

# **La Médecine Dentaire Proactive**

## **Livre blanc**

Toute reproduction, modification, publication, partielle ou complète, à titre gracieux ou non, de l'ensemble de ce document est interdite sans l'accord express de son auteur.

Dr Constance Leger, 2023  
Site : [Lodontact.fr](http://Lodontact.fr)

## Table des matières

RÉSUMÉ EN UNE PAGE - pour mon député qui n'a pas le temps de lire plus :)	3
INTRODUCTION.....	4
1) Les limites du système actuel.....	4
2) La Médecine Dentaire Proactive, une définition.....	4
3) Pourquoi s'occuper de la santé des dentistes ?.....	5
4) Une charte du praticien en médecine dentaire proactive.....	6
5) Un nouveau paradigme : le rôle du patient - l'éducation thérapeutique.....	8
6) Bénéfices attendus : Ce que les patients sont en droit d'espérer de la médecine dentaire proactive. .....	8
I. UN IMPÉRIEUX BESOIN D'AUDIT- QUALITÉ.....	9
1) Les dérives actuelles sont dues - entre autres choses - à une absence de contrôle sur la qualité des soins .....	9
2) Comment en est-on arrivés là ? Trois fausses croyances à déconstruire.....	9
3) En quoi l'audit-qualité est une question médicale ? Une illustration : la couronne.....	10
4) Peut-on envisager un audit-qualité sur tout type de soins dentaires ?.....	11
5) Quand l'attentisme entraîne une perte de chance .....	12
6) L'audit-qualité existe-t-il aujourd'hui en dentaire, et sous quelle forme ? .....	12
7) Au nom de quoi imposer cet audit-qualité à une profession réglementée ? .....	13
II. ... LE PENDANT DE L'AUDIT-QUALITÉ : LA NÉCESSAIRE LIBERTÉ SUR LES MOYENS .....	15
1) Une conséquence impérative de l'audit-qualité : la liberté des moyens. ....	15
2) Le système actuel : le contrôle des moyens, ses limites déontologiques et pratiques.....	15
3) Comment devraient s'établir des honoraires ? La triade singulière.....	17
4) Mais que (diantre) pourrait-on contrôler d'autres que les moyens ?! .....	17
III. SOLUTIONS PRATIQUES POUR UN AUDIT-QUALITÉ VERTUEUX.....	19
1) Une mesure d'urgence : l'entente préalable pour tout acte en tiers-payant.....	19
2) Une proposition audacieuse pour accélérer l'amélioration des pratiques : les Dentistes- superviseurs .....	21
3) Une proposition complémentaire : le parcours de soins passant par un dentiste-traitant distinct du dentiste-soignant .....	23
4) Quelles sanctions, pour quel objectif ? .....	25
CONCLUSION.....	28

## **RÉSUMÉ EN UNE PAGE** - pour mon député qui n'a pas le temps de lire plus :)

Le système actuel d'organisation des soins dentaires entraîne :

- un **scandale sanitaire** dont nous ne voyons que les prémisses
- des **dépenses publiques** qui ne cessent de croître
- un **épuisement des praticiens** dans de nombreuses zones sous-dotées.

La **médecine dentaire proactive** vient répondre à ces points de façon pragmatique et humaniste : La seule solution viable et réaliste à ce triple problème est de diminuer les besoins en soins de la population, non pas en diminuant les soins réalisés mais en améliorant la santé. Cela passe :

- par une **prévention** efficace (donc individualisée, réalisée par le dentiste traitant directement auprès de son patient, et suivie dans le temps)
- par un **audit-qualité** des soins proposés et réalisés : ce contrôle doit porter sur l'indication même des soins, sur les examens, et sur chaque étape de traitement. Ce contrôle n'existe pas actuellement.

Ce contrôle de la qualité renforce de fait l'obligation de moyens à laquelle sont soumis les chirurgiens-dentistes. Pour ce faire, il est indispensable de **leur donner la possibilité de mettre en oeuvre tous les moyens qu'ils estiment nécessaires (humains, temporels, et matériel)**, et donc, par conséquent, de leur redonner la pleine **liberté de fixation des honoraires**, telle qu'encadrée par le code de déontologie. Actuellement, le plafonnement des honoraires fait obstacle à tout audit-qualité, les montants imposés étant incompatibles avec les bonnes pratiques.

Cet audit-qualité nécessite des moyens humains dont le **coût** sera largement **compensé** par la **disparition des actes non justifiés** ou mal réalisés, et par l'amélioration de la santé bucco-dentaire de l'ensemble des patients.

Il doit permettre que l'**indication et la qualité des soins soit assurées** pour l'ensemble de la population. Trois solutions (complémentaires) sont proposées dans ce document :

- la (re)mise en place (en urgence) d'une réelle **demande d'entente préalable pour tout soin pris en charge par un tiers-payant** (patient bénéficiaire de la CMU notamment).
- la création de **dentistes-superviseurs**, qui, à la différence des *dentistes-contrôle* de la sécurité sociale, évalueront uniquement les pratiques cliniques des praticiens.
- un parcours de soin calqué sur la médecine générale, où le patient consulte tout d'abord son **dentiste-traitant** chargé du **diagnostic** et prescripteur d'un plan de traitement ; puis un **dentiste-soignant** qui **réalise** ce plan de traitement. Ce double regard sécurise les pratiques et évite les soins injustifiés.

Afin que ce contrôle devienne un levier efficace de l'**amélioration des pratiques**, tout manquement doit faire l'objet de **sanctions systématiques et adaptées**.

## INTRODUCTION

### 1) Les limites du système actuel

Alors que les **scandales sanitaires** spectaculaires (par leurs nombres de victimes et l'importance des mutilations) émaillent l'actualité, les pouvoirs publics concentrent leurs efforts sur le montant des honoraires (qu'ils soient plafonnés ou imposés).

Les «mauvais soins dentaires» au sens larges (qu'ils soient mal réalisés, ou tout simplement non indiqués, inutiles ou inappropriés) ne sont sanctionnés qu'en cas de litige déclaré par le patient victime.

Il n'y a PAS, actuellement dans notre pays, de contrôle de la qualité *a priori* des traitements mis en oeuvre par les chirurgiens-dentistes.

Or ce contrôle, en amont de tout problème, aurait la triple vertu :

- de redonner **confiance aux patients**, et donc d'améliorer l'accès aux soins, en partie entravé par une inquiétude bien compréhensible ;
- de **diminuer le besoin en soins**, donc d'alléger les dépenses publiques dans ce secteur ;
- de régler une grande partie des problèmes de **surcharge de travail des praticiens** (zones sous-dotées, déserts médicaux), par cette même diminution du besoin en soins.

Encore faut-il que les traitements soient contrôlés selon des normes actualisées, tenant compte des données acquises de la science, et remettant la prévention au cœur même de l'action des soignants. C'est cette approche que nous avons nommée « **Médecine Dentaire Proactive** ».

### 2) La Médecine Dentaire Proactive, une définition

C'est une médecine dentaire :

- qui dépiste et **diagnostique** de façon rigoureuse, minutieuse, exhaustive ;
- où le rôle du chirurgien-dentiste est de former et d'accompagner son patient vers un bon état de santé, en mettant en oeuvre une **éducation thérapeutique** efficace ;
- où **tout soin est justifié**, expliqué, et recueille le consentement libre et éclairé du patient
- où tout acte, de la moindre radio aux chirurgies les plus complexes, en passant par le simple composite sur une carie, est **mis en oeuvre correctement**, dans le respect des bonnes pratiques.

Ce processus thérapeutique complet est synthétisé par l'acronyme de la méthode A.C.T., développée par l'Odont'A.C.T. : **Analyser-Conseiller-Traiter**.

**Quels problèmes résout la médecine dentaire pro-active ?**

- le **délabrement bucco-dentaire de nos concitoyens** prend fin naturellement :
  - la très grande majorité des pathologies bucco-dentaires est évitable, la médecine dentaire pro-active permet de prévenir leur apparition et leur récurrence ;
  - Les actes délabrants, mutilants, non justifiés, disparaissent des pratiques par un contrôle professionnel efficace.
- l'**épuiement des soignants**, notamment en zone sous-dotée, est grandement soulagé par un double levier :
  - l'alliance thérapeutique nouée avec le patient, ce dernier participant pleinement à son traitement là où actuellement certains praticiens luttent « contre » leurs patients ;
  - et la diminution des besoins en soins, qui réduit d'autant la pression sur des agendas surchargés ;
- **les dépenses publiques** sont réduites (par la diminution du besoin en soins, et par les soins de qualité) et mieux orientées (afin de promouvoir la santé et la prévention, non d'encourager les mutilations toujours plus lourdes).
- **l'impact écologique** des soins dentaires diminue, puisque le besoin en soins et les soins réellement effectués se voient réduits.

### **3) Pourquoi s'occuper de la santé des dentistes ?**

A en lire l'étude réalisée fin 2022 auprès de 30 praticiens d'exercices différents (cf site de lodontact.fr), la conscience professionnelle obligerait les dentistes (intègres) à courir toujours plus, à s'épuiser toujours plus, pour répondre à la demande de leurs patients.

Pourtant, un praticien maltraité finira bien souvent - intentionnellement ou non - par être un soignant maltraitant... Nous l'avons tristement observé dans bien d'autres domaines médicaux pour en être certains. La médecine dentaire proactive se veut être au service de la santé du patient comme de celle du praticien (et, plus loin, de celle de la société et de la planète).

A contrario, nous sommes convaincus qu'un soignant bien traité, reconnu dans l'utilité de son rôle social, respecté dans sa position de responsabilité, sera enclin à déployer ses compétences pour être le mieux-traitant possible.

#### 4) Une charte du praticien en médecine dentaire proactive

Précisons ici les engagements des dentistes indispensables à l'avènement de la médecine dentaire proactive. Ils sont évidemment en totale adéquation avec l'esprit du Code de déontologie, même dans des domaines où celui-ci est actuellement malmené.

### **CHARTE DU DENTISTE EN MEDECINE DENTAIRE PROACTIVE**

#### **1 / Transparence envers nos patients**

Délivrer toutes les informations utiles dont on dispose, faire preuve de pédagogie, transmettre les radios réalisées au cabinet, communiquer tout dossier demandé.

#### **2 / Facturation juste**

L'équilibre économique du cabinet doit aller de pair avec la santé des patients. Les revenus justes doivent donc être assurés par la prévention et les soins les plus précoces possibles (et non par des actes découlant de l'aggravation de l'état de santé des patients).

#### **3 / Disponibilité**

Conseiller les patients pas à pas durant leur éducation thérapeutique, c'est répondre en temps utile.

Apaiser les inquiétudes (avant et après des soins, ou lors de l'éducation thérapeutique), rassurer, orienter vers d'autres dépistages si nécessaire, c'est aussi soigner.

#### **4 / Se conformer aux données acquises de la science**

S'engager, se former, s'informer, pour offrir à ses patients : dépistage, soins précoces, et soins de qualité irréprochable.

#### **5 / Attitude éthique et bienveillante en tout temps.**

Respecter chaque patient, respecter les choix qu'il fait pour sa propre santé, en l'informant et en le responsabilisant, sans jugement ni culpabilisation délétère.

---

## **5) Un nouveau paradigme : le rôle du patient - l'éducation thérapeutique**

La médecine dentaire proactive redonne au **patient** sa juste place : il est et demeure le **premier acteur de sa santé**. Pour cela :

- il doit être correctement **informé et formé** par son praticien traitant - ce qui implique une reconnaissance de la compétence du « sachant ». Cette *formation*, l'éducation thérapeutique, doit amener le patient (dans le respect de ses propres limites) à maîtriser les savoirs et les savoir-faire nécessaires pour prendre les décisions bonnes pour sa santé, et entretenir sa santé.
- il doit **s'engager** dans son traitement (compliance face aux prescriptions, travail sur les facteurs de risque)
- il doit faire **alliance avec son thérapeute**. Cette relation de confiance passe par une communication claire et respectueuse, dans laquelle le patient informe son praticien de son état de santé, de ce qu'il observe à la maison, de ses réticences ou questionnements.

## **6) Bénéfices attendus : Ce que les patients sont en droit d'espérer de la médecine dentaire proactive.**

Un patient correctement pris en charge en médecine dentaire proactive, et qui s'implique dans son traitement, peut très raisonnablement espérer vivre **toute sa vie sans carie et sans parodontite**. C'est à dire, à long terme, sans dévitalisation, sans couronne, sans implants, sans saignements de gencives, sans douleurs, sans abcès... C'est, en 2023, tout à fait **possible**, en étant sérieux au quotidien et régulier dans ses rendez-vous de contrôle.

Certains problèmes de santé nécessiteront tout de même l'intervention «réparatrice» d'un praticien :

- pour les **quelques problèmes «inévitables»** ou difficilement évitables qui demeurent : traumatologie, cancérologie, accident d'évolution de dents de sagesse,...
- pour les problèmes «**déjà traités**», **car aucun soin n'aura la durée de vie d'une dent vitale et totalement saine**
- **pour les patients qui ne parviennent pas** à se plier aux exigences de l'éducation thérapeutiques, ou qui sont irréguliers dans leurs rendez-vous de maintenance. C'est pour cette part de la population que le défi de société est le plus difficile, car le patient (et son comportement) reste primordial pour sa santé... De même qu'on ne soigne pas les gens *malgré eux*, on ne les soigne pas *sans eux*. Si c'est vrai dans tous les domaines de la médecine, en médecine dentaire les répercussions des comportements individuels sont très rapidement observées.

Voyons comment l'organisation du système même de santé pourrait judicieusement évoluer pour un fonctionnement plus sain et plus efficient. \_\_\_\_\_



## I. UN IMPÉRIEUX BESOIN D'AUDIT- QUALITÉ...

### 1) Les dérives actuelles sont dues - entre autres choses - à une absence de contrôle sur la qualité des soins

Les dérives actuelles dans le monde dentaire sont connues et très médiatisés. Nous apprenons régulièrement la fermeture de centres où de nombreux patients ont subi des extractions, des soins non justifiés, et se retrouvent édentés et handicapés après leurs «soins».

Ces scandales masquent une autre réalité, plus insidieuse : dans la très grande majorité des cabinets et centres dentaires, il n'est tout simplement plus possible de respecter les **bonnes pratiques, qui sont incompatibles avec les honoraires imposés**. Ainsi, pour de nombreux dentistes :

- le **temps dédié à l'éducation thérapeutique se réduit** dramatiquement, alors que le patient (et donc ses propres compétences) est indispensable pour assurer la pérennité de nos traitements, éviter les récurrences et l'apparition de nouvelles pathologies ;
- le temps dédié au **diagnostic**, aux bilans complets, est insuffisant pour détecter précocement les problèmes (et, par exemple, soigner des caries encore petites, sans attendre de devoir dévitaliser ou faire des prothèses) ;
- le temps dédié aux **soins** n'est pas suffisant pour que le résultat soit toujours conforme. Par exemple, une grande partie des dévitalisations est mal réalisée, et bon nombre d'entre elles entraîneront une infection («abcès sous couronne»), ce qui signifie à terme des soins encore plus lourds ;
- le temps dédié à la **formation continue** n'est pas suffisant pour améliorer les pratiques, et lorsqu'il est pris, il n'est jamais consacré aux questions de prévention, actuellement incompatible avec la survie économique des cabinets.

### 2) Comment en est-on arrivés là ? Trois fausses croyances à déconstruire

Nous avons bâti en quelques décennies une **médecine dentaire de «réparation»**, imposant des honoraires qui ne **rémunèrent que les «actes»** (= réparation en bouche), laissant de côté tout ce qui devrait être au cœur du métier de soignant : l'observation et le conseil. Pire, ces honoraires ont valorisé davantage les soins qui étaient **les plus mutilants** (prothèses). Les dentistes se sont mis à *soigner* de plus en plus (c'est à dire en fait à *réparer*), à *conseiller* de moins en moins, et les patients ont été peu à peu éduqués à n'attendre finalement que des soins de réparation de la part de leur chirurgien-dentiste.

Le problème fondamental, c'est que les instances décisionnaires de ce modèle économique (liant les honoraires aux seuls *actes*) n'ont absolument pas cerné ce qu'était la médecine dentaire. Elles sont ancrées dans de **fausses croyances**, qui pourraient se résumer à trois mantras :

- **« les soins dentaires sont inévitables »** : il semble admis que tout patient aura besoin

dans sa vie de tant de couronnes, tant de dévitalisations, tant d'implants... Or, en 2023, nous avons toutes les compétences pour simplement EVITER 95% des problèmes dentaires.

- « *Panalyse et le conseil n'existent pas* » en médecine dentaire : un dentiste répare, il bouche des trous, c'est tout - s'il ne touche pas les dents, il ne travaille pas. Malgré l'attente réelle de la part des patients, les politiques demeurent convaincus qu'un dentiste n'a rien à apporter à ses patients sans sa turbine. La facturation à l'acte en était la criante conséquence, l'absence de reconnaissance de la téléconsultation pour les dentistes est venue la confirmer. Vous imaginez-vous dire à un avocat à la fin d'une heure de travail : «ah donc aujourd'hui on ne fait rien ?» ? C'est pourtant ce que reçoivent les dentistes au quotidien - et en supportant les charges de plateaux techniques autrement plus coûteux.

- « *tous les soins se valent* » : une couronne égale une couronne, une carie égale une carie, un détartrage égale un détartrage. L'indication et la qualité de réalisation (globale : conception, choix des matériaux, mise en oeuvre technique) sont inexistantes à leurs yeux. De fait, aucun contrôle n'est fait dans ce domaine, alors que les honoraires, comptables, tangibles, sont scrutés facilement par informatique. Or, si l'audit-qualité ne peut être qu'humain, il n'en est pas moins factuel. Les données acquises de la science sont connues, vérifiables, et reproductibles pour tout traitement.

### **3) En quoi l'audit-qualité est une question médicale ? Une illustration : la couronne.**

Prenons l'exemple de la couronne - pour reprendre un *acte* bien connu de tous :

- Une **couronne bien faite**, sur une dent correctement nettoyée de toute carie, sculptée de façon convenable, et avec des bords prothétiques parfaitement ajustés aux limites dentaires, peut rester en place de nombreuses années - à condition, évidemment, que le patient maîtrise les gestes de nettoyage adaptés, ce qui s'apprend et se vérifie régulièrement au cabinet.

- Qu'en est-il d'une couronne que l'on poserait sur une dent sans avoir totalement éliminé le tissu carié auparavant ? Ou bien une couronne dont la forme déborderait de la dent, créant des recoins totalement inaccessibles au brossage ? Ou bien une couronne trop étroite, qui ne reconstituerait pas de point de contact avec les dents voisines ? Ou même une couronne trop haute, qui ferait un contact excessif sur la dent qui la supporte, en touchant les dents d'en face avant les autres secteurs lorsque l'on ferme la bouche ? Ou tout simplement, une couronne dont on n'expliquerait pas au patient comment la nettoyer efficacement ?... (etc... il y a bien des façon de ne **pas être conforme aux bonnes pratiques**). On verrait alors rapidement apparaître des problèmes tels que caries, nécrose, abcès, bourrage alimentaires, déchaussements, et même troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, voire trouble postural... cet acte est pourtant toujours une *couronne* aux yeux de la nomenclature de la sécurité sociale. Mais c'est couronne iatrogène, qui entraînera finalement une aggravation de l'état de santé du patient, cela n'a rien d'un *soin*.

- Enfin, **la meilleure couronne restera celle dont on n'a pas besoin**. Dans la très large majorité des cas, le problème initial qui amène à poser l'indication d'une couronne, c'est la carie. Or, arriver à avoir perdu tant de tissu dentaire par carie qu'il n'y a plus rien d'autre à faire qu'une couronne, c'est en soi un aveu d'échec : échec de diagnostic, échec de prise en charge précoce de la carie, échec de l'éducation thérapeutique qui aurait pu éviter cette carie ou garder l'obturation de cette carie en bon état. Rappelons-nous que les caries sont des pathologies qui évoluent lentement... Pour atteindre le stade où l'on décrètera que la dent est «à couronner», il faut laisser la carie progresser pendant des *années*. Dès lors, lorsqu'un patient qui consulte régulièrement reçoit un jour l'information que sa dent est tellement abîmée qu'il faut la couronner, qui est à blâmer ?

En passant, l'objet du présent document n'est pas de synthétiser les bonnes pratiques qui font actuellement consensus, mais puisque la couronne dentaire a cristallisé autant les regards, il nous semble ici judicieux de rappeler qu'**il n'y a en 2023 quasiment plus de raison de couronner des dents**. L'avènement de la **dentisterie adhésive** (années 2000-2010) a permis d'envisager le remplacement des tissus cariés par des préparations *a minima*, respectant la seule perte tissulaire liée à la carie, ou presque. Aujourd'hui, une grosse carie (dont on est en droit de se demander tout de même pourquoi elle n'a pas été détectée plus tôt) doit être reconstituée par un inlay-onlay ou un overlay, qui sera collé sur la partie saine de la dent. Les seules couronnes que l'on devrait voir à présent (sauf cas particuliers ou traumatologie) sont donc des anciennes couronnes que l'on refait.

Il y avait là un virage à prendre pour toute une partie des praticiens, dont la formation initiale était antérieure à ces progrès techniques. Cela a été découragé en partie par une nomenclature dissuasive (les inlays onlays ont été d'abord non remboursables, puis peu remboursables, et représentent encore aujourd'hui bien souvent un reste à charge supérieur pour le patient qu'une couronne périphérique, pourtant plus délabrante pour la dent). Ensuite, la «couronne gratuite» est venue faire exploser le nombre de réalisations de cet acte qui aurait dû disparaître...

#### **4) Peut-on envisager un audit-qualité sur tout type de soins dentaires ?**

Bien évidemment, cet exemple de la couronne peut être décliné à tout «acte» en médecine dentaire : radio, détartrage, carie, extraction, implant, prothèse... Pour l'ensemble de notre arsenal thérapeutique, seul un soin de qualité est un vrai soin. **Un soin de mauvaise qualité (ou non indiqué) sera toujours iatrogène**. Ou, pour le dire autrement, **il vaut mieux ne pas être soigné qu'être mal soigné !**

Un mauvais soin (non justifié, mal réalisé, mal suivi dans le temps, mal entretenu par un patient insuffisamment formé) s'accompagnera toujours de problèmes :

- les **pathologies mal diagnostiquées vont continuer à évoluer** (c'est le cas des parodontites sur lesquels on ne pratique qu'un détartrage superficiel, au-dessus de la gencive, et sans éducation thérapeutique adaptée)

- parfois même, les pathologies vont être **aggravées par le «soin»** (par exemple si l'on fait une résine au bords mal polis, sur une carie insuffisamment curetée, ou un collage non étanche, dans lesquelles les bactéries pourront continuer tranquillement à grignoter la dent...)

- les **patients auront l'illusion d'avoir été soignés**, d'avoir «fait ce qu'il faut». Ils seront donc **moins vigilants** sur leurs symptômes. Il n'est pas rare d'entendre par exemple un patient dire qu'il pense que c'est normal d'avoir mal sous une couronne, que «c'est bon, la dent a été dévitalisée», et donc ne cherche pas de solution à ce qu'il n'identifie pas comme un problème. Ou s'étonner qu'une carie puisse se développer sous un composite, puisque «la carie a déjà été soignée». Ou bien même, et cela est très fréquent, apprendre avec sidération que leurs dents se déchaussent depuis des décennies alors qu'ils respectent scrupuleusement leur rendez-vous de suivi annuel.

Parfois même, les patients s'éloigneront des soins en constatant que leur santé et leur confort ne s'améliorent pas (voire se dégradent) après les réparations faites.

## **5) Quand l'attentisme entraîne une perte de chance**

La médecine **dentaire actuelle, attentiste et réparatrice**, amène les patients à subir des soins très lourds (alors que totalement évitables) et les **maintient dans cette illusion** que les **soins dentaires sont forcément pénibles, douloureux, et chers**. Cette construction sociale entraîne de fait un retard de prise en charge et représente une véritable perte de chance pour les patients.

En réalité, la **médecine dentaire proactive** offre aux patients une prise en charge où **très peu de soins s'avèrent nécessaires** ! Les patients qui connaissent ce genre de prise en charge sont très à l'aise pour venir à leurs rendez-vous et échanger ouvertement avec leur dentiste. Ils sont aussi correctement informés pour pouvoir identifier les problèmes débutants.

Voilà pourquoi un contrôle de la qualité des soins résoudrait bon nombres des problèmes actuels : patients mutilés, dépenses de santé, mais aussi angoisse face aux soins, et épuisement des praticiens / déserts médicaux.

## **6) L'audit-qualité existe-t-il aujourd'hui en dentaire, et sous quelle forme ?**

Actuellement, il n'existe qu'un cadre où l'on regarde réellement comment travaillent les dentistes, c'est **l'expertise** (qu'elle soit amiable, d'assurance, ou juridique). Il faut donc attendre qu'un problème *grave* soit signalé *par le patient* (et donc identifié par lui, qui n'est pas le «sachant» dans ce domaine) pour qu'un regard extérieur et professionnel soit posé sur les pratiques d'un dentiste. On voit d'emblée apparaître les limites de ce contrôle, fait *a posteriori* :

- **trop tardif** pour permettre d'éviter l'aggravation de la santé du patient concerné
- trop **exceptionnel** pour concerner tous les actes (depuis le diagnostic), puisque seuls les échecs des traitements lourds sont signalés,
- trop **aléatoire** pour engendrer un changement dans les pratiques (la grande majorité des patients mal soignés ne se rendent pas compte des dégâts et ne signalent rien)
- ajoutons à cela que les **sanctions semblent souvent dérisoires** au regard de la gravité des dommages.

Ces limites dessinent en creux ce que pourrait être un **audit-qualité efficace** :

- il doit être fait systématiquement, c'est à dire concerner tout dentiste et tout acte, et suffisamment fréquemment (**voir partie III**),
- il doit entraîner des sanctions réelles pour modifier les comportements.

## **7) Au nom de quoi imposer cet audit-qualité à une profession réglementée ?**

Le chantier de la «**certification** périodique des professionnels de santé», ouvert officiellement par l'ordonnance du 19 juillet 2021, se veut garantir «la qualité des pratiques professionnelles».

On ne peut que saluer cette démarche ô combien bienvenue !

Mais en l'état :

- les praticiens actuellement en activité disposent de *neuf années* pour remplir leurs obligations... on est loin du virage à angle droit côté amélioration des pratiques...
- rien n'est encore annoncé sur le contrôle réel des pratiques professionnelles.

Si la certification reste un ensemble d'obligation de formations et de démarches administratives, il y a fort à parier qu'elle n'ait guère plus d'effet sur l'amélioration des pratiques que son grand frère, le DPC (Développement Professionnel Continu, en place depuis 2009, qui avait annoncé le même objectif). On peut forcer les praticiens à s'inscrire à des formations - le milieu de la formation professionnelle ne s'est jamais aussi bien développé que depuis 2009 d'ailleurs - mais tant qu'on ne regardera pas réellement ce que les soignants font dans la bouche des patients, on ne réglera aucun problème.

En tous cas, cette ordonnance rappelle que l'**Etat** se veut le garant de la **sécurité sanitaire** de la population, et donc de la qualité des soins dispensés. Cela devrait suffire pour l'autoriser à procéder à des contrôles in situ.

De façon plus pragmatique, le **remboursement** des soins par la société est un **effort de solidarité qui ne peut être un chèque en blanc**. Il entraîne le droit et le devoir de vérifier que les soins remboursés sont *indiqués* (c'est à dire réellement utiles et appropriés), et *correctement réalisés*.

Nous sommes aujourd'hui dans un système de contrôle ubuesque, qui peut exiger d'un praticien le remboursement de sommes mal cotées (code, montant, ou date non conformes à la nomenclature), mais pas celui de sommes indues (puisque liées à la réalisation d'un acte

non justifié). Par exemple, les détartrages doivent être espacés de 6 mois minimum pour ouvrir lieu à un remboursement par la sécurité sociale. Un dentiste qui déclarera un détartrage au bout de 5 mois et 3 semaines se verra sanctionné. Un autre qui fera une couronne sur une dent saine, non.

Il est grand temps de remettre un peu de sens clinique - et économique - dans les contrôles que l'on souhaite faire.

---

## II. ... LE PENDANT DE L'AUDIT-QUALITÉ : LA NÉCESSAIRE LIBERTÉ SUR LES MOYENS

### **1) Une conséquence impérative de l'audit-qualité : la liberté des moyens.**

Pourquoi ces contrôles cliniques, où l'on regarderait au fond la seule chose qui importe - *COMMENT les dentistes soignent* - ne sont pas encore en place ??!

Une raison évidente s'impose : ils sont, en l'état actuel des choses, *impossibles*. Si l'on veut s'assurer de la qualité des soins, il faut laisser aux dentistes la liberté de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour y parvenir. Le premier de ces moyens étant le **temps**, ce **contrôle de la qualité n'est pas compatible avec des honoraires actuellement imposés**.

Serait-ce grave de laisser les honoraires «libres» ?

Les patients peuvent comparer des honoraires, alors qu'ils ne peuvent (bien souvent) pas contrôler l'indication et la qualité des soins. Il est probable qu'à terme cette liberté se régule naturellement par l'acceptation ou non des patients, par une certaine *loi du marché*. Une certaine transparence sur le coût horaire des cabinets pourrait aider cette régulation (a contrario, indiquer le prix d'une prothèse sur un devis est une ineptie inutile).

Et surtout, sur le plan sanitaire, personnel, et sociétal, les économies attendues sont énormes :

- en évitant les soins non justifiés
- en ayant des soins de meilleure qualité, donc plus durables

L'audit-qualité est un système vertueux qui a fait ses preuves dans bien d'autres domaines de la société. On peut citer par exemple les check-lists systématiques de l'aéronautique, les contrôles sanitaires des restaurants, ou encore le contrôle technique systématisé, qui a grandement contribué à sécuriser nos routes.

Il est aberrant que la santé, où la qualité impacte directement l'humain (en plus des finances), reste encore soumise à une obligation de moyen sans contrôler la qualité de ce qui est fait..

### **2) Le système actuel : le contrôle des moyens, ses limites déontologiques et pratiques**

Le système de santé actuel, biaisé par une vision comptable de la médecine, a centré ses efforts sur le contrôle des moyens dont disposent les praticiens pour pratiquer en imposant le contrôle des honoraires (fixés ou plafonnés).

Le contrôle des honoraires impose de fait des contraintes aux praticiens :

- sur le temps qu'ils peuvent consacrer aux soins, mais aussi au diagnostic, à l'éducation thérapeutique, à tout ce qui ne correspond tout simplement à aucun honoraire,
- sur les moyens techniques dont ils peuvent bénéficier (équipement du cabinet, choix du laboratoire de prothèse...)

- sur l'assistance qu'ils peuvent avoir (le «travail à quatre mains», qui dans bien des cas permet un travail plus plus qualitatif et plus sûr, engendre des charges salariales importantes)
- et, indirectement, sur le temps qu'ils peuvent consacrer à leur formation continue.

**Ce contrôle des moyens**, qui semble incontournable depuis des décennies, **viole en fait plusieurs articles du Code de la Santé publique**, auquel appartient le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes :

\* Article R4127-206 : *Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés, ainsi que la sécurité des patients.*

Comment une consultation à 23 euros, qui ne laisse même pas le temps (compte tenu du coût horaires de nos plateaux techniques) de réaliser un questionnaire médical correct, pourrait-elle s'accommoder de cet article ?

\* Article R4127-209 : *Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit.*

Comment l'obligation de fournir des «devis multiples», en présentant des «couronne RAC-zéro», qui oblige à faire, à perte ou en bâclant, des couronnes dans un matériau qui n'est pas bio-compatible, pourrait-elle satisfaire cet article ?

\* Article R4127-210 : [...] *Liberté de prescription du chirurgien-dentiste ; Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ; Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste.*

Comment accepter, malgré cet article, les tarifs (et même des listes d'actes) imposés aux praticiens pour les patients bénéficiant de la CMU ? Au nom de quoi des soignants seraient-ils contraints, en raison des difficultés économiques de leurs patients, de leur prodiguer des soins de moindre qualité - et incomplets ?

\* Article R4127-238 : *Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.*

Que reste-t-il de cette liberté, quand l'absence totale de prise en charge de la parodontite (infection touchant 7 à 8 adultes sur 10 au cours de la vie) renvoie aux patients l'image d'un traitement inutile et de confort ? Pire, quand ce traitement n'est tout simplement pas possible pour les patients bénéficiant de la CMU ? Et pourtant, l'article R4127-246 précise bien que «L'existence d'un tiers garant tel qu'assurance publique ou privée, assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R4127-238».

\* Article R4127-240 : *Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure.*

Cet article, censé encadrer des dérives inflationnistes des libéraux (sur lesquelles fantasment les politiciens), a tout simplement été piétiné par l'établissement d'honoraires



conventionnés. Le chirurgien-dentiste DOIT TOUJOURS déterminer le montant de ses honoraires. Il le fera avec tact et mesure, mais il doit pour cela POUVOIR les déterminer.

### 3) Comment devraient s'établir des honoraires ? La triade singulière

La prise en charge thérapeutique dépend d'une **triade toujours particulière**, qui réunit :

- un **patient** particulier (avec son comportement, son intelligence, son habileté, ses craintes, son rythme, ses contraintes physiques, personnelles, logistiques...)
- un **dentiste** particulier (avec ses compétences, son expérience, son cabinet, son équipe, son matériel, sa vitesse d'exécution...)
- un **soin** particulier (par exemple, une carie plus ou moins grosse, plus ou moins facilement accessible, plus ou moins près du nerf...)

La prise en compte de ces trois éléments ENSEMBLE fait que chaque soin demandera des moyens (matériels, humains, et surtout temporels) très différents. Les honoraires devraient s'établir d'après cette analyse, et donc, pour chaque situation, par le praticien traitant.

C'est pourquoi il est **illusoire de vouloir plaquer des tarifs uniformes à chaque «acte»** - et ce d'autant plus que la liste «d'actes» actuellement prévus ne comporte en réalité que les réparations des dégâts, et aucunement les étapes de diagnostic, d'éducation thérapeutique, de conseils et de suivi.

### 4) Mais que (diantre) pourrait-on contrôler d'autres que les moyens ?!

En fait, dans tout système, on peut contrôler :

- les moyens
- ou les résultats

Mais **jamais les deux à la fois.**

[Une parenthèse est utile ici : les soignants sont soumis à une **obligation de moyens, et non à une obligation de résultat** - cela découle d'ailleurs de la reconnaissance du rôle central du patient dans le succès de nos thérapeutiques. Ainsi, nous entendrons dans le contexte présent le terme de *résultat* au sens de *ce qui a été effectivement fait par le praticien en diagnostic, soins, suivi, conseil*, et non en succès du traitement.]

Illustrons dans un autre domaine la question du contrôle des moyens versus celui des résultats : Imaginez que vous demandiez à un peintre en bâtiment de peindre un mur. Vous pouvez, au choix :

- lui donner un litre de peinture, et lui demander de peindre ce qu'il peut avec (contrôle des moyens);
- ou bien lui dire de peindre 20 m<sup>2</sup>, et le laisser utiliser toute la peinture dont il a besoin

(contrôle du résultat).

Que se passerait-il maintenant si vous lui demandiez de peindre une surface définie, avec une quantité de peinture définie - mais insuffisante ?

En médecine dentaire, on a voulu contrôler les moyens - sans doute dans l'illusion de préserver le «pouvoir d'achat» des français. C'est une double ineptie :

- d'abord parce qu'il s'agit de santé, et non de consommation. La mission des pouvoirs publics est de maintenir et promouvoir la santé avant tout, non d'espérer que le système médical réduise des inégalités qui lui sont étrangères ,
- ensuite parce que le soin le moins cher, ce sera toujours celui dont on n'a pas besoin, ou, lorsqu'il est nécessaire, le mieux réalisé possible.

**La seule voie de réelle économie est une prise en charge de qualité et axée sur la prévention.**

Il faut pour cela accepter de contrôler quelque chose qui est sorti des écrans radar depuis bien longtemps : la qualité des soins, c'est à dire ce qui est réellement effectué par les dentistes. Et pour exiger des résultats (à tout le moins, la mise en oeuvre de moyens adéquats), nous n'avons pas le choix que de laisser les praticiens libres d'indiquer le montant de leurs honoraires.

En réalité, comme nous l'avons vu, ces honoraires fixés ne sont pas en accord avec le Code de santé public. La seule **limite** que l'on peut entendre, et accepter, est le **montant financier pris en charge par la société**. Ce choix politique, de solidarité, revient effectivement aux pouvoirs publics. Mais en aucun cas le montant des honoraires demandés par le praticien.

Les montants pris en charge par la société seraient pertinemment décidés ainsi :

- en s'accompagnant d'un audit-qualité efficace
- en tenant compte des données acquises de la science
- et surtout en tenant compte du service médical rendu, c'est-à-dire de ce qui œuvre réellement à améliorer la santé des patients. C'est d'ailleurs une question de stratégie économique autant que politique : aucune action d'éducation thérapeutique bien menée ne coûtera aussi cher que les soins qu'elle permet d'éviter. Ainsi, valoriser le conseil et la prévention serait un moyen de faire des économies tout en améliorant la santé des patients, et d'entraîner naturellement, par ce nouveau modèle économique, une amélioration des pratiques.

---

### III. SOLUTIONS PRATIQUES POUR UN AUDIT-QUALITÉ VERTUEUX

Imaginer que le feed-back des patients suffit à identifier les manquements des praticiens est illusoire. Il est urgent d'avoir le courage de mettre en place un **contrôle professionnel externalisé, compétent, suffisamment systématique et contraignant** (dans son pouvoir de sanction) pour influencer sur les pratiques.

#### **1) Une mesure d'urgence : l'entente préalable pour tout acte en tiers-payant**

Les **patients qui bénéficient du tiers-payant** sont, l'actualité nous le rappelle hélas fréquemment, **particulièrement vulnérables** face aux dentistes peu scrupuleux :

- D'abord, dans les cas où ils n'ont aucune avance de frais à faire, les patients reçoivent souvent moins de devis et d'information préalable aux soins ;
- Et la plupart du temps, cette information est incomplète, et balayée par l'argument financier (qu'on pourrait résumer cyniquement à «ne vous embêtez pas à comprendre ce qu'on va vous faire, tout est remboursé») ;
- Enfin, il s'agit parfois de patients dont la culture médicale est réduite, difficulté qui peut se compliquer d'une mauvaise maîtrise de la langue française.
- Ajoutons à cela que les centres dentaires qui pratiquent abondamment le tiers-payant gèrent des praticiens nombreux, qui vont et viennent, les patients étant parfois pris en charge par des praticiens différents à chaque rendez-vous. Cela dilue la conscience de la responsabilité individuelle, et évidemment n'aide pas à la présentation de l'information complète et loyale à laquelle tout patient a droit.

Dans ce contexte, une mesure d'urgence serait de remettre en place la demande d'entente préalable, supprimée il y a une vingtaine d'années (2003). Rappelons en quoi consistait cette **demande d'entente préalable** :

- lorsqu'un praticien pensait qu'une couronne (par exemple) était indiquée, il adressait une demande (explication + radio) à la sécurité sociale
- cette dernière donnait un avis favorable ou non
- si l'avis était favorable, le praticien pouvait réaliser la prothèse, et le patient pouvait demander un remboursement.

Cela semblait très contraignant et insupportablement infantilisant aux dentistes...

Pourtant, cette demande d'entente préalable existe encore :

- pour les traitements d'orthopédie dento-faciale / orthodontie
- pour d'autres professions médicales et paramédicales (orthoptiste, kinés...)

Il s'agit, certes, d'une limite posée à la liberté d'exercice du praticien. En face, nous avons :

- la société, qui contrôle - de façon très légitime - si ce qu'elle prend en charge financièrement est médicalement indiqué
- le patient, qui voit sa prise en charge sécurisée par ce contrôle.

Il serait intéressant de comparer le nombre d'actes prothétiques réalisés avant la suppression de la demande d'entente préalable, et depuis. Comment ne pas lire dans cette différence une certaine marge de «soins» non justifiés ?

Ce **contrôle coûte cher**, il demande un regard de professionnel pour toute demande reçue. Au vue de l'explosion des dépenses actuelles, on peut imaginer qu'il demeure cependant très probablement **rentable** :

- d'abord parce qu'il oblige tout praticien, par l'aspect systématique de la demande, à justifier ses choix thérapeutiques - ce qui devient en quelque sorte un garde-fou intériorisé. En bonus, on peut imaginer que cette formalisation de l'indication inciterait à délivrer davantage d'information au patient.

- ensuite parce qu'il permet d'éviter des actes coûteux (par ce premier garde-fou, et par les dossiers refusés), ce qui compense forcément les revenus des personnes chargées du contrôle. Pour le dire plus prosaïquement : si on payait quelque'un 500 euros par jour et qu'il évitait que ne serait-ce que UNE couronne inutile ne soit faite, ce serait déjà rentable. Et un patient aurait une dent sauvée d'une mutilation inutile.

Rappelons que les patients qui paient eux-mêmes leurs soins (tout ou partie) ont forcément tendance à demander plus d'explications, à comprendre si ce qu'on leur propose est réellement utile, à respecter des délais de réflexion. Il leur est remis un devis, ils peuvent en outre prendre d'autres avis.

Les patients qui ne paient rien de leur poche sont en fait soumis ici, insidieusement, à une forme de maltraitance.

La société se retrouve ainsi paradoxalement à verser des sommes colossales à des praticiens peu scrupuleux pour réaliser des «soins» non justifiés - en réalité, pour mutiler des patients. Il n'y a en réalité aucune explication rationnelle au fait que cette «générosité» ne se double pas d'un minimum de contrôle sur l'indication des soins, par la remise en place sans délai de la demande d'entente préalable pour tout acte pris en charge par la CMU.

---

## **2) Une proposition audacieuse pour accélérer l'amélioration des pratiques : les Dentistes-superviseurs**

Si les patients qui règlent tout ou partie de leurs soins peuvent être un peu moins exposés au risque de sur-traitements (ou plus clairement : de traitements non justifiés), ils demeurent tout autant susceptibles de recevoir des soins non conformes (mal réalisés).

Alors, **comment faire de l'audit-qualité en médecine dentaire ??**

Revenons au code de déontologie : Article R2127-233 : *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conforme aux données acquises de la science [...].*

Il ne s'agit pas - c'est impossible en médecine - de faire peser dans la responsabilité du dentiste une obligation de résultat.

Il s'agit de contrôler que les soins prodigués sont «éclairés» (c'est le devoir d'information) et «conformes aux données acquises de la science».

Ces données, elles sont connues. Elles servent d'ailleurs de base de travail dans les dossiers d'expertise. Pourquoi ne pas faire ces contrôles en amont des problèmes ?

Tentons un parallèle dans un tout autre domaine, non médical : il y a quelques années, les grandes-surfaces ont mis en place des pistolets-scanner lecteurs de code-barres. Les clients, à qui on reconnaissait *a priori* la compétence de scanner eux-mêmes leurs articles, bénéficiaient ainsi de la confiance des enseignes. Aléatoirement, on effectuait un contrôle en caisse en re-scannant l'intégralité du caddie. Si tout était bon, les contrôles s'espaçaient dans le temps, la confiance étant renforcée. Si certains articles n'avaient pas été scannés, les contrôles se resserraient.

Que pourrait donner ce système appliqué aux chirurgiens-dentistes ?

- des contrôles aléatoires de leurs dossiers, assez fréquents en début d'exercice
- puis de plus en plus espacés, en cas de bonnes pratiques constatées
- ou bien au contraire, rapprochés, en cas de problèmes - avec d'autres conséquences envisageables évidemment, selon les manquements observés.

### **Que contrôler ?**

Les données acquises de la science sont assez normées et font l'objet de suffisamment de consensus pour que des contrôles sur dossiers donnent toutes les informations nécessaires. Des «dentistes-superviseurs», soumis au secret médical, pourraient donc s'assurer, simplement sur pièce (d'après dossier), qu'un certain nombre d'obligations sont remplies en clinique. Actuellement, les contrôles effectués (par exemple, sur l'affichage des honoraires en salle d'attente, sur la remise d'un devis indiquant tous les «paniers de soins» ou le tarif du prothésiste..) ne changent en rien la qualité des soins. Il serait bien plus utile de voir par exemple si une radio-pré-opératoire a bien été réalisée avant de faire une dévitalisation, ou si un traitement de racine est bien complet, ou si un composite ne

déborde pas entre deux dents, ou si une couronne est bien ajustée sur une dent...  
Bien entendu, ces contrôles sur dossier pourraient entraîner des vérifications in situ.

### **Combien ça coûterait de contrôler tout ça ?**

- Pour une profession qui compte environ 45 000 dentistes actifs,
  - À raison de 6 contrôles effectués par jour par un «dentiste-superviseur» (contrôle sur pièces, c'est à dire sur dossier uniquement, dans un premier temps),
  - Si l'on disposait de **100 dentistes-superviseurs** qualifiés,
- On pourrait contrôler 120 000 dossiers par an, soit **2 à 3 dossiers par an et par dentiste.**

Ca n'est certes pas grand-chose, mais :

- ce serait déjà un énorme dépistage pour resserrer le contrôle, et accompagner vers l'acquisition de compétences pour ceux qui en ont besoin
- actuellement, ce contrôle est à zéro
- la simple mise en place du système (et l'application de sanctions adaptées) impliquerait très certainement un sursaut dans la conscience professionnelle des chirurgiens-dentistes.

Combien coûterait cette centaine de praticiens ?... Difficile à dire. En revanche, là encore, si chacun d'entre eux évitait ne serait-ce qu'une seule couronne non-justifiée par jour à la société, ils seraient rapidement financés...

### **Cahier des charges de recrutement des dentistes-superviseurs :**

- le volontariat, la motivation pour accompagner les praticiens vers une amélioration de leurs pratiques
- une activité clinique en cours (et donc une limite de l'activité de supervision à 1 jour par semaine par exemple). Cette expérience terrain est indispensable pour éviter la déconnection ressentie entre les praticiens et les «dentistes conseils» de la sécurité sociale actuels (qui ont développé avec les années des compétences purement administratives, et sont à présent inaudibles pour les praticiens en activité).
- une formation en expertise semble judicieuse, elle garantit une connaissance solides des bonnes pratiques.
- un travail collégial serait à privilégier (binômes changeants / relecture de décisions....) pour garantir un système sain et solide dans le temps.

### **3) Une proposition complémentaire : le parcours de soins passant par un *dentiste-traitant* distinct du dentiste-soignant**

Il s'agit probablement de la proposition la plus disruptive de ce document.

Pour la comprendre, il est important de se remémorer la particularité de la «**chaîne thérapeutique**» en médecine dentaire, et pour cela, de repartir de la **médecine générale**.

Prenons l'exemple d'une patiente âgée de 75 ans qui a des douleurs à la hanche (simplifions à très gros traits - ça n'est pas ici le lieu pour retracer l'histoire de la maladie et déplorer qu'une prise en charge posturale, alimentaire et comportementale dès l'enfance et tout au long de la vie n'évite cette épidémie de problèmes articulaire à nos seniors...) :

- cette patiente observe des symptômes, et consulte son médecin généraliste ;
- ce dernier procède à un examen clinique, prescrit un traitement symptomatique (médicamenteux, kiné...), ainsi que, s'il l'estime pertinent, un examen radiologique ;
- la patiente voit alors un radiologue, qui fait les clichés et les analyse. Il renvoie son compte rendu au médecin prescripteur ;
- si les thérapeutiques proposées sont en échec, le médecin peut envisager avec la patiente une intervention chirurgicale pour la pose d'une prothèse de hanche ;
- Si elle le souhaite, la patiente va donc faire la démarche de consulter un chirurgien orthopédique. Elle aura ainsi une autre lecture de sa situation, des explications sur ce qui lui est proposé en chirurgie ;
- si l'intervention est programmée, elle rencontrera également un anesthésiste. Ce sera l'occasion de parler des risques associés à l'intervention ;
- si elle est opérée, elle sera prise en charge par une équipe (secrétariat de la clinique, aide-soignant, infirmier). Ces différentes personnes, même si leur nombre peut être déroutant pour le patient, sont aussi le gage d'avoir des informations différentes, complémentaires, sur son état, son suivi, les conseils pour la maison, l'administratif, la sortie, les rendez-vous de contrôle à mettre en place... ;
- après l'intervention, la patiente reprendra son suivi auprès de son médecin généraliste.

Voyons maintenant la **chaîne thérapeutique en médecine dentaire**. Du fait même de l'hyper-spécialisation de son domaine, le chirurgien-dentiste est, dans le petit secteur qui le concerne, appelé à être :

- le dentiste-généraliste, chez qui l'on va «faire un contrôle»
- le prescripteur de radios
- mais aussi le radiologue, puisqu'il fait lui-même (et généralement immédiatement) les clichés dont il a besoin
- le prescripteur de soins / de chirurgie
- mais aussi exécutant des soins / des chirurgies, dans de nombreux cas (et évidemment l'anesthésiste)
- le dentiste-généraliste qui assure le suivi après ces soins / chirurgies

**Par essence, cette «chaîne» à maillon unique prive le patient de la sécurité**

**qu'amènent des regards croisés sur une même situation.**

C'est dans cette organisation qu'on trouve le terreau des abus (soins non justifiés, mal réalisés...) car en fait, dans la grande majorité des cas, les bouches des patients ne sont examinées que par *un seul dentiste* durant de longues périodes.

Il est possible d'**imaginer une organisation différente**, semblable à ce qui se pratique déjà en expertise (où le dentiste-expert *ne peut pas* être le praticien traitant - cette séparation étanche étant la garantie de l'intégrité et de la neutralité des propos des uns et des autres, évacuant tout conflit d'intérêt entre l'expertise et les soins). Ainsi :

- chaque patient pourrait **déclarer un «dentiste-traitant» (de son choix)**, tout comme il a déjà un médecin-traitant, chargé de réaliser, tous les deux ans, une séance de **maintenance** (d'une heure) : examen clinique et radiographique complet, explications sur les diagnostics posés, établissement d'un plan de traitement idéal, évaluation des besoins en éducation thérapeutique (au sens large, y compris nutrition, tabacologie...), selon un protocole normalisé.

- le patient devrait ensuite **se tourner vers un (ou plusieurs) autre(s) praticien(s), «dentiste-soignant» (de son choix également** - et n'appartenant pas au même «centre» en cas d'exercice de groupe) pour faire réaliser les soins indiqués.

- en cas de **divergence** entre les traitements prescrits par le dentiste-traitant et ceux proposés par le dentiste-soignant, un **dentiste-superviseur** serait amené à contrôler le dossier.

- afin de garantir l'équité mais aussi le maintien en compétence de chacun des chirurgiens-dentistes, l'on pourrait envisager un système de **«quotas», d'obligation de recevoir tel ratio de patients en rendez-vous de maintenance (donc en tant que dentiste-traitant) pour tel nombre de patients réellement «soignés»**. Ainsi, l'activité d'un chirurgien dentiste pourrait être composé de 20 à 30% de ces rendez-vous de maintenance (dépistage, diagnostic, prescriptions, plan de traitement, conseils et éducation thérapeutique).

- évidemment, ce système ne peut être vertueux que si les rendez-vous de maintenance sont **facturés à des honoraires tenant compte du coût horaire** du cabinet.

- lors des maintenance, le dentiste-traitant pourrait également **alerter** un dentiste-superviseur s'il constate que la qualité des soins réalisée est insuffisante.

Il paraît déroutant de prime abord d'imaginer qu'un système plus complexe et qu'une multiplication des praticiens intervenant auprès d'un patient amène des avantages. Pourtant, une telle organisation garantirait :



- que les soins faits sont réellement indiqués
- que chaque dentiste s'efforce de faire des soins de qualité, sa propre conscience professionnelle étant renforcée par la certitude qu'un confrère examinera son travail attentivement.

Rappelons que cette montée qualitative ne peut s'observer qu'en laissant les chirurgiens-dentistes fixer eux-mêmes leurs honoraires, dans le respect du code de la santé publique.

En outre, une prise en charge de qualité réduira très rapidement le besoin en soins, donc réglera en grande partie les problèmes de surcharge de travail et déserts médicaux (inévitables si l'on ne change rien, compte tenu de la démographie de la profession).

La population pourrait être assez simplement et rapidement fortement incitée à prendre ces rendez-vous de **maintenance** :

- en les **prenant en charge à hauteur réelle** de son montant (pour une heure de rendez-vous, sachant que le coût horaire d'un cabinet peut varier de 100 à 300 euros)
- en les considérant comme une **condition à la prise en charge des soins** dans les 2 années qui suivent (pour reprendre un peu le système du «BBD», mais celui ci est totalement illusoire sans audit-qualité et sans liberté d'honoraires)
- en soumettant à une **demande d'entente préalable** tout acte qui n'a pas été indiqué dans un plan de traitement lors d'une maintenance par un dentiste-traitant (cela peut également motiver les patients à trouver et à déclarer un dentiste traitant dans un premier temps)

Enfin, pour les **zones sous-dotées**, et afin de répondre à l'inquiétude des patients qui peinent déjà à trouver UN praticien dans leur zone d'habitation, rappelons simplement :

- que le dentiste-traitant est appelé à être vu *une fois tous les deux ans*, ce qui peut rendre supportable un certain éloignement ;
- que ce système entraînera une baisse des soins à l'avenir,
  - cela facilitera donc l'accès aux cabinets les plus proches de chez eux (en baissant la pression sur les agendas des praticiens, ce qui est particulièrement urgent en zone sous dotée)
  - et entraînera moins de rendez-vous pour eux mêmes.

#### **4) Quelles sanctions, pour quel objectif ?**

Que peut-on envisager si les audits-qualité des dentistes superviseurs (qu'ils soient aléatoires et/ou guidés par les remontées du terrain de la part des dentistes-traitants) révèlent des manquements ?

- une obligation de **compléter les actes manquants** : Par exemple en l'absence de radio de contrôle pour vérifier le bon ajustement d'une couronne sur implant, ou la dévitalisation

complète d'une racine, le dentiste peut être sommé de fournir cette radio, et donc de reconvoquer son patient pour cet examen. Ceci peut être en soi suffisamment désagréable pour entraîner davantage de vigilance à l'avenir...

- une obligation de **refaire** : si un composite est débordant ou non étanche par exemple, le dentiste peut être sommé de refaire le soin et de fournir les éléments (radios et photos) prouvant la bonne réalisation du nouveau soin

- une obligation de **formation**, si un soin apparaît mal réalisé de façon récurrente

- une obligation de **remboursement** : si un soin s'avère non justifié / non indiqué, le dentiste peut être amené à rembourser (au patient et à la sécurité sociale) les sommes indues qui ont été perçues

- une obligation de **réparation financière** : si un soin non justifié ou mal réalisé a entraîné un préjudice, le dentiste peut être amené à dédommager son patient

- un **déconventionnement partiel** : par exemple, si un praticien réalise systématiquement des dévitalisations non satisfaisantes, la société peut décider de ne plus rembourser cet acte pour ce praticien (jusqu'à ce qu'une nouvelle formation ou une preuve de compétence ait été fournie)

- une obligation de changement de **matériel** : par exemple si un praticien pose des implants qui ne satisfont pas les normes de qualité établies, il peut lui être demandé de changer de fournisseur (il est intéressant de noter qu'actuellement la sécurité sociale rembourse des couronnes posées sur des implants pour lesquels le recul clinique et la littérature scientifique sont insuffisants...).

Cela semble très lourd évidemment. Nous sommes aujourd'hui dans une impasse sanitaire, économique, et humaine. L'avènement de la médecine dentaire proactive apporterait de nombreuses solutions :

- avec un système dentiste-traitant /dentiste-soignant, les **soins non justifiés devraient rapidement disparaître** ;

- avec une rémunération juste, il y a **peu de raison que les dentistes s'obstinent à bâcler leur travail...** la majorité sont des soignants intègres, qui aiment leur métier. Ne confondons pas l'état d'épuisement et de chaos actuel avec ce que peuvent être les compétences d'individus bien-traités. De même qu'un soignant maltraité fini très souvent (volontairement ou non) par être mal-traitant, un soignant respecté, valorisé, sécurisé (y compris financièrement dans la gestion de sa TPE qu'est le cabinet dentaire) a de grandes chances de (re)devenir rapidement bien-traitant ;

- qu'actuellement, les dossiers d'**expertise sont extrêmement longs** et complexes, parce qu'on laisse les praticiens faire des dégâts pendant des années. Ce serait très différent si les problèmes étaient identifiés et corrigés au fur et à mesure.

L'objectif restera toujours **l'amélioration de la sécurité des patients et de la santé des praticiens par l'amélioration des pratiques**. Cela s'accompagne d'**économies financières de surcroît**, mais ça n'est pas en visant l'économie que l'on en fera - du moins à état sanitaire égal.

---

## CONCLUSION

**La médecine dentaire pro-active permet**, par la diminution du besoin en soins :

- l'amélioration de la santé des patients
- l'amélioration de la qualité de vie au travail des chirurgiens-dentistes (diminution des situations de surcharge et des risques de burn-out)
- la diminution de l'impact écologique des soins dentaires.

Cette organisation des soins repose sur **deux piliers** :

- la **qualité des soins** (au sens large, y compris leur indication) doit être **contrôlée** par un tiers compétent
- les **honoraires** doivent être **libres**, pour permettre aux praticiens de répondre à leur obligation de moyens.

### Quels sont les risques associés à ces nouveaux paradigmes ?

#### 1) Et si les prix s'envolent ?...

Cela semble être une réelle angoisse des pouvoirs publics, et pourtant il s'agit probablement un faux problème :

- d'abord parce que l'une des rares choses que les patients peuvent contrôler et comparer de façon précise, ce sont bien les prix - on peut espérer une auto-régulation entre l'offre et la demande, puisque les patients auront une information désintéressée (de la part de le dentiste-traitant) sur les soins dont ils ont réellement besoin ;
- ensuite, parce qu'un soin non justifié est toujours trop cher, même bradé. La médecine dentaire proactive vise à éliminer ces pratiques déviantes (par un triple regard sur les soins : dentiste-traitant et dentiste-soignant de façon systématique, et dentiste-superviseur de façon aléatoire et ajustée selon les observations) ;
- enfin, parce qu'il vaut bien mieux (éthiquement et économiquement) un dentiste «un peu cher» plutôt qu'un dentiste «un peu mauvais» voire «un peu truand»... que l'on tolère pourtant aujourd'hui. Des soins injustifiés et/ou mal réalisés entraîneront toujours des frais de réparation bien plus important que ce que nécessitait l'état initial.

#### 2) Comment prendre en charge les patients qui ne rentrent pas dans le parcours de soins ?

C'est une question qui se pose dans les autres domaines de la médecine, depuis l'obligation de déclarer un médecin-traitant qui seul (sauf exceptions) ouvre droit à un parcours de soins avec des spécialistes.

La question est pertinente, il est probable qu'une part non nulle de la population ne parviendrait pas à s'astreindre à des rendez-vous de maintenance tous les deux ans avec un dentiste-traitant, puis à consulter un dentiste-soignant pour faire réaliser les soins indiqués. Nous n'apporterons sur cette question que d'autres questions :

- Comment sont soignés actuellement ces patients ? (réponse : mal, ils vont de gestion d'urgence en gestion d'urgence, avec un état de santé qui se dégrade) En quoi le système actuel leur est bénéfique ?
- Comment cela se passe-t-il pour eux en médecine générale ?
- Comment espérer que des individus (dentistes) règlent un problème si complexe qu'elle met en échec la société ?
- Au nom de quoi priver plus longtemps la majorité de la population d'une prise en charge de qualité pour une minorité qui sortira des cases ?

La réponse réaliste sera probablement du cas par cas, dans des approches solidaires voire humanitaires d'accès à la santé de façon générale.

Gageons également que l'accès aux soins dentaires doit lever d'autres barrières que le montant des honoraires. Une médecine plus sûre, où les patients peuvent en confiance espérer être bien soignés, améliorera à moyen terme l'acceptabilité des soins et diminuera les comportements d'évitement (in fine toujours plus coûteux en soins).

En outre, la réduction du besoin en soin de la majorité de la population permettra de concentrer les efforts de solidarité sur ceux qui en ont le plus besoin, ce qui nous amène à la question suivante :

### 3) Comment soigner les patients qui n'ont pas les moyens de régler le reste à charge ?

Comment éviter qu'ils renoncent aux soins (avec le double risque, sanitaire et financier, que leur état se dégrade et que les frais augmentent) ?

Cette problématique en soulève en réalité plusieurs :

a) Il nous faut **sortir de l'illusion du «tout-gratuit» en santé**. Il n'est pas vrai, et il n'est dit dans aucun autre pays, qu'être bien soigné ne coûte rien. Etre bien soigné demande des efforts (comportements au quotidien, sérieux dans le suivi des rendez-vous, et efforts financiers). Ca n'est pas parce qu'on a besoin d'un soin qu'il peut ne rien coûter.

Cette mentalité a fait beaucoup de torts à notre médecine qui avait pourtant beaucoup d'atouts pour devenir et rester une médecine de pointe.

Rappelons pour élargir la réflexion que la Sécurité Sociale, fondée au sortir de la 2e guerre mondiale, a pour but d'assurer une certaine sécurité aux individus touchés par les accidents de la vie (maladie ou autre). Ainsi, aujourd'hui, on peut quasiment affirmer qu'aucun problème de santé ne nous fera perdre notre logement ou ne contraindra nos enfants à

abandonner leurs études pour payer nos traitements. C'est déjà formidable, et il est pertinent de se rappeler que ça n'est pas ainsi partout sur la planète hélas.

Pour autant, cette Sécurité Sociale doit-elle être prendre en charge intégralement tous les problèmes de santé ? Et y compris ceux qui sont évitable par une hygiène de vie centrée sur la prévention et la préservation de la santé ?

C'est une réflexion que doit avoir la société.

Dans le très petit domaine dentaire qui nous occupe ici, on observe :

- que le coût des soins est aussi, en partie, une motivation à enclencher des comportements vertueux (par exemple, des patients qui ont dû payer un implant peuvent devenir plus conscients du «prix», de la valeur de leurs dents, et faire d'avantage d'efforts au quotidien pour garder en bon état celles qu'il leur restent)

- qu'à contrario, des soins gratuits sont parfois moins respectés, et que les patients qui ne paient rien peuvent se montrer moins impliqués dans leurs traitements (rendez-vous manqués, retard, prothèses «gratuites» perdues au bout d'une semaine...)

Il serait intéressant de voir si, par exemple, les conseils des dentistes sont moins suivis depuis que les patients ont l'idée qu'une couronne peut être «gratuite», par rapport à l'époque où cela représentait pour beaucoup une vraie tuile financière.

b) La question à laquelle toute la société doit répondre c'est : **Quels moyens veut-on donner à la Sécurité Sociale pour prendre en charge les soins dentaires**, et pourquoi ? Il peut être plus pertinent par exemple de consacrer les sommes actuellement allouées à la réparation (de problèmes évitables) à travailler à l'amélioration de l'alimentation (éducation et accès) ?

Quoi qu'il en soit, quelles que soient les politiques de remboursement que l'on choisit d'appliquer, il conviendra :

- que cet effort soit impérativement accompagné d'un audit-qualité du travail des chirurgiens-dentistes

- que, et surtout dans le cas où l'on déciderait qu'aucun reste à charge n'est appliqué au patient, on s'assure de son observance par différents moyens (régularité dans le suivi pour bénéficier des remboursements par exemple).

Enfin, la Médecine Dentaire Proactive est par essence *décroissantiste* : bien appliqué, ce système vertueux permettra aux patients d'être soignés mieux et plus tôt. Les dépenses associées aux soins seront donc naturellement de moins en moins importantes.

Pour autant, il restera toujours une partie de la population pour laquelle ces moindres

dépenses resteront impossible à assumer. Ici, plusieurs pistes de réflexion sur un problème que nous n'aurons pas la prétention de résoudre :

- surtout, ne pas priver l'ensemble de la population d'une médecine dentaire de qualité en raison de difficultés économiques d'une partie des patients. La médecine dentaire proactive est une source d'économies, et donc permettra de ré-orienter certaines sommes pour des besoins particuliers ;

- lorsque le diagnostic et l'éducation thérapeutique sont correctement réalisés, et pris en charge par la société, on peut très souvent envisager des soins peu onéreux, de temporisation, pour éviter que les dégâts ne s'aggravent. Par exemple : on diagnostique une carie volumineuse, sur laquelle un inlay est indiqué ; on peut nettoyer la carie et faire une résine d'attente, le temps que le patient puisse s'organiser pour financer l'inlay nécessaire. Ainsi, la carie est stoppée, on ne risque pas d'avoir plus tard une dent à dévitaliser, voire à extraire, à remplacer...

- Il est tout à fait louable d'imaginer des centres et dispensaires accessibles aux plus démunis. **Il restera toujours inacceptable (et économiquement aberrant) que ces organismes dispensent des soins de moindre qualité.** Donc, quel que soit le financement, il faut faire rentrer tous les soins dans un audit-qualité efficace (par un tiers externe au «centre»).

- Enfin, plus largement, pourquoi imaginer que c'est dans le secteur des soins dentaires que l'on doit régler les inégalités économiques d'une population ? Pourquoi ne pas redonner du pouvoir d'achat aux plus pauvres ailleurs (accès au logement, à la nourriture, gratuité des transports, des études, des habits...) pour qu'ils puissent payer leur soins à un prix juste, et avoir l'assurance d'être bien soignés, tout en conservant le droit de choisir librement leur praticien (droit inscrit dans le code de santé publique) ?

- Il nous faut de toute façon sortir du modèle actuel intenable, qui imagine faire peser cet effort de solidarité nationale sur des individus (les dentistes, qui supportent déjà de lourdes charges) via les tarifs imposés pour les patients bénéficiaires de la CMU... Cela met les dentistes consciencieux en souffrance, et ouvre grand la porte aux malfrats armés de turbines (que nous ne saurions qualifier de soignants, au regard de certains dossiers).

En réalité, et ce sera la conclusion sur les risques perçus : rien ne peut être pire que le système actuel, dans lequel nous voyons :

- la santé des patients se dégrader
- la santé des soignants se dégrader
- la santé économique de la société se dégrader
- l'impact écologique des soins dentaires exploser.

En outre, nous sommes en train d'assister à la naissance d'une médecine dentaire à deux vitesses, dans laquelle :

- ceux qui «ont les moyens» (financiers, mais aussi d'un point de vue connaissances et logistique) peuvent espérer être bien soignés (sans que cela soit une certitude)
- les autres sont condamnés à être mal soignés.

**Pour sortir de cette impasse, il nous faut oser :**

- **contrôler la qualité des soins**
  - par le **parcours de soins** dissociant **dentiste-traitant** et **dentiste-soignant**
  - par des **contrôles externes** réalisés par des **dentistes-superviseurs**
  - par des demandes **d'entente préalable** pour tout ce qui n'entre pas (ou pas encore) dans le parcours de soins présenté.
- redonner aux praticiens la **liberté de fixer leurs honoraires**, qui seule garantie qu'ils pourront mettre en œuvre les **moyens nécessaires** à une prise en charge satisfaisante

C'est tout l'ADN de la **Médecine Dentaire Proactive**.

**Une médecine plus juste, plus sûre, plus humaine et plus efficiente est possible.  
Elle existe déjà.**

Paris le 25/01/2023.

	<p>Pour poursuivre l'échange, Suivre nos travaux, Découvrir nos formations : Rendez-vous sur <a href="http://Lodontact.fr">Lodontact.fr</a></p> <p>Directrice des publications : Dr Constance Leger</p>
---	---