de portée des malades qui devraient les recevoir. Son action viserait à permettre ou à accélérer la réalisation de soins conservateurs ou de restauration (pose d'implants, de prothèses et d'appareils dentaires) dans la bouche de personnes vulnérables : « accidentées de la vie », marginalisées, à faible revenu, appartenant à des groupes sociaux défavorisés, personnes âgées, à besoins spécifiques (handicap), vivant dans des zones difficiles d'accès, victimes d'actes injustifiés ou mal exécutés, patients se retrouvant sans solution après la faillite de leur centre dentaire, victimes d'addiction, de violences, etc. Son périmètre d'action serait tout autant sanitaire que psychologique, avec la mise en place d'un numéro vert d'aide aux victimes et patients en détresse (comme celui mis en place pour les victimes de Dentexia en 2016, plusieurs d'entre elles ayant menacé de mettre fin à leur jour). Cette Fondation serait représentée par une personnalité médiatique, marraine ou parrain qui aurait par exemple pour rôle de participer à une campagne de levée de fonds lors de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire (le 20 mars de chaque année), et de participer activement à la dissémination de messages de prévention (par exemple à l'occasion de forums citoyens). Une partie des fonds collectés pourrait être allouée au déploiement effectif de mesures d'hygiène sur le territoire national, par exemple dans les cantines scolaires (avec la mise à disposition de « kits brossage » à utiliser après le déjeuner, comme l'a préconisé le Haut Conseil de la Santé Publique). Pour conclure, cette initiative à la fois *proactive* et *réactive*, nous le croyons, touchera probablement un public bien plus large et diversifié que les campagnes actuelles de prévention.

20. **Réaffecter les budgets, faire contribuer le secteur privé et taxer les industriels ennemis des dents.**

Indépendamment de la création d'une Fondation philanthropique, les actions de terrain (dans les écoles, les lieux de travail, les structures d'accueil, les centres de détention...) et l'aide directe aux patients en détresse devraient être privilégiées par rapport aux vastes et coûteux programmes de sensibilisation à la santé bucco-dentaire (ex : *M'T Dents*), qui ne trouvent pas nécessairement leur public. Nous proposons **d'affecter ou de réorienter une part des budgets vers des programmes d'aide concrète aux victimes du dentaire**, notamment à destination de la frange de la patientèle la plus vulnérable (cf. groupes mentionnés au paragraphe précédent). Il serait également **demandé au secteur privé de contribuer financièrement** : industriels, fournisseurs et distributeurs du secteur

dentaire (tirant majoritairement leurs revenus d'actes de restauration dentaire) ainsi que d'autres secteurs comme les fabricants d'aliments ultra-transformés et de boissons sucrées, d'alcool ou de tabac (produits cariogènes et nocifs coresponsables d'une proportion substantielle des maladies bucco-dentaires). Des leviers liés à la fiscalité pourraient être mobilisés, reposant sur un système de taxes sanitaires, l'abondement à un Fonds, la contribution par des dons et parrainages (à l'occasion de manifestations publiques ou d'événements sportifs) ou le recours à des mesures incitatives novatrices telles qu'un « Crédit Impôt Santé » (sur le modèle du Crédit Impôt Recherche visant à encourager les entreprises à engager des dépenses de R&D).

CONCLUSION

La santé bucco-dentaire est un bien public, sur notre territoire et à l'échelle mondiale. La couverture sanitaire universelle, au sens que lui donne l'Organisation Mondiale de la Santé, vise à assurer qu'à l'horizon 2030 *tous les individus aient accès à des services de santé essentiels et de qualité, répondant à leurs besoins et mobilisables sans être exposés à des difficultés financières*. La Dent Bleue se joint évidemment aux vœux de l'OMS pour ce qui est d'implémenter son Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire. Cependant, comme le montre le présent document, notre association nourrit des ambitions plus modestes, ce qui ne veut pas dire que nos propositions soient moins complexes à mettre en œuvre, aux échelles nationales et infranationales.

La parole des patients doit être prise en compte non pas seulement parce qu'elle est inscrite dans la Loi Kouchner (4 mars 2002), mais aussi par son potentiel d'informer dans le sens *bottom-up* des systèmes qui pour l'instant ne pensent le secteur dentaire que dans un sens essentiellement *top-down* (et en décalage parfois avec la notion d'intérêt général). L'actualité de ces dernières années a montré que les acteurs de la société civile pouvaient jouer un rôle de « lanceur d'alerte », d'autres rôles peuvent aujourd'hui leur incomber, comme celui de garde-fous, pour le respect des personnes et l'établissement de barrières efficaces contre leur réification. En dernière analyse, toute transformation salutaire de notre système de santé bucco-dentaire reposera sur une mutation éthique et l'alliance de tous les acteurs.

Notre association réitère ses remerciements à l'ADF et au COMIDENT pour son invitation à contribuer à leur plateforme de consultation. Le présent texte se veut être un document évolutif et contributif: nous serions friands de recevoir vos commentaires et propositions, dans l'espoir d'aboutir à une vraie co-construction et à un changement de culture et de paradigme. Nous nous tenons prêts, engagés et à l'écoute pour participer à l'élaboration de politiques et de lignes directrices pour la santé bucco-dentaire, appréhendées depuis le prisme des usagers, patients et victimes du secteur.

Solidairement,

Dr. Abdel Aouacheria, Vice-Président

Pour La Dent Bleue | associationladentbleue@gmail.com