



**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 l'attention du **Groupe de travail « Santé bucco-dentaire »**, chargé de transmettre une note d'orientation à la Commission permanente (CP) de la **Conférence nationale de santé (CNS)** (voir *lettre de mission* en Annexe).

2

**ANALYSES ET RECOMMANDATIONS INITIALES A  
L'ATTENTION DU GROUPE DE TRAVAIL « SANTE  
BUCCO-DENTAIRE » MISSIONNE PAR LA  
CONFERENCE NATIONALE DE SANTE**

Par LA DENT BLEUE – première association créée par et pour la patientèle du dentaire, agréée par le Ministère de la Santé.

*Juin 2024.*

## PREAMBULE

---

Notre association de représentation de la patientèle du dentaire se félicite de la création par la Commission permanente (CP) de la Conférence nationale de santé (CNS) d'un Groupe de travail « Santé bucco-dentaire » (GTSBD). Nous remercions vivement ce Groupe de Travail d'avoir contacté La Dent Bleue pour une audition, qui s'est déroulée le lundi 3 juin 2024 par visioconférence.

Il est attendu du GTSBD qu'il fournisse une note d'orientation à la CP de la CNS avant juillet 2024 et un rapport définitif avant novembre 2024. Ce rapport, qui sera soumis à adoption par l'Assemblée plénière de la CNS le 13 décembre 2024, contiendra des recommandations en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population, notamment celle des personnes les plus en situation de vulnérabilité, et de renforcer la résilience de notre système de santé.

L'association La Dent Bleue a été sollicitée pour réfléchir sur les quatre axes suivants :

- *Accès à la santé et aux soins bucco-dentaires (impact du dispositif 100% Santé),*
- *Renforcement de la prévention et notamment la place de la santé bucco-dentaire dans le dispositif des consultations aux différents âges de la vie,*
- *Leviers d'action sur les déterminants commerciaux,*
- *Impact des dynamiques de financiarisation en œuvre.*

En amont de l'audition, nous avons transmis par courriel au GTSBD notre précédente *Note de position*, publiée en octobre 2023 sur sollicitation de l'Association Dentaire Française et du COMIDENT. Ce document intitulé « 20 POINTS-CLES POUR AMELIORER LE SECTEUR DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN FRANCE DEPUIS LA PERSPECTIVE PATIENT » est [disponible](#) sur le site internet de notre association et ne sera pas ci-annexé. Il contient néanmoins des analyses et recommandations qui viennent s'ajouter à celles développées dans le présent document et dont il est essentiel de tenir compte au titre de notre réponse initiale. Cette dernière pourra par ailleurs faire l'objet de compléments ultérieurs, sur nouvelle sollicitation du GTSBD d'ici novembre 2024, ou le cas échéant sur décision de notre Conseil d'Administration.

L'association La Dent Bleue est connue et reconnue pour son action en lien avec les victimes de scandales survenus dans le secteur dentaire, notamment l'affaire Dentexia. Ce positionnement historique a amené l'association à développer un ensemble de préoccupations d'ordre victimologique et de réflexions autour de la prévention *tertiaire* (qui vise à amoindrir les complications de la maladie bucco-dentaire et/ou de son traitement, leurs séquelles et les risques de rechute). Parce qu'elles sont cruciales en amont de la prévention tertiaire, les questions de prévention primaire (éducation sanitaire) et de prévention secondaire (dépistage et soins précoces) nous occupent également à part entière. Notre manière d'appréhender ces trois préventions reste cependant teintée par notre souci non seulement d'*améliorer* la santé bucco-dentaire des populations mais aussi de *diminuer le risque* pour la patientèle au cours des parcours de soins.

*Note : dans nos productions, les termes de patient, praticien, soignant, etc. s'appliquent par défaut de manière non-genrée.*

## AXE I : ACCES A LA SANTE ET AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES (IMPACT DU DISPOSITIF 100% SANTE)

4

Nous remarquons d'abord avec satisfaction que l'expression « accès à la santé » devance celle de « soins bucco-dentaires » dans l'intitulé de l'Axe 1. Cette subtilité sémantique vient signer plusieurs prises de conscience qui nous paraissent heureuses : la nécessité de mettre en place des parcours de santé plus intégratifs ; la compréhension de la nature intrinsèquement processuelle de la promotion de la santé et de la santé elle-même (qui n'est plus considérée comme un état à atteindre mais une dynamique impliquant à part entière les populations et les individus), dans l'esprit de la charte d'Ottawa et du Glossaire de la promotion de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Vue depuis le prisme de la patientèle, la barrière financière à l'accès aux soins dentaires correspond au montant du RAC, c'est-à-dire du « reste à charge » pour les assurés. Ce reste à charge peut être dissuasif (contribuant ainsi au renoncement aux soins) car certains actes dentaires sont onéreux et insuffisamment pris en charge, en particulier les soins de restauration (prothèses et appareils dentaires). Dans ce contexte, notre association ne peut que se réjouir de l'instauration de la réforme 100% Santé visant à garantir l'accès à un panier minimum de soins sans aucun frais pour les patients (les dépenses étant défrayées par la solidarité nationale). Nous nous réjouissons en outre du fait que le nombre de localisations dentaires concernées ne fasse pas l'objet d'une limitation par an, faisant que les soins peuvent être déclinés en fonction du besoin. Le dispositif 100% Santé, pour nécessaire et vertueux qu'il soit, n'est toutefois pas exempt de points-faibles. Les paragraphes qui suivent détaillent ceux qui ont plus particulièrement retenu notre attention.

### 1. Pour une responsabilisation des praticiens refusant de réaliser les soins 100% Santé.

Le dentiste a un devoir d'information sur le panier 100% Santé, notamment par le biais de l'établissement du devis, qui doit mentionner les actes proposés dans le cadre du dispositif ainsi que leur tarif. Cependant, cette obligation d'affichage ne s'accompagne d'aucune obligation de réalisation desdits actes : en vertu de sa liberté thérapeutique et de prescription, le dentiste n'est en aucune façon tenu de réaliser les soins dentaires prévus dans le RAC0 (« reste à charge zéro »). En vertu de sa liberté de choix, le patient peut lui aussi refuser le dispositif pour recourir, s'il le souhaite, aux paniers dits à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres. Cette apparente symétrie masque en réalité une situation déséquilibrée en défaveur de la patientèle lorsqu'un praticien refuse d'effectuer les soins dentaires du panier 100% Santé. En effet, il est seulement attendu du dentiste refusant le RAC0 qu'il route le patient vers d'autres structures de soin – en formulant si possible trois propositions, que le patient peut au demeurant très bien trouver seul en faisant quelques recherches de son côté. Nous trouvons ce schéma spécieux dans la mesure où l'on sait que la plupart des dentistes en exercice libéral ne prennent pas de nouveaux patients. En zone bien dotée, le patient pourra sans doute trouver à se faire soigner ailleurs, notamment en centre de santé dentaire, mais qu'en sera-t-il en territoire sous-doté ? Le patient n'aura d'autre choix que de renoncer aux soins ou de chercher de plus en plus loin de son domicile un cabinet dentaire acceptant d'appliquer les tarifs du 100% Santé, ce qui peut engendrer des frais de déplacement importants voire dissuasifs. Sur

les forums de chirurgiens-dentistes, on peut parfois lire des réactions de rejet de la part d'une frange radicale de la profession, ce qui ne peut que nourrir le renoncement aux soins et l'errance thérapeutique. Notre association plaide donc pour une **responsabilisation des praticiens par rapport aux conséquences du refus de réaliser les soins 100% Santé**.

S'il n'est pas question de recourir à des mécanismes coercitifs à l'endroit des chirurgiens-dentistes, nous suggérons que les autorités et tutelles de santé implémentent une mesure d'accompagnement en faveur du patient, pour compenser le déséquilibre : il pourrait par exemple être demandé à l'établissement dentaire refusant de réaliser les soins 100% Santé de s'assurer que le patient soit *effectivement* pris en charge par un autre établissement, acceptant le dispositif et situé à distance raisonnable.

Pour terminer, il nous a été donné de lire et d'entendre de la part de certains professionnels que les actes réalisés dans le cadre du 100 % Santé ne seraient pas tous conformes aux données acquises de la science (ce qui justifierait de ne pas les entreprendre), en plus d'être souvent impécunieux (suggérant que le praticien les effectuerait à perte). Cette description (qui reste à objectiver) nourrit une narration selon laquelle les actes impécunieux en matière de soins bucco-dentaires devraient nécessairement être compensés par des honoraires libres, des actes hors nomenclature ou non remboursables, implicitement présentés comme plus sûrs et de meilleure qualité. Un tel schéma de pensée ne peut évidemment que desservir le dispositif 100% Santé, en plus de contribuer aux inégalités en matière d'accès aux soins dentaires. Nous demandons à ce que chaque praticien soit obligé de proposer toutes les modalités thérapeutiques à son patient (aucune d'entre elles ne devant être « à risque »), et que ce dernier puisse être éclairé dans ses choix.

## 2. **Tous les patients devraient avoir accès à tous les traitements dont l'intérêt médical est établi.**

Notre association tient à rappeler qu'il existe des indications thérapeutiques à la pose d'implants. A partir du moment où les couronnes entrent dans le panier RAC0, nous ne pouvons que militer pour que non seulement les prothèses sur implants mais aussi les implants eux-mêmes puissent faire l'objet d'une prise en charge au titre du 100% Santé. Ne pas le faire revient à pénaliser les patients dont l'état bucco-dentaire est le plus altéré et qui préféreront renoncer aux soins jusqu'au moment où la seule option curative sera la pose d'un dentier ou d'un bridge après que la ou les dents malades aient été extraites ou soient tombées d'elles-mêmes. La question de savoir si l'implantologie s'inscrit dans le registre des soins de confort ou de la « dentisterie esthétique » plutôt que dans celui de la dentisterie restauratrice, en plus d'être mal posée, apparaît comme complètement datée. Nous en voulons pour preuve qu'une grande partie des formations dentaires (comme celles proposées par l'ADF ou disponibles sur le site [dentalformation.com](http://dentalformation.com)) concernent l'implantologie et la prothétique. **Une offre en implantologie doit donc de toute urgence intégrer le dispositif 100% Santé.**

Par ailleurs, la décision d'inclure dans le panier de soins minimum uniquement le remboursement des couronnes métalliques sur les dents autres que celles du sourire est incompréhensible. L'introduction de matériaux, dont les propriétés sont proches des dents naturelles (en termes d'aspect et de résistance), représente une innovation importante, qui est amenée à se poursuivre (de nouveaux matériaux composites, tels que le zircon mais pas seulement, sont disponibles avec des coûts de plus en plus accessibles). L'idée que certaines franges de la population ne puissent pas bénéficier de cette avancée conforme à la science dentaire pour des raisons économiques nous paraît inacceptable, d'autant plus

que ce matériau est devenu aujourd'hui une solution économique pour les laboratoires dentaires. De la même façon, nous plaidons pour l'incorporation des couronnes céramiques plutôt que métallo-céramiques dans le panier minimum, notamment en vue d'appliquer un principe de précaution sur les risques liés à la composante métallique. En outre, le recours au métal comporte une dimension potentiellement discriminatoire, en tant que marqueur de classe (les dents étant un territoire intime mais aussi une « vitrine sociale »). **Des prothèses dentaires sûres et esthétiques devraient donc être mises à la portée de tous les patients via le 100% Santé.**

De façon importante, nous déplorons que le traitement de la parodontite ne fasse l'objet d'aucune prise en charge, alors même que la prévalence des maladies parodontales est, pour la plupart des populations, relativement élevée (en fonction de l'âge, de la périodicité des visites de contrôle, des indicateurs d'hygiène orale et de la consommation d'alcool et de tabac). Cette maladie est d'autant plus problématique qu'elle évolue souvent de façon asymptomatique, conduisant à des diagnostics tardifs, rendant plus complexes et coûteux les traitements, et menant à l'édentement à plus ou moins long terme (ainsi qu'à la chute des implants). Par voie de conséquence, **la détection précoce et le traitement des maladies parodontales devraient faire l'objet d'une attention toute particulière au sein du dispositif 100% Santé.**

Enfin, l'utilisation des aligneurs pourraient participer de façon très favorable à la prévention dentaire. Les malpositions dentaires sont une gêne à l'hygiène et donc un facteur de risque de caries et de maladie parodontale. Leur simple correction qui n'est pas de l'orthodontie pourrait être facilement réalisée par tout dentiste avec des coûts limités si possible en RAC0, ce qui limiterait le recours à des traitements, de type implants, tardifs et plus onéreux.

### 3. **Considérations économiques et sociales**

Si on peut attendre du 100% Santé qu'il ait permis d'améliorer l'accès aux soins, notre association s'interroge sur les éventuelles répercussions du dispositif sur le tarif des cotisations auprès des complémentaires santé (« mutuelles »). Là encore, une narration peut prendre place voulant qu'un assuré négligerait d'autant plus les comportements et soins préventifs qu'il serait certain d'accéder « gratuitement » à des soins prothétiques (gratuitement pour lui, pas pour la Sécurité sociale et les complémentaires). Les assureurs peuvent alors utiliser cet argument pour mettre en avant le fait que le panier 100% Santé leur coûterait en réalité plus cher à terme (en favorisant le curatif, plus coûteux que le préventif), d'où la nécessité pour eux de répercuter le coût afférent dans le prix de la couverture complémentaire. Une telle logique, si elle est avérée, nuirait au pouvoir d'achat des assurés (les patients). Nous demandons donc à ce qu'une **étude soit diligentée afin d'évaluer objectivement l'impact de la mesure 100% Santé sur le prix des cotisations auprès des complémentaires santé.** En cas d'augmentation démesurée (e.g. excessivement décorrélée de l'inflation), des mesures correctrices devraient être envisagées.

On peut lire que la barrière financière d'accès aux soins dentaires serait la plus importante et la plus difficile à franchir. Les individus renonçant à se faire soigner sont généralement ceux pour qui l'effort financier est trop important par rapport à leurs revenus et/ou qui ne possèdent pas de complémentaire santé. Comme les prix payés par les patients pour les couronnes et les implants sont beaucoup plus élevés que le prix considéré comme base du remboursement par la Sécurité Sociale, cette situation tend

à éloigner de l'offre de soins celles et ceux qui en auraient le plus besoin. Cet état de fait met en lumière la nécessité de **mieux rembourser** les soins de restauration (tout en revalorisant les soins conservateurs pour se doter de leviers d'action efficaces au niveau préventif). Nous ne pouvons que regretter que ces mesures de bon sens ne trouvent pas de débouchés au niveau institutionnel. Nous regrettons par ailleurs que notre pays n'ait plus conduit d'**enquête épidémiologique** depuis dix-huit ans, nous privant ainsi de données précieuses sur les corrélats socio-économiques de la santé orale.



## AXE 2 : RENFORCEMENT DE LA PREVENTION ET LA PLACE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE DISPOSITIF DES CONSULTATIONS AUX DIFFERENTS AGES DE LA VIE

8

Dans le sillage de notre précédente note liminaire (introduction de l'Axe 1), nous précisons ici que les termes « promotion de la santé bucco-dentaire » et « prévention dentaire » recouvrent des concepts partiellement chevauchants (bien qu'intimement liés). La promotion de la santé est davantage centrée sur les déterminants (notamment sociaux) de la santé et sur les moyens d'agir favorablement sur eux, tandis que la prévention sera plus axée sur les facteurs de risque des maladies et les mesures à implémenter pour en contenir les effets délétères. Compte tenu de l'intitulé de l'Axe 2, notre propos concernera tour à tour la prévention et la promotion de la santé, sans en pointer le distinguo. La raison d'être du système de santé, telle que nous la comprenons, est d'accompagner les *citoyens* dans des parcours de santé complets et durables, au-delà de fournir aux *malades* les traitements nécessaires pour lutter contre leurs affections.

Nous avons par ailleurs pleinement conscience du travail formidable réalisé par plusieurs organismes associatifs spécialisés dans l'aide aux personnes à besoins spécifiques, notamment en situation de handicap, et aux seniors. Nous remercions vivement ces associations de porter la voix de ces populations en situation de vulnérabilité et ne débordons pas sur leurs prérogatives, qu'elles maîtrisent infiniment mieux que nous. Enfin, dans la même idée, notre association n'a pour l'instant que très peu d'expérience pour ce qui est d'apporter une aide aux populations les plus marginalisées (en grande précarité, victimes d'addiction, en milieu carcéral, souffrant de troubles mentaux, etc.). Là encore, nos remerciements les plus chaleureux et notre plus grand respect vont à toutes les structures qui investissent ces terrains d'action. Notre propos doit donc être vu comme étant plus 'général' que 'spécifique', en évitant autant que faire se peut d'être redondant avec les sites fournissant de l'information (ex : [www.mabouchemasante.fr](http://www.mabouchemasante.fr) de l'[Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire](#)) et les recommandations officielles d'entités telles que [France Assos Santé](#), le [Haut Conseil de la Santé Publique](#) ou la [Haute Autorité de Santé](#).

4. **Il est urgent de trouver le modèle économique de la prévention, sans quoi le curatif primera toujours sur le préventif.**

Le secteur dentaire français souffre d'un sous-investissement en prévention dentaire primaire et du manque d'efficacité des campagnes engagées jusqu'à présent (les injonctions et discours moralisateurs ne touchent pas leur cible, comme en attestent les nombreux étudiants qui n'appliquent pas, une fois autonomes, les recommandations acquises pendant leur scolarité). Il est par ailleurs fréquent de confondre les *investissements* préventifs de niveau primaire (éducation, information, coaching, etc.), avec les *dépenses* préventives de niveaux secondaire et tertiaire (soins dentaires). Or, les investissements manquent aujourd'hui en France, alors que les dépenses en soins dentaires se sont accrues, surtout pour



les prothèses. Sans investissements en prévention dentaire primaire, les dépenses en prévention secondaire et tertiaire sont assurées de se développer chaque année.

Sur le budget fléché d'environ 100 millions € d'argent public alloué chaque année à la politique de prévention dentaire, l'enveloppe consacrée à la prévention primaire atteint à peine 3 millions €, investis exclusivement à ce jour, et a priori jusqu'en 2027, dans une seule et même solution de dépistage destinée au milieu scolaire (« M'T dents »), avec une efficacité restant à prouver. Par ailleurs, 88 millions € du budget font en grande partie doublon avec les remboursements de soins dentaires déjà effectués aux Français par les assureurs (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance) via le marché des complémentaires santé. Autrement dit, certains assurés, majoritairement présents dans des groupes dits de « vulnérabilité en santé orale », paient deux fois un ticket modérateur pour des soins dentaires identiques, puisque les soins effectués dans le cadre de l'examen gratuit « M'T dents » sont les mêmes que ceux habituellement remboursés dans le cadre des complémentaires santé, dont une grande part des citoyens bénéficie aujourd'hui à titre individuel (incluant la CSS, complémentaire santé solidaire) ou collectif (mutuelle d'entreprise). Nous proposons **d'augmenter substantiellement le budget public destiné à la prévention dentaire primaire (en le multipliant par cinq pour le porter à 15 M€)** dans le budget global consacré actuellement à la politique de prévention dentaire. Pour augmenter ce budget en prévention primaire sans forcément augmenter le budget global, une solution consisterait à **mettre fin aux doublons de remboursement entre l'Assurance Maladie et les complémentaires santé**.

La prévention des maladies dentaires représenterait une économie significative sur les dépenses de l'Etat. Pour cela, il convient de chercher à créer de la valeur en « créant de la santé », ce qui implique notamment de se pencher sur les causes des maladies dentaires, et pas uniquement sur leurs conséquences. Afin d'instaurer un modèle économique de la prévention véritablement aligné avec les enjeux de la santé orale, nous proposons de demander à deux types de protagonistes de contribuer au financement de la prévention primaire :

(i) **les acteurs du secteur dentaire tirant majoritairement leurs revenus d'actes de restauration dentaire** (industriels, fournisseurs et distributeurs des secteurs de l'implantologie et de la prothétique ainsi que les organismes de formation, de coaching etc.) ;

(ii) **les industriels** d'autres secteurs coresponsables (avec les patients) de la dégradation de la santé orale, à savoir les **fabricants et revendeurs d'aliments ultra-transformés et sucrés, d'alcool ou de tabac** (produits cariogènes et nocifs responsables d'une proportion substantielle des maladies bucco-dentaires et de comorbidités). L'idée étant de demander aux « ennemis des dents » de contribuer au financement de la prévention dentaire.

## 5. **Pour la mise en œuvre d'un brossage supervisé et systématique des dents à l'école.**

En matière de santé bucco-dentaire, la majeure partie des mesures préventives repose traditionnellement sur des incitations individuelles, tel que le programme « MT'dents » encourageant les visites chez le dentiste, ou la mise à disposition de « kits pédagogiques ». Bien que ces mesures puissent faire preuve d'une certaine efficacité, elles profitent surtout à ceux qui fréquentent déjà régulièrement le dentiste et qui bénéficient d'un accompagnement *ad hoc* dans leur vie de tous les jours (conscientisation de l'importance d'adopter une hygiène bucco-dentaire à la fois efficace et régulière ; « surveillance » que

le brossage est bien accompli dans les faits, sous un format ritualisé ; adoption d'une alimentation saine et équilibrée). Si les visites chez le dentiste sont l'occasion de se voir délivrer des conseils concernant l'hygiène bucco-dentaire : en pratique, force est de constater que cela n'est pas systématique et suppose aussi de se rendre en cabinet dentaire. Or, on sait que les parents des classes sociales défavorisées familiarisent moins leurs enfants avec l'univers dentaire : les règles d'hygiène quotidienne sont moins bien assimilées et pratiquées, la porte du cabinet dentaire est moins systématiquement franchie, ou alors une fois les caries présentes, lorsque la prévention a échoué.

Pour remédier à ces échecs au niveau préventif, notre association propose de faire porter les efforts sur deux piliers complémentaires, dans une logique « pour et avec la personne » :

- (i) **Un enseignement tutoré du brossage à l'école basé sur le renforcement de l'autonomie de l'enfant** (*empowerment* ou « encapacitation »). Bien qu'elle soit nécessaire, l'information seule ne suffit pas : tout le monde a entendu parler du fait qu'il était important de se brosser les dents plusieurs fois par jour. L'enjeu est de comprendre, d'acquérir et de consolider les *bons gestes* en termes d'hygiène bucco-dentaire, en adjoignant à la responsabilisation individuelle les moyens d'une modification *collective* des comportements. Ainsi, chaque enfant devrait pouvoir se faire expliquer en quoi il est important de se brosser les dents (par exemple à travers un atelier de coloration dentaire pour détecter la plaque) et comment utiliser efficacement sa brosse à dents (rôle de l'action mécanique du brossage, de sa durée). L'objectif étant d'ancrer le brossage des dents en tant que nouvel apprentissage chez les mineurs et de s'assurer que ce dernier fait partie du *socle commun de compétences*, au même titre que les autres savoirs et savoir-faire.
- (ii) **Permettre à chaque enfant de pouvoir se brosser les dents au moins une fois par jour à l'école.** Bien qu'elle puisse s'avérer technique dans son implémentation pratique, cette mesure (de courage) purement politique est simple dans son intention : prévoir un temps pour le brossage après le déjeuner dans toutes les écoles et tous les collèges de France, afin de toucher un maximum d'enfants (comme recommandé par la Haute Autorité de Santé). Par souci d'égalité, la mesure prévoirait en parallèle la mise à disposition gratuite et périodique de « kits de brossage » comportant une brosse à dents, plusieurs tubes de dentifrice fluoré et un sablier. Les professionnels du dentaire tirant leur profit exclusif des soins de restauration et les « ennemis des dents » mentionnés plus hauts seraient sollicités pour permettre le financement intégral du programme. Outre une meilleure santé bucco-dentaire à l'échelle nationale et dans le temps long, plusieurs bénéfices collatéraux sont sensés découler d'une telle mesure : la mise en place de points d'eau en nombre suffisant dans les écoles (ce qui n'est pas le cas aujourd'hui), la formation et le recrutement de superviseurs, le partage (*bottom-up*) des gestes d'hygiène des enfants vers leurs parents, pour améliorer la santé bucco-dentaire de ces derniers.

## 6. Pour une responsabilisation des praticiens sur les obstacles au dépistage dentaire et à l'accès aux soins.

Si tous les âges ont leur importance en termes de santé publique, on sait que certains âges sont plus critiques que d'autres en matière de prévention, en particulier l'enfance, l'adolescence et l'entrée dans la

vie active ou dans un cursus d'études supérieures. Les mesures préventives acquises (ou non) pendant ces périodes conditionnent en partie les habitudes prises pour le reste de la vie. A ce titre, il semble tout à fait pertinent que les âges du programme de prévention (et des soins qui en découlent éventuellement) aient été fixés à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans. Néanmoins, une partie des praticiens n'acceptent pas les patients de moins de tel ou tel âge : 6, 7, 10, 13, 15 ou 16 ans par exemple (cf. les mentions « *le Dr. X ne soigne pas les enfants de moins de* » sur le site de référence pour la prise de rendez-vous en ligne, Doctolib), ce qui constitue une discrimination formellement interdite par le code pénal et le code de déontologie).

Enfin, pour être éligible au programme de prise en charge intégrale du dispositif M'T Dents, les soins doivent être terminés dans les 6 mois : c'est le délai dans certains territoires pour obtenir un rendez-vous (à condition d'en obtenir un). Notre association propose que ce délai soit étendu à 18 mois.

7. **Imaginer de nouveaux leviers pour intégrer les adultes, notamment les plus jeunes, dans la politique de prévention dentaire.**

En 2016, la Cour des comptes faisait le constat suivant au sujet de la politique française de prévention dentaire : « *la politique menée à ce jour assure une prévention effective uniquement pour les moins de 18 ans et les femmes enceintes et laisse de côté près de 80% de la population* », tout en recommandant à l'Etat d' « *Adopter une stratégie de santé publique couvrant l'ensemble de la population* », conformément à la Constitution française qui garantit à toutes le droit à la protection de la santé, notamment bucco-dentaire. Aujourd'hui, on ne peut que déplorer l'indigence des politiques publiques en matière d'offres de prévention dentaire à destination des adultes. En particulier, la santé bucco-dentaire des étudiants et des nouveaux arrivants dans la vie active devrait faire l'objet d'une attention prononcée car cet âge, par le gain d'autonomie qu'il apporte, est aussi celui où un certain relâchement peut s'installer.

Notre association fait le constat que des initiatives nouvelles doivent voir le jour à destination des adultes, notamment des jeunes adultes. Pour ce faire, il conviendrait de mobiliser davantage les ressorts de la créativité et de l'intelligence collaborative pour faire émerger des propositions nouvelles, tenant compte à la fois du savoir(-faire) dentaire, des questions éthiques et des considérations financières propres au milieu de la santé (où la question de la rentabilité ne peut pas se poser de la même manière que dans une société commerciale, cf. *infra* – Axe 4).

Ainsi, nous proposons :

- (i) De **réactualiser le cahier des charges des appels d'offres de prévention dentaire** lancés chaque année par l'Assurance Maladie, dont la dernière version remonte à 2007. Cette réactualisation est indispensable pour permettre à des acteurs innovants de candidater à ces marchés publics avec de nouvelles solutions de prévention primaire en direction des adultes.
- (ii) De **mobiliser les étudiants en chirurgie dentaire et les Facultés d'Odontologie** pour imaginer, dans le cadre des cursus officiels, de nouvelles façons de diffuser les messages relatifs à la santé bucco-dentaire et à l'éducation à la santé. En favorisant les déploiements au plus proche des populations, en allant vers elles de manière proactive sur le terrain et en profitant des plateformes de médias sociaux pour diffuser des informations, des conseils pratiques ou encore

pour encourager la participation des plus jeunes à travers des défis et des concours liés à l'hygiène bucco-dentaire.

La jeunesse française, comme ailleurs dans le monde, est exposée à une variété et à une abondance d'aliments ultra-transformés, sucrés, gras et remplis d'additifs, pouvant être achetés facilement dans les commerces autour d'eux : mini-markets, boulangeries, hyper-marchés, pizzerias, fast-foods, etc. (tous présents dans l'enceinte des villes ou dans un rayon de quelques kilomètres autour de la plupart des communes). L'augmentation des comportements à risque parmi les jeunes (grignotage intempestif, consommation d'alcool et de tabac, vapotage, risque de consommation de drogue) est également une source d'inquiétude. Il est essentiel et urgent de rappeler aux jeunes adultes les bonnes habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire, notamment l'importance d'une alimentation équilibrée et de consulter un chirurgien-dentiste pour prévenir les maladies des dents et des gencives. Mais de tels messages ne suffisent pas, c'est pourquoi nous proposons :

12

- (i) D'inciter les commerces listés dans le paragraphe précédent à **afficher des fiches pédagogiques rappelant les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire**, y compris le brossage régulier, l'utilisation du fil dentaire et les bases d'une alimentation saine ;
- (ii) D'obliger les fabricants et revendeurs d'aliments ultra-transformés, sucrés, de tabac et d'alcool à **afficher sur leurs produits un « Denti-score »**, à l'image du Nutri-score (et pouvant être couplé à ce dernier sur le devant des emballages).

## 8. Pour une prospective stratégique autour d'une bonification favorable au patient.

Afin de sensibiliser les patients à la nécessité d'être acteurs de leur santé orale, il a pu être proposé par certains acteurs de santé de moduler les remboursements en fonction du comportement, en particulier selon la fréquence de visites de contrôle. Si nous sommes farouchement opposés à l'instauration de tout régime coercitif ou punitif et de tout « permis à point » appliqués à la patientèle, nous souhaiterions suggérer de *mettre en débat* l'idée d'expérimenter un système de « bonus » si le patient s'astreint à des visites préventives régulières. Ce bonus, dont il s'agirait de définir un périmètre et des conditions d'application (par exemple en fonction du niveau de vulnérabilité du patient, de son histoire de vie, etc.), pourrait par exemple prendre la forme d'une réduction de la participation personnelle aux coûts des traitements après survenue d'une maladie dentaire. Alternativement, le bonus pourrait concerner spécifiquement certaines populations ou territoires prioritaires, pour favoriser une amélioration ciblée de la santé bucco-dentaire. Dans tous les cas, il s'agirait d'imaginer un dispositif favorable en tous lieux et en tout temps au patient et à la collectivité, et non à des intérêts privés.

Des craintes peuvent légitimement être formulées : craintes liées à la notion que tout bonus serait en réalité un « malus déguisé », craintes également qu'un tel système de bonification ne soit à terme récupéré par les assureurs pour stratifier les cotisations de leurs assurés en fonction de leur implication dans la prévention. Ces craintes, qui doivent être entendues, font que notre association ne souhaite pas **sans éclairage préalable** se prononcer en faveur d'une telle mesure, ni l'écarter par posture idéologique. C'est pourquoi nous proposons de **lancer une étude approfondie, interdisciplinaire et systémique sur le sujet**, mobilisant différentes disciplines universitaires (épidémiologie, médecine, sociologie de la santé, économie, etc.) et acteurs de santé publique afin d'analyser les opportunités et les risques associés à un tel mécanisme de bonus.

## AXE 3 : LEVIERS D’ACTION SUR LES DETERMINANTS COMMERCIAUX

### 9. **Le cas des centres de santé associatifs (CDSA).**

Il est aujourd’hui évident que le Législateur a commis une grave erreur en permettant la création de CDSA (via la Loi HPST ou « Loi Bachelot » de 2009) et leur hyper-croissance (à partir de 2019) sans avoir prévu en amont la régulation afférente, à savoir suffisamment de garde-fous et de contrôles. Ce manque de *vista* a ouvert la porte à certains acteurs cupides et peu scrupuleux, qui ont dévoyé l’esprit de la loi (probablement vertueuse dans son intention), conduisant aux scandales que l’on connaît (Dentexia, Proxidentaire...) et à une vague sans précédent de déconventionnement (depuis l’instauration de la « Loi Khattabi » en 2023). La Dent Bleue, dans le sillage du Collectif contre Dentexia, n’a eu de cesse depuis sa création de dénoncer les risques et les manquements liés à la dérégulation instaurée par la Loi Bachelot, imparfaitement corrigée par la Loi Khattabi (dont le décret n’a toujours pas été publié), qui produit des sociétés commerciales déguisées en associations prétendument à but non-lucratif, davantage intéressées par le gain que par la santé.

Pour autant, **notre association n’est pas opposée à l’existence des CDSA.**

Ces derniers sont en effet sensés offrir un certain nombre de bénéfices pour une certaine fraction de patients : un accès au soin simplifié (au plan géographique), des tarifs possiblement moins élevés (du fait de l’application de procédés industriels et managériaux, comme la mutualisation des plateaux techniques et des achats, une meilleure organisation du travail et une gestion humaine et technique optimisée) par rapport à l’exercice libéral (bien que cela reste à documenter de manière globale), le tiers payant intégral, la CSS, la possibilité d’être reçu sans RDV et la présence d’une équipe médicale coordonnée.

Au niveau sociologique, notre expérience nous laisse à penser que les CDSA « à tarifs maîtrisés » profitent principalement aux « classes moyennes inférieures » (cf. notre étude pour l’IGAS en 2016), c’est-à-dire à la frange de la patientèle (i) dont les revenus ne sont ni trop bas (pour être non-solvables et éligibles à la CSS / anciennement CMU-C) ni suffisamment haut (pour pousser la porte de cabinets libéraux de milieu / haut de gamme) et (ii) qui doivent recourir à des soins de restauration dont le coût appelle à un arbitrage avec d’autres postes de dépenses venant en concurrence (du fait d’un pouvoir d’achat limité). On peut supposer que ces classes moyennes inférieures, qui sont solvables mais dont le budget consacré à la santé dentaire est contraint, renonceraient plus facilement et plus massivement aux soins en l’absence des CDSA. En ce sens, une partie de ces derniers jouent un rôle médico-social intéressant et doivent être maintenus.

Cette analyse s’applique aux zones bien pourvues en offre de soins et aux zones denses mais pauvres en dentistes libéraux (car ces derniers rechignent à s’y installer, comme dans certaines zones péri-urbaines). En revanche, la situation est bien différente dans les régions sous-dotées : les CDSA ne se sont pas installés dans les déserts médicaux (notamment en zones rurales) : il y a eu hyper-concentration dans les centres urbains. Cette dynamique d’installation paraît logique si l’on tient compte des

investissements et des coûts d'ouverture et de fonctionnement d'un CDSA, dont l'équilibre financier peut rapidement être mis en péril en zone désertique. En retour, l'idée de faire peser sur le seul segment libéral la charge d'accroître la densité de dentistes en territoires sous-dotés, afin d'assurer une répartition géographique plus équitable à l'échelle du pays, n'est pas sans poser ses défis spécifiques (l'installation dans un désert médical ne pouvant être dissociée de la qualité de vie et des services, notamment publics, qu'on peut y trouver).

Sans prétendre résoudre cette quadrature du cercle, **notre association suggère** :

- De limiter le nombre de nouvelles ouvertures de CDSA (voire de procéder à des fermetures) ;
- De faire en sorte à ce que l'installation des CDSA soit privilégiée dans les zones les moins pourvues, par exemple sous la forme de maisons de santé pluridisciplinaires ;
- De mieux surveiller leur activité (y compris via la mise en place d'une nouvelle structure dédiée, aux compétences élargies, ou la création de plus d'ETP en interne pour des fonctions de contrôleurs/inspecteurs rattachés aux ARS ou à la Sécurité Sociale) ;
- De soumettre ces structures à davantage de régulations (cf. *infra* et sur notre [site](#)) ;
- De renforcer les mesures incitatives à l'attention des professionnels libéraux pour assurer une meilleure couverture du territoire pour les patients isolés.

Au niveau professionnel, les CDSA offrent des bénéfices pour plusieurs catégories de dentistes, notamment les plus jeunes et ceux formés l'étranger, à la recherche d'une première expérience professionnelle déchargée de tâches administratives, ou à l'inverse pour certains dentistes en pré-retraite. Cette situation n'est pas sans poser certains problèmes lorsque les dentistes les moins expérimentés se retrouvent à devoir soigner des patients dont les plans de traitement sont lourds (c'est-à-dire ciblant plusieurs localisations dentaires à la fois), avec le risque d'augmenter le nombre de parcours de soins suboptimaux et de sinistres. Autre facteur de risque : la relation patient-soignant n'apparaît pas comme étant toujours très construite dans les CDSA du fait d'un turnover relativement rapide des praticiens et de certaines particularités liées à l'exercice salarié. Sur ce dernier point, la configuration des CDSA produit, avec sa multiplicité d'acteurs et de praticiens (pouvant intervenir successivement sur une même position dentaire), une difficulté voire une impossibilité à déterminer clairement les responsabilités et les suites à donner en cas d'avarie (comme en atteste par exemple l'instruction du [procès Dentexia](#)).

La Dent Bleue propose :

- De **rééquilibrer la pyramide des âges** des chirurgiens-dentistes exerçant en CDSA ;
- D'instaurer un « **compagnonnage** » **obligatoire** au sein des CDSA pour faire en sorte que les praticiens les moins expérimentés soient tutorés par des praticiens plus expérimentés (pendant une durée à définir) ;
- De veiller à ce que chaque praticien soit **qualifié** pour les actes qu'il exécute (en stomatologie, implantologie, parodontologie, etc.) et puisse en répondre le cas échéant ;
- D'implémenter des mesures afin **d'améliorer la dyade patient/soignant** dans ces structures, telles que des formations à l'accompagnement humain et à l'éthique du *care* ;
- D'optimiser le suivi des prescriptions, des soins et des résultats d'examen dentaires (avec la transmission au patient d'un **dossier médical complet et chronologique**, incluant les radiographies) (voir point n°15 de notre précédente [Note de position](#)) ;



- De sanctionner toute forme **d'ostracisation et de refus de soins** de la part de dentistes refusant de reprendre les chantiers dentaires de patients passés par un CDSA (sous prétexte de coresponsabilité assurantielle). Les patients parfois durablement fragilisés suite à leur passage par un CDSA déviant ne devraient pas être sujets à une « double peine » (la question pouvant être étendue aux soins à l'étranger).

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

Il existe peu de données et quasiment aucun contrôle sur la qualité des soins, sauf *a posteriori*, en situation d'échec thérapeutique et/ou de litige (deux cas de figure notoirement mitigés par l'application restrictive du principe de confraternité et par des expertises loin d'être toujours favorables au patient). Il est donc **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. La notion de qualité englobe celles de *pertinence* et de *durabilité*, seules à même de diminuer à terme (c'est-à-dire au-delà d'un mandat électif) les dépenses de santé à l'échelle collective. En effet, mal soigner coûte cher à la collectivité car des soins de restauration toujours plus lourds et invasifs doivent être conduits lorsque les soins initiaux ont échoué, les patients s'inscrivant alors dans un cycle restaurateur pour le restant de leur existence (s'ils ne renoncent pas aux soins). Pour l'heure, 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 « soin de qualité » apparaît comme étant plus évasif (au niveau des choix thérapeutiques, esthétiques, matériels et des réalisations techniques). Il convient à ce titre d'être vigilants à l'usage de plus en plus répandu des systèmes de notation en ligne, qui ne peuvent se substituer à un système de mesure et de suivi de la qualité des soins (ex : avis Google, qui constituent un indicateur de satisfaction, pas une mesure 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 nous paraît par ailleurs 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 (approche systémique / cybernétique), se marie bien avec l'interprétation processuelle de la nature profonde de la santé. **Une évaluation *a priori*, collégiale et indépendante des plans de traitement**, que nous avons [proposée](#) par ailleurs, trouverait dans ce nouveau paradigme toute sa signification et son utilité.

Enfin, la relation praticien/patient doit suivre la prise conscience que les pathologies bucco-dentaires sont des affections chroniques, c'est-à-dire évolutives et dynamiques. Dans cette logique, la continuité des soins devrait être privilégiée, plutôt que leur fragmentation. Ainsi, les expérimentations visant à favoriser une prise en charge globale et dans la durée du patient, en fonction de ses traits d'histoire de



vie et de ses facteurs de risques, nous paraissent intéressantes à développer. Le modèle de **rémunération par capitation**, en responsabilisant à la fois le(s) praticien(s) et le(s) patient(s), pourrait à ce titre représenter un levier non-négligeable permettant d'éviter nombre des écueils (commerciaux et sanitaires) recensés dans le présent document ou par d'autres analystes.

## 11. Pour 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**. Le marketing commercial de l'industrie est aujourd'hui présent dans toutes les formations y compris universitaires. 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 **démarcher** 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) ;
- (iv) proposer et promouvoir avec l'aide de professionnels des **produits matériels ou techniques non indispensables voire défavorables** aux patients.

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), alors que cette solution est utilisée par les praticiens de façon médicale pour de nombreux patients. 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, avec la participation comme pour la HAS des associations de défense des patients telles que la nôtre. La dérive marketing industrielle est telle que les structures universitaires en formation de base ou complémentaire (ex : DU) y sont particulièrement exposées : les universitaires en formation dentaire se font (pour certains à leur insu) les relais de l'industrie et la validation de leurs formations n'offre aucune garantie en matière d'indépendance. 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.

Enfin, sur le quatrième point, on pourrait dresser un parallèle avec la recherche biomédicale : l'industrie pharmaceutique investit très majoritairement dans des recherches sur les médicaments (avec leur efficacité ou inefficacité, leurs effets secondaires et leurs toxicités), qui deviennent de fait les seuls éléments à incarner « le soin ». Un système favorisant le curatif sur le préventif ne peut que déboucher sur toujours plus d'approches thérapeutiques et d'incitations perverses qui causent une inflation des soins curatifs et des coûts.

## AXE 4 : IMPACT DES DYNAMIQUES DE FINANCIARISATION EN ŒUVRE

L'Assurance maladie a été fondée sur un principe de solidarité collective. Ce projet politique de protection sociale, concrétisé à la Libération, a fait ses preuves. Il n'en rencontre pas moins certaines difficultés. Pour y remédier, la tentation est grande de se tourner vers le marché et les logiques néolibérales, dans le but d'aboutir à une meilleure financiarisation du système mis en place. Or, des solutions financièrement viables reposant sur une approche alternative de la question paraissent possibles : comme par exemple l'idée de demander aux industriels « ennemis des dents » de contribuer au financement non seulement de la prévention (cf. *supra*) mais aussi de la protection sociale en général (en complément des revenus du travail, cotisations sociales et des ressources fiscales).

### 12. **S'opposer aux objectifs commerciaux et endiguer la financiarisation dans le domaine de la santé.**

L'intérêt ultime d'une société commerciale n'est pas celui du patient. L'objet d'une société commerciale est de vendre ses produits ou services, pas de soigner en tant que tel. Notre association dénonce depuis plusieurs années le **pilotage par tableau de bord** (c'est-à-dire selon des métriques commerciales) de l'activité médico-dentaire et toutes les logiques mercantiles qui font le terreau du surtraitement, de soins moins qualitatifs et plus risqués pour le patient (qui peut en outre se retrouver réifié). L'activité du chirurgien-dentiste ne devrait jamais être inféodée à des indicateurs de performance et de rentabilité, qui n'ont pas leur place en médecine. On remarquera la facilité avec laquelle les métriques et autres indicateurs se sont développés dans le secteur du commerce dentaire, alors que leurs équivalents dans le domaine de la qualité des soins peinent à émerger (cf. *supra*).

L'histoire récente a montré que ce sont les dérives financières qui produisent du risque sanitaire. Or, plusieurs éléments, contre lesquels il convient de lutter, favorisent l'instauration d'un climat de dérive financière :

- (i) la présence d'**acteurs issus du capital-investissement**, qui chercheront à rentabiliser leur investissement (il faut beaucoup de capital à l'ouverture), ce qui suppose d'augmenter le rendement des structures de soins (qui souvent ne deviennent rentables qu'après consolidation) ; le pilotage par tableau de bord trouve sa source dans ce ratio du bénéfice par rapport à la dépense engagée : en plus de remettre en cause l'indépendance professionnelle des équipes médicales, laisser la santé à des financiers revient à accepter pleinement la logique du *retour sur investissement*.
- (ii) le **pedigree des fondateurs, administrateurs et gestionnaires** des centres de santé, qui globalement ne proviennent pas du monde médical et ne sont pas soumis à la déontologie médicale (par essence, les CDSA font état d'une éthique « auto-proclamée » car ils ne risquent pas de sanctions disciplinaires) ;
- (iii) la présence d'**une nébuleuse de sociétés commerciales** gravitant autour de la structure associative, spécialisées dans la captation de valeur ajoutée, et dont les liens et les conflits

d'intérêts ne sont généralement pas déclarés. La complexité des montages peut contribuer à rendre ces derniers opaques, voire frauduleux.

Cette situation conduit un état d'esprit et à des pratiques contraires aux intérêts de la patientèle (baisse du prix d'achat en fonction du nombre d'implants ou de prothèses posées, baisse du prix des gouttières en fonction du nombre de traitements réalisés), ainsi qu'à des conflits éthiques chez les praticiens les plus attentifs (« *plus on délabre mieux on est payé, plus on fait de prévention et de soins primaires moins on est payé* »). C'est tout le système qui doit être repensé.

Parmi les mesures qui permettraient d'endiguer la prise de contrôle de l'activité médicale par des financeurs privés et les possibles dérives, on pourrait par exemple interdire à des tiers non-professionnels de posséder plus du dixième du capital d'une structure de soins donnée (ou de la société de capitaux adossée à l'association Loi 1901 dans le cas d'un CDSA). Un renforcement de l'investissement public (qui ne dépend pas d'attentes en matière de croissance économique, contrairement à l'investissement privé) dans les établissements de santé dentaire permettrait d'éviter la montée des fonds d'investissement, tout en faisant en sorte que le capital soit détenu par des professionnels soumis au code de déontologie et aux grands principes de l'éthique médicale. On pourrait par ailleurs limiter le nombre d'établissements appartenant à une même franchise ou à même écosystème d'acteurs, pour éviter que quelques « géants » se partagent à terme le « marché du dentaire » (comme cela a pu être observé dans la grande distribution).

### 13. Encadrer les communications commerciales dans le secteur dentaire.

Différentes **pratiques publicitaires directes** (comme peuvent le pratiquer certains CDSA) ou *indirectes* (à travers des stratégies d'influence) ont cours dans le secteur dentaire. Les centres de santé et les influenceurs qui font de la publicité cherchent à vendre des soins lucratifs (des prothèses ou des aligneurs, plus rarement des détartrages...), avec un risque associé de surconsommation de la part du patient (un message publicitaire crée de nouveaux besoins). La Dent Bleue défend l'idée que l'**information** des usagers doit être réalisée par les praticiens ou leurs représentations officielles, au bénéfice exclusif de la patientèle, en l'absence de promotion d'une plateforme, d'une franchise (ex : Dentego), d'une société ou de ses propres formations et dans le respect des règles déontologiques. Nous proposons de **bannir toute réclame pour des soins dentaires, à l'instar de l'interdiction de publicité en vigueur pour les médicaments**. Nous suggérons en outre d'aligner les obligations en matière de communication sur les règles du code de la santé publique, intégrées dans le code de déontologie.

La régulation ayant toujours un temps de retard, il nous semble que **l'activité des influenceurs sur les réseaux sociaux devrait urgemment faire l'objet d'une attention particulière**. Ces derniers touchent en effet des rémunérations et des avantages en nature en échange de la promotion de produits d'orthodontie (aligneurs), de facettes, voire de prothèses (taillage en « dents de requins »). Les dimensions commerciale et entrepreneuriale de leurs activités devraient être clairement séparées des problématiques de liberté d'expression et d'opinion, et conduire à une régulation spécifique.

## CONCLUSION

---

Pour conclure, notre association trouve de bon aloi de rappeler qu'en matière dentaire, il s'agit de « *donner priorité aux intérêts de la santé du patient* » (article 1 du code européen de la déontologie établi par la Fédération des Autorités Compétentes et Régulateurs Dentaires Européens) et que « *le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité* » (article R4127-202 du code de déontologie dentaire). La consultation d'un professionnel de santé n'est pas une simple transaction commerciale. La définition d'une politique publique de santé orale doit avoir pour socle les principes d'égalité d'accès aux soins, de qualité des soins et de solidarité. On peut rajouter à cela l'importance de la relation patient-soignant, qui est le siège de l'humanisation des parcours de soins.

La Dent Bleue réitère ses remerciements à la Conférence nationale de santé (CNS) et plus particulièrement au Groupe de travail « Santé bucco-dentaire » pour son invitation à contribuer à leur réflexion. 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 | [presidence@ladentbleue.org](mailto:presidence@ladentbleue.org)

Annexes



Paris, le 31 janvier 2024

### **Lettre de mission du Groupe de travail « Santé bucco-dentaire »**

A l'attention du Pr. Frédéric DENIS,

Membre de la SFSP et rédacteur en chef de la revue Santé publique

Monsieur le Professeur,

La santé buccodentaire, bien que faisant partie intégrante de la santé globale et du bien-être de tout être humain, a été longtemps négligée par les politiques de santé. Aujourd'hui, la reconnaissance collective de son importance est désormais bien établie.

La santé buccodentaire connaît de profondes transformations en France comme dans les autres pays développés. Sans être exhaustif, elle se caractérise notamment par une forte dimension de soins marquée par des inégalités sociales et territoriales massives, un recours à des matériaux et technologies innovantes, une importante demande de soins à visée esthétique, un modèle économique évolutif intégrant une forte financiarisation.

L'état de santé buccodentaire et l'accès aux soins buccodentaires présentent également de très fortes inégalités sociales et territoriales de santé. La mise en place du dispositif 100% tente de répondre pour partie à cet enjeu.

Enfin, les maladies bucco-dentaires partagent les principaux facteurs de risque d'autres maladies non transmissibles (MNT) : consommation de sucre, tabagisme et consommation nocive d'alcool.

La Commission permanente (CP) de la Conférence nationale de santé (CNS), réunie le 19 janvier 2024, a décidé, en cohérence avec son programme de travail adopté en juillet 2020, de mettre en place un groupe de travail sur le thème de la santé bucco-dentaire. Je souhaite vous en confier la direction au regard de vos compétences en ce domaine et de votre implication auprès des différents acteurs concernés.

Votre mission a pour objectif, à partir d'un diagnostic initial des besoins, de proposer à la CNS les recommandations essentielles permettant d'améliorer la santé bucco-dentaire des populations, notamment celle des personnes les plus vulnérables et de renforcer la résilience de notre système de santé. En particulier (mais sans visée limitative), nous vous demandons d'aborder les enjeux suivants :



- Accès à la santé et aux soins bucco-dentaire, dont impact du dispositif 100 % santé,
- Renforcement de la prévention et notamment la place de la santé bucco-dentaire dans le dispositif des consultations aux différents âges de la vie et situations (maladies chroniques, handicaps, notamment),
- Leviers d'action sur les déterminants commerciaux,
- Impact des dynamiques de financiarisation en œuvre,
- Intégration des soins bucco-dentaires avec les autres soins, articulation des professionnels de la santé bucco-dentaire avec les autres professionnels de santé, du médico-social et du social dans une approche globale de la personne.

Le Groupe de travail associera des membres CNS (3 à 5) et des personnes qualifiées « associées » qu'il vous appartiendra, pour ces derniers, de proposer. Le suivi de l'avancement des travaux du Groupe de travail se fera au sein du Groupe de travail permanent sur les droits des usagers (GTPDU) présidé par M. Christian BRUN. Vous bénéficierez du soutien du secrétariat général. Vous vous appuyerez sur vos expériences, les données bibliographiques existantes, les contributions des membres de la CNS, les auditions que vous jugerez utiles de mener.

Vous proposerez une note d'orientation à la CP de la CNS avant juillet 2024 et vous remettrez votre rapport définitif avant novembre 2024. Sur décision de la CP de la CNS, ce rapport devra être soumis à adoption par l'Assemblée plénière de la CNS du 13 décembre 2024.

En espérant que vous pourrez répondre positivement à cette sollicitation de la CNS, je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'assurance de mes salutations distinguées.

Pr. Emmanuel RUSCH,

Président de la Conférence nationale de santé

