



HAL
open science

Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost

Sonia Assili

► **To cite this version:**

Sonia Assili. Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01731827

HAL Id: hal-01731827

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731827v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE D'ODONTOLOGIE DE NANCY

Année 2014

N°6580

THESE

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

ASSILI Sonia

Née le 21 août 1987 à Casablanca (Maroc)

**UNE DENTISTERIE A BAS PRIX :
LE TOURISME DENTAIRE
ET LA TENDANCE LOW-COST**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 22 septembre 2014

Examineurs de la Thèse :

Pr. C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLEMENT</u>	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. V. MOBY	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. E. MORTIER	Maître de Conférences des Universités	Juge

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER – Pr ARTIS -

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. Mlle Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali JAGER Stéphanie LAUVRAY Alice	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante* Assistante*
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> EGLOFF Benoît BLAISE Claire	Professeur des Universités* Maître de Conf. Associé Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme	<u>CLEMENT Céline</u> CAMELOT Frédéric LACZNY Emily	Maître de Conférences* Assistant* Assistante
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle Mlle	<u>AMBROSINI Pascal</u> BISSON Catherine PENAUD Jacques JOSEPH David BÖLÖNI Eszter PAOLI Nathalie	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conf. Associé Assistante Assistante*
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mlle M. Mlle M. Mlle M.	<u>GUILLET-THIBAUT Julie</u> BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère VIENNET Daniel BALZARINI Charlotte DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlène MASCHINO François	Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Assistant Assistante* Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. M.	<u>YASUKAWA Kazutoyo</u> MARTRETTE Jean-Marc WESTPHAL Alain	Maître de Conférences* Professeur des Universités* Maître de Conférences*
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle M.	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe BALTHAZARD Rémy MORTIER Éric BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistant*
Sous-section 58-02 Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. x M. Mlle M. M. Mlle Mme	<u>DE MARCH Pascal</u> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx SCHOUVER Jacques CORNE Pascale LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles SIMON Doriane VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Assistant Assistant Assistante Assistante*
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. M.	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Associé

souligné : responsable de la sous-section * temps plein

Mis à jour le 01.09.2014

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

À NOTRE PRESIDENTE DE THESE,

Madame le Professeur Catherine STRAZIELLE,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Neurosciences

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et
Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique,
Radiologiques

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider notre thèse.

Nous vous remercions sincèrement de l'attention et de l'intérêt

que vous avez porté à ce projet.

Puisse le travail de cette thèse vous exprimer toute notre gratitude.

À NOTRE DIRECTRICE DE THESE ET JUGE,

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Vice-Doyen de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Lorraine

Docteur de l'Université de Lorraine

Assesseur en charge de la pédagogie

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie
de la Santé, Odontologie Légale

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de ce travail.

*Nous vous remercions pour la gentillesse, la disponibilité, l'attention et la patience dont
vous avez fait preuve durant toute l'élaboration de ce travail.*

*Nous vous sommes très reconnaissants pour vos conseils
sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.*

*Merci de nous avoir transmis votre passion
de la profession par vos enseignements et votre bienveillance tout au long
de notre cursus universitaire et durant nos stages cliniques.*

*Nous voulons ici vous exprimer notre profonde reconnaissance.
Nous sommes fières d'avoir travaillé avec vous et de soutenir cette thèse.*

A NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Vanessa MOBY

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Ingénierie Cellulaire et Tissulaire – Université Henri Poincaré

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter notre invitation
à siéger parmi le jury de cette thèse et nous vous en remercions.*

*Nous vous sommes très reconnaissants pour la qualité
de vos conseils, de votre soutien et de votre pédagogie qui nous ont énormément
aidés tout au long de nos stages hospitaliers.*

Nous n'oublierons jamais votre bonne humeur et votre gentillesse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À NOTRE JUGE,

Monsieur Le Docteur Eric MORTIER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Physique-Chimie des Matériaux et de la Matière – Université Henri Poincaré

Maître de Conférences des Universités –Praticien hospitalier

Sous-section : Odontologie Conservatrice –Endodontie

*Vous avez accepté avec gentillesse et spontanéité
de siéger parmi les membres de notre jury.*

*Nous vous remercions pour vos nombreuses qualités humaines et professionnelles
qui imposent une profonde admiration.*

*Vous nous avez inculqué l'amour du métier et
la rigueur tout au long de notre cursus universitaire.*

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1 Le contexte : pourquoi l'odontologie est sensible à ces deux phénomènes en France ?.....	6
1.1 La demande esthétique.....	6
1.2 Le contexte économique.....	11
1.3 La santé dans la mondialisation.....	15
1.4 Evolution du mode de vie.....	16
1.5 Le système de santé.....	20
2 Réalité de pratiques controversées.....	43
2.1 Définition du tourisme médical.....	43
2.2 Histoire des tourisms médical et dentaire.....	44
2.3 Généralités.....	45
2.4 Les différents types de tourisme de santé.....	48
2.5 Quelques chiffres concernant le tourisme médical et dentaire.....	49
2.6 Les pays destinataires du tourisme dentaire.....	55
2.7 Le remboursement intracommunautaire et dans les pays hors de l'UE.....	57
2.8 Définition et origine du low-cost.....	63
2.9 Santé et low-cost.....	66
2.10 Odontologie et low-cost.....	67
3 Les facteurs influençant la nouvelle démarche de soins du patient.....	74
3.1 Le facteur financier.....	74
3.2 Rapidité des soins.....	75
3.3 Mécontentement des filières traditionnelles et mauvaise image de la profession ...	78
3.4 Une relation de service.....	81
3.5 Alternative au tourisme dentaire.....	83

4	Comment le message est-il véhiculé ? Comment sont recrutés les patients ?	85
4.1	La santé « un bien de consommation »?	85
4.2	Stratégies marketing et réduction des risques et des craintes perçus par les patients	85
4.3	L'environnement de soins	87
4.4	Tourisme dentaire et intermédiaire	88
4.5	Les divers supports d'informations	89
4.6	Le message véhiculé par les acteurs de ces nouvelles pratiques	97
5	La Forme d'exercice	102
5.1	Les cabinets dentaires à l'étranger	102
5.2	Les cabinets low-cost	107
5.3	Pourquoi une telle différence de prix ?	119
6	Les limites de ces pratiques	123
6.1	La déontologie de l'exercice de la médecine bucco-dentaire en France	123
6.2	Les contrôles par les autorités de santé	179
6.3	La publicité et sa réglementation	181
7	Discussion : des solutions ?	191
7.1	Encadrer les centres de soins dentaires low-cost basés en France	191
7.2	Améliorer la pratique libérale de la profession	191
7.3	Mesures pour cadrer le tourisme dentaire	193
7.4	Avenir et impact de l'offre de santé low-cost local et étrangère dans les pays industrialisés	198
7.5	Evolution : chiffres et prévisions	199
	CONCLUSION	200
	BIBLIOGRAPHIE	201
	EMISSIONS TELEVISEES	212
	SITOGRAFIE	213

ANNEXES.....	224
LISTE DES FIGURES.....	241
LISTE DES TABLEAUX	243
TABLE DES MATIÈRES.....	244

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, nous assistons à une véritable commercialisation des soins dentaires. De nombreux facteurs peuvent expliquer ce phénomène : l'explosion d'internet, la médiatisation des traitements possibles et des techniques de soins, des tarifs, l'évolution des mentalités des patients, une demande esthétique accrue. Mais la raison essentielle est financière avec la recherche de gain économique par les patients.

Il faut savoir qu'un français sur cinq réduit ses dépenses de santé, faute de moyens. Parmi eux, près de 42 % des français ont déjà renoncé à des soins dentaires (Sondage Obéa/Infraforces, 2012). D'après une étude commandée à l'Ifop, derrière le renoncement économique énoncé se cache le manque d'implication et de motivation à débloquer le budget nécessaire aux soins avec le sentiment de « ne pas en avoir eu besoin » et le sentiment de « non-priorité ». La traditionnelle peur du dentiste et le manque de temps sont également des freins (UFSBD/Webdentiste/Ifop, 2013).

Depuis quelques années le tourisme dentaire est un phénomène en plein essor, son succès réside dans les stratégies de communication et de marketing des cliniques alliant séjours et soins tout en mettant en avant l'aspect financier. Dès lors, la profession est en droit de se demander si la qualité et la sécurité des actes dentaires, la relation médicale d'un point de vue éthique, et la continuité des soins sont bien garanties.

Parallèlement, une nouvelle tendance vient d'apparaître : les soins dentaires dits low-cost. Ils sont, en France, assurés dans des cliniques non dirigées par des chirurgiens-dentistes, privilégiant les soins très rentables tels que ceux de la prothèse et d'implantologie, à des tarifs très bas. Or, seraient totalement négligés dans ces cliniques, les soins habituels comme les soins conservateurs, chirurgicaux, d'urgence, d'odontologie pédiatrique ou de parodontologie « classiques ». Le problème réside dans le fait que ces centres appartiennent à des sociétés de statuts associatifs qui ne seraient par conséquent pas soumis aux mêmes réglementations que les cabinets libéraux. Ces cliniques soulèvent ainsi la question de l'éthique médicale, la question de l'origine des matériaux utilisés, ainsi que celle du temps consacré aux soins.

La problématique de ce travail est de comprendre les raisons d'apparitions de ces deux phénomènes, leur fonctionnement, de mesurer les risques pour nos patients s'ils existent et enfin de discuter des solutions et de la nécessité d'encadrer ou de minimiser ces pratiques voire d'interdire ces pratiques.

Nous allons tenter d'y répondre en axant le sujet sur les points suivants.

- Le premier point portera sur le contexte dans lequel sont nés le tourisme dentaire et les cliniques dentaires low-cost en France.
- Le second point sera consacré à l'analyse des principales motivations qui poussent les patients vers ces pratiques.
- Le troisième point abordera les facteurs influençant ces nouvelles offres de soins.
- Le quatrième point permettra de comprendre comment les messages incitatifs sont véhiculés et comment les patients sont recrutés.

- Le cinquième point analysera la forme d'exercice de ces pratiques
- Le sixième point relèvera les limites du tourisme dentaire et des cliniques dentaires low-cost en France.
- Nous achèverons enfin ce travail par une discussion autour des conséquences de ces pratiques et des solutions aux problèmes présentés tout au long de ce travail.

1 Le contexte : pourquoi l'odontologie est sensible à ces deux phénomènes en France ?

« La santé n'a pas de prix , mais elle a un coût » , c'est un constat établi par tous, particulièrement dans le domaine de l'odontologie et de l'optique, en ces temps de difficultés économiques (1). Les patients, les médias écrits et télévisuels ne cessent de marteler : les soins dentaires sont trop chers.

Les promoteurs low-cost et du tourisme dentaire l'ont bien vite compris, et ont vu en cela une opportunité à saisir. En proposant une solution alternative à ceux qui considéraient que le système de soins actuel ne répondait plus à leurs attentes, ils ont trouvé un moyen de s'enrichir. Il était aisé d'appliquer au domaine de la chirurgie dentaire les caractéristiques du principe low-cost déjà établi dans d'autres domaines de la santé ; le dentaire s'y prêtant bien. D'autre part, les professionnels de santé s'accordent sur un point : le gouvernement ne semble pas leur donner les moyens suffisants pour offrir un accès aux soins dentaires égal à tous. Ainsi la faille était ouverte. Toutes les conditions sont réunies et propices à l'éclosion des centres low-cost et à l'essor du tourisme dentaire.

Nous insisterons sur le fait qu'il ne s'agit pas dans ce travail de pointer du doigt ces pratiques mais de comprendre les facteurs qui ont influencé l'apparition puis le développement des centres dentaires low-cost en France qui sont à quelques exceptions près les mêmes que ceux du tourisme dentaire.

1.1 La demande esthétique

La notion de demande esthétique renvoie à la beauté. Comment cette dernière est-elle perçue aujourd'hui ? La façon dont la société considère la beauté en dit long sur notre époque (2). Dans notre société l'image corporelle prime. La sous-estimer, c'est ignorer le fonctionnement de notre société.

Quel impact a la beauté dans la vie quotidienne ?

La beauté semble profondément ancrée au cœur de l'histoire humaine. Depuis l'Antiquité grecque, nous sommes victimes et vecteurs du même présupposé: ce qui est beau et bon. Elle a développé notre faculté de penser, de décrire, de comparer, de juger etc. Notre vie tout entière est soumise à la tyrannie des apparences (Amadiou, 2002).

La beauté est un formidable outil de discrimination sociale que les élites imposent aux classes les plus basses. Ce fait est encore renforcé dans nos sociétés de services où les relations publiques sont plus importantes que dans les sociétés industrielles. Il est frappant de constater qu'il vaut mieux être beau (Amadiou, 2002). Un physique avantageux induit un déclin de façon automatique et inconsciente. Des enquêtes de psychologie sociale le confirment: la beauté est spontanément liée à l'intelligence, la gentillesse, la santé, la sympathie etc.

La beauté est donc un atout considérable dans les relations humaines que ce soit à l'école, sur le marché du travail, dans la justice, en amour, en amitié. La beauté est un statut qui vaut un diplôme. Elle enrichit comme la laideur altère nos compétences. Cela compte de façon significative dans le jugement porté sur notre personne (Amadiou, 2002).

L'image du corps se structure dans la relation à autrui. Dans le sens où elle se construit à travers des phénomènes d'identification aux autres, où elle n'est pas seulement liée à l'histoire individuelle de chacun, mais aussi à l'histoire des civilisations et aux phénomènes de société (Millet-Bartoli, 2008). L'appréciation de la beauté chancelle selon les époques et les cultures. Les standards de beauté d'une époque influent sur la construction de l'image de soi. Ces normes imposent aux femmes et aux hommes du monde entier des schémas identiques et reproductibles, un formatage en soi. Chaque culture va établir ses propres normes, sa propre symbolique, ses propres canons esthétiques, en remarquant que quelle que soit la culture, le sourire tient une place importante. D'ailleurs les demandes de standardisation du sourire diffèrent selon la culture des patients (Millet-Bartoli, 2008) (3).

Cependant depuis quelques années, il y a une standardisation de la beauté à tendance occidentale qui traverse toutes les cultures, tous les milieux sociaux. Au-delà des variations historiques et sociales, selon de nombreux psychologues adeptes de l'approche évolutionniste, il existe des critères de beauté universelle. Depuis une vingtaine d'années, de très nombreuses expériences ont été menées sur les critères de « physical attractiveness », et des constantes se dégagent clairement (Millet-Bartoli, 2008) (4).

Les clichés de beauté véhiculés dans les médias, les émissions télévisées, les publicitaires s'imposent comme des normes, nous mettent sous pression permanente, nous aveuglent en nous inondant d'une image idéale de l'être humain pour déclencher nos ressorts de consommateurs. Cette beauté est en quelque sorte la promesse du bonheur et ils savent en user. Si l'on a un physique moins dans la norme, on est considéré comme responsable de cette image. La société utilise cette culpabilité pour nous pousser à une consommation superficielle et créer de nouveaux besoins (2) (3). Dans ces conditions on comprend mieux que tout ce que peut proposer l'industrie de la beauté se porte bien (4).

La demande esthétique

Selon Lehmann, l'esthétisme peut être défini comme « appartenant à l'appréciation du beau » (Lehmann, 2009). La demande esthétique se caractérise par un désir de changement et par un désir de plaire, en tentant de s'apparenter aux références de beauté. À travers la demande de changement de son corps, l'individu exprime des désirs plus complexes que la seule modification anatomique de sa morphologie. Le fait de porter un défaut, procure le sentiment de sortir de la norme et l'attente vis-à-vis de la chirurgie esthétique relève d'un désir de conformité. De nos jours, la moindre déviance semble pouvoir et devoir être ramenée à cette norme (2). Une opération à visée esthétique est réussie pour deux raisons : premièrement quand les résultats le sont et deuxièmement parce que le changement s'accompagne d'amélioration de l'estime de soi et de la vie relationnelle. Outre cela, il existe des moments dans la vie où la recherche de l'idéal esthétique est particulièrement forte : les périodes de transitions, les rencontres et les séparations (Millet-Bartoli, 2008).

Auparavant, la demande esthétique concernait les personnes les plus aisées. Aujourd'hui, la place sans cesse croissante occupée par l'apparence physique incite de nombreux patients de tous âges et de toutes conditions à vouloir modifier leur apparence physique dont celle du sourire (Lehmann, 2009). Nos préoccupations esthétiques se trouvent être amplifiées par les progrès techniques. La chirurgie esthétique en est le garant scientifique. Celle-ci et les produits cosmétiques sont d'ailleurs à la portée de tous.

Quelle est la place du sourire dans le monde d'aujourd'hui ?

Notre corps est le support de communication sociale. Il est porteur de messages individuels et sociaux (Millet-Bartoli, 2008). Le sourire par exemple a de multiples significations : il est signe de détente, il est même contagieux et peut désarmer la personne que l'on a en face de soi. Il permet de créer un climat favorable et d'amener notre interlocuteur vers un état réceptif et augmentant ainsi notre force de persuasion (5).

85 % des Canadiens interrogés lors d'un sondage réalisé par Crest et Oral-B en 2012 considèrent que le sourire est un élément essentiel du physique général d'une personne (Crest/Oral-B, 2012). Il est d'ailleurs considéré comme la caractéristique physique la plus importante devant les cheveux, les yeux et la peau selon une autre enquête menée en 2008 par l'American Dental Association et Crest/Oral-B (American Dental Association et coll., 2008). Le sourire et les dents sont donc des critères déterminants physiquement (28). L'esthétique du sourire a une telle importance qu'il améliore l'estime de soi, influe sur l'envie de sourire et facilite la communication, l'insertion sociale et professionnelle (Lehmann, 2009). En effet, que ce soit chez le jeune enfant, l'adolescent, l'adulte ou le sénior, l'altération de la santé orale influence la socialisation des individus (Nguyen-Thanh, 2004).

Le sourire peut apparaître comme un signe extérieur de bonne santé, aussi bien physique que sociale. Tout devient lié à la santé et celle-ci finit par devenir une fin en elle-même, plutôt que d'être au service de la personne. Le sourire, devient lui aussi une fin en soi, marqué des désirs esthétiques des patients, qui peuvent devenir contraignants pour sa reconstruction. On parle de cadre social de la santé car la société valorise cette dernière et mise sur l'apparence esthétique au point d'exclure ce qui n'est pas dans ces standards. Selon certains auteurs, les édentements antérieurs constituent des facteurs d'exclusion et de dégradation psychosociale évidents. La santé tend à devenir plus sociale que physique du fait qu'un artefact esthétique constitue un des signes visibles de la position sociale (Offner et coll., 2012).

En effet, le sourire n'échappe pas à la création de normes du fait de son cadre social. Pourtant s'il existe des normes auxquelles on peut se référer pour définir certaines maladies et traitements, aucune norme académique n'a pu être établie pour définir la beauté. Il n'existe pas non plus de définition clairement établie du sourire normal. On parle toutefois de normocclusion définie par des critères permettant de ramener un sourire à la normale. La standardisation du sourire est l'atteinte d'un esthétisme convenu presque absolu répondant aux normes créées afin d'y parvenir et conforme aux sourires des standards populaires. On est passé de normes dans la moyenne à des normes sociales, voire parfois à des normes morales. La norme biologique tend à devenir une norme sociale. Il existe donc un véritable lien entre

chirurgie et conquête sociale mais aussi entre chirurgie et norme sociale (Millet-Bartoli, 2008 ; Offner et coll., 2012).

Mais qu'est-ce le normal ?

Il est défini par plusieurs auteurs « comme ce qui est conforme à la norme, à l'état le plus fréquent, habituel, ce qui se rencontre dans la majorité des cas ». Par normalité, la majorité des patients et nombre de praticiens entendent beauté, il semble qu'il y ait confusion et affrontement entre la norme et l'esthétique. Ainsi, le sourire correspondant aux demandes éminemment esthétiques des patients sera qualifié de standard alors que certaines malpositions dentaires correspondraient à de l'anormal. Pourtant ces dernières « seraient autant capables que des dents bien positionnées de participer à l'adaptation de l'individu à un milieu évolutif si tant est qu'elles sont physiologiquement bien constituées » (Offner et coll., 2012).

Qu'est-ce que la dentisterie esthétique ?

La dentisterie esthétique « s'attache à renforcer la beauté naturelle de la bouche et du visage » (Lehmann, 2009). Elle est née aux Etats-Unis avec les docteurs Charles Pincus et Ronald Goldstein en créant la première Académie de dentisterie esthétique en 1976. Cette dentisterie s'est rapidement imposée en Europe et en 1983, la première Société de Dentisterie Esthétique fut créée en Europe : la SFDE. La révolution de l'esthétique est lancée, les protocoles cliniques et les méthodes de travail ont été revus, toutes spécialités confondues et de nouveaux matériaux ont vu le jour intégrant les avancées scientifiques (6).

➤ La discipline d'orthopédie-dento-faciale (ODF) fut pionnière dans le domaine. Elle a saisi et prit en compte le désir des patients de bénéficier d'un traitement plus esthétique, moins visible, en témoigne l'apparition des dispositifs linguaux.

➤ L'odontologie conservatrice a été révolutionnée depuis la création des systèmes de collage et des matériaux composites, qui ont permis de réaliser des restaurations directes ou indirectes, notamment au niveau du secteur antérieur se fondent harmonieusement avec la dent naturelle.

➤ En parodontologie, de nouvelles techniques ont ainsi vu le jour dans le but d'améliorer la santé tissulaire : les greffes osseuses, de conjonctifs, la régénération tissulaire guidée etc.

➤ Citons, également les implants qui apportent une pierre supplémentaire à l'édifice de la dentisterie esthétique, permettant de remplacer une voire toutes les dents absentes. Le but n'étant pas une simple intégration fonctionnelle mais une intégration optimale de l'implant aux tissus gingivaux.

➤ En ce qui concerne la prothèse, les biomatériaux type céramique, la conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO) évoluent sans cesse, afin d'obtenir des reconstructions esthétiques se rapprochant de plus en plus de la denture naturelle.

La profession de chirurgien-dentiste a considérablement évolué depuis plusieurs décennies. Du point de vue clinique, le véritable moteur de cette évolution dans les domaines de notre exercice est principalement la demande toujours plus grande de nos patients pour une

dentisterie qui rétablisse la fonction, mais surtout qui améliore, ou transforme, l'esthétique du sourire (6).

Pour Bernard Touati, « la recherche d'une meilleure esthétique du sourire a sûrement été un des principaux moteurs qui a incité les chercheurs, les industriels, les praticiens et les patients à modifier leurs critères de réussite clinique. Cette dernière peut être aujourd'hui difficilement invoquée devant une situation inesthétique » (6). Nous comprenons mieux l'évolution de notre métier, des matériaux, des protocoles cliniques, puisque aujourd'hui le résultat esthétique a une très grande importance tant pour les patients que pour de nombreux praticiens. Le résultat esthétique n'est plus une option mais une véritable exigence clinique témoignant de la réussite biologique et fonctionnelle. Coco Chanel a écrit « le luxe ne peut être que confortable, sinon ce n'est pas le luxe ». En la paraphrasant on peut aujourd'hui affirmer : « l'esthétique ne peut être que biologique et fonctionnelle, sinon ce n'est pas l'esthétique » (6).

Lorsqu'un patient présente une malformation évidente et visible (dysmorphies dentaires, dyschromies dentaires causées par un excès de fluor ou la prise d'antibiotiques etc.) qualifiées d'inesthétiques on comprend qu'il émette une demande de normalisation du sourire (Millet-Bartoli, 2008). De nos jours, les demandes évoluent. Actuellement, ils ne se rendent plus dans les cabinets dentaires uniquement pour se faire soigner mais aussi pour acquérir un sourire blancher « lavabo » (7). « Docteur, je voudrais un sourire normal avec de belles dents bien blanches et alignées ». « Docteur, on ne pourrait pas tout enlever et faire des céramiques partout pour que ce soit bien blanc ? ». Ce sont bien des exemples courants de demandes de patients désireux d'avoir un sourire normal, qui selon eux correspond aux dents impeccablement alignées, blanches avec des lèvres pleines, joliment ourlées et qui colle au modèle hollywoodien, même si une impression artificielle peut en ressortir. « C'est pourtant le type de sourire préféré des patients, et celui qu'ils finiront par trouver normal » (Offner et coll., 2012) (7).

« Certes, la normalisation des structures du sourire aboutira à une architecture harmonieuse de celui-ci, mais la beauté d'un visage n'émane pas nécessairement d'un sourire standard » (Offner et coll., 2012). Un sourire personnel ou personnalisé sera mieux apprivoisé par le patient au long terme étant donné que c'est une partie de ce qui l'individualise. Une belle bouche est d'abord une bouche saine. L'important est de préserver notre sourire, et non pas d'en acquérir un nouveau.

« La subjectivité de la notion d'esthétique ouvre la porte à de nombreux excès. Si les normes sont des indications, l'éthique se doit de rappeler qu'elles doivent être au service de la personne » (Offner et coll., 2012). La difficulté est de garder une juste mesure d'esthétique et le défi est de trouver pour chaque cas un compromis entre les désirs du patient, les contraintes sociales et le bien physiologique, cela dans l'exercice de tout praticien mais particulièrement dans les offres de soins dentaires low-cost en France et à l'étranger

« Le visage et à travers lui le sourire s'avèrent être un véritable passeport social [...]. Avec un beau sourire tout semble plus facile » (Lehmann, 2009). Parmi les critères de beauté de notre époque, le sourire esthétique est un atout majeur (7). Il occupe une place privilégiée dans notre société du fait de nouvelles réalités : de l'amélioration des techniques de dentisterie d'une part, et de l'évolution culturelle et médiatique d'autre part. « Le tournant du tout esthétique n'est pas encore pris dans la profession dentaire » (Offner et coll., 2012). Mais, l'engouement de nos patients pour la chirurgie et la dentisterie esthétique est une réalité, c'est un phénomène qui a pris de l'ampleur dans notre société et elle ne cessera de s'accroître au cours des années à venir.

1.2 Le contexte économique

Nous sommes dans une période de fragilité économique, de fort chômage et de baisse de revenus, impactant sur le pouvoir d'achat (1). Selon les données de l'institut de sondage Ipsos, fin 2011, 80 % des Français considéraient que leur pouvoir d'achat avait baissé, et 65 % affirmaient qu'ils avaient de plus en plus de mal à joindre les deux bouts.

De fait, les consommateurs français sont de plus en plus nombreux à surveiller leurs dépenses et à rechercher des réductions pour certains achats. Certes la tendance n'est plus tout à fait nouvelle, mais elle se confirme avec l'extension permanente du low-cost dans la majorité des secteurs économiques : les offres se multiplient et se diversifient, et concurrencent l'offre dite traditionnelle.

En conséquence, selon Olivier Lagrand, chercheur chez Ipsos, les consommateurs n'hésitent plus « à se détourner du superflu au profit d'offres simples et significativement moins chères » (8). Ainsi, alors que 63 % des chirurgiens-dentistes français jugent que leurs patients diffèrent les soins pour des raisons économiques (CMV/Médiforce, 2012), des cabinets dentaires à bas coût ont ouvert leurs portes dans plusieurs grandes villes et attirent les patients.

1.2.1 La conjoncture économique actuelle

Il faut distinguer deux types de crises, la crise financière et la crise économique. D'après la définition de Jean-Pierre Marc sur « Agoravox » (site internet concernant l'actualité) que nous simplifierons (9) :

- la crise financière affecte les marchés financiers et/ou les banques et/ou les Etats. Les crises financières les plus graves sont porteuses d'un risque systémique, c'est-à-dire qu'elles peuvent affecter par ricochet leur environnement et se traduire par une crise économique ;
- la crise économique est plus lourde de conséquences puisqu'elle affecte l'ensemble des acteurs économiques, les ménages, les consommateurs, les entreprises, les administrations publiques et pas seulement les épargnants, les prêteurs et les emprunteurs. C'est une dégradation brutale de la situation

économique d'un pays ou d'une zone économique, conséquence d'un décalage entre la production et la consommation.

Après de belles années de mondialisation, une tempête économique et financière éclate et n'épargne aucun pays. La crise économique partie des Etats-Unis en 2007, s'est propagée chaque jour un peu plus et un peu plus loin se concrétisant mondialement et notamment en France en 2009. La crise est une sorte de cercle vicieux, en voici les grands points simplifiés (10).

L'endettement des Américains et la bulle immobilière

L'origine de la crise est l'endettement des agents économiques américains. S'ils n'ont pas à eux seuls provoqué une crise d'une telle ampleur, les prêts hypothécaires à risque (subprimes) ont été l'élément déclenchant la crise financière qui a entraîné la crise économique de 2008-2010 (Huwart et Verdier, 2012) (9).

Les Subprimes

Aux Etats-Unis, les banques ont accordé des crédits immobiliers aux citoyens américains, sans chercher à savoir s'ils étaient dans la capacité à les rembourser, jusqu'à ce qu'une majorité d'entre eux ne le puisse plus. Ces personnes ont dû hypothéquer ou vendre leurs biens avec pour conséquence un effondrement du marché immobilier : marché sur lequel les banques avaient investi avec l'argent de leurs clients. Au final les banques se sont retrouvées en difficulté financière voire en faillite (Perez, 2010) (9).

Les Entreprises

Les entreprises investissent pour fonctionner et ont besoin de fonds. Pour cela, elles empruntent aux banques. Ces dernières ne pouvant plus prêter, les entreprises éprouvent alors des difficultés pour se financer et doivent licencier (Huwart et Verdier, 2012 ; Perez, 2010) (11).

La Consommation

Pour certains achats, il est nécessaire au consommateur de faire un crédit auprès d'une banque, or elles ne prêtent plus. Une baisse de la consommation en résulte, engendrant une diminution des achats aux entreprises. Pour vendre, ces dernières vont baisser les prix et vont licencier. Toutes les conditions sont réunies pour observer une baisse du pouvoir d'achat (Perez, 2010) (11).

L'Emploi

Par ricochet, la crise a eu des conséquences sur l'emploi. En raison de la diminution de la consommation et d'un déficit des entreprises, tous secteurs confondus. Pour éviter la faillite totale de celles-ci le choix fut le licenciement, le chômage partiel ou technique. Ce qui corrobore la notion de réaction en chaîne (Huwart et Verdier, 2012 ; Perez, 2010) (11).

1.2.2 Conséquences de la crise

Une récession mondiale s'est installée conduisant à un ralentissement du commerce international entraînant une baisse des prix des produits de base et une croissance du chômage à l'échelle mondiale. En France, les mêmes constats ont été réalisés au niveau du marché du travail avec comme conséquences des suppressions de postes et des fermetures d'entreprises plus importantes, du fait de cette baisse d'activité économique nationale et internationale. Sur le premier trimestre 2014, les chômeurs représentent 10,1 % de la population active (Insee, 2014)

Du fait de ces réductions d'effectifs massives, les Français parviennent de plus en plus difficilement à trouver un emploi et leur niveau de vie diminue ainsi que leur pouvoir d'achat. Aujourd'hui, avec l'inflation, le coût de la vie ne cesse d'augmenter tandis que les salaires n'évoluent pas. Par conséquent, les français ont moins de moyens, la consommation des ménages s'en ressent et la demande et l'achat continuent de diminuer, affectant une nouvelle fois les résultats des entreprises françaises. À plus grande échelle, une hausse de la dette publique est observée. Le gouvernement a adopté en conséquence une politique de rigueur et a mis en place des mesures d'austérité appauvrissant la population (Benetti et Groud, 2012) (11) (12).

1.2.3 Crise économique et santé

De plus en plus de Français réfléchissent à leur rapport aux soins de santé. Les questions qu'ils se posent sont les suivantes (13) :

- Est-il encore essentiel de se soigner ?
- Si oui, dois-je tout traiter ou puis-je privilégier certains soins prévus dans mon plan de traitement ?

Ces interrogations sont concrètement liées à la diminution du niveau de vie des Français. La conjoncture économique actuelle freine certaines des dépenses des Français dont celles concernant la santé. Nous observons davantage de patients hésiter voire refuser certains soins que nous leur proposons faute de moyens. C'est le cas des soins qui ne sont pas ou très peu pris en charge par la Sécurité Sociale et les complémentaires santé (prothèse, orthodontie, parodontologie et implantologie). Après avoir réglé leurs diverses factures, la somme restante n'est pas suffisante pour couvrir les frais dentaires (13).

Un récent sondage OpinionWay (Macif Mutualité, 2012) met en avant les arbitrages que les Français seraient prêts à concéder, ou non, pour leurs dépenses de soins. Voici quelques chiffres intéressants mais néanmoins inquiétants tirés de ce sondage :

- 43 % se disent prêts à contracter un crédit pour faire face à une dépense de santé imprévue, soit près d'un français sur deux ;
- 37 % se disent prêts à diminuer leurs dépenses de santé plutôt que de renoncer à des activités de loisirs ;

- 35 % préfèrent grignoter sur les soins plutôt que d’amputer leur budget alimentaire ayant déjà bien diminué ces dernières années ;
- 83 % des interrogés se disent prêts à souscrire une complémentaire santé qui adapte ses tarifs à leur situation familiale et leur fréquence de recours aux soins ;
- 26 % se disent prêts à recourir au tourisme médical pour se soigner moins cher.

Ces chiffres montrent qu’une partie des Français n’est pas prête à réduire son budget pour privilégier les soins. Ils souhaitent consacrer ce budget pour des postes plus essentiels à leurs yeux. Par conséquent ces patients sont susceptibles de se tourner vers l’étranger ou vers les cliniques low-cost françaises pour éviter de se restreindre. Par ailleurs, ce sondage révèle que certains patients consentiraient à faire des sacrifices afin de bénéficier des soins proposés par leurs chirurgiens-dentistes. Ces derniers sont fidèles à leurs praticiens mais d’autres, désireux de réaliser des économies, pourraient effectuer des recherches et envisager se tourner définitivement vers les soins low-cost. Certes, les soins sont qualifiés de «low-cost» à l’étranger, cependant les candidats au tourisme dentaire restent des personnes suffisamment aisées pour en supporter les frais. Les plus pauvres, quant à eux, ne voyagent pas pour se faire soigner, même à moindre coût (Moullé et Duhamel, 2010).

Un autre sondage confirme les éléments vus précédemment. Selon le baromètre européen réalisé par l’institut CSA, la crise économique a eu une incidence sur la capacité et l’envie des français de se faire soigner (Cercle Santé Société/Europ Assistance, 2010). En fait, en période de crise, les assurés préfèrent mettre de côté les questions de santé.

Les centres de soins d’enseignement et de recherches dentaires (CSERD) furent pendant de nombreuses années les solutions alternatives pour les patients en proie à des difficultés financières, les devis étant moins élevés que dans les cabinets libéraux. Néanmoins, les CSERD ne peuvent se permettre de casser les prix car ils doivent respecter les normes en vigueur et être rentables. Pour certains patients les devis proposés restent encore onéreux, et en pleine crise économique mondiale, les prix imbattables des pays de l’Est, du Maghreb les attirent. Ils pensent que les soins seront réalisés par des professionnels plus qualifiés que les étudiants, plus rapidement et dans des délais moins longs. S’ils ne souhaitent pas se déplacer les patients vont se tourner vers les récents cabinets low-cost.

Actuellement, nous nous trouvons dans un contexte économique particulièrement difficile. En France, avec le système de santé qui s’effondre et les dégâts engendrés par la crise, tous les critères sont réunis pour mettre en difficulté les patients. Par conséquent, nous observons que la crise économique a eu également un impact dans le domaine de la santé, et en particulier sur les secteurs bénéficiant d’un faible taux de remboursement par la Sécurité Sociale voire nul. Notre profession en fait partie. En effet, l’évolution du pouvoir d’achat joue sur la perception de la population sur la tarification des soins dentaires, jugés encore onéreux mais aussi sur leur budget disponible pour leurs soins dentaires (Fouche, 2012).

1.3 La santé dans la mondialisation

La mondialisation est caractérisée par un développement économique important. Elle correspond à une augmentation des flux des produits, des services, des connaissances et des hommes à travers les frontières. C'est un mouvement de sociétés humaines inéluctable touchant le monde entier et atteignant, de façon et à des moments différents, la plupart des domaines. Elle induit de ce fait un lien d'interdépendance entre les nations (Algranti et coll., 2007 ; Bail, 2008).

Les marchés se sont ouverts, et c'est sur cette ouverture des marchés que repose la mondialisation. Les frontières habituelles, dites nationales, ne sont plus. La mondialisation tend à les mettre à plat (Bail, 2008). L'apogée des moyens de communication comme le transport et la télécommunication ont permis à la mondialisation de prospérer, et a contribué à l'abolition des frontières. De ce fait, chaque marché est susceptible d'être mondialisé et les patients peuvent se mouvoir aisément de part et d'autre des continents, particulièrement avec la libre circulation des personnes dans l'Union Européenne. Moullé et Duhamel ont écrit « L'une des caractéristiques actuelles de la mondialisation, qu'illustre le développement des séjours médico-touristiques, c'est la grande capacité de la société civile à contourner la partition en territoires bornés, réalisés par les Etats » (Moullé et Duhamel, 2010).

La mondialisation traduit la volonté des peuples de disposer des mêmes possibilités notamment dans le secteur médical. La santé semblait à l'abri de la mondialisation et de la concurrence économique internationale qui en découle. Depuis quelques années, la tendance s'est inversée, le secteur de la santé représente même un des secteurs les plus prospères de l'économie mondiale, et nul ne veut être mis à l'écart. L'essor et la croissance des séjours médicaux l'attestent, en particulier dans les domaines de la chirurgie esthétique et des soins dentaires. Des chiffres officiels n'ont pas encore pu être établis, les interventions esthétiques réalisées en dehors de la France auraient cependant pratiquement doublées depuis dix ans (Bouchard, 2009 ; Moullé et Duhamel, 2010).

« The Economist » dans son article du 14 août 2008 « Importing Compétition » décrit la mondialisation des soins comme « l'ouverture du secteur de la santé, industrie locale, sous la pression économique à un marché en pleine croissance dont le périmètre tend à devenir mondial ». La logique du marché économique veut que le secteur de la santé réponde aux lois de l'offre et de la demande. Des expressions, alors jadis réservées au commerce tels que business, marketing, profit, client, s'appliquent désormais à la dentisterie (Bouchard, 2009 ; Moullé et Duhamel, 2010).

La mondialisation du secteur de la santé concerne plusieurs marchés (Bail, 2008) :

- celui de l'offre de soins, les chirurgiens-dentistes eux-mêmes ;
- celui des fournisseurs, les prothésistes soumis à une concurrence étrangère de plus en plus forte avec des prix de plus en plus bas, des machines et des matériaux de plus en plus perfectionnés ;

- celui du marché des services à distance tel que l'établissement d'un diagnostic, d'un plan de traitement ou la lecture de clichés radiographiques d'un patient français par un chirurgien-dentiste en Hongrie par exemple.

La réorganisation des espaces provoqués par la mondialisation constitue une nouvelle chance pour les puissances émergentes. Les pays développés voient leurs coûts de santé s'accroître, une saturation de leurs systèmes de santé et un vieillissement de leurs populations. Auparavant, les pays émergents étaient fatalistes concernant les questions de santé. Actuellement, ils arborent un grand esprit de compétition cherchant à profiter de la mondialisation de la santé et des failles des pays développés pour émerger, la santé constituant un véritable avantage économique.

Ces pays connaissent un important développement de technologies et de compétences. Ils bénéficient de surcroît d'une main-d'œuvre moins chère, leur permettant d'offrir des soins à moindre coût. La relation entre demandeurs de soins et acteurs de soins connaît une croissance exponentielle. Dans ce contexte de mondialisation, les flux de patients des pays développés vers ceux en développement n'ont pu qu'exploser. Bangkok illustre merveilleusement ce phénomène, revendiquant le titre mondial du tourisme médical grâce à ses hôpitaux internationaux. Le Bumrungrad International Hospital et le Bangkok Hospital proposent une gamme complète de soins médicaux et hospitaliers attirant chaque année des milliers de patients venus du monde entier (Moullé et Duhamel, 2010) (14).

La mondialisation a permis aux informations médicales de circuler plus rapidement et plus facilement, le monde a alors accès aux connaissances, aux avancées et aux recherches relatives aux diverses spécialités médicales. Les patients disposent de possibilités infinies de comparaisons de services et d'honoraires à l'échelle planétaire, facilitées par l'introduction de l'euro en 2002, occasionnant une focalisation sur les tarifs. Le patient devient un client mondialisé adoptant le comportement d'un consommateur en sélectionnant les soins et la clinique qui lui semble les plus adaptés, comme s'il s'agissait d'un bien de consommation banal, et non d'un acte médical (Algranti et coll., 2007 ; Moullé et Duhamel, 2010).

1.4 Evolution du mode de vie

La vie des Français fut l'objet de nombreuses mutations ces dernières décennies. Naguère, voyager était réservé à une certaine élite pour des raisons économiques, professionnelles mais aussi culturelles. Aujourd'hui, toutes les destinations sont accessibles quel que soit le milieu socio-économique. Le nombre de touristes a crû de manière importante dépassant le milliard en 2012 contre 160 millions en 1970 selon l'Organisation Mondiale du Tourisme (Matelly, 2013 ; Nations Unies, 2005, OMT, 2013).

Une telle expansion n'est pas le fruit du hasard. D'une part, couplée à l'ouverture des frontières, l'émergence économique d'un certain nombre de pays multiplie le nombre de destinations possibles et attractives pour le touriste. D'autre part, la mondialisation a permis une meilleure connaissance de l'étranger, elle a éveillé la curiosité des individus. Enfin, la

population s'est habituée à se déplacer en raison de la popularisation des moyens de transport (rail, route et air). En somme, le développement technologique et économique, allié au progrès social contribuent à la démocratisation du tourisme, qui plus est en permettant un accès à des destinations sans cesse plus lointaines. Le monde ne connaît plus de limites ni de frontières pour les voyageurs, le tourisme a acquis une dimension internationale. Aujourd'hui nous pouvons nous déplacer où bon nous semble sur le globe en un rien de temps (Bouchard, 2009 ; Matelly, 2013 ; Menvielle et Menvielle, 2010 ; Nations Unies, 2005).

L'essor du tourisme médical et dentaire il y a une dizaine d'années s'explique par cette percée du tourisme. Jadis, la santé n'était pas un secteur économique contraint à la concurrence en raison de la difficulté des patients à se faire soigner loin de leur lieu d'habitation (Menvielle et Menvielle, 2010). Le phénomène du tourisme médical et dentaire s'est toutefois peu à peu amplifié avec l'avènement des compagnies aériennes low-cost.

Le concept est né aux Etats-Unis en 1970 avec Southwest Airlines. En Europe la compagnie Irlandaise Ryanair fut la pionnière de ce tout nouveau concept, affichant des tarifs cinq fois inférieurs aux compagnies régulières. Un modèle est né et ne devra pas attendre bien longtemps avant de trouver son public. Le phénomène explose réellement à partir de 1991 avec la déréglementation des transports décrétée par la Commission Européenne ouvrant la porte de la concurrence et permettant de proposer des prix de plus en plus attractifs. Les compagnies low-cost représentent une solution très avantageuse pour les voyageurs, dernièrement elles ont ajouté des liaisons vers des endroits de plus en plus éloignés (Asie). Ces compagnies se sont multipliées en Europe démocratisant ainsi les voyages aériens et bouleversant les habitudes des voyageurs (Nations Unies, 2005) (15) (16) (17).

Les moyens de communication ont également connu une importante évolution. Internet est devenu un circuit de distribution essentiel en pleine croissance où l'on trouve tous types de prestations et d'informations. Il représente un outil de communication incontournable, il est au cœur de nos activités quotidiennes et s'immisce dans tous les recoins de notre vie. Espace de tous les possibles, des usages et des comportements nouveaux ont vu le jour y compris en odontologie. Internet ne peut être réduit à un simple moyen de communication, il incarne davantage. Il favorise le partage d'informations de la connaissance, la création de savoir. Il est un outil de développement pour les sociétés (Nations Unies, 2005).

Dans le domaine de la santé, internet s'avère être une aubaine dans le sens où il constitue une source inépuisable de documentation. Néanmoins, il peut être une source d'ennuis et de conflits. Les médias (écrits et audiovisuels) constituaient déjà une source d'information mais internet a révolutionné et généralisé la recherche d'informations médicales. Il a facilité l'accès aux patients à des informations réservées jusque-là aux seuls professionnels de santé. Les sites en rapport avec la santé, qu'ils soient à vocation médicale en éditant des articles, ou à vocation commerciale en pourvoyant des produits de santé, n'ont fait que croître.

En 2007, l'enquête baromètre Paneuropéen réalisée par l'institut CSA sur 2500 citoyens d'Allemagne, de France, d'Italie, du Royaume-Uni et de Suède, révèle que 41 %

d'entre eux consultent Internet pour des informations de santé (Cercle Santé Société et coll., 2007).

En France, la pratique est répandue avec sept Français sur dix concernés, il s'agit donc d'une pratique très répandue, selon un sondage Ipsos réalisé en 2010, pour le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Les sites d'information grand public constituent la source de documentations privilégiée pour l'internaute (CNOM/Ipsos, 2010). La meilleure illustration en est le site « Doctissimo », site internet de santé le plus fréquenté en France. En février 2012, Médiamétrie l'a classé au 4ème rang des 55 sites les plus visités dans l'hexagone avec 42 500 300 visites dans le mois (Estat/Médiamétrie, 2012). Concernant le tourisme dentaire, « Doctissimo » offre 284 résultats pour « soins dentaire + étranger ».

Pour ce qui est du mode de recherche de cette information de santé en ligne, l'internaute utilise les mêmes moteurs de recherche que pour toute autre requête, d'après l'enquête WHIST réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Renahy et coll., 2007). Le moteur de recherche « Google » n'offre pas moins de 2 690 000 résultats pour « soins dentaires + étranger » et 384 000 pour « les centres de santé gérés par des associations » telles que Dentexia, Addentis, Dentego, Dentalvie.

Outre cela, un tiers des personnes interrogées dit avoir lu ou participé à des forums de discussions sur la santé (Renahy et coll., 2007). En effet, selon le sondage Ipsos, plus du tiers des répondants recherche sur le web des récits d'autres patients (CNOM/Ipsos, 2010). Pour la plupart des répondants, internet est reconnu comme une source moins digne de confiance que celle apportée par les praticiens eux-mêmes. Trois quarts d'entre eux l'estiment toutefois fiable (CNOM/Ipsos, 2010).

Quelles informations recherchent les patients ?

Internet est un outil permettant aux patients d'obtenir des informations sur les maladies dont les affections dentaires, leurs symptômes, les diagnostics, mais aussi sur les traitements dentaires, leurs durées, et les honoraires. Certains patients consultent internet avant de se rendre chez leur chirurgien-dentiste, d'autres le font pour mieux comprendre ou tentent de vérifier l'exactitude du diagnostic émis par ce dernier, le traitement préconisé. Enfin, une partie d'entre eux utilise internet lorsque le plan de traitement proposé ne leur convient pas. Le patient est davantage dans une démarche complémentaire de la consultation. Il souhaite comprendre les pathologies le concernant et les informations émises par le praticien (CNOM/Ipsos, 2010).

Internet peut toutefois conduire à des désaccords entre praticiens et patients. En effet, ces derniers peuvent détenir des informations erronées suite aux recherches qu'ils effectuent sur des sites web non certifiés. Ils imaginent parfois que leur chirurgien-dentiste ne leur offre pas toutes les alternatives possibles ou qu'il augmente de façon exagérée ses honoraires. Parfois malgré les explications et les propositions d'alternatives, le patient se tourne vers un autre confrère et peut même envisager les soins low-cost prodigués à l'étranger et en France (Ní Ríordáin et McCreary, 2009).

Face à cette multitude de sources d'informations, le problème est d'évaluer la qualité et la fiabilité des données disponibles en ligne pour l'internaute. À l'heure actuelle, il n'y a pas

de système législatif permettant un contrôle pour garantir la qualité et la fiabilité de chaque site de santé. Des organisations à but non lucratif et des organismes institutionnels ont toutefois élaboré des outils permettant de mesurer la qualité des sites dédiés à la santé et ont mis en place un dispositif de certification de ces sites. Malgré tout l'enquête WHIST menée en 2007, souligne une méconnaissance ou une faible utilisation par le grand public des codes institutionnels de bon usage et de vérification des informations de santé en ligne (Renahy et coll., 2007).

Les labels, codes et chartes les plus reconnus sont (Faric, 2013) :

- Health On the Net ;
- Netscoring ;
- aHealth Code of Ethics ;
- les critères de qualité pour les sites Web relatifs à la santé émis par la Commission Européenne.

Ces codes ont quasiment les mêmes critères d'évaluation. A leur manière, chacun décline des principes de clarté, de transparence, de respect du droit des personnes et de déontologie. Ce sont des outils de garantie pour les patients ainsi que pour les éditeurs lors de la réalisation de leur site. Lorsque ces critères sont respectés, ils garantissent une conduite déontologique. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) a écrit un texte visant à donner aux internautes des conseils pour mieux s'orienter dans les sites dédiés à la santé, et un document d'information destiné aux médecins pour leur délivrer des données simples sur les recherches des patients et quelques préconisations (18). S'il l'on se penche sur le rapport que peuvent avoir les patients avec ces chartes, on observe que deux tiers d'entre eux ont déclaré ne pas savoir faire la différence entre un site certifié ou non. Seules 28 % des personnes consultant des sites d'informations médicales savent si les sites d'informations sont certifiés ou non, et seulement 12 % consultent les sites certifiés (CNOM/Ipsos, 2010). Par conséquent, le risque pour les patients de se rendre sur maints sites douteux sans en avoir conscience n'est pas négligeable (CNOM/Ipsos, 2010).

Les chiffres issus d'une étude irlandaise, s'appuyant sur les réponses à un questionnaire distribué à 520 patients fréquentant le centre de soins d'enseignement et de recherches dentaires de Cork relatent qu'une consultation en ligne avec un chirurgien-dentiste interrogé pour des conseils relatifs à de quelconques problèmes bucco-dentaires séduirait 37 % des patients. Dans le milieu dentaire ce genre de service en ligne semble inhabituel et potentiellement dangereux. En effet, avant de déterminer un plan de traitement, il est important d'effectuer un examen bucco-dentaire et de connaître les antécédents médicaux et dentaires. Les autres patients de cette enquête, préfèrent le contact humain et les conseils personnels. Bien que dans cette étude, les patients interrogés fréquentent des établissements universitaires où les honoraires sont moins élevés, un tiers d'entre eux envisagerait de se servir d'internet pour planifier des voyages à l'étranger à des fins dentaires (Ní Ríordáin et McCreary, 2009).

Le secteur du tourisme médical et notamment dentaire est en pleine révolution depuis l'apparition du web, ce qui rend la compétition encore plus ardue envers une patientèle de plus en plus exigeante. Le web est un tremplin pour les cliniques dentaires du monde entier, offrant une panoplie de soins de plus en plus novateurs à des prix attractifs. Le constat est identique en France pour les centres dentaires low-cost.

Avec internet, les frontières géographiques traditionnelles s'effacent au profit d'un environnement virtuel où tous les services semblent à proximité. De surcroît la toile constitue le meilleur moyen de communiquer avec de potentiels patients que ce soit pour les cliniques low-cost basées à l'étranger ou celles existant en France. Potentiellement, tout un chacun peut entrer en relation à distance avec n'importe qui, à n'importe quel moment, quelle que soit sa localisation physique. Les notions de distance géographique et temporelle sont abolies, cela influence la façon dont chacun perçoit les choses. Les actes de soins sont alors vus comme un bien quelconque.

1.5 Le système de santé

1.5.1 Les différents systèmes de protection sociale

En Europe, les systèmes de santé et de protection sociale maladie se sont inspirés dans leurs fondements de deux modèles: le système Bismarckien le plus ancien, introduit en Allemagne à la fin du 19^{ème} siècle par le chancelier Bismarck et le système Beveridgien plus récent, apparu en Angleterre en 1942 proposé par Lord Beveridge. Dans la première option, la protection maladie est liée au travail et financée par les cotisations patronales et salariales. Dans la seconde l'accès est universel et les services financés par les impôts. Au fil des années, les différences entre les deux systèmes se sont estompées sous l'influence de l'évolution sociale.

Le système Bismarckien appliqué en Allemagne en 1883 repose sur des régimes obligatoires d'assurance-maladie fondés sur une affiliation professionnelle dans lequel les prestations sont la contrepartie de cotisations. L'état impose un dispositif d'assurance-maladie qui fournit l'essentiel des ressources du système. L'assurance-maladie paie directement les prestataires (publics ou privés) ou rembourse les assurés en fonction d'une tarification que les professionnels se sont engagés à appliquer. Dans ce modèle tout se passe comme si l'Etat posait les règles du jeu du système et laissait une marche de manœuvre substantielle au trio : assurés/ professionnel/ organismes d'assurance-maladie, pour le faire fonctionner. Dans un tel système, tutelle et financeurs ont des rôles distincts. Cette couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques (Boiteux et coll., 1994 ; Duriez et Lequet-Slama, 1998 ; Lambert, 2000).

Le système Beveridgien mis en place en Angleterre repose sur la logique « universelle » consistant à couvrir les risques sociaux pour toute la population, sans condition de cotisation, en finançant les dépenses par l'impôt, ce qui engage directement les finances publiques.

Il s'agit d'un système universel de protection sociale sans affiliation prévoyant la couverture de chacun quelle que soit sa situation professionnelle (actif ou non). Il implique la responsabilité de l'Etat dans la distribution des soins essentiels à l'ensemble de la population. Cette responsabilité va s'exercer à travers l'organisation d'un système national de santé, ouvert à tous, gratuit et sans conditions, offrant les meilleures réponses techniques en fonction des besoins. Il repose ainsi sur le principe d'uniformité avec la mise en place d'une même couverture pour tous quelles que soient les cotisations versées. Le système est dit non contributif : financement et tutelle sont assumés par l'Etat. Il se base sur le principe d'unicité du service avec le monopole public d'une caisse chargée de la couverture des risques.

Ce sont les services de l'Etat qui règlent avec les professionnels les conditions de leur participation au service national et définissent leur mode de rémunération. La médecine de premier niveau repose sur l'emploi de médecins salariés de l'Etat, payés à la capitalisation (proportionnellement au nombre de patient de leur secteur) et indépendamment du nombre d'actes. L'organisation des filières sélectives de soins est gérée par un praticien de première ligne, en l'occurrence un médecin généraliste. Dans les pays scandinaves, ce sont des infirmières qui détiennent ce rôle de régulateur (Boiteux et coll., 1994 ; Duriez et Lequet-Slama, 1998 ; Lambert, 2000) (19).

Le premier modèle donne une plus grande liberté aux assurés, qui ont un large choix d'offres de soins et d'assureurs publics et privés, alors que le second, qui offre des prestations uniformes à tous, oblige à passer par un *gatekeeper* (garde-barrière) qui contrôle l'accès à tout autre soin (Or, 2013).

En France, le système de protection sociale naît en 1945, sous l'impulsion de Pierre Laroque, qui combine les deux modèles précédents et occupe une position originale et intermédiaire entre ces deux modèles. Il s'appuie d'abord sur le modèle allemand avec un mécanisme d'assurance collective obligatoire, qui dans le cadre de l'appartenance à un groupe professionnel, garantit au salarié la protection sociale contre le risque maladie, en contrepartie d'une cotisation. Il repose aussi sur le modèle anglais, fondé sur une logique de solidarité nationale dans laquelle il est reconnu à tout citoyen le droit de disposer d'un minimum de ressources, quelle que soit sa situation (égalité d'accès aux soins). Ainsi, le système respecte à la fois la liberté de choix des malades et de prescription des médecins. Il réclame en revanche des premiers une contribution financière et encadre avec vigueur la rémunération des seconds. Dans le système français, secteurs privé et public participent conjointement à la production et au financement des soins médicaux.

En France, les fondateurs de la Sécurité Sociale souhaitaient que cette organisation soit à la fois unique et universelle (comme en Grande-Bretagne) mais aussi financée par des cotisations professionnelles et gérée paritairement par les assurés ou leurs représentants (comme en Allemagne). Mais ce principe d'un régime général et unique ne s'est pas concrétisé. Plusieurs catégories professionnelles foncièrement attachées à leur régime particulier, y sont opposées. Finalement, la généralisation de la Sécurité Sociale passe par la subsistance de multiples régimes spécifiques, à côté du régime général.

Le système français est dit « contributif » : les assureurs payent pour le financement de leur protection sociale. La médecine repose essentiellement sur des praticiens libéraux payés à

l'acte, les patients payent et se font rembourser (Boiteux et coll., 1994 ; Duriez Lequet-Slama, 1998) (20).

En fonction des deux logiques de système de protection sociale, plusieurs zones géographiques peuvent être repérées en Europe (CNRS Info, 2001).

- L'Europe du Nord (Danemark, Finlande, Irlande, Suède) a choisi la logique Beveridgienne. Il fournit dès l'apparition d'un besoin social des prestations généralement forfaitaires et élevées.
- Le Royaume-Uni, lui, a conservé la logique Beveridgienne. Seul le service national de santé, dont l'accès est gratuit, est universel. Il renvoie les autres risques sociaux à des prises en charge privées.
- Les Pays-Bas, l'Autriche, la France, l'Allemagne et le Benelux, s'appuient sur la logique Bismarckienne. Ces trois derniers complètent le système par une prise en charge étatique pour les non bénéficiaires (RMI ou RSA en France par exemple).
- Les services nationaux de santé des pays du sud de l'Europe (Grèce, Italie, Espagne, Portugal) sont plus difficiles à caractériser dans une catégorie homogène. Instaurés sur une base Beveridgienne, ils se sont greffés sur des mosaïques de régimes et mutuelles déjà en place.

La frontière entre logique universelle et logique Bismarckienne de la protection sociale est illustrée par la répartition, très hétérogène en Europe, des recettes qui en permettent le financement. On retrouve en effet, dans les pays d'Europe du Nord et anglo-saxons une forte proportion de financement par l'impôt (« contributions publiques ») : 63,5 % au Danemark et 60,8 % en Irlande, et dans une moindre mesure en Suède et au Royaume-Uni (48,7 % et 49,7 %). En revanche, la logique de financement par les cotisations est largement majoritaire en Espagne (67,2 %), en France (66 %) et en Allemagne (63,8 %). Dans l'Union à 25, c'était la logique Bismarckienne qui était largement prédominante (59,5 % du financement par les cotisations contre 37,3 % par l'impôt) (Petrásová, 2007). Actuellement l'UE est composée de 28 états membres.

Un troisième système de protection sociale, d'inspiration libérale, s'est implanté aux Etats-Unis, il ne comporte pas d'obligation d'affiliation à une Assurance maladie afin de préserver la liberté de choix des citoyens. Le système américain s'organise en majeure partie autour d'assurances privées, facultatives et proposées par la plupart des employeurs à leurs salariés. Toutefois, le système de santé des États-Unis prévoit une couverture de base, couvrant les gros risques pour les personnes âgées et les plus démunis. Ainsi, deux systèmes d'Assurance maladie obligatoire financés par l'impôt et les cotisations coexistent (Galvis-Narinos et Montélimard, 2009).

- Medicare pour les personnes de plus de 65 ans ou handicapées. Le programme prend en charge une assurance hospitalisation obligatoire, financée par les cotisations des salariés et des employeurs, et une assurance médicale complémentaire facultative et payante, financée par l'Etat et les cotisations des affiliés.
- Medicaid financée par les Etats et l'Etat fédéral. Le programme prend en charge certaines catégories de populations défavorisées.

La conséquence directe de ce système non universel est l'existence réelle d'une médecine à deux vitesses. Actuellement le président américain Barack Obama tente de revoir ce système au travers de nouvelles reformes permettant un accès aux soins à un nombre plus important d'américains.

L'essor du tourisme dentaire et de l'offre de soins dentaires low-cost témoigne des failles de chacun des systèmes. Quel que soit le système de santé du pays, le phénomène du tourisme dentaire n'épargne aucune nation. Il semblerait donc, qu'il n'existe aucun système de soins parfait au monde. Ainsi, en Europe, un flux de patients de l'Europe de l'Ouest vers les pays de l'Est est observé. En dehors des Européens, les Américains, les Australiens et les Canadiens participent à cette tendance et se tournent vers l'Asie, l'Europe et le Canada.

1.5.2 Le système social français

En France, malgré la dette colossale cumulée par la Sécurité Sociale, l'Organisation Mondiale de la Santé avait jugé que le système de santé français était le meilleur au monde, tant du point de vue de l'équité que de l'efficacité (Jusot et Wittwer, 2009). L'accès aux soins et la couverture de santé font partie des symboles auxquels les Français sont le plus attachés.

D'après une étude de l'OCDE (Panorama de la santé 2013), la faible prise en charge des soins dentaires par l'Assurance maladie publique est une réalité partagée par les 34 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique. Les soins dentaires qualifiés de globalement « coûteux représentent en moyenne 5 % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, la plus grande partie des dépenses étant financées par les patients dans de nombreux pays » (OCDE, 2013).

« En moyenne dans les pays de l'OCDE, les dépenses de soins dentaires supportées par les patients représentaient 55 % du total des dépenses de soins dentaires en 2011, allant de 18 % aux Pays-Bas à 97 % en Espagne » (figure 1) (OCDE, 2013). La France se classe parmi les pays affichant le meilleur taux de prise en charge des soins dentaires et où le reste à charge pour les ménages est le plus bas (OCDE, 2013). Notre pays se situe ainsi à la cinquième place (27 %), après les Pays-Bas (18 %), la Slovénie (23 %), le Japon (24 %) et l'Allemagne (26 %), mais devant le Luxembourg (35 %), le Canada (44 %) ou encore la Belgique (48 %) (figure 1).



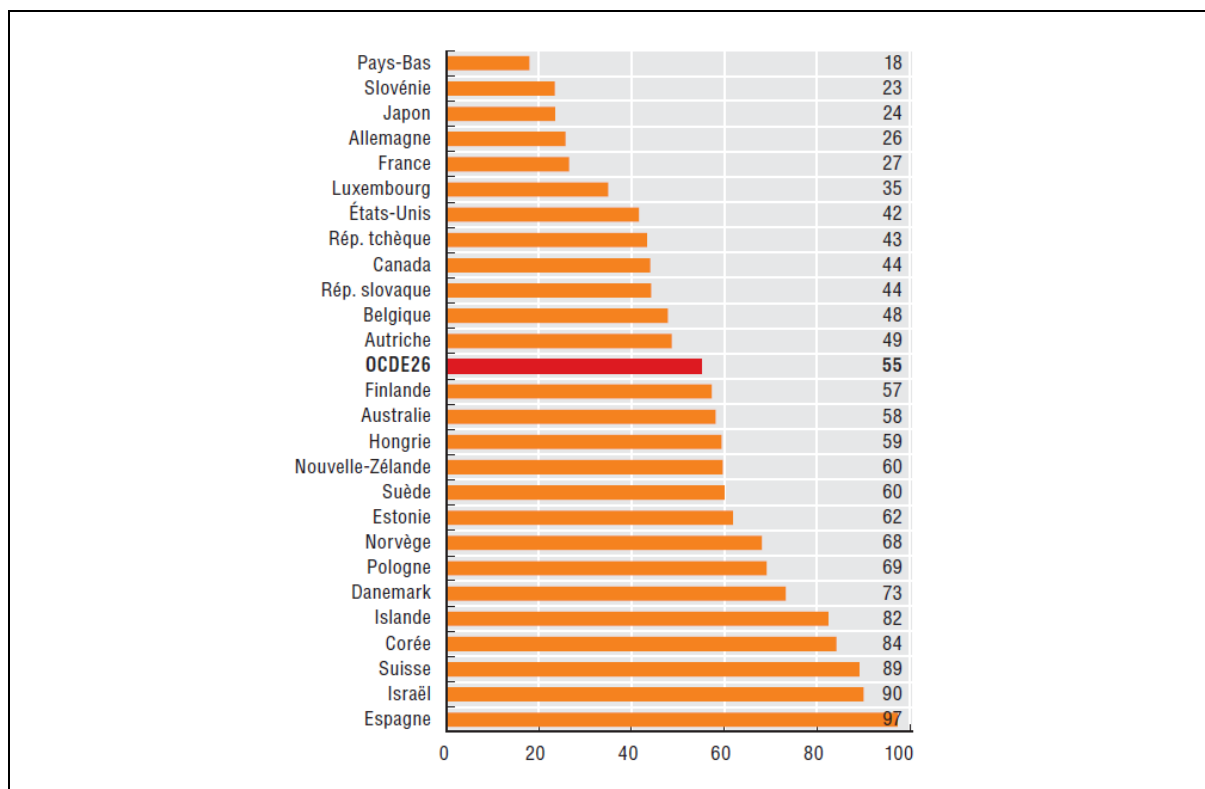


Figure 1 : Versements nets des ménages pour des soins dentaires, 2011 (Source : OCDE, 2013)

L'étude indique que la France vient en tête des pays où la probabilité d'une consultation chez le chirurgien-dentiste au cours des 24 derniers mois, tous niveaux de revenus confondus, est la plus importante (figure 2). Cela dit, la plupart des pays font référence aux consultations effectuées dans les 12 derniers mois, à l'exception de la France (24 derniers mois) et du Danemark (3 derniers mois). « La différence de périodes de référence peut avoir un impact sur la probabilité moyenne d'une visite chez le dentiste, mais pas sur le niveau d'inégalité » (OCDE, 2013).

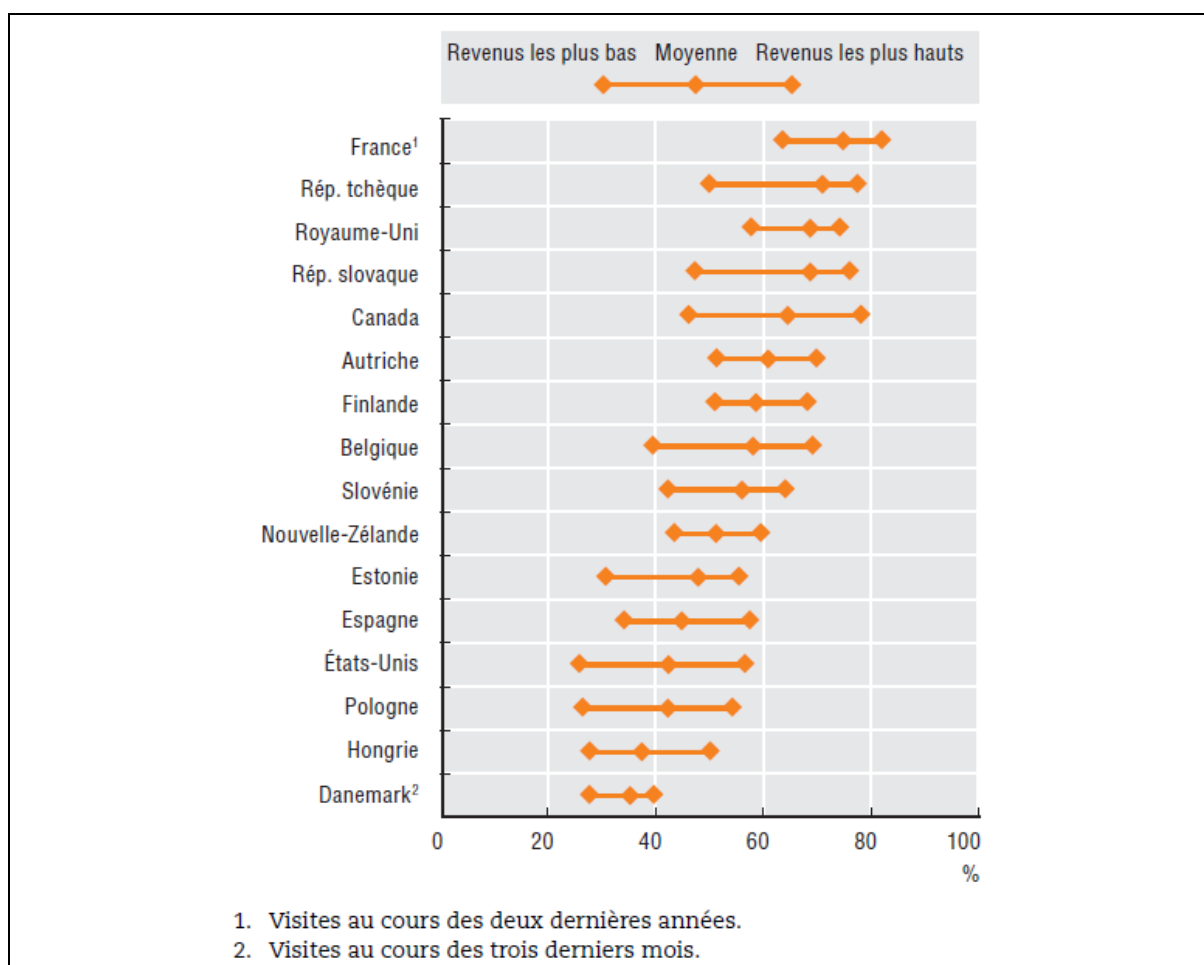


Figure 2 : Probabilité d'une consultation de dentiste au cours des 12 derniers mois, par niveau de revenu, 16 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche) (Source : Devaux et Looper, 2012)

Plus globalement, l'étude montre que la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle ou quasi universelle des soins pour un ensemble de services de base, comme les consultations de médecins et de spécialistes, les tests, les examens et les interventions chirurgicales. En France, l'Assurance maladie privée fournit à 96 % de la population une assurance complémentaire qui couvre les frais non pris en charge par la couverture de base. Ce qui place le pays au premier rang parmi tous les pays de l'OCDE pour ce qui est de la part de la population couverte par l'Assurance maladie privée (OCDE, 2013) (ONCD 125, 2014).

Le graphique ci-dessous (figure 3) illustre l'opinion des européens et des américains sur l'organisation de leur système de santé. Sur une échelle de 1 à 10, la moyenne obtenue pour les Français est de 5,1.

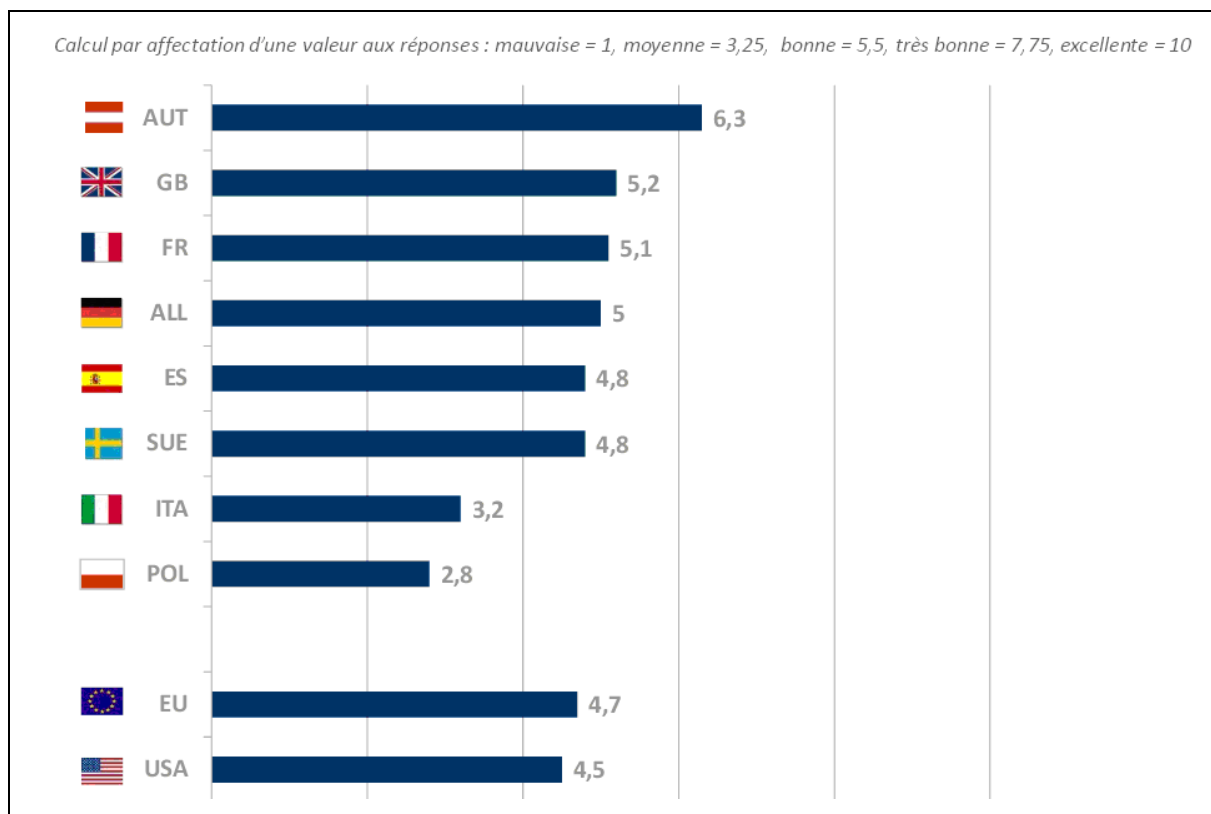


Figure 3 : Réponses à la question posée : « Comment jugez-vous l'organisation de votre système de santé : mauvais, moyenne, bonne, très bonne ou excellente ? » (Source : Baromètre Santé & Société – Europ Assistance/CSA, 2013)

D'après un échantillon national représentatif de 500 personnes de 18 ans et plus par pays européen et de 1 000 individus aux Etats-Unis.

Les Français sont plutôt satisfaits de leur système de santé alors pourquoi sont-ils séduits par le tourisme dentaire et les centres low-cost ?

Selon le 7^{ème} Baromètre Santé et Société réalisé par l'institut CSA à la demande du Groupe Europ Assistance, en 2013, 56 % des Français jugent que le système de santé ne permet pas un accès égal aux soins médicaux pour tous les citoyens (figure 4) (21).

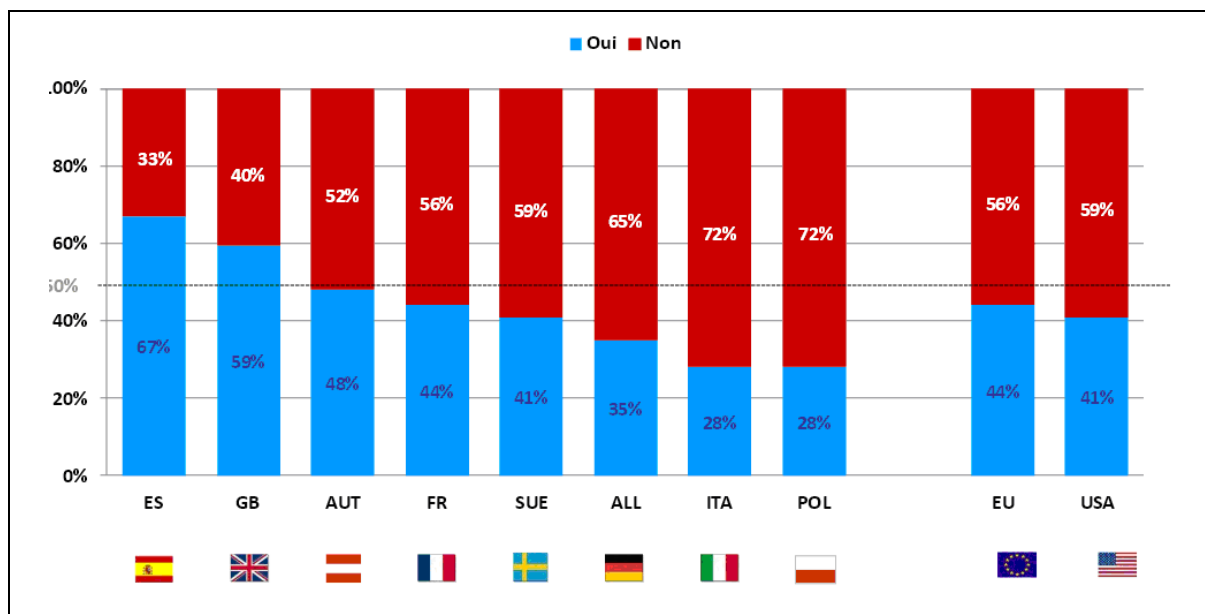


Figure 4 : Question posée : « Selon vous, le système de santé actuel garantit-il l'égalité d'accès aux soins médicaux pour tous les citoyens ? » (Source : Baromètre Santé & Société - Europ Assistance/CSA, 2013)

Echantillon national représentatif de 500 personnes de 18 ans et plus par pays européen et de 1 000 individus aux Etats-Unis.

Selon les auteurs Jusot et Wittwer « on persisterait à penser qu'en France l'accès aux soins est garanti à tous. Pourtant, ce ne serait pas le cas ». La France ne fait pas partie des pays où l'accès aux soins est le plus égalitaire.

Actuellement les patients et les chirurgiens-dentistes affrontent les écueils d'un système de santé qui ne paraît plus tout à fait adapté. Aujourd'hui l'état buccodentaire indique le niveau social (21). Des différences de consommation à besoin de soins égal selon les catégories socio-économiques ont été relevées dans différents pays d'Europe. Celles-ci concernent principalement les soins dentaires. Dans tous les pays d'Europe, la consommation de soins de spécialistes dont les soins dentaires est toujours plus importante chez les groupes les plus favorisés. La France fait partie des pays où les inégalités de recours à des soins spécialistes sont particulièrement marquées (Jusot et Wittwer, 2009).

La première explication provient de la littérature sociale : l'existence d'un bouclier culturel et informationnel entraîne un problème d'accès aux soins : « les populations les plus pauvres et les moins éduquées auraient un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie » (Jusot et Wittwer, 2009).

La seconde explication provient de la littérature économique soulignant le rôle du coût des soins (Jusot et Wittwer, 2009). Le coût des soins dentaires exclue une trop grande partie de la population. Sur le fond, cette opinion est partagée par l'Ordre des chirurgiens-dentistes, les syndicats de notre profession, les praticiens et les patients (Barrère, 2013 ; Cousseau, 2009).

Selon le 7ème baromètre de la santé et de la société, 33 % des Français reportent le moment de réalisation des soins nécessaires pour eux ou un membre de leur foyer, faute de moyens. La France est d'ailleurs le seul pays de l'Union européenne dans lequel cette tendance est en forte hausse avec six points supplémentaires par rapport à 2012 (Europ Assistance/CSA, 2013). Ce chiffre a grimpé de 11 à 22 % entre 2009 et 2011. Aux Etats-Unis ce chiffre atteignait 27 % en 2011 mais il est moins surprenant compte tenu du système de santé (Cercle Santé Société/Europ Assistance, 2010). D'après le sondage Scan CMV Médiforce 2012, les chirurgiens-dentistes jugent que 27 % de leurs patients tentent de négocier les prix (CMV/Médiforce, 2012).

En France, les tarifs des actes opposables remboursés (consultation, soins chirurgicaux, radiographies, soins conservateurs, prévention) sont imposés par la Sécurité Sociale. Ils sont d'ailleurs pour la majorité les moins chers d'Europe. En Europe de l'Est, ces soins sont deux à trois fois plus chers qu'en France. De plus, dans notre pays certains actes sont gratuits : anesthésie, coiffage pulpaire indirect, pose de champ opératoire (etc.) (annexe 1 et 2).

Où se situe le cœur de la problématique, si ce n'est pas au niveau des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes ?

Depuis plusieurs années, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne semblait plus adéquate, le différentiel grandissant entre remboursement et vrais coûts des soins a eu pour conséquences une défiance vis-à-vis du coût des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, un déferlement médiatique, l'intervention croissante de l'assurance complémentaire etc.

A quoi assiste-t-on depuis plusieurs années dans le domaine bucco-dentaire ?

Notre système de santé a restreint l'accès à certains soins. Depuis plusieurs années, il existe une certaine tiédeur des pouvoirs publics envers le domaine de la médecine bucco-dentaire.

En effet, mesures après mesures, le choix a été fait de recentrer la Sécurité Sociale sur les infections de longue durée. Il existe un désengagement financier de l'Assurance maladie, qui, d'après la cour des comptes, a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de santé. La proportion des remboursements effectués par les Caisses de Sécurité Sociale diminue inexorablement, tant par la revalorisation des actes pris en charge que par l'inadéquation d'une nomenclature qui semble désuète (de moins en moins conforme aux données acquises des sciences actuelles) et inadaptée (peinant à prendre en charge le coût réel des techniques, ainsi que la difficulté des différents actes et le temps qu'ils requièrent) (Cadu, 2011 ; Evrard et coll., 2011) (1).

Depuis les années 80, quelle est la situation réelle en terme de nomenclature, de prise en charge par l'Assurance maladie et de reste à charge pour les patients ?

Le SCP a été revalorisé à 14,10 F pour la dernière fois le 31 mars 1988, il y a donc 25 ans. En 1994, il a été éclaté en 3 lettres-clés (SC, SPR et TO) et seul le SC a bénéficié de revalorisations, la dernière remontant à 2003. Depuis cette date, certaines cotations d'actes ont augmenté, mais les lettres-clés sont restées figées. Dès lors, liberté était donnée aux

chirurgiens-dentistes d'équilibrer leurs coûts et charges avec les actes à honoraires libres (avec un minimum remboursé par la Sécurité Sociale). Quant aux soins conservateurs et chirurgicaux, en grande partie remboursés par la Sécurité Sociale, ils plafonnent depuis les années 80 (CNSD 1591, 2013).

Dans les années 80, l'Assurance maladie prenait en charge 50 % des dépenses dentaire. En 2008, ce chiffre tombe à 34,2 %. Sur les soins prothétiques, la Sécurité Sociale n'assure plus qu'à hauteur de 18% (soit 1 milliard d'euros), laissant 41 % à la charge des organismes complémentaires (23 milliards d'euros), et 40 % aux patients (2,25 milliards d'euros). Au fil des années, la prise en charge a diminué. De fait, l'Assurance maladie et l'Etat se sont peu à peu désinvestis de la santé bucco-dentaire (Cadu, 2011).

Les associations de patients se penchent sur la question d'accès aux soins, à l'image de l'UFC-Que choisir, dont le porte-parole déclarait « la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie atteint en 2010 son niveau le plus bas depuis 1973, occasionnant un impressionnant transfert de charges vers les usagers ou leurs complémentaires santé » (Pianezza, 2012). C'est pour les actes prothétiques et d'ODF que ce transfert est le plus important. L'observatoire l'évalue en moyenne à plus de 240 euros pour une couronne céramique, 700 euros pour une prothèse complète et 650 euros pour un implant à charge pour les usagers. Parallèlement, les soins opposables sont cotés à un tarif de plus en plus inférieur à leur coût réel. Les actes ayant bénéficié d'une liberté d'honoraire ont moins augmenté que l'inflation. La prothèse et l'ODF, n'ont jamais connu de revalorisation depuis leur indexation. Le ratio coût/ remboursement des soins dits « à honoraires libres » ne cesse de s'élever synonyme de reste à charge pour une grande partie des citoyens. Une situation qui affecte patients et praticiens (Remi, 2013) (22).

Longtemps, la profession s'est adaptée à ce système, mais depuis une dizaine d'années, cette situation montre ses limites : dans un pays où la santé se veut gratuite et accessible à tous, le reste à charge en dentaire est conséquent (CNSD, 1591, 2013). Les soins ne sont donc accessibles qu'à ceux qui peuvent en assumer le coût. La mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) a néanmoins permis d'élargir considérablement l'accès aux soins à des personnes qui en étaient auparavant exclues. Pour autant, la CMU n'a pas entièrement résolu le problème de l'accès financier aux soins : c'est le cas des personnes ayant un revenu trop élevé pour entrer dans les critères de couverture par la CMU mais bien trop modeste pour faire face à des travaux importants et pourtant indispensables (De Divonne, 2010).

Le dernier rapport des comptes dénonce d'ailleurs largement le poids grandissant d'un reste à charge pour le patient. Pour certains d'entre eux le reste à charge sur les prothèses représente un budget considérable : l'équivalent de plusieurs mois de salaire synonyme de sacrifices. Aujourd'hui, la Sécurité Sociale prend en charge 75 euros pour une couronne et zéro euro pour les implants dentaires. L'accès aux soins prothétiques va devenir problématique voire impossible. L'Assurance maladie ne peut déployer les quelques 4

milliards d'euros nécessaires pour rembourser les prothèses aux prix pratiqués aujourd'hui, faute de moyens (De Divonne, 2010) (1).

Une enquête européenne a mis en évidence le rapport entre les besoins insatisfaits en soins dentaires et la catégorie socio-économique de la population. 14 % des Français aux revenus les plus bas ont des besoins insatisfaits en soins dentaires alors que la moyenne des pays de l'OCDE, pour la même catégorie de revenus, se situe autour de 10 % (figure 5). La raison la plus souvent avancée par cette tranche de population concerne au premier chef les coûts (68 % des répondants). En ce qui concerne les revenus les plus hauts, l'importance des coûts n'est relevée que par 30 % des répondants (OCDE, 2013).

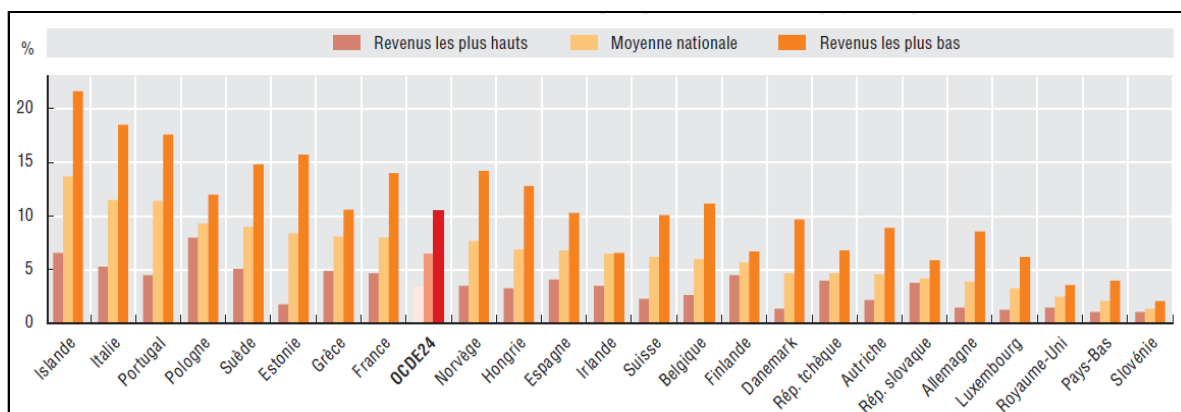


Figure 5 : Besoins insatisfaits de soins dentaires, par quintile de revenu, pays européens en 2011 (Source : EU-SILC, 2011)

En France, les tarifs des travaux prothétiques sont dits « à honoraires libres » et les chirurgies parodontale et implantaire ne sont pas prises en charge, ce sont des actes dits « NPC ». Les actes les plus coûteux font appel aux technologies les plus récentes, à une maîtrise et à des formations complémentaires qui assurent aux patients de bénéficier de soins de pointe mais dont l'accès semble dépendre des ressources économiques du patient comme nous l'avons vu.

Seules les complémentaires santé permettent de réduire le reste à charge lié aux soins à honoraires libres. Par ailleurs elles constituent un monde complètement inégalitaire. Nombreux sont les Français qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de l'aide à l'achat d'une complémentaire santé. Outre cela, les usagers sont face à une augmentation des coûts qui les oblige, notamment les plus âgés, à diminuer l'étendue de leur couverture complémentaire santé, ou à s'en priver. Il existe donc une réelle inégalité dans la possession d'une assurance maladie complémentaire (Le Gall, 2013). De ce fait, nombreux sont ceux qui limitent les soins dentaires s'éloignant progressivement du système de santé non pas par manque de besoins mais en prévision de contraintes économiques.

En conséquence, l'Association Dentaire Française (ADF) et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) ont convoqué, en novembre 2013, une conférence de presse. Le message : les chirurgiens-dentistes appellent au doublement des tarifs des soins courants, augmentation de la prise en charge par l'Assurance maladie et des complémentaires santé, en contrepartie d'une baisse des prix des prothèses.

Des changements ces derniers mois ont vu le jour afin de remédier aux problèmes d'accès aux soins. La profession a négocié des réformes. En outre, le 31 juillet 2013, l'avenant 3 concrétise le passage de la NGAP vers la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec la revalorisation de certains actes. Depuis le 1^{er} juin 2014, les actes bucco-dentaires ont été intégrés à la CCAM. Ce nouveau référentiel traduit la volonté de l'Assurance maladie de moderniser le système actuel devenu inadapté. Il s'agit de la liste exhaustive des actes techniques réalisés par les professionnels médicaux qu'ils soient remboursables ou pas (750 actes pour les chirurgiens-dentistes) contrairement à la NGAP qui listait uniquement les actes pris en charge par la Sécurité Sociale (CNSD 1619-1620, 2014) (23). Cette mise en place à coût presque constant constitue peut-être le point de départ d'une vaste réforme de la valorisation de la chirurgie dentaire. Le 31 juillet 2013, a également été signée la Charte de bonnes pratiques pour les relations entre chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'Assurance maladie (Couzinou 125, 2014 ; Sague, 2013).

La ministre de la santé, Marisol Touraine, dresse le constat d'un niveau de remboursement insuffisant. Son intention est de commencer par réguler les prix des prothèses dentaires par un meilleur encadrement de la tarification des produits et une amélioration de l'information au patient. C'est dans cette optique qu'ont vu le jour le nouveau devis et la loi Le Roux.

Concernant le devis (figure 6), il a été mis en place par le législateur conformément aux dispositions de la loi Fourcade du 10 août 2011 pour limiter le reste à charge. Il s'agit d'un devis conventionnel unique détaillant les prestations des chirurgiens-dentistes. Il informe le patient en outre sur le montant des prestations de soins proposées, le prix de vente, le lieu de fabrication du dispositif médical sur-mesure, les charges du cabinet.

1.5.3 La pénurie de professionnels de santé et la désertification

La situation démographique pour notre profession est un défi de taille, que ce soit pour des questions d'hétérogénéité de l'accès aux soins, de développement de centres low-cost, ou encore d'accroissement du nombre de patients se tournant vers des alternatives low-cost en France et à l'étranger en raison des prix et des délais de prise en charge. En effet, le problème d'accès aux soins semble aussi être lié à la densité en chirurgiens-dentistes.

Selon, l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), la désertification de certaines régions françaises par les chirurgiens-dentistes est un mouvement qui s'accroît d'années en années. En 2000, la densité moyenne en France métropolitaine était de 69 dentistes pour 100 000 habitants. Elle décroît lentement depuis lors pour atteindre en 2013 une densité moyenne de 63,1/100 000 habitants (une baisse de 1% par an en moyenne). Douze régions présentent une densité inférieure Par rapport à la densité moyenne nationale : les moins dotées étant la Haute-Normandie, la Picardie et la Basse-Normandie. Neuf régions présentent une densité supérieure à cette moyenne, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se distingue avec une densité maximale à 89/100 000 (figure 7) (ONDPS, 2013).

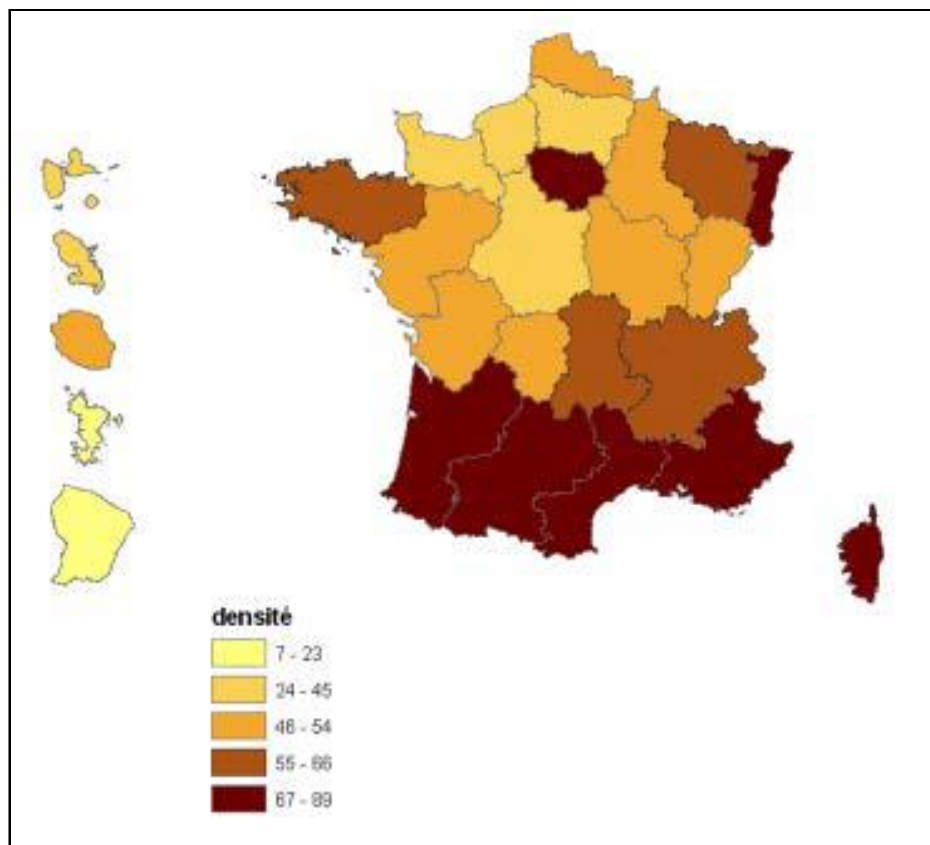


Figure 7 : Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1^{er} janvier 2013 (Source : ONDPS, 2013)

Nota bene : Densité étant le nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Des écarts significatifs existent également entre les départements : certains restent professionnellement très bien dotés et peuvent présenter un ratio de 139 praticiens pour 100 000 habitants, c'est le cas de Paris, alors que d'autres, telles que la Somme ou la Creuse, ne dépassent pas les 38 praticiens pour 100 000 habitants, en 2013. Outre ces écarts, un très fort décalage de l'évolution des effectifs est constaté depuis 1999 entre les médecins et les chirurgiens-dentistes d'une part avec une croissance très modérée, et les autres professions médicales d'autre part avec une croissance très soutenue (figure 8) (ONDPS, 2013).

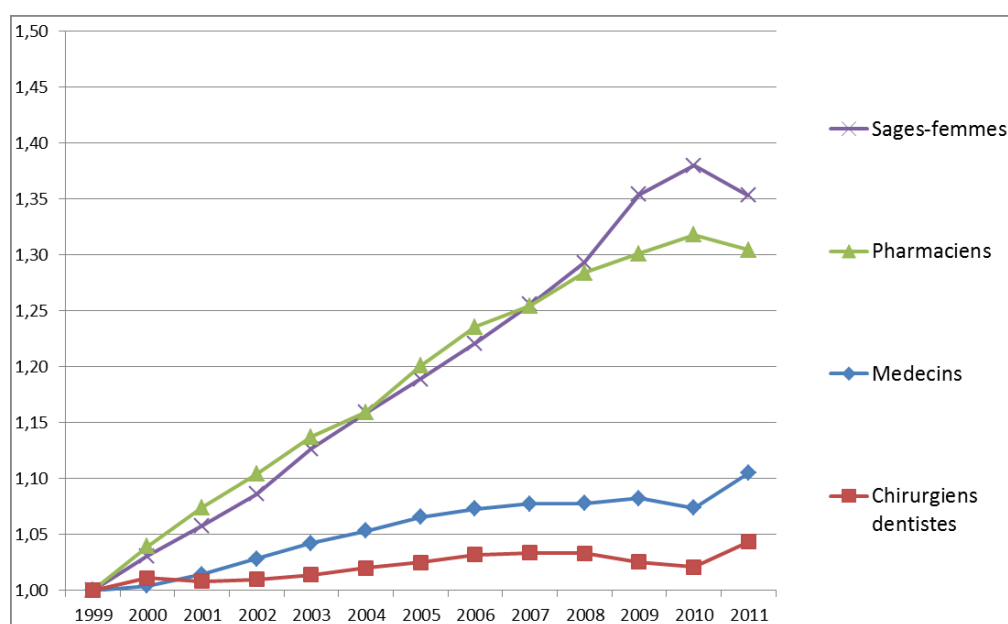


Figure 8 : Progression comparée des effectifs des quatre professions médicales (base 1,00 en 1999) (Source : Eco - santé IRDES, données Adeli France entière)

Le vieillissement des chirurgiens-dentistes préoccupe de nombreux départements. En effet, en 2013, la classe d'âge la plus nombreuse est celle des 50-60 ans et l'âge moyen des chirurgiens-dentistes est de 48,4 ans (figure 9). Dans la Creuse, zone sous dotée, il est de 50 ans. Au total, 17 % des chirurgiens-dentistes ont moins de 35 ans, 34 % plus de 55 ans. Les régions les moins denses sont des régions où la population des chirurgiens-dentistes est la plus vieillissante, elles souffrent d'un manque d'attractivité (ONCD 91, 2010 ; ONDPS, 2013).

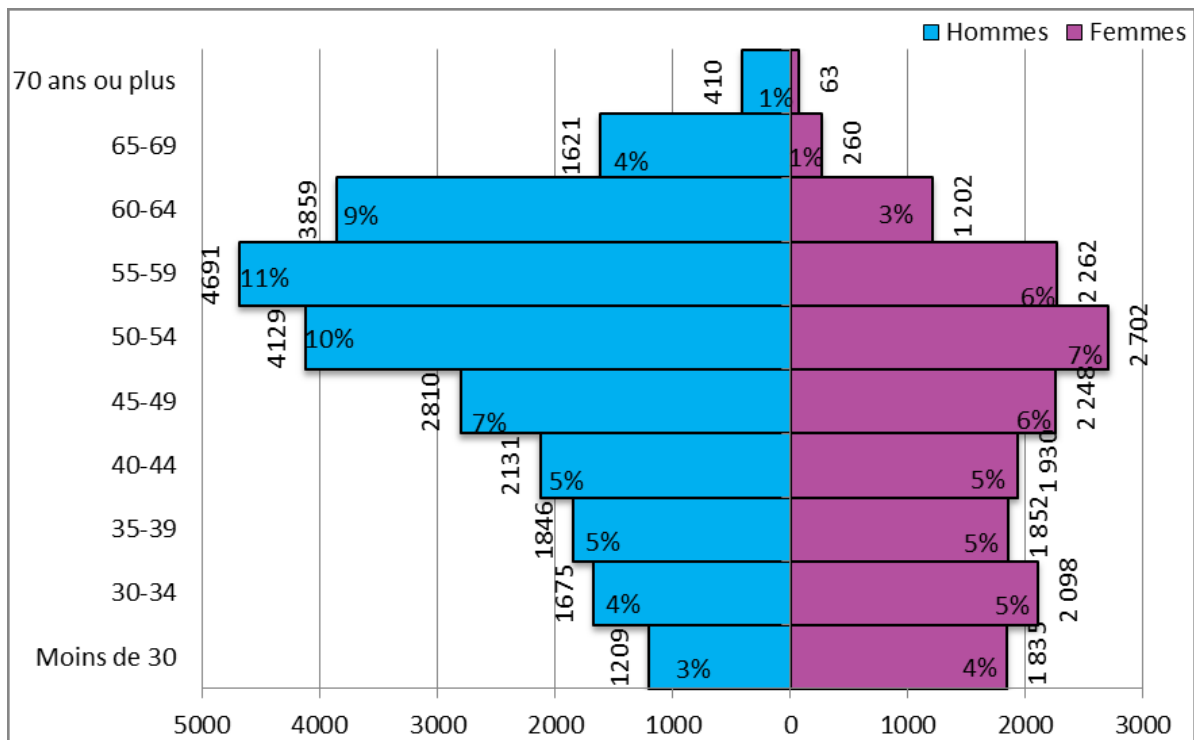


Figure 9 : Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 (Source : RPPS, traitement DREES, 1^{er} janvier 2013)

La cause de ce vieillissement de la profession est le numerus clausus. Pour l'année 2010, 1154 étudiants inscrits en première année ont été autorisés à poursuivre leurs études, contre 1930 inscrits en 1971-1972 (figure 10). Depuis 1999, malgré une augmentation du numerus clausus, le nombre de chirurgiens-dentistes en activité stagne et leur densité diminue. Les chirurgiens-dentistes étaient ainsi 40 833 en France entière au 1^{er} janvier 2013 contre un peu plus de 40 000 en 1999. Ainsi, les départs à la retraite sont de plus en plus difficiles à compenser, faute d'effectif. D'ici quelques années, seul un cabinet sur deux sera repris (ONDPS, 2013).

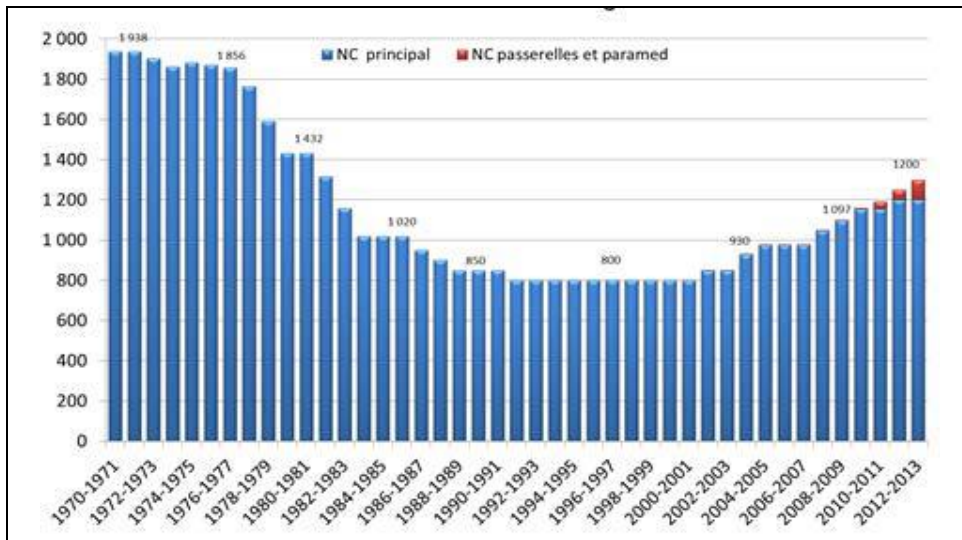


Figure 10: Évolution du numerus clausus des études en odontologie depuis 1971
(Source : ONDPS, 2013)

En ce qui concerne l'impact de la densité de chirurgiens-dentistes sur l'activité de ces derniers selon les régions : le nombre moyen d'actes recensés par l'Assurance maladie par chirurgien-dentiste décroît presque linéairement avec la densité. Toutefois, les régions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes sont en plus petite proportion sont aussi celles où les habitants bénéficient en moyenne du plus faible niveau d'actes (figures 11 et 12) (24).

Au sein des régions, il existe des inégalités territoriales : les communes rurales ont une densité d'un peu plus de 20 praticiens pour 100 000 habitants (données de 2007), alors qu'elle est proche de 80/100 000 dans tous les types d'unités urbaines. Premièrement elles sont moins attractives pour les praticiens pour des raisons familiales et deuxièmement pour des raisons financières. En effet, selon Christian Couzinou, président du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, dans les communes rurales et dans les banlieues les patients vont chez le chirurgien-dentiste pour des soins de routine, mais peu pour des soins prothétiques (ONDPS, 2013) (24).

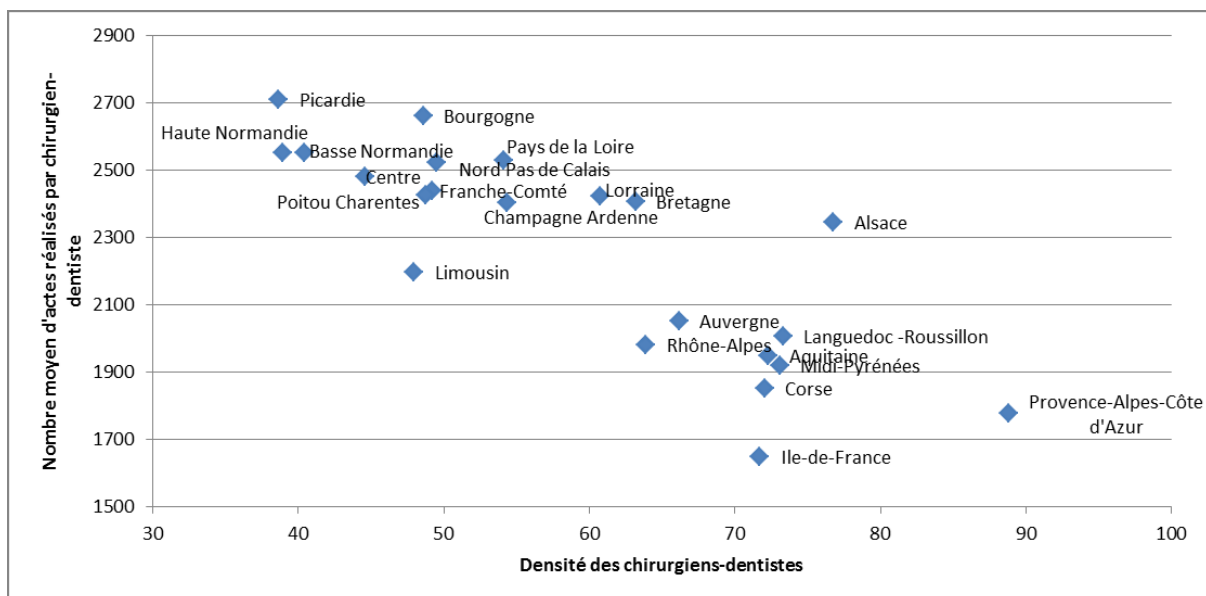


Figure 11: Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de leur niveau d'activité conventionnelle (ONDPS, 2013)

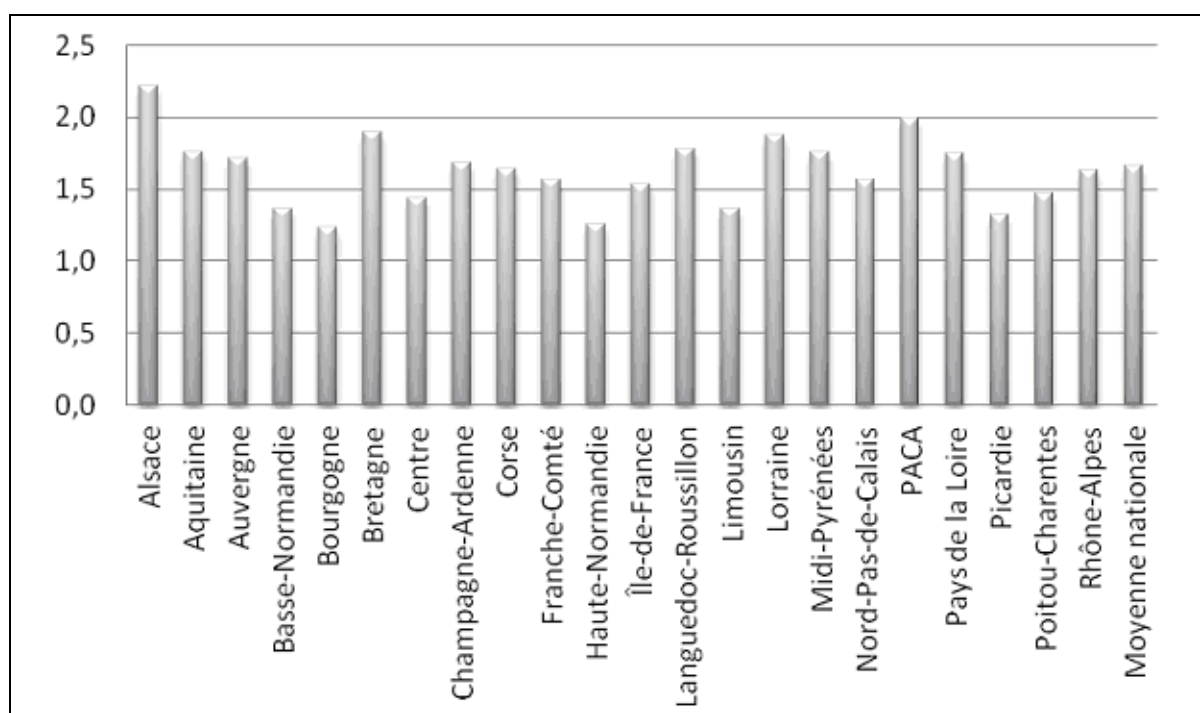


Figure 12: Nombre d'actes remboursés par an et par habitant (Source : ONDPS, 2013)

L'appareil de formation qui a pour spécificité de ne pas disposer de facultés dentaires dans toutes les régions paraît avoir un effet déterminant sur ces inégalités. L'impact de la région de formation sur la région d'exercice est très net (figure 13). Les régions qui ne comptent aucun lieu de formation en odontologie (9 des 22 régions et les DOM) sont, à l'exception de la Corse, celles qui sont le plus faiblement dotées en chirurgiens-dentistes. Les

étudiants devant se former dans une autre région, sont peu nombreux à revenir dans leur région d'origine. Il semble que le taux de « retour » dans une région de PACES sans faculté dentaire soit assez faible. Cette faible mobilité renforce le phénomène de désertification médicale. Certaines régions cumulent donc deux handicaps : une faible dotation à la PACES au regard de leur population et un faible taux de retour des étudiants dans leur région d'origine. Toutefois, selon les régions ce sont entre 12 % et 36 % des personnes formées qui vont aller exercer dans une région sans lien avec le dispositif de formation (région liée par la PACES et région où se situe la faculté d'odontologie) (ONDPS, 2013) (24).

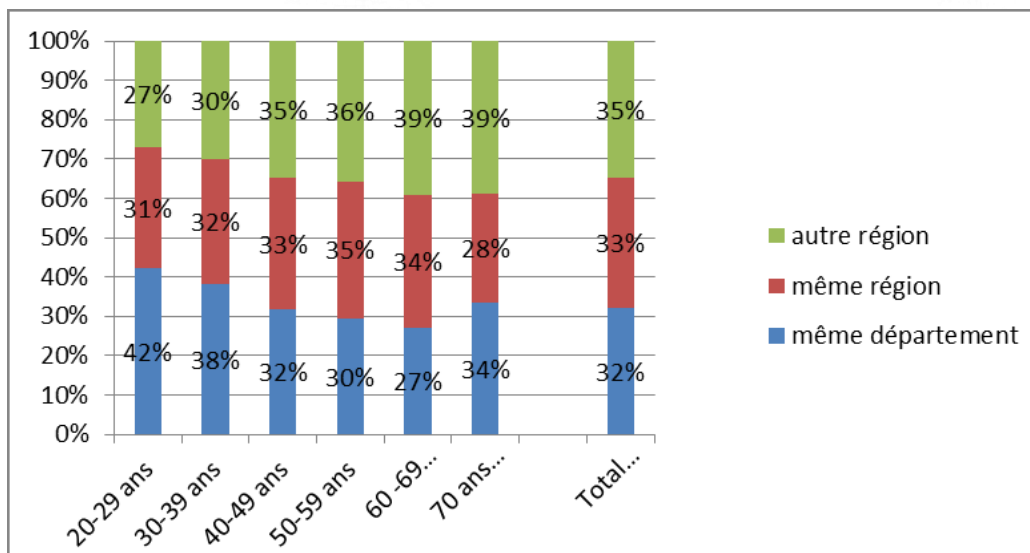


Figure 13 : Région de formation par rapport à la région d'exercice en fonction de l'âge (ONCD, juillet 2013)

L'ONDPS précise qu'il n'y a pas de données sur les délais d'attente avant un rendez-vous pour les chirurgiens-dentistes et donc pas d'indicateur qui puisse révéler un problème d'accès aux soins lié à la densité de chirurgiens-dentistes. Le rôle de la démographie comme levier de l'amélioration de la santé dentaire n'est pas établi, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne l'est pas. En 2010, la Cour des Comptes dans son rapport sur la Sécurité Sociale, constatait que la prévision des besoins en soins dentaires était chose difficile, les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future étant contradictoires (ONDPS, 2013).

Toujours est-il qu'aujourd'hui, avec la désertification de certaines régions françaises, des communes rurales et des banlieues par les chirurgiens-dentistes, le départ à la retraite d'un praticien sur deux non remplacé, les délais pour obtenir un rendez-vous peuvent être longs et les soins peuvent s'étendre sur de longues périodes (Le Gall, 2013). Il est compréhensible que cela puisse poser problème aux patients qui ont des impératifs de temps, ou qui nécessitent des soins urgents.

1.5.4 Les Critères sociaux

Les associations Médecins du Monde (ONG) et Que choisir (association de consommateurs), en s'appuyant sur des enquêtes qu'elles ont menées, ont témoigné des difficultés d'accès aux soins de différents groupes, notamment les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU). La CMU de base permet une affiliation au régime général de l'Assurance maladie obligatoire pour ceux qui n'en bénéficiaient pas. La CMU complémentaire (CMUc) constitue une couverture complémentaire gratuite dont les ressources sont inférieures à un plafond. Elle prend en charge les dépassements pour les prothèses dentaires dans les limites d'un forfait que doivent respecter les chirurgiens-dentistes (Desprès et coll., 2009 ; DIES, 2006). Les prix applicables en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie sont fixés par un arrêté du 19 février 2009.

Les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU ont plusieurs origines. D'une part, certains d'entre eux ne font pas valoir leurs droits. D'autre part, pour ceux qui les ont fait valoir, des obstacles d'accès aux soins persistent. Certains professionnels, dont les chirurgiens-dentistes, refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU en refusant par exemple de pratiquer la dispense d'avance de frais. Il s'avère même que certains praticiens leur demandent de payer un dépassement d'honoraire. Ce qui constitue autant de formes de non application de la Loi. Outre cela, une étude décrit les stratégies d'évitement lors du refus d'établissement de soins aux bénéficiaires de la CMU (présentation de celui-ci comme une obligation « quotas à respecter » ou pour le bien du patient « pour que vous n'ayez pas à payer un dépassement ») (Despres et Naidaitch, 2006).

Une étude par testing datant de 2006 avait pour objectif de mesurer « les refus à accorder un rendez-vous » (lors d'une demande par téléphone) aux personnes bénéficiant de la CMU dans six villes du Val-de-Marne. Les refus de la part des chirurgiens-dentistes dans le cadre d'une demande de soins et non de prothèse dentaire, sont de 39,1 %. Ces résultats, même si les chiffres n'ont pas de représentativité « ni nationale ni même départementale », puisque ont été exclues les communes rurales « confirment l'existence d'un refus de soins important chez les médecins spécialistes et les dentistes » (Despres, Naidaitch, 2006).

Une autre étude par testing, réalisée en 2009, corrobore ces faits. L'objectif était d'obtenir un rendez-vous par téléphone, auprès de plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins et chirurgiens-dentistes) dans Paris *intra-muros*. Les refus parmi les chirurgiens-dentistes sont importants : 36,1 %. Les auteurs suggèrent que ces taux sont plutôt sous-estimés du fait des options méthodologiques. Le total des refus d'établissement de soins « reflète la réalité à laquelle sont confrontés les bénéficiaires de la CMU, soit de véritables difficultés d'accès aux soins dans certaines spécialités médicales [...] » (Desprès et coll., 2009).

Dans les deux études, généralement, les causes du refus sont annoncées d'emblée comme étant en lien avec la CMU. « Il apparaît que dans la très grande majorité des échanges téléphoniques, les secrétariats ont des consignes claires quant à l'attitude à avoir face à une demande de rendez-vous par des bénéficiaires de la CMUc » (Desprès et coll., 2009).

Au-delà du refus d'établissement de soins, d'autres formes de discrimination peuvent être démasquées : restrictions des soins (accord pour des soins mais pas de prothèses pour certains dentistes), aménagements ou horaires spécifiques, qualité de l'accueil très variable. Il s'agit de discriminations socio-économiques qui peuvent se cumuler avec des discriminations dont font l'objet certaines pathologies (toxicomanies, Sida). « Ainsi, les discriminations médicales, sociales et raciales se renforcent les unes les autres » (Despres et Naidaitch, 2006).

Des hypothèses ont été proposées par plusieurs auteurs sur les causes de refus d'établissement de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU (Despres et Naidaitch, 2006 ; Desprès et coll., 2009) :

- le mode d'exercice du médecin et les logiques économiques ; le refus est plus courant parmi les professionnels appliquant un dépassement d'honoraires. Chez les chirurgiens-dentistes, il est rapporté à l'existence d'un forfait plafonné pour les soins prothétiques. Ces logiques économiques occupent une place majeure dans le cadre de ce refus ;
- on peut supposer que les praticiens qui refusent sont plus surchargés que ceux qui acceptent. Si les agendas surchargés représentent un véritable problème pour une partie des praticiens libéraux, ils peuvent aussi constituer un alibi ;
- une vision de la CMU comme un dispositif charitable (refus et renvoi vers des structures publiques) ; une vision des bénéficiaires comme ne travaillant pas (proposition d'horaires). La méconnaissance de la loi amène à des distorsions dans les représentations de qui sont les bénéficiaires, et sa perception comme une assistance génère des limites aux propositions de prise charge.

Selon les conduites observées chez les médecins et les chirurgiens-dentistes, on peut distinguer trois catégories de professionnels : ceux qui sont favorables à la loi et à sa mise en œuvre et l'appliquent, ceux qui refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et ceux qui acceptent simplement mais qui ont tous un jugement plutôt défavorable sur les bénéficiaires de la CMU. Ces différences sont à mettre en rapport avec des éléments liés au professionnel lui-même (ses valeurs, son éthique professionnelle, la conception de son rôle etc.) mais aussi, à son environnement (proportion de bénéficiaires de la CMU dans sa patientèle etc.) (Despres et Naidaitch, 2006).

Selon les conduites observées chez les médecins et les chirurgiens-dentistes, on peut distinguer trois catégories de professionnels : ceux qui sont favorables à la loi et à sa mise en œuvre et l'appliquent, ceux qui refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et ceux qui acceptent simplement mais qui ont tous un jugement plutôt défavorable sur les bénéficiaires de la CMU. Ces différences sont à mettre en rapport avec des éléments liés au professionnel lui-même (ses valeurs, son éthique professionnelle, la conception de son rôle etc.) mais aussi, à son environnement (proportion de bénéficiaires de la CMU dans sa patientèle etc.) (Despres et Naiditch, 2006).

Les taux de refus, d'établissements de soins, mis en évidence par plusieurs études permettent de mesurer les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU qui trouvent essentiellement une double origine, les secteurs surchargés par manque de praticiens et les pratiques de discrimination dont ils sont la cible (Desprès et coll., 2009). Ces patients essayant parfois plusieurs refus se tournent soit vers les institutions publiques soit vers le tourisme dentaire (dont ils doivent pouvoir supporter les frais inhérents), soit les cabinets low-cost français, qui ont vu en ces patients un potentiel.

1.5.5 Évolution des besoins de santé

Selon une étude publiée en 2011 par « Que choisir », les dépenses de santé des Français ont été multipliées par 11,6 % entre 1970 et 1992. Plus récemment ces dépenses ont connu une hausse de 23 % entre 2001 et 2005. Depuis 2006 elles ont augmenté deux fois plus rapidement que leurs revenus. De surcroît, le vieillissement de la population entraîne un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques (ONDPS). En France, 27 % des personnes ayant entre 35 et 65 ans sont atteintes de parodontite avancée (Bouchard et Coil., 2006) (25). Si les traitements adéquats, certes onéreux, ne sont pas entrepris à temps et de manière consciencieuse, la situation s'aggravera et nécessitera des soins plus lourds et plus coûteux.

Dernier point, les patients ont de nos jours une vision autre des soins dentaires, particulièrement la nouvelle génération. En effet, la réduction de la crainte envers la profession, et l'intérêt grandissant à l'égard de leur apparence physique modifient les besoins en soins dentaires des patients. Ils acceptent plus difficilement une restauration qui ne répond pas à leurs attentes. En atteste, la réticence grandissante à accepter des restaurations métalliques, des réhabilitations par prothèse amovible partielle ou totale, en invoquant des raisons fonctionnelles, esthétiques et/ou psychosociales. Le patient aspire aujourd'hui à une intégration complète et invisible de sa prothèse. Sa volonté fait appel à ses nouvelles capacités masticatoires, à l'esthétique de sa future denture, à la revendication d'un niveau social élevé entre autres raisons. C'est pourquoi, de nos jours, la majorité d'entre eux préfèrent des reconstructions prothétiques fixes dento-portées ou implanto-portées. Cette dernière, bien que plus coûteuse qu'une réhabilitation par prothèse amovible est indubitablement plus confortable et rentable à long terme. Néanmoins, la capacité financière du patient demeure un

frein, pour accéder aux techniques coûteuses (Gandjizadeh-Ghouchani, 2013 ; Teubner et coll., 2009) (26).

L'ensemble de ces facteurs a favorisé le développement du tourisme dentaire ainsi que de l'offre de soins low-cost en France. Après l'optique, la dentisterie se trouvait en seconde ligne de mire du mouvement low-cost. La mention du prix des prothèses sur les devis a achevé d'ouvrir la voie pour l'apparition de ces centres en France. Malgré les pressions et les difficultés que constituent ces facteurs, la dentisterie demeure une industrie attrayante, les acteurs français et étrangers étiquetés low-cost l'ont compris. Forts de ce constat, ils sont partis à la conquête de patients demandeurs de soins dentaires à prix compatibles avec leur budget disponible (Le Gall, 2013).



2 Réalité de pratiques controversées

2.1 Définition du tourisme médical

Selon la définition de Chasles : le « tourisme médical », que l'on appelle également « tourisme de santé » ou « tourisme hospitalier », se réfère au déplacement de personnes allant dans un autre pays, dans le but de bénéficier d'un acte médical non disponible ou difficilement accessible dans leur propre pays de résidence, soit pour des raisons de législation soit pour des raisons relatives à l'offre de soins (compétences, coût). Une définition qui permet de mettre en évidence le caractère impropre de l'expression « tourisme médical », puisqu'elle relève avant tout d'une logique médicale et non pas touristique au sens premier du terme. En effet, l'objectif de cette mobilité est avant tout d'améliorer sa santé et non pas de se distraire. D'ailleurs, quand les soins reçus sont lourds et que la période post-opératoire est délicate, les patients sont dans l'incapacité de pratiquer ce type de tourisme (Chasles, 2011).

Cette définition est à la fois trop extensive, puisqu'elle inclue des pratiques purement thérapeutiques qui n'ont plus rien à voir avec la sphère touristique trop restrictive, et, puisqu'elle exclue les déplacements liés à la recherche du bien-être comme les pratiques fondatrices du phénomène de cure. L'intérêt de cette définition selon l'auteur est de mettre l'accent sur le ressort de ce déplacement, qui est d'exploiter un différentiel international de coût de soins et de se situer aux antipodes d'un déplacement tourné vers la recherche du plaisir. Même si l'amélioration de la santé et le déplacement touristique ont en commun la récréation : objectif premier du tourisme. « Et c'est dans cette faille conceptuelle de la "récréation" que s'insinue dans un secteur touristique rompu à toutes les complaisances le "tourisme médical" aussi mal que durablement nommé » (Chasles, 2011). D'un autre côté, l'emploi de l'expression tourisme médical vise également à différencier ces mobilités modernes, de celles plus classiques des patients du Sud dans les pays du Nord à la recherche de soins de qualité, observées jusqu'au début des années 1980.

Si l'expression de tourisme médical est inadéquate, elle n'en est pas moins tombée dans le langage commun. D'abord, parce que les campagnes commerciales dans le domaine du tourisme médical prolifèrent et mettent en avant le fait que certaines régions offrent à la fois des compétences médicales dites de grande qualité et un environnement propice au tourisme. « D'ailleurs, les hôpitaux qui accueillent les touristes médicaux proposent également des services touristiques, certains allant jusqu'à passer des accords commerciaux avec des tour-opérateurs » (Chasles, 2011).

Concernant ce point, en France les professionnels du tourisme ne sont pas autorisés à vendre des actes chirurgicaux, la législation est parfois différente ailleurs. En Allemagne ou au Canada par exemple, certaines agences de voyage proposent des packs touristiques qui associent acte chirurgical et circuit touristique. Aux États-Unis, on recense plus d'une cinquantaine de sociétés de tourisme médical qui proposent ces packs touristiques également appelés « scalpels-safaris ». Parallèlement l'office de tourisme indien à Paris délivre la liste des hôpitaux du pays avec leurs spécialités. Dans le même ordre d'idée, l'office du tourisme

hongrois délivre des brochures sur les cliniques dentaires du pays. Cette série d'exemples témoigne de l'instrumentalisation de la santé à des fins économiques par les pays acteurs du tourisme dentaire (Chasles, 2011)

2.2 Histoire des tourisms médical et dentaire

Dans cette partie nous expliquerons l'origine du tourisme médical, l'odontologie faisant partie intégrante du domaine médical. Loïck et William Menvielle constatent que « pour de nombreux individus le tourisme médical semble un terme inintelligible, un néologisme douteux, sans réelle signification ». Pourtant, il est indissociable de l'histoire des civilisations, ce concept n'étant pas moderne. Le tourisme médical est une forme relativement ancienne de tourisme qui a connu un essor tardif. Le premier cas recensé remonte à l'époque où les pèlerins Grecs venaient de toute la Méditerranée pour rejoindre un petit territoire dans le golfe Saronique appelé Epidauria. Ce territoire a été le sanctuaire d'Asclépios (ou Esculape) dieu guérisseur (Menvielle et Menvielle, 2010).

Puis une nouvelle forme de tourisme médical a vu le jour, celle de la recherche du bien-être en se rendant à un endroit pour bénéficier des propriétés des eaux ou des boues thermales. Les Egyptiens avaient compris très tôt les vertus curatives des bains de mer pour soulager des problèmes de santé. « Mais c'est surtout sous l'égide des Grecs et des Romains que se sont développés l'hydrothérapie et l'exploitation des sources d'eau à des fins médicales comme remède miracle ». Cela a incité certaines populations à émigrer vers l'Empire romain pour bénéficier de tels soins. Ces sources curatives et de bien-être seront largement exploitées jusqu'au Moyen Âge, période à partir de laquelle sera observé un déclin de cette exploitation du thermalisme et des bienfaits des eaux (Menvielle et Menvielle, 2010).

Le tourisme médical renaît au 18^{ème} siècle. En Europe, la ville de Bath au Royaume-Uni est le parfait exemple de cette renaissance du thermalisme. En France, c'est sous l'impulsion de Napoléon III que les thermes bénéficient d'un nouvel engouement du public. Au début du 20^{ème} la Côte d'Azur attire l'aristocratie autour de ce que l'on peut qualifier d'esquisse du tourisme médical et même de véritable phénomène de tourisme médical moderne. Cette région était considérée comme propice, du fait de son climat, aux soins et aux rencontres mondaines. Les changements les plus significatifs autour de tourisme médical apparaissent après la Seconde Guerre Mondiale, « à une époque où l'accélération des phénomènes sociaux, politiques, économiques et logistiques se traduisent par une augmentation de l'activité touristique et des loisirs » (Menvielle et Menvielle, 2010).

Mœurs des temps moderne, le travail a pris le dessus au détriment de la société des loisirs. La performance et la compétitivité en sont devenues les maîtres mots, si bien que sous le poids de la fatigue ou des problèmes de santé qui en découlent parfois, une forme moderne de tourisme est née, apportant une réponse à ces fléaux. Depuis une dizaine d'années le tourisme médical connaît une forte expansion. « Véritable mode passagère introduite par les gestionnaires marketing, nouvelles lubies de consommateurs ou réelle réponse destinée à pallier aux carences des systèmes en place dans certains pays ? », il convient de s'interroger

sur le sujet (Menvielle et Menvielle, 2010). La figure 14 évoque l'évolution du tourisme médical au cours des siècles, passant ainsi de la période égyptienne à aujourd'hui.

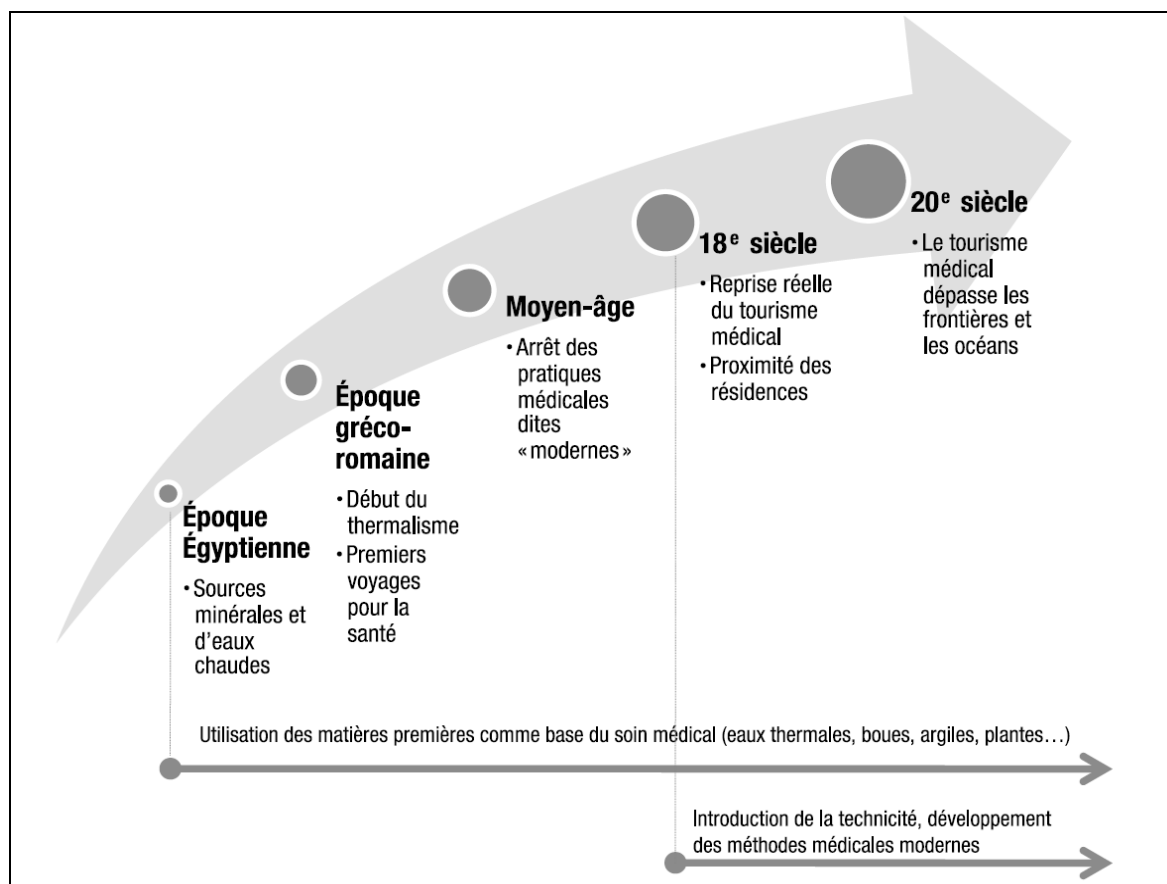


Figure 14: Évolution du tourisme médical au cours des âges
(Source : Menvielle et Menvielle, 2010)

2.3 Généralités

Jusqu'à récemment, le tourisme médical consistait surtout en une mobilité de mieux-être. Les soins consommés étaient essentiellement des soins préventifs ou alors des soins curatifs qui concernaient le plus souvent des affections relativement bénignes. « Depuis les années 1980, le tourisme médical s'oriente vers des soins diversifiés et concerne désormais des pathologies lourdes qui nécessitent des soins sophistiqués et extrêmement techniques ». Depuis quelques années, la chirurgie esthétique n'est plus le domaine le plus concerné par le tourisme médical, aujourd'hui les prestations recherchées peuvent aller de l'anomalie cardiaque à la greffe d'organes (Lotfi, 2012). Chasles écrit « il est évident que dans ce type de cas, l'approximation n'est plus de mise, car il ne s'agit plus de "tourisme médical", même entre guillemets » (Chasles, 2011).

L'originalité de ce déplacement à but thérapeutique contemporain réside dans les distances parcourues par les patients. La mondialisation, la rétraction des distances du fait de

l'essor des moyens de transports ont provoqué un fort accroissement de cette pratique et des distances parcourues. La particularité de cette pratique réside aussi dans le choix des destinations. Si les flux Sud-Nord et Nord-Nord constituent des axes du tourisme médical, leur l'importance est à reléguer au second plan (Chasles, 2011 ; Menvielle et Menvielle, 2010).

Les flux s'orientent principalement vers les pays émergents et en développement (figure 15) ayant une connotation différente de celle associée au monde médical : il en est ainsi pour l'Inde, la Thaïlande, Singapour, les pays d'Europe de l'Est, le Maghreb et l'Afrique du Sud. Il est impossible d'interdire à des praticiens étrangers d'opérer nos ressortissants. De la même manière, nul ne peut empêcher, des praticiens français, d'opérer un ressortissant étranger. Si l'on se place dans une perspective économique, il paraît évident que celui qui veut vendre quelque chose doit offrir le meilleur service possible au moindre prix. Le tout est de savoir si le service proposé est bien le même (Fay et Reynaud, 2009). Selon Chasles, « traditionnellement, on considérait ces lieux comme des lieux de mauvaise santé, caractérisés d'une part par les maladies infectieuses et parasitaires, et, d'autre part, par une offre de soins déficiente et insalubre » (Charles, 2011). Aujourd'hui ces images cohabitent avec une autre vision de l'offre médicale caractérisée par un savoir-faire de qualité et la présence de technologies médicales de pointe. Ce savoir-faire médical dans les pays émergents et en développement est souligné par le nombre croissant d'hôpitaux qui reçoivent une accréditation (Chasles, 2011).

L'accréditation est définie comme un système d'évaluation externe des prestations de soins et de services d'un établissement de santé auquel est soumis l'ensemble du personnel et des médecins. Des contrôles sont effectués en permanence au sein de tous les services de l'établissement pour maintenir au plus haut niveau la sécurité et l'efficacité des soins aux patients (27). Des organismes d'accréditation reconnus internationalement tels qu'Agrément Canada, Patients Beyond Borders et Joint Commission International (JCI) aux Etats-Unis offrent des évaluations fiables sur les normes en matière de soins de santé des fournisseurs étrangers.

Même s'il n'existe pas qu'un seul organisme mondial d'accréditation, celle accordée par la JCI est un indicateur important de l'engagement d'un fournisseur de soins médicaux pour des soins de qualité et de sécurité des patients. Il s'agit par ailleurs du meilleur groupe d'accréditation connu aux Etats-Unis (Deloitte, 2008). Il est gage de qualité et source de confiance pour les patients. D'ailleurs, une étude menée en 2008 par l'Association américaine du tourisme médical a révélé que 81 % des personnes interrogées prenaient en compte cette accréditation dans le choix de leur destination (Chasles, 2011).

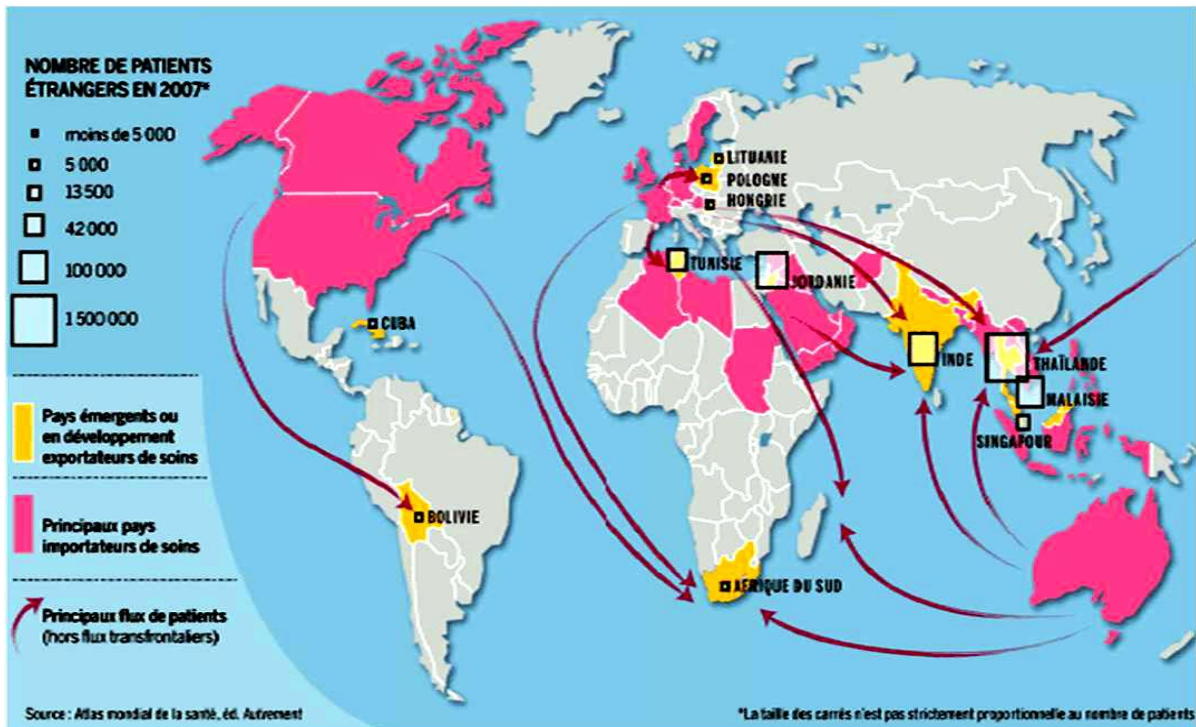


Figure 15 : Les flux de patients reliés au tourisme médical (Source : Chasles, 2011)

Du côté des pays émetteurs, le concept du « bronzer idiot » semble être passé de mode, et la filière touristique a connu quelques changements parfois radicaux, voire surprenants. L'évolution des pratiques de loisirs et de tourisme reste étroitement liée à l'évolution socioculturelle des pays émetteurs, donnant ainsi le ton à de nouvelles pratiques (Menvielle et Menvielle, 2010).

Le tourisme médical désigne les patients désireux de se faire soigner à l'étranger à des prix abordables, profitant d'un décor différent de celui de leur quotidien pour leur convalescence. Ces offres trouvent leur équivalent dans le secteur de la médecine bucco-dentaire (Fay et Reynaud, 2009 ; Menvielle et Menvielle, 2010). Dans ce secteur, au sein de l'Union européenne (UE), la qualification du corps médical qui reçoit les touristes-patients n'apparaît pas comme le problème numéro un. Les praticiens auraient le même niveau de compétence.

Cependant, la méthode des cliniques low-cost peut paraître surprenante. C'est principalement, la qualité des soins proposés aux touristes-patients dans ces pays, qui étonne étant donnée la courte durée du séjour et les prestations recherchées (réhabilitation lourde et complexe). En cas de complications au retour ou d'insatisfactions, le patient se trouve dans une situation délicate. En France, la démarche s'effectue normalement en toute sécurité. En effet les chirurgiens-dentistes ont des obligations déontologiques très précises et ils souscrivent à une responsabilité civile professionnelle trentenaire. Dans certains pays acteurs du tourisme dentaire, les obligations déontologiques diffèrent (Fay et Reynaud, 2009). Ces points seront développés plus loin dans ce travail.

Même si ces racines remontent à l'antiquité, la dénomination tourisme médical est fort récente. Il existe une certaine méconnaissance du domaine du tourisme médical, la communauté scientifique s'est en effet peu intéressée au phénomène, « laissant la place aux journalistes évoquant des destinations soleil pour se reposer après s'être fait soigner ». La production scientifique reste très marginale sur le sujet et n'aborde pas réellement tous les enjeux et les concepts sous-jacents destinés à appréhender des questions fondamentales sur notre société et sur la marchandisation de la santé (Menvielle et Menvielle, 2010).

2.4 Les différents types de tourisme de santé

Nous pouvons distinguer dans la dominante du tourisme de santé deux axes principaux : le tourisme médical de bien-être ou de confort et le tourisme médical vital. Pour certains, le tourisme de bien-être se définit selon des vertus curatives ou de soins chirurgicaux destinés à embellir la personne plutôt qu'à la soigner, à l'instar de la chirurgie plastique, alors que le tourisme médical vital est avant tout de nature à répondre à de lourdes pathologies dont sont porteurs les touristes-patients.

Le terme de touriste-patient désigne un patient nécessitant une intervention chirurgicale, plus ou moins importante, et désireux de partir à l'étranger pour bénéficier de soins. De cette définition est exclu le patient qui attend de se faire opérer sur le lieu même où il réside. Qui plus est, dans le cadre du tourisme médical, le touriste-patient utilise l'infrastructure touristique complète mise à sa disposition. De nombreuses variables expliquent le comportement des patients dans le choix d'une destination éloignée afin de se faire soigner (le chapitre 3 est consacré à ce volet) :

- les longues listes d'attentes (Angleterre, Canada, Etats-Unis) ;
- les honoraires trouvés prohibitifs ;
- les assurances couvrant très partiellement voire pas du tout les interventions ;
- les traitements parfois jugés peu encourageants par les patients ;
- les traitements qui sont très réglementés dans leur pays (génétique) ;
- les interventions moins fréquemment réalisées (pose de prothèse).

Une classification des différents tourisms a pu être développée.

Le tourisme médical de bien-être ou de confort : ces offres répondent à des besoins de confort des touristes-patients. Ainsi, on passe des voyages à forfait de chirurgie esthétique aux soins préventifs tels que les spas, la thalassothérapie, les forfaits de relaxation qui constituent quelques activités typiques du secteur, parfois associées au tourisme durable.

Le tourisme médical vital qui peut se différencier en deux sous-ensembles :

- le tourisme médical de réhabilitation : il s'agit ici de soins médicaux généraux destinés à pallier aux problèmes vécus par les individus. Nous citerons à titre d'exemples les traitements contre des dépendances de toutes formes. Mais il convient d'y adjoindre les soins de dialyse ;

- le tourisme médical opératoire : il nécessite une infrastructure médicale complète, associée à un personnel hautement qualifié (médecins, chirurgiens, anesthésistes...). C'est sans doute l'activité la plus connue, du moins la plus médiatisée auprès du grand public en raison de son vaste potentiel d'intervention (chirurgie dentaire, cardiaque, traitements anticancéreux). Elle correspond à des besoins particuliers des consommateurs qui ne peuvent être traités dans les meilleures conditions dans leurs pays d'origine (listes d'attente, coûts des opérations etc.).

La frontière entre ces deux termes est mince. Une distinction est établie par le biais de la nature des soins prodigués, mais aussi selon le degré de risque perçu par les consommateurs. Il convient d'évoquer et d'analyser les éléments touchant directement l'intégrité morale, psychique et physique des patients qui permettent ainsi d'élaborer des stratégies marketing particulières, utilisées par certains hôpitaux des pays pratiquant le tourisme médical. Ce point sera développé plus longuement dans une partie dédiée à ce sujet (Menvielle et Menvielle, 2010).

2.5 Quelques chiffres concernant le tourisme médical et dentaire

En France, si cette pratique peut nous paraître récente, il faut savoir que les Américains se rendent au Mexique, ainsi que dans d'autres pays d'Amérique du Sud depuis plus de dix ans, afin de bénéficier de soins médicaux à prix réduit. Une offre internationale de soins dit lourds existe tels que : la cardiologie, la greffe d'organe, la pose de prothèse de hanche, dans certains pays comme l'Inde, la Thaïlande, la Tunisie et le Maroc. C'est un phénomène qui reste très marginale pour les patients français contrairement à la chirurgie dentaire (Dental Suisse, 2009 ; Le Borgne, 2007).

Parmi les destinations de tourisme médical prisées, on retrouve (Chasles, 2011 ; Lotfi, 2012):

- la Thaïlande avec 600 000 patients par an ;
- Singapour avec 370 000 patients par an ;
- la Jordanie avec 250 000 patients en 2007 ;
- la Turquie avec 200 000 patients par an ;
- l'Inde avec 150 000 patients par an ;
- la Tunisie avec plus de 120 000 patients par an ;
- la Malaisie avec 100 000 patients par an.

L'Asie occupe le peloton de tête. C'est la destination far des patients. On estime à près d'un million et demi le nombre de patients étrangers qui s'y rendent chaque année pour des soins de toutes sortes. Le marché du tourisme médical a été estimé à 4,4 milliards de dollars. En Inde, il connaît une croissance annuelle de 30 %. Il aurait rapporté plus de deux milliards de dollars entre 2008 et 2012, résultat qui tend à augmenter encore en 2013.

Le marché du tourisme médical s'organise suivant une logique avec une réelle spécialisation par pays. Ainsi l'Inde se distingue dans la chirurgie cardiaque, la Tunisie et le

Brésil dans la chirurgie plastique, la Thaïlande dans la chirurgie orthopédique, la Hongrie, quant à elle, dans la chirurgie dentaire (figure 16). Les praticiens sont d'ailleurs nommés « les dentistes de l'Europe ». Les pays s'étant spécialisés dans le tourisme dentaire sont : la Hongrie, la Roumanie, l'Espagne, la Turquie, Cuba, le Panama, le Venezuela, la Thaïlande et la Nouvelle Zélande (figure 16). Dans ce contexte mondial de spécialisation, la France, en tant que destination, cherche encore sa voie (29).

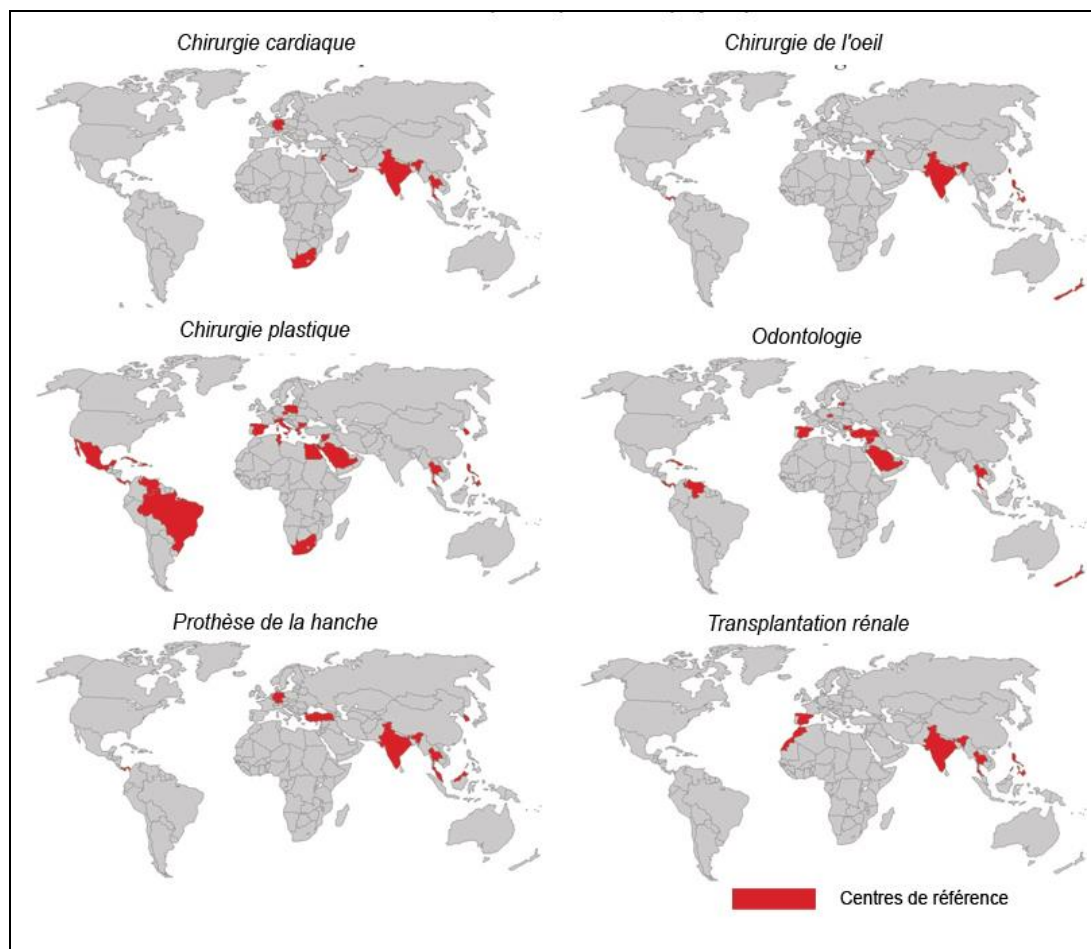


Figure 16 : Une offre médicale sophistiquée, des pays spécialisés (Source : Chasles, 2011)

En 2007, le Baromètre Santé réalisé pour le compte du groupe Europ Assistance a permis de mettre en avant des données plutôt intéressantes. Ainsi, il apparaît que 52 % des Européens se disent prêts à aller se faire soigner dans une ville lointaine, voire dans un autre pays, s'ils sont sûrs d'obtenir des prestations de qualité. Les Italiens et les Allemands sont les premiers de la liste, avec 68 % pour les premiers, et 63 % pour les seconds. Les Français semblent plus frileux quant à ce type de démarche, 45 % d'entre eux seraient prêts à franchir le cap des soins médicaux à l'étranger. La mobilité est marquée chez les patients français dans les secteurs peu remboursés, comme la chirurgie des yeux, la chirurgie esthétique ou la chirurgie dentaire. Les Britanniques, qui sont pourtant parmi les premiers à se faire soigner à l'étranger, ne sont que 39 % à montrer de l'enthousiasme à ce sujet (Dental Suisse, 2009 ; Europ Assistance/CSA, 2007) (29).

Les chiffres diffèrent lorsque le traitement envisagé par les patients n'est pas disponible dans le pays d'origine. Ils sont alors plus enclins à se déplacer pour se faire soigner. De ce fait, 75 % des Italiens, 66 % des Allemands, et 54 % des Français seraient prêts à faire leurs valises pour accéder à des soins non disponibles ou d'une qualité dite supérieure (Europ Assistance/CSA, 2007). Les institutions européennes sont en pleine réflexion pour essayer de réglementer le marché du tourisme médical et de coordonner les systèmes de santé nationaux, afin de clarifier les règles relatives à ce phénomène en constante expansion (Dental Suisse, 2009), il serait alors intéressant de refaire ce sondage pour mesurer l'évolution des mentalités

Le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) s'est également penché sur le sujet. Le CNSE est un organisme de la Sécurité Sociale qui centralise tous les dossiers de prise en charge des soins des assurés sociaux dans et hors Union européenne et qui s'occupe du remboursement de ces soins. Dans son rapport de 2011 et de 2013, concernant les soins hors de nos frontières, il identifie clairement le phénomène du tourisme dentaire, en particulier en Hongrie. Les chiffres restent modestes et permettent de relativiser le phénomène mais aussi d'éviter les amalgames entre des situations non comparables, comme certains soins réalisés à l'étranger mais non assimilable au tourisme dentaire (Warmuth, 2012 ; CNSE, 2011).

Parmi les soins transfrontaliers, il faut distinguer ceux pratiqués hors Union européenne. En effet, en dehors de l'UE, les soins sont pris en charge seulement pour les salariés français détachés et leur famille résidant à l'étranger mais cette catégorie de patients ne concerne pas le tourisme dentaire. Pour les autres assurés, seuls les soins inopinés sont remboursés. Le rapport du CNSE fait apparaître que l'essentiel des remboursements hors UE concerne des pays où vivent des expatriés français, notamment les Etats-Unis, le Canada ou le Brésil. Des soins sont aussi dispensés à des assurés cotisant en France mais d'origine étrangère qui se rendent dans leur pays natal, en particulier au Maroc. Sur le plan dentaire, les remboursements concernent surtout des pulpectomies ou des extractions dentaires. Dans ces cas, on ne parle évidemment pas de tourisme dentaire.

Le rapport du CNSE porte également sur les soins réalisés dans les pays membres de l'UE par des assurés français. Les règles de libre circulation permettent aux patients de se faire soigner dans le pays de leur choix et d'être remboursés. L'essentiel des dossiers de remboursement traités par le CNSE concerne des frontaliers qui veulent jouer des différences de tarifs pratiqués, comme les Alsaciens qui franchissent le Rhin pour certains soins, des retraités français installés dans un pays d'Europe du Sud, ainsi que des travailleurs originaires du Portugal ou d'Espagne qui profitent de leurs congés pour se faire soigner dans leur pays d'origine. De fait, le Portugal est le pays qui dénombre le plus de dossiers de remboursements de soins dentaires (tableau 2).

Le moins que l'on puisse dire est que les chiffres révélés par le CNSE confirment qu'un tourisme dentaire existe bel et bien. Ils révèlent dans le même temps que les candidats à l'aller-retour implanto-prothétique ne constituent pas une cohorte très massive. On relèvera d'ailleurs, à l'aune de ce rapport 2011 du CNSE, que l'impact des médias sur cette question est des plus classiques : certes, journaux, radios et télévisions rendent compte d'un fait

incontestable, mais la multiplication des articles ou des reportages sur cette réalité a pour conséquence de produire un effet de loupe très éloigné de la réalité statistique. Le CNSE s'est penché sur la question, leurs chiffres sont décrits dans les tableaux 1-2-3 que nous avons réalisés.

Tableau 1 : Nombre de dossiers et montant total des soins effectués chez des patients français dans les pays hors Union européenne (Source : CNSE, 2011).

PAYS	NOMBRE DE DOSSIERS	MONTANT TOTAL DES SOINS
Etats-Unis	463	168 218
Maroc	749	127 023
Liban	164	82 825
Canada	319	80 566
Brésil	129	70 761

Tableau 2 : Nombre de dossiers et montant total des soins effectués chez des patients français dans les pays de l'Union européenne (Source : CNSE, 2011).

PAYS	NOMBRE DE DOSSIERS	MONTANT TOTAL DES SOINS	MONTANT MOYEN PAR DOSSIER
Hongrie	1 547	2 745 106	1744
Espagne	3 778	2 568 660	680
Portugal	6 278	1 277 074	203
Allemagne	1 811	604 600	334
Roumanie	409	447 207	1093
Italie	1 002	423 748	423
Belgique	1 535	311 200	203

Tableau 3 : Classement des pays par nombre de dossiers, par montant moyen perçu par dossier et par montant total perçu pour l'ensemble des dossiers (Source : CNSE, 2011).

CLASSEMENT PAR : ordre décroissant des pays par nombre de dossiers	CLASSEMENT PAR : ordre décroissant des pays par le montant moyen perçu par dossier	CLASSEMENT PAR : ordre décroissant des pays selon le montant de l'ensemble des dossiers
Portugal	Hongrie	Hongrie
Espagne	Roumanie	Espagne
Allemagne	Espagne	Portugal
Hongrie	Italie	Allemagne
Belgique	Allemagne	Roumanie
Italie	Belgique et Portugal à égalité	Italie
Maroc	Etats-Unis	Belgique
Etats-Unis	Maroc	Etats-Unis
Roumanie	Liban	Maroc
Canada	Canada	Liban
Liban	Brésil	Canada
Brésil	La moyenne calculée de ces 5 derniers pays est de 242euros	Brésil

Selon les données récentes du CNSE de 2013 (ONCD 130, 2014 ; CNSE, 2013) :

- 10,6 millions d'euros ont été dépensés pour des soins dentaires à l'étranger.
- 430 euros ont été dépensés en moyenne par dossier, pour 2,3 millions d'euros remboursés. Ce qui représente 93 euros en moyenne par dossier, soit un taux de prise en charge de 22 %
- 24 424 dossiers concernent les soins de base et les soins prothétiques dispensés dans 153 pays.
- 79 % des dossiers et 88 % des dépenses engagées concernent des soins réalisés dans l'UE.

Trois pays, la Hongrie, l'Espagne et le Portugal, concentrent à eux seuls (ONCD 130, 2014 ; CNSE, 2013) :

- 60 % du volume des dossiers dentaires traités soit 11 603 dossiers en 2011, 58 % en 2013 soit 12 546 dossiers (données pour ces trois pays en plus de l'Italie) ;
- 71 % des dépenses dentaires engagées par les assurés soit plus de 6,5 millions d'euros en 2011, 73 % de ces mêmes dépenses en 2013 (données pour ces trois pays en plus de l'Italie) ;
- 69 % des remboursements de l'Assurance maladie en 2011, 70 % en 2013 (données pour ces trois pays en plus de l'Italie) ;

- pour la Hongrie, l'Espagne, le Portugal et l'Italie, plus de sept millions d'euros ont été dépensés par les assurés en 2013 (3 en Hongrie, 2,10 en Espagne et 1,20 en Italie).

Mais, selon le CNSE, deux caractéristiques majeures distinguent les trois pays que sont la Hongrie, l'Espagne et le Portugal : la nature des soins dispensés aux assurés sociaux et l'origine géographique des patients. C'est en croisant ces deux données que le CNSE identifie le phénomène du tourisme dentaire.

Sur la nature des soins dispensés le CNSE recense en Hongrie des soins prothétiques lourds avec un coût moyen des prestations de 1 774 euros en 2011 et de 1 557 euros en 2013. Au Portugal il s'agit plutôt de soins conservateurs avec un coût moyen modeste de 203 euros en 2011 et de 219 euros en 2013. En Espagne il s'agit de soins conservateurs et prothétiques avec un coût moyen intermédiaire de 680 euros en 2011 et de 640 euros en 2013 (tableau 2).

Si en Espagne la proximité géographique semble être un critère déterminant parce que les assurés résident majoritairement près de ce pays ou en sont originaires, si au Portugal les assurés sont *a priori* des Portugais ou des Français d'origine portugaise, il n'en est pas de même pour la Hongrie. L'origine géographique des assurés sociaux est assez éclatée : ils viennent de toute la France avec une représentation importante (plus de 50 %) d'assurés franciliens ainsi que de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Pour le CNSE, les assurés se déplacent en Hongrie afin de recevoir des traitements prothétiques lourds dans des structures spécialisées dont certaines disposent de relais en France. Le phénomène du tourisme dentaire est ainsi clairement isolé. En pratique, le nombre de dossiers de prise en charge émanant d'assurés s'étant fait soigner dans ce pays et parvenant au CNSE reste très modeste : 1 547 personnes seraient concernées en 2011 (tableau 2), et 1 956 en 2013 (ONCD 130, 2014 ; CNSE, 2013).

Il n'en demeure pas moins qu'en termes de coût, les soins en Hongrie arrivent largement en tête (tableau 3) puisque le montant moyen remboursé par l'Assurance maladie atteint le montant maximum de 1 774 euros par dossier en 2011 (tableau 2), et 1 557 en 2013. La nature des soins recherchée est évidente pour la Hongrie (ou la Roumanie) mais l'est moins pour les autres pays. En deux ans, le CNSE constate que par rapport à 2010, la Roumanie passe du septième au sixième rang avec une très forte progression des dépenses des assurés (coût moyen très supérieur à celui de la zone UE se rapprochant de celui de la Hongrie). La Belgique recule du cinquième au septième rang avec des dépenses quasi stables, le Luxembourg entre dans le top dix.

Au niveau mondial et d'après les données de « Reva Health » énoncées sur le site internet « Patient Sans Frontières : mobilité des patients en chirurgie esthétique et dentaire à l'étranger », la Hongrie accueille à elle seule 16 % des patients participant au tourisme dentaire, derrière le Mexique avec 23 %. Ce site reprend également les données de « Treatment Abroad », site internet de référence du tourisme médical et dentaire en Angleterre, 42 % des patients anglais ayant reçus des soins dentaires à l'étranger se sont tournés vers la Hongrie (30).

2.6 Les pays destinataires du tourisme dentaire

On estime à près de trois millions le nombre de patients recevant des soins dentaire dans d'autres pays que le leur chaque année. Chaque pays a ses destinations de prédilection. Compte tenu de la proximité des Etats-Unis avec le Mexique, les Américaines se tournent principalement vers les cliniques dentaires mexicaines frontalières (Ciudad Juárez, Los Algodones, Nogales, Tijuana). Les autres Américains reçoivent des soins dentaires en Argentine, aux Costa Rica, au Pérou, en Inde ou aux Philippines. Comparativement les Américains sont plus nombreux que les Canadiens à rechercher des soins dentaires hors de leur lieu de résidence en raison de la proximité des Etats-Unis avec le Mexique (Turner, 2009)/

Les asiatiques se dirigent vers l'Inde ou la Malaisie, quant aux Russes les plus fortunés ils se font soigner en Allemagne. Les Australiens prennent la direction de la Thaïlande (Phuket et Bangkok). Pour finir, les Anglais, les Irlandais et les Gallois se tournent vers la Bulgarie, la Croatie, la Hongrie et la Pologne (Turner, 2009). Les destinations préférentiellement empruntées par les patients français pour se faire prodiguer des soins dentaires à prix réduits sont les pays de l'Est et le bassin méditerranéen, la première destination étant la Hongrie.

Selon Leigh Turner, d'une manière générale, « la plupart des touristes dentaires se rendent dans des endroits où le coût total des soins dentaires, des repas, de l'hébergement, du transport et d'autres dépenses est moins élevé que ce qu'il leur en coûterait pour obtenir des soins chez eux » (Turner, 2009).

2.6.1 La Hongrie, eldorado de la dentisterie

En Hongrie, le tourisme dentaire est né il y a près de 30 ans avec les autrichiens de l'est du pays. Depuis longtemps ce mouvement concerne les pays riverains et proches comme l'Autriche et l'Allemagne. En quinze ans, le marché n'a cessé de s'élargir, tant au niveau de l'offre que de la demande, phénomène qui s'est accru avec l'entrée récente de la Hongrie dans l'UE et l'augmentation de la concurrence. Budapest se place aujourd'hui parmi les leaders mondiaux sur le plan des soins dentaires. On parle de la Hongrie comme « le dentiste de l'Europe ». Ce phénomène n'est d'ailleurs plus confiné au pays voisins de la Hongrie, il s'est étendu à de nombreux pays comme le Royaume-Uni, l'Italie et la Suisse (figure 17) (Dental Suisse, 2009).

Le tourisme dentaire se développe de manière significative en Europe Centrale avec un nombre croissant de patients venant de pays limitrophes mais aussi plus lointains comme l'Irlande. Dans les régions frontalières de l'ouest de la Hongrie, les chirurgiens-dentistes traitent pour deux tiers des patients non hongrois, jusqu'à un patient sur deux à Budapest (Österle et coll., 2009).

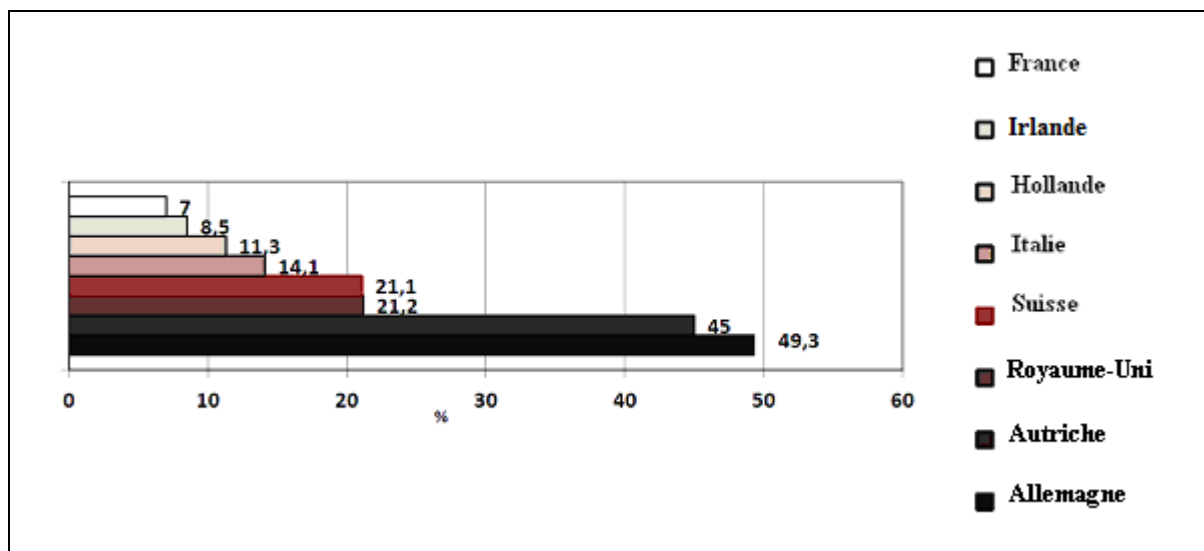


Figure 17 : Chiffre d'affaire engendré par les patients étrangers en Hongrie (Source : Szúts, 2010)

1400 praticiens seraient installés le long de la frontière autrichienne. Sopron, île de 50 000 habitants compte à elle seule environ 300 chirurgiens-dentistes, alors que 20 seraient suffisants. Ce chiffre exorbitant s'explique par sa situation géographique frontalière avec l'Autriche. Chaque week-end des milliers de patients se bousculent à la frontière pour bénéficier de soins dentaires, concernant essentiellement l'implantologie et la prothèse conjointe. Le tourisme dentaire en Hongrie continue donc de se développer puisqu'elle offre une large gamme de soins dentaires, à des prix largement inférieurs à ceux pratiqués en Europe de l'Ouest. En Hongrie environ 400 000 à 500 000 traitements sont prodigués à des étrangers chaque année (Dental Suisse, 2009).

2.6.2 Les autres pays

Dans l'union Européenne, hormis la Hongrie, les principales destinations du tourisme dentaire sont : la Pologne, l'Espagne ou encore la Bulgarie. Hors de l'Union Européenne, la Turquie est la destination de prédilection (figure 18). Hors du continent, on retrouve les cliniques tunisiennes et marocaines, fidèles à leur vocation esthétique. Elles affichent ainsi dans leur catalogue, entre les injections de Botox et la plastie mammaire, « l'embellissement de la denture ».

En Europe, les principaux pays émetteurs de patients alimentant le tourisme dentaire sont le Royaume-Uni, l'Irlande, la France, la Scandinavie (figure 19).

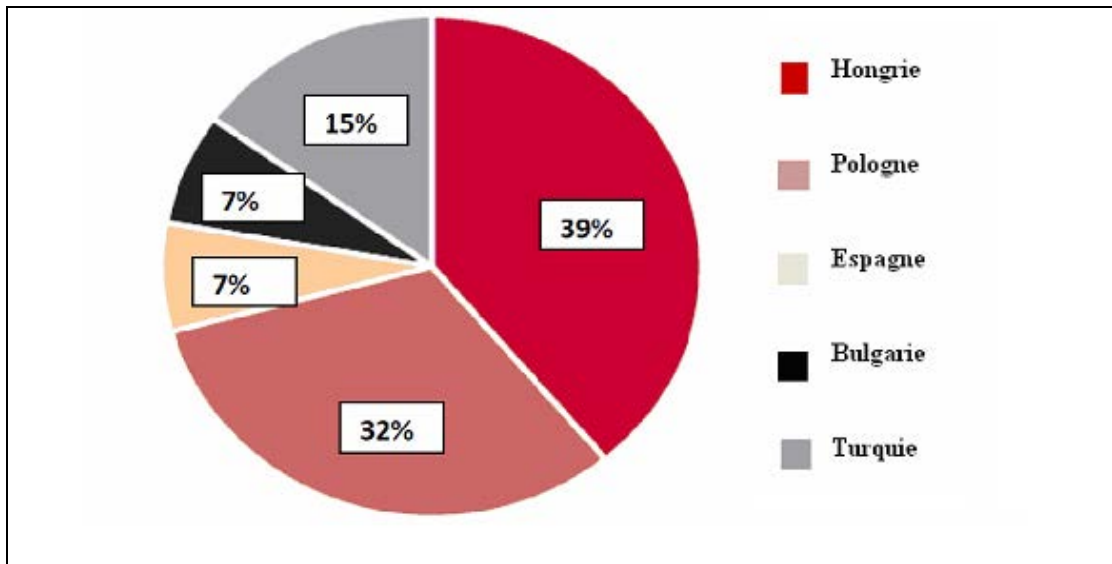


Figure 18: Les destinations du tourisme dentaire en Europe en 2007 (Source : Tolnai et coll., 2009)

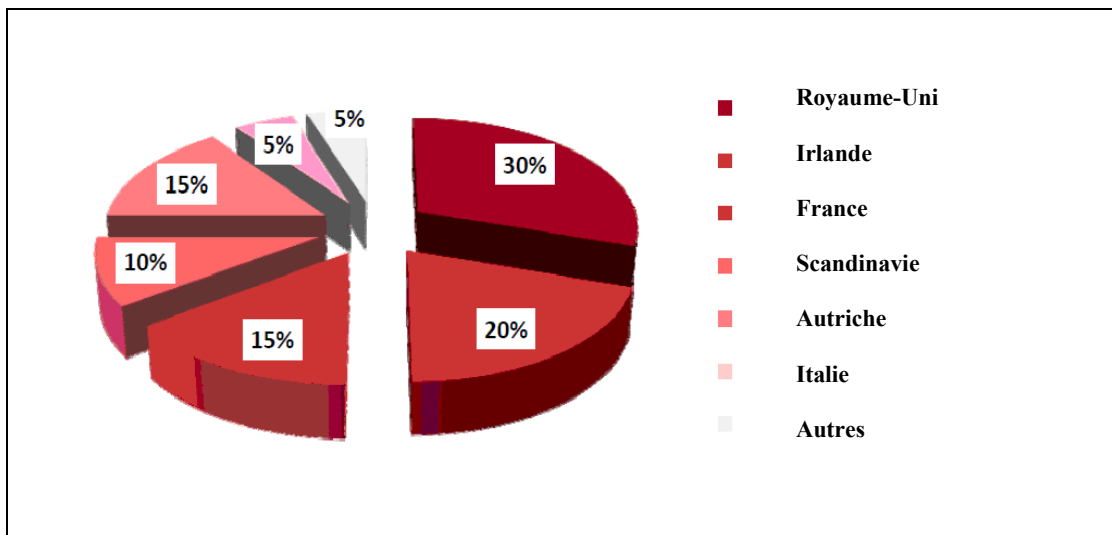


Figure 19 : Provenance des patients européens participant au tourisme dentaire en Europe en 2010 (Source : Kaman, 2010)

2.7 Le remboursement intracommunautaire et dans les pays hors de l'UE

Comme nous l'avons déjà décrit, la mondialisation et la liberté de circulation, des personnes et des biens dans l'espace Schengen, ont conduit un nombre grandissant d'européens à bénéficier de soins dans des pays autres que celui de leur résidence. Il est nécessaire de clarifier l'environnement réglementaire et les diverses modalités de prise en charge de soins dentaires dans le cadre du tourisme dentaire. Les règlements communautaires sur la Sécurité Sociale s'appliquent aux états membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen (UE-EEE) et à la Suisse, conformément à l'annexe 1 de l'accord du 4 avril 2002. Par ailleurs, des conventions ont été signées avec 36 pays, hors EEE (Hemm, 2007) (annexe 3).

La Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE) a établi une jurisprudence constante en faveur de la mobilité des patients au sein de l'UE. Auparavant, en matière de soins ambulatoires et de soins hospitaliers nécessaires (urgence), cette jurisprudence garantissait la prise en charge par les systèmes de Sécurité Sociale. Il en allait tout autrement pour les interventions programmées. Le patient qui souhaitait subir une opération dans un autre État membre devait en faire la demande auprès de sa caisse de Sécurité Sociale et obtenir au préalable son accord avec le formulaire E112. C'est ce qui résulte de l'article 20 d'un règlement de 2004. Ce règlement imposait aux caisses d'accorder leur autorisation : en premier lieu, les prestations concernées devaient être prises en charge au titre de la législation de l'État d'affiliation. Puis, il fallait remplir une condition de délai. L'autorisation devait être donnée à l'assuré lorsque « ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie ». Aujourd'hui les droits des patients en matière de soins transfrontaliers ont évolué (Perrin, 2007).

2.7.1 Hors espace économique européen

Seuls les soins inopinés dit « soins médicalement nécessaires ou urgents » et imprévus survenus à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour, pourront éventuellement être pris en charge par la caisse d'Assurance maladie. Ces dispositions ne visent pas la situation de la personne qui s'est rendue sur le territoire d'un autre état en vue d'obtenir un traitement médical. Ces soins dits « programmés » ne sont donc pas pris en charge, sauf entente préalable obtenue auprès de la caisse d'affiliation. Dans le secteur dentaire, sont considérés comme soins inopinés, et donc remboursés, les consultations d'urgence, les soins endodontiques, les soins chirurgicaux.

Les soins prévisibles (prothèses, détartrage etc.) sont des soins programmés. Le patient qui reçoit ces soins dans un pays hors de l'UE-EEE, ne pourra donc bénéficier d'une prise en charge et d'un remboursement de l'Assurance maladie.

Pour plus de renseignements, le site « ameli.fr » conseille au patient de contacter la caisse d'Assurance maladie, l'assureur, l'agence de voyage, le ministère des Affaires étrangères et européennes, le Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité Sociale (Hemm, 2007) (31).

2.7.2 Pour les soins reçus dans un état de l'UE-EEE et en Suisse, la réglementation diffère

Depuis les textes votés dans la loi de finance de la Sécurité Sociale, il existe une centralisation des prestations dites « transfrontalières », par transferts de compétences de l'ensemble des caisses d'Assurance maladie. L'inhomogénéité et la complexité des demandes et des prestations ont conduit à la création du Centre National des Soins Européens (CNSE),

cette structure centralisée assure le traitement des factures et des dossiers complexes (Hemm, 2007).

Depuis le 1^{er} juin 2004, la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM) a substitué les formulaires E112 (soins programmés, autorisation préalable) et E111 (touristes, soins imprévus) délivrés à l'occasion des vacances, ainsi que les formulaires E110, E128 et E119. Elle vise à simplifier l'accès des citoyens aux Etats membres de l'UE/EEE et de la Suisse aux services des soins de santé pendant les visites temporaires à l'étranger c'est-à-dire les procédures de paiement et de remboursement (Anido Freire, 2010).

2.7.3 Prise en charge et remboursement des soins inopinés lors de séjour touristique.

Dans la mesure où ils sont affiliés auprès du régime de protection sociale d'un état membre, les assurés peuvent, lors de séjours temporaires sur le territoire d'un autre état membre, bénéficier, sur la base de la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM), d'une prise en charge pour les soins médicalement nécessaires survenus à l'occasion de ces séjours. Les dispositions applicables en matière de séjour sont identiques quelle que soit la nature du séjour (professionnel ou non) ou la qualité du titulaire (travailleur, inactif, pensionné, étudiant, chômeur etc.) (Hemm, 2007).

Les soins dentaires transfrontaliers dans le cadre du tourisme dentaire n'appartiennent pas aux soins occasionnels. En effet en dehors des urgences dentaires, ils ne sont pas médicalement nécessaires au sens strict de la définition des soins occasionnels (Chiomento, 2009).

2.7.4 La prise en charge et remboursement des soins programmés

Auparavant et au sens de la définition des soins programmés et inopinés, les soins dentaires dans le cadre du tourisme dentaire constituaient un flou juridique et ont créé des situations juridiques nouvelles pour les patients se rendant dans un autre état membre de leur propre initiative, sans autorisation préalable.

La CJUE juge actuellement les affaires qui soulèvent un problème d'interprétation du droit communautaire à un pays membre, occasionnées par un manque de conformité entre la législation du pays et celle du droit européen. Elle a été saisie à plusieurs reprises concernant des patients ayant reçu des soins dans un autre Etat membre et a rendu différents arrêts (Chiomento, 2009). Elle a ainsi introduit le droit pour les patients d'être remboursés pour des soins réalisés à l'étranger sans qu'ils n'aient aucune démarche préalable à faire.

La CJUE reconnaît les prestations de santé comme des services, elle permet la libre circulation des prestations de santé et elle limite la nécessité de l'autorisation préalable aux seuls soins hospitaliers. Elle introduit en plus une seconde voie de remboursement pour les soins prévus à l'étranger.

La première voie était prévue par les règlements initiaux de coordination de la Sécurité Sociale. Si les soins ne peuvent être prodigués dans les délais raisonnables, les patients peuvent recevoir des soins dans un autre Etat membre, munis d'une autorisation préalable. Les patients sont dispensés d'avance de frais.

La deuxième voie est prévue par la jurisprudence de la CJUE, le patient choisit de recevoir des soins à l'étranger, attiré par des prestations plus rapides, moins chères ou jugées de meilleures qualités. Le patient doit avancer les frais et la CJUE prévoit qu'il soit remboursé directement par sa caisse d'affiliation à hauteur de ce qu'il percevrait si les soins avaient été réalisés dans son pays. Ainsi, les frais ne sont plus remboursés sur la base du tarif du pays où ils ont été dispensés mais sur la base du pays où les droits sont ouverts. Elle propose de la sorte une solution inverse à celle dégagée par les règlements de coordination des régimes de Sécurité Sociale.

La jurisprudence pose certaines difficultés, notamment parce que tous les pays européens n'ont pas la même interprétation des textes et par conséquent ne l'appliquent pas de la même manière (Bouchard, 2009).

En France, en 2005, le Journal Officiel a publié un Décret relatif à la prise en charge des soins à l'étranger. L'article R.332-3 de ce décret traite spécifiquement des soins reçus dans les pays de l'Union : « Les soins reçus en UE-UEE doivent être remboursables en France pour être pris en charge. Le remboursement des soins reçus dans un autre Etat membre n'est pas soumis à une autorisation préalable de l'organisme d'Assurance maladie de l'assuré (sauf pour les soins hospitaliers et le recours à des équipements lourds), la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs conventionnels français. Les soins reçus dans un autre Etat membre sont remboursés dans la limite des dépenses engagées ».

2.7.5 Que dit la directive européenne sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers?

Les députés européens ont voté, le 19 janvier 2011, une directive pour garantir aux patients un remboursement de soins reçus à l'étranger. Elle donne droit au remboursement automatique de traitements non hospitaliers dispensés ailleurs dans l'UE à concurrence de ce qu'aurait remboursé le pays d'origine. Autrement dit, si les soins sont plus faciles d'accès ailleurs, mais plus chers, le patient devra en assumer le surplus. Les soins peuvent être reçus dans un établissement public ou privé. Toutefois, à partir du moment où le traitement implique une nuit à l'hôpital ou s'avère particulièrement coûteux et très spécialisé (cas des maladies rares notamment), le patient devra demander une autorisation préalable à sa caisse d'Assurance maladie. Cette autorisation lui sera refusée dans deux cas seulement : si son pays a des raisons de s'inquiéter de la qualité des soins prodigués par tel ou tel établissement européen, ou si le même traitement est accessible sur place dans un délai raisonnable. Sauf que les États ont refusé de définir ce qu'ils entendaient par délai raisonnable.

Chaque État de l'UE va devoir créer un point de contact national, où tout patient pourra obtenir des informations claires et fiables sur les conditions d'accès aux soins de santé dans un autre Etat membre de l'UE et les conditions de remboursement. Le patient ne devra

pas toujours avancer l'argent des soins. Le paiement ne doit pas être effectué par le patient, dans la mesure où il existe un accord bilatéral entre états. A ce moment-là, le paiement se fait directement d'un état à l'autre.

Redoutant à la fois un afflux de patients étrangers dans leurs hôpitaux et trop de soins transfrontaliers à rembourser, le Portugal, la Pologne, la Roumanie et l'Autriche avaient voté contre la directive, mais n'ont pas réussi à empêcher son adoption (32). Les États membres avaient jusqu'au 25 octobre 2013 pour la transposer dans leur propre législation.

En résumé

Tout européen a le droit de se faire soigner dans un autre pays de l'UE, soit à cause d'un imprévu, soit par simple décision personnelle. Le premier cas ne relève pas du tourisme dentaire contrairement au second cas qui s'inscrit dans le droit de libre circulation des citoyens de l'Union Européenne et de tous les droits associés (mêmes droits que dans le pays d'origine) et en particulier de libre choix de l'établissement et des professionnels de santé pour se faire soigner. Ces droits sont encadrés par des procédures où sont impliquées les sécurités sociales des deux pays ; le patient européen doit les respecter s'il prétend bénéficier des remboursements des frais médicaux comme s'il était resté dans son pays d'origine (Anido Freire, 2010).

Les prestations effectuées dans tout état membre de l'UE sont remboursés sur la base des tarifs appliqués par la Sécurité Sociale française, au même titre que les soins dentaires reçus en France. Une prise en charge par la complémentaire santé du patient est possible. Néanmoins, seuls les soins prévus par la réglementation française seront remboursés (33) (34). De fait, les implants dentaires ne seront pas remboursés. Pour tous les soins ambulatoires qui, par définition, n'impliquent pas d'hospitalisation, le patient n'a pas besoin de prévenir son Assurance maladie avant de partir. Il suffira d'adresser à cette dernière les factures et justificatifs à son retour (Cousseau, 2009).

2.7.6 Cheminement pour un patient en quête de soins dentaires dans un autre pays membre

Où trouver des renseignements concernant le remboursement des soins dentaires ?

Selon la directive, chaque état de l'UE doit créer un point de contact national, afin de fournir les informations nécessaires aux patients désireux de recevoir des soins en dehors de son pays. En France, il s'agit du ministère des affaires sociales et de la santé à Paris (35) (36).

Le patient peut s'adresser à la Caisse Primaire d'Assurance maladie (CPAM) de Vannes, seule caisse s'occupant des demandes de remboursement des soins reçus à l'étranger. Ils peuvent également se connecter au site « ameli.fr » ou obtenir les renseignements par téléphone (34).

Les dispositions avant le départ

Lors d'un séjour dans un de ces pays, il est conseillé de se procurer la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM) auprès de la caisse d'Assurance maladie à laquelle

le patient est affilié (figure 20). Elle peut aussi s'obtenir par internet sur le site « ameli.fr » ou par téléphone. La CEAM est valable un an. Elle est individuelle et nominative. Elle permettra au patient d'attester de ses droits à l'Assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge des soins médicaux sur place, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour. Si le départ a lieu dans un délai inférieur à 15 jours, la caisse d'Assurance maladie délivrera un certificat provisoire de remplacement, valable trois mois, qui attestera des droits à l'Assurance maladie. Il peut être utilisé dans les mêmes conditions que la CEAM (33).



Figure 20 : La carte européenne d'Assurance maladie (CEAM)

Quelles sont les procédures à suivre pour l'assuré français afin d'être remboursé ?

De retour en France, le patient doit adresser les feuilles de soins, factures ou autres justificatifs de paiement à l'Assurance maladie accompagnés obligatoirement du formulaire S3125 « Soins reçus à l'étranger - Déclaration à compléter par l'assuré » (annexe 4). Si le dossier comporte toutes les pièces utiles à son traitement, il est transmis au CNSE qui est susceptible de demander au patient des renseignements complémentaires (31).

Selon le site internet d'une agence de tourisme dentaire, les documents à présenter sont :

- une radio panoramique dentaire avant les soins ;
- une radio panoramique dentaire après les soins ;
- une facture en français avec les codes de la Sécurité Sociale ;
- le formulaire S3125 ; les justificatifs de séjour à l'étranger.

Il est donc nécessaire et indispensable au patient de réclamer et conserver les factures acquittées et les justificatifs de paiement du chirurgien-dentiste qui a effectué les soins. Lorsqu'un chirurgien-dentiste demande un paiement en espèces sans délivrer de facture, il faut bien évidemment refuser pour pouvoir prétendre à un remboursement des prestations en France par les organismes sociaux. Dans le cas contraire, aucun recours n'est possible (Cousseau, 2009).

Qui paye quoi ?

Deux cas de figure concernant l'avance des frais par l'assuré français existent (37) :

- il n'y a pas d'avance des frais médicaux, les organismes concernés s'occuperont directement du remboursement des frais médicaux entre eux ;
- le patient paye une part ou la totalité des frais, et à son retour se fera rembourser par sa caisse d'Assurance maladie.

Pour conclure

Au sein de l'UE/UEE/Suisse, les patients sont libres de se faire soigner dans le pays de leur choix. Par conséquent les soins, y compris les soins prothétiques, seront remboursés sur la base de remboursement possible sur le sol français (38) (39). A ce jour, il n'existe pas de nomenclature européenne qui permettrait une codification harmonisée des actes. La Commission Européenne se défend d'organiser le tourisme médical en Europe, selon l'ancien commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs, John Dalli (32). La nouvelle législation européenne s'adresse surtout aux populations installées près d'une frontière nationale et voulant accéder aux soins du pays voisin ou encore aux patients en quête de soins très spécialisés ou aux expatriés.

2.8 Définition et origine du low-cost

Au 21^e siècle, l'idéal low-cost s'impose comme le dernier rêve moderne où chacun pourrait acheter mieux à des prix toujours plus bas. Synonyme d'achat malin, le low-cost représenterait la pierre philosophale de l'économie moderne, un modèle au mille vertus, une

formule magique capable de concevoir le même produit pour un coût inférieur, et donc de manger, voyager, vivre, se faire soigner pour deux, trois, voire dix fois moins cher. Plus aucun secteur n'échappe au phénomène low-cost. Les consommateurs suivent, les industriels se réjouissent. Fay et Reynaud écrivent « Critiquer le low-cost serait le dernier snobisme d'une classe bourgeoise en quête d'une nouvelle cause à défendre » (Fay et Reynaud, 2009).

Commençons par définir le concept « low-cost » et à comprendre son origine.

Le concept low-cost est un modèle économique de production à bas coût, essentiellement tourné, dès son origine, vers une population à faibles revenus. Le low-cost, en tant que vocable, est apparu dans le discours managérial il y a une quinzaine d'années, bien après son essor économique qui date de la fin des Trente Glorieuses.

En effet, ce phénomène n'est pas nouveau puisque les premiers commerces low-cost ont vu le jour immédiatement après la Seconde Guerre Mondiale dans la distribution alimentaire. Les populations des pays occidentaux, alors en pleine reconstruction, bénéficiant pour la plupart d'un faible pouvoir d'achat, se sont naturellement tournées vers ce type de distribution peu onéreuse. Suivi dans les années 1970-1980 par le *hard-discount* dans l'ameublement, plus récemment dans les années 2000 dans le transport aérien, et de nos jours dans la santé. Sa diffusion en Europe dans la langue courante peut être datée et associée au succès des compagnies aériennes low-cost, Ryanair et EasyJet (Santi et Nguyen, 2012 ; Soulié, 2013).

Au sens littéral, « *low-cost* » signifie bas coût, mais les anglo-américains préfèrent utiliser l'expression « *no frills* » traduisible par « sans frime » qui désigne un produit brut, sans fioritures. *Stricto sensu*, le low-cost est un modèle économique né aux Etats-Unis dans les années 70. Son invention est souvent attribuée à Herbert Kelleher, un homme d'affaires nord-américain. En 1967, il crée sa propre compagnie Southwest Airlines. Pour éviter de mettre la clef sous la porte, il recherche et invente des principes pour augmenter la productivité de sa compagnie et révolutionner le marché. Du point de vue social, Kelleher refuse le principe « *low-cost, low-right* », qui sous-entend des prix bas mais une pression importante sur le personnel. De l'invention de Kelleher, les imitateurs et successeurs vont surtout retenir les bas coûts (Fay et Reynaud, 2009).

Cette pratique se développe particulièrement en temps de crise économique. C'est pourquoi, ce concept est apparu au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, cela s'est confirmé dans les années 70-80 lors du choc pétrolier, et plus récemment, suite aux effets collatéraux de la mondialisation. Selon les experts du low-cost, ce phénomène s'inscrit dans l'air du temps. Le succès du low-cost repose avant tout sur les changements de comportement des consommateurs et plus encore en ces temps de crise qui influe sur les arbitrages. « Après l'époque de la consommation à tous crins de ces dernières décennies qui a fait éclore des dérives nombreuses au nom du progrès, le consommateur veut revenir à l'essentiel : des produits simples et utiles à bas prix » (Soulié, 2013) (40).

Lorsque qu'il s'agit de low-cost, à quelle réalité fait-on exactement référence ?

L'expression est souvent empreinte d'une aura négative et de connotations péjoratives. Le low-cost est tantôt associé à la mauvaise qualité, tantôt au mépris du consommateur. Il a

mauvaise presse pourtant ces excès, loin de lui être spécifiques, sont emblématiques des dérives d'une société de consommation dont la seule limite semble être le coût de production.

Il est tentant de partir du sens littéral en anglais pour en cerner la nature : le low-cost désignerait alors toute activité économique fondée sur la baisse des coûts. Si l'on retient cette acception large, sera alors qualifiée de low-cost une entreprise qui délocalise sa production dans un pays à faible coût de main-d'œuvre (dit « pays low-cost »), ainsi qu'une entreprise locale qui réorganise ses méthodes de production pour réaliser des gains de productivité. Cette approche du low-cost se révèle en réalité trop extensive car elle désigne à tort toutes les pratiques de baisse de prix. Les termes low-cost ne peuvent être assimilés aux politiques de réduction des coûts ou de domination par les coûts. Toute production à bas coût est assimilée à du low-cost si elle s'accompagne automatiquement d'une démarche de redéfinition du produit dans le sens d'une simplification (Combe, 2011 ; Santi et Nguyen, 2012). En ce sens, les cliniques dentaires récemment apparues en France entrent dans cette définition, de même que les cliniques actrices du tourisme dentaire car elles fonctionnent selon ces principes et se situent dans des pays low-cost.

Une seconde piste consiste à définir le low-cost en partant des niveaux de prix : le low-cost serait d'abord une pratique de prix bas. Or, malgré des prix d'appel imbattables, les entreprises low-cost sont loin de pratiquer des prix systématiquement bas. En témoignent les centres dentaires low-cost basés en France, les soins de base étant soumis à la nomenclature. À vrai dire, pour cerner la nature profonde du low-cost, il convient de partir des besoins du consommateur, pour les redéfinir dans le sens d'une simplification à l'extrême (Combe, 2011 ; Santi et Nguyen, 2012).

L'expression low-cost est liée à un ensemble de procédures industrielles permettant, grâce à l'innovation, la recherche, l'ingénierie, l'intelligence, de baisser les coûts de production, et de rendre accessibles au plus grand nombre des produits et des services jusque-là intouchables. Confrontées à la concurrence, les entreprises sont obligées de repenser leur organisation et de revoir leur mode de production pour réaliser des offres simplifiées à petits prix. Par rapport au commerce traditionnel, le modèle low-cost est fondé sur la conduite d'une politique rigoureuse de baisse des coûts de production, une planification de l'activité le plus longtemps possible à l'avance, une automatisation maximale voire une suppression des prestations habituelles assurées par des employés, une réduction des coûts d'exploitation, une simplification des procédures, une moindre diversification (monoproduction), une standardisation des produits et une relation optimisée avec les fournisseurs (Fay et Reynaud, 2009 ; Soulié, 2013) (41).

Il en découle de nouveaux modes de productions et de distribution dont le coût est inférieur à ce qu'il aurait été sans ces efforts tout en dégagant une rentabilité supérieure. La baisse des coûts se répercute sur le prix final du produit ou du service. C'est une stratégie d'entreprise visant à proposer à un large public une offre simple, dépouillée du superflu et à réduire l'offre à l'essentiel des qualités attendues par le client en contreparties d'un prix très bas (Fay et Reynaud, 2009 ; Santi et Nguyen, 2012) (40). Le produit vendu low-cost est présenté comme un produit de qualité. La logique du low-cost serait à priori fondée sur un bon rapport qualité/prix.

2.9 Santé et low-cost

Qu'en est-il dans le domaine de la santé ? Sachant que le low-cost n'est rien d'autre qu'une reformulation des offres pour arriver à une économie maximale et à des ventes en gros volumes, le modèle peut être appliqué à quasi tous les secteurs d'activité. Et c'est justement la raison pour laquelle de plus en plus d'enseignes se convertissent sans perdre de leur renommée. Grâce à une offre low-cost, le client y gagnerait puisqu'il pourrait bénéficier d'un prix bas pour un produit ou service de qualité, de même que l'entreprise car en proposant des prix cassés avec les prix habituels du marché, elle trouve les moyens de se différencier de la concurrence, sans rien perdre de ses marges. « Tous ces avantages intrinsèques du modèle expliquent le pourquoi du succès du low-cost ces dix dernières années » (Santi et Nguyen, 2012) (40).

La stratégie du low-cost n'est donc plus l'apanage des compagnies aériennes et de la distribution alimentaire et se diffuse aujourd'hui dans plusieurs secteurs d'activités, l'industrie automobile mais surtout les services (coiffure, hôtellerie, banque, assurance, contrôle technique, pompes funèbres, déménagement etc.), même si il y occupe une place encore limitée. Loin d'être réservé à une catégorie donnée de population, le low-cost est utilisé aujourd'hui par une majorité de consommateurs, même si les pratiques restent très différenciées selon les groupes sociaux (Soulié, 2013 ; Combe, 2011) (41). Ainsi il est légitime de s'interroger sur la déclinaison du low-cost dans le domaine médical. Dans ce domaine le low-cost ne connaît pas encore le succès fulgurant d'autres secteurs. Mais pour combien de temps encore ?

Dans les années à venir, la tendance au déremboursement des soins et à la modération des taux aura de fortes chances de se poursuivre, au vu de la conjoncture actuelle (42) (43). Face à ce constat la médecine low-cost occupera une place de plus en plus importante. En effet, lorsque certains soins ne sont plus ou sont moins bien remboursés, les patients n'ont, aujourd'hui, le choix qu'entre trois stratégies :

- prendre à leur charge, lorsqu'ils en ont les moyens, l'augmentation du coût, soit directement, soit via la souscription d'assurances complémentaires ;
- se tourner vers des solutions médicales moins onéreuses dispensées dans d'autres styles de structures (la troisième partie de ce travail développera ce point) ;
- renoncer purement et simplement aux soins nécessaires, comme on le constate déjà fréquemment en odontologie.

La santé est désormais envisagée par certain comme un marché juteux, notamment dans le domaine de l'optique et de l'odontologie. Dans de nombreux pays européens ayant précédé la France sur la voie du déremboursement, les autorités ont pu observer le développement de ces pratiques s'apparentant à un véritable marché low-cost (42) (43). La médecine n'échappe donc pas à cette vague, que certains n'hésitent pas à appeler « marché de la santé ». Dans le domaine de l'optique, les consultations peuvent se faire sur le web. Il est même envisagé par des enseignes de grande distribution ou encore des *pure players* (entreprise œuvrant uniquement sur internet), de vendre des lunettes de vue sans que le patient ne soit en contact direct avec un opticien. Des sites internet agréés par l'Assurance maladie

proposent à leurs clients de leur envoyer par la poste monture et verres à prix réduits, accompagnés d'une facture et d'une feuille de soins pour le remboursement incitant les patients à ne plus prendre le temps de se rendre chez les professionnels de santé (42) (43).

2.10 Odontologie et low-cost

En ces années de mondialisation, les cabinets dentaires sont en pleine révolution, la vision de l'exercice de la profession en plein remaniement. Le tourisme dentaire a contribué à ces changements : un concept qui commence à peine à se démocratiser, alors qu'un nouveau est apparu en France et chez certains de nos homologues européens, les centres de santé low-cost spécialisés dans les soins dentaires (Rosenweg, 2012 ; ONCD 106, 2012).

En Europe, la France, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne ont vu en quelques années fleurir des cliniques dentaires low-cost. Au travers de cet essor, se dessine un profond mal être de la population, la France n'étant pas la seule à connaître des difficultés en matière de santé (8). En Suisse, le marché est aussi en plein essor, nombreux sont les articles traitant le sujet (Société suisse d'odonto-stomatologie, 2009).

Reprenons le cas de la France où ces centres sont désormais bien connus. Leur implantation varie selon la structure qui les porte : mutuelle, collectivité locale ou association. En 2013, ils représentaient 5 % de l'offre totale de soins dentaire sur le territoire français. A côté des centres dentaires mutualistes et municipaux, un troisième type de structure, les centres dentaires de type associatif à but non lucratifs dits low-cost, a multiplié ces dernières années les ouvertures, dont certaines sont très controversées (De Divonne, 2013). Si le mouvement low-cost au sens large est survenu dans notre profession de façon lente et croissante ; il a pris son essor en même temps que l'arrivée des professionnels de coaching dans le monde dentaire (Indépendantaire 100, 2012). Les chirurgiens-dentistes peuvent à présent suivre des formations dans le but d'apprendre les méthodes et les stratégies qui permettent de rentabiliser au mieux leur cabinet et faire accepter les traitements proposés (45).

Depuis 2009, l'éclosion des centres dentaires low-cost se fait essentiellement dans les plus grandes agglomérations françaises (ONCD 106, 2012). Les promoteurs ont décidé de reprendre le modèle d'organisation des cliniques dentaires à l'étranger pour diminuer le prix des prestations de soins : sont proposés des forfaits implants-couronnes à moitié prix de la moyenne pratiquée par les chirurgiens-dentistes libéraux (44). Le précurseur de ce mouvement en France est Patrice de Montaigne de Poncins, fondateur du premier centre dentaire géré par une association à but non lucratif « Addentis », ouvert à Bondy en 2009. Ont suivi les centres de la même association à Aubervilliers et Bobigny, toujours dans le département de la Seine-Saint-Denis particulièrement touchés par la précarité sanitaire (De Divonne, 2013). L'un de ses anciens associés, Pascal Steichen, a ouvert à cadence régulière sur le même modèle ses propres centres dentaires à bas prix sous l'appellation « Dentexia », association elle aussi à but non lucratif (Liffran, 2012) (46).

Les centres dentaires de l'association « Dentexia » ont d'abord élus domicile dans la région lyonnaise : le premier dans le 6^e arrondissement de Lyon (à proximité du parc de la

Tête-d'Or dans un ancien cabinet libéral), le second dans le quartier des hôpitaux (à Grange-Blanche au cinquième étage de la clinique privé « Natecia »). Un troisième a ouvert à Vaulx-en-Velin, en périphérie lyonnaise, dans un local de 300 mètres carrés où exercent six chirurgiens-dentistes omnipraticiens et trois spécialistes en implantologie (47). Dernièrement l'association Dentexia, leader du marché low-cost en odontologie, s'est tournée vers Chalon-sur-Saône en Bourgogne, et s'apprête à lancer un nouvel établissement à Marseille (figure 21). Depuis, les centres dits low-cost gérés par diverses associations telles que Dentifree, Dentalvie, Dentego, Dentalya, Cossem se sont installés à Paris et sa petite couronne, Lille, Aix-en-Provence, Lambersart, Aubagne, Cabestan (figure 21) (46).

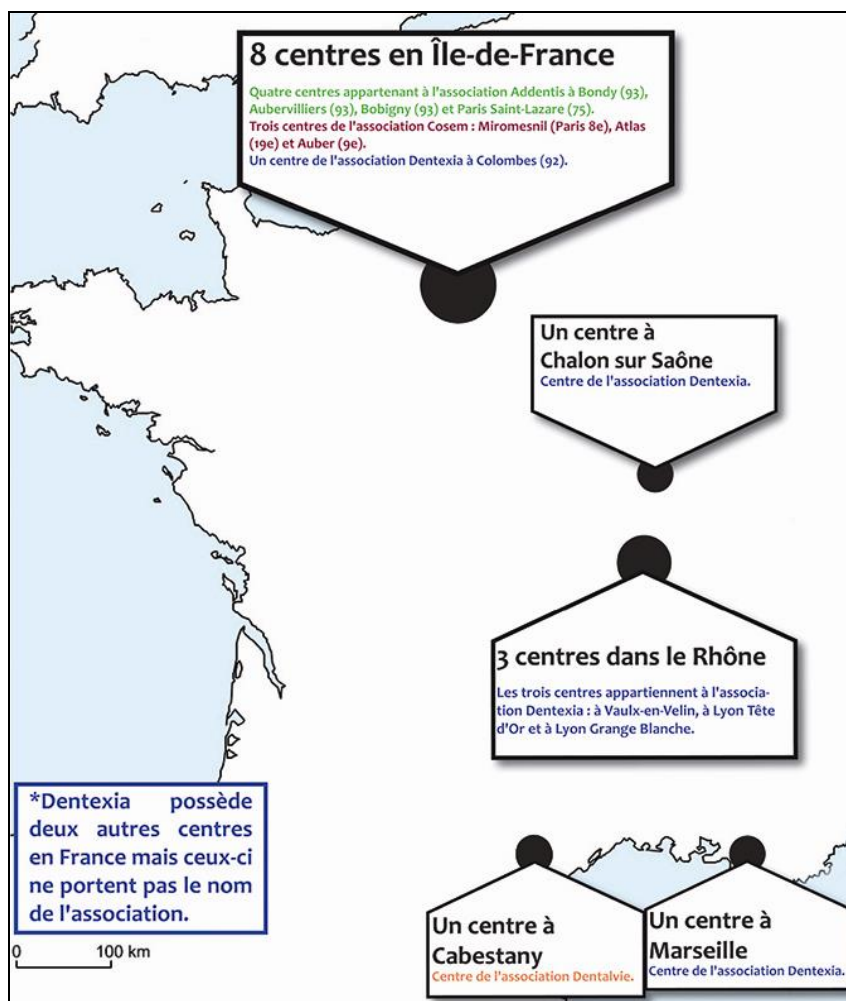


Figure 21: Seize centres dentaires low-cost installés en France au 1^{er} juillet 2013 (Source : Rouget, 2014)

Dès leur ouverture, les nouveaux centres connaîtraient, selon leurs dirigeants, un franc succès et ne désempliraient pas, et cela à grand renfort de publicité (48). Les centres revendiquent leur statut d'association à but non lucratif et leur objectif social. Un objectif diffusé dans les médias et sur le site [internet](#) de Dentexia, qui dit vouloir « mettre la santé bucco-dentaire à la portée de tous, en pratiquant des prix près de trois fois inférieurs à ceux couramment constatés ». Leur initiative est présentée comme un bienfait pour les patients et pour les praticiens. L'avantage pour le praticien est d'être salarié et de se consacrer

entièrement aux soins dentaires. Pour le patient, l'avantage serait multiple, comme nous le verrons dans la suite de ce travail (47).

Nombreux sont les patients qui, certes, ne mettent pas de côté les soins dentaires pour diverses raisons, mais qui n'envisagent pas pour autant l'option du soin à l'étranger (44). En effet, les patients français accordent une confiance particulière à leur chirurgien-dentiste. Selon le dernier baromètre établi par l'institut Viavoice pour le Groupe Pasteur Mutualité, 88% disent « avoir toute confiance en leur praticien » (Groupe Pasteur Mutualité/Viavoice, 2014). 91% des Français disent « avoir une bonne image de leur chirurgien-dentiste » d'après une étude Ifop publiée pour Webdentiste et l'UFSBD (UFSBD/Webdentiste/Ifop, 2013). Un constat qui peut expliquer l'engouement plus important des patients vers l'offre locale low-cost.

Nous avons réalisé un travail comparatif à partir :

1. de cartes (annexes 5- 15) répertoriant les paramètres suivants :

- La densité des chirurgiens-dentistes selon les villes, les départements et les régions ;
- La proportion de bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire selon les départements ;
- Sept classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire proche.

2. De la répartition géographique des centres dits low-cost en France en 2013.

Ce travail est synthétisé sous forme de tableau (tableau 4).

Remarque :

Classe 1 : zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité ;

Classe 2 : zones plutôt périurbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale avec pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux ;

Classe 3 : zones relativement peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ;

Classe 4 : zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalité générale et prématurée, hormis pour les cause accidentelles ;

Classe 5 : zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalité générale, prématurée et accidentelle au sens large ;

Classe 6 : zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalité générale et prématurée ;

Classe 7 : zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales et en sous-mortalité par cancers.



Tableau 4 : Répartition géographique des centres dentaires low-cost en France en 2013 suivants 6 paramètres

Centres de soins dentaires	Profil socio-sanitaire	Densité des chirurgiens-dentistes selon les villes	Proportion de bénéficiaires de la CMU de base	Proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire	Densité de chirurgiens-dentistes selon les régions	Densité de chirurgiens-dentistes selon les départements
ADDENTIS Bondy (93) Ile-de-France	Classe 2	Très dotée 31.5-45.1	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	31,5-45.1
ADDENTIS Aubervilliers (93) Ile-de-France	Classe 2	Très dotée 31.5-45.1	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	31,5-45.1
ADDENTIS Bobigny (93) Ile-de-France	Classe 2	Intermédiaire 31.5-45.1	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	31,5-45.1
ADDENTIS Paris Saint-Lazare (75) Ile-de-France	Classe 1	Très dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
DENTIFREE Lambersart Nord-Pas-de-Calais	Classe 6	Intermédiaire 45.1-58.8	3.10-6.69	6.0-10.9	46-54	45.1-58.8
DENTIFREE Aubagne Provence-Alpes-Côte d'Azur	Classe 3	Sur-dotée 72.5-86.2	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	72.5-86.2
DENTEXIA Chalon-sur-Saône Bourgogne	Classe 2	Très sous-dotée 31.5-45.1	0.90-1.88	4.4-5.2	46-54	31,5-45.1
DENTEXIA Marseille Provence-Alpes-Côte d'Azur	Classe 3	Sur-dotée 72.5-86.2	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	72.5-86.2

Centres de soins dentaires	Profil socio-sanitaire	Densité des chirurgiens-dentistes selon les villes	Proportion de bénéficiaires de la CMU de base	Proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire	Densité de chirurgiens-dentistes selon les régions	Densité de chirurgiens-dentistes selon les départements
DENTEXIA Lyon Tête d'Or Rhône-Alpes	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	3.10-6.69	5.3-6	55-66	58.8-72.5
DENTEXIA Lyon Grange Blanche Rhône-Alpes	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	3.10-6.69	5.3-6	55-66	58.8-72.5
DENTEXIA Vaulx-en-Velin Rhône-Alpes	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	3.10-6.69	5.3-6	55-66	58.8-72.5
DENTEXIA Colombes (92) Ile-de-France	Classe 1	Intermédiaire 58.8-72.5	2.43-3.09	2.5-4.3	67-89	58.8-72.5
DENTEGO Paris 17ème arr. Ile-de-France	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
DENTALYA Aix-en-Provence Provence-Alpes- Côte d'Azur	Classe 3	Sur-dotée 72.5-86.2	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	72.5-86.2
DENTALVIE Cabestany Languedoc- Roussillon	Classe 3	Sur-dotée 58.8-72.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	58.8-72.5
COSEM Paris 8ème arr.	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
COSEM Paris 19ème arr.	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5
COSEM Paris 9ème arr.	Classe 1	Sur-dotée 99,8-113.5	3.10-6.69	6.0-10.9	67-89	99.8-113.5

Analyse du tableau

- La majorité des cliniques dentaires low-cost citée est établie dans des zones dites urbanisées socialement favorisées à proximité des services de soins en sous-mortalité (classe 1).
- La majorité des cliniques est établie dans des départements où la proportion de CMUtistes de base par rapport à la population est comprise entre 3 et 6,7 % (soit la proportion la plus importante).
- Concernant la CMU complémentaire, une majorité des cliniques est établie dans des départements où la proportion de CMUtistes complémentaire par rapport à la population générale est comprise entre 6 et 11 % (soit la proportion la plus importante).
- La majorité des cliniques se trouve dans des régions où la densité de professionnels en activité comprise entre 67 et 89 praticiens pour 100 000 habitants (soit la densité maximale).
- Cinq des cliniques sont localisées dans des départements où la densité de professionnels en activité pour 100 000 habitants est comprise entre 100 et 113.5 (soit la densité maximale) et cinq autres entre 59 et 72.5.
- La majorité des cliniques est située dans des zones dites sur-dotées en chirurgiens-dentistes (soit la densité maximale).

Une association de consommateurs a réalisé un autre travail comparatif sur les honoraires de soins réalisés dans diverses villes françaises.

L'association 60 millions de consommateurs a mis en évidence une variation des honoraires de soins dentaires selon les villes où ils sont pratiqués. Les villes les plus onéreuses concernant la pose d'une couronne céramo-métallique se trouvent être : Paris, Boulogne-Billancourt (situé en région Ile-de-France) et Aix-en-Provence (situé en Provence-Alpes-Côte-D'Azur). En l'occurrence, des villes où ont ouvert des centres dentaires low-cost. *A contrario*, les villes les moins onéreuses sont Nîmes, Perpignan et Clermont-Ferrand : aucun centres low-cost n'y a vu le jour actuellement (49).

Au vu de ces résultats, nous observons que les promoteurs ont l'air de s'établir dans des zones les plus dotées en CMUtistes que ce soit de base ou complémentaire. En effet, cette population constitue bien une manne financière importante, d'autant que ces patients sont plus enclins à se diriger vers ces cliniques qui acceptent tout type de patient dans des délais assez courts.

De même, les zones d'implantation sont pour la plupart bien dotées en chirurgiens-dentistes, urbanisées et socialement favorisées. Les patients disposent donc d'un large choix de praticiens. Ces derniers sont donc soumis à une concurrence certaine (ce que recherchent les centres pour fonctionner) ; le secteur répond ainsi à la loi de l'offre et la demande. Au vue de la modicité des honoraires de soins dentaires et de la rapidité de réalisation des plans de traitement, les patients sont plus susceptibles de se tourner vers la pratique low-cost.

La potentielle patientèle peut être issue de toutes les classes sociales, disposer de faibles ressources financières ou au contraire de ressources importantes mais souhaitant réaliser des économies.

Pour finir, selon le constat relaté par l'association 60 millions de consommateurs, les créateurs des centres dentaires low-cost ont d'un point de vue stratégique visés les zones où les honoraires de soins dits hors nomenclature et à honoraire libre sont les plus élevés en France (Paris, Boulogne-Billancourt, Aix-en-Provence, PACA). Par conséquent, les tarifs pratiqués ont un impact majoré et sont susceptibles d'attirer un nombre croissant de patients.



3 Les facteurs influençant la nouvelle démarche de soins du patient

3.1 Le facteur financier

En France, la population doute des chirurgiens-dentistes dans le sens où elle estime qu'ils exagèrent sur les tarifs pratiqués. Un sentiment qui reflète l'incompréhension des patients vis-à-vis des praticiens et leur vision floutée des conditions dans lesquelles se trouve la profession (CNSD 1591, 2013). Nombreux sont les patients qui ignorent toutes les données mises en évidence en amont (chapitre 1.5.2). Selon une enquête réalisée en 2012 auprès de patients ayant réalisés des soins dentaires volontairement à l'étranger, les récits de patients portent sur l'inégalité d'accès financier aux soins prothétiques et à l'implantologie en France. Ces soins sont jugés encore trop coûteux. Les patients revendiquent le droit à un accès à ces soins rendu difficile en France du fait des faibles remboursements (Fouche, 2012). De nombreuses enseignes ont compris l'intérêt de s'autoproclamer « low-cost ». Le low-cost passe par l'accès du plus grand nombre à des biens et services jusque-là réservés à un petit nombre (Fay et Reynaud, 2009).

La recherche du gain économique est le facteur le plus évoqué par les patients en quête de soins low-cost de façon plus ou moins liée à la difficulté d'accès aux soins et au refus d'établissement de soins par les praticiens d'après la même enquête. En effet, dans tous les récits et témoignages de patients le gain d'argent est clairement exprimé (Fouche, 2012). Un nombre grandissant de Français a donc décidé de tourner le dos à leur praticien en raison de tarifs attractifs proposés par les différents sites web de séjours dentaires et les centres de santé low-cost. Les prix des séjours peu élevés, l'écart des honoraires de soins peu ou non pris en charge par l'Assurance maladie avec les cliniques low-cost en France et à l'étranger semblent être le facteur incitatif majeur dans cette décision (Pianezza, 2012 ; Tremblay, 2012). Le constat de cet écart est notable vers les pays de l'Est et le Maghreb (annexes 1 et 2). Par ailleurs, le gain économique peut diminuer de façon inconsciente le niveau d'exigence des patients (Fouche, 2012).

Un tel engouement envers ces cliniques illustre bien le fait que les Français sont conscients de leur état bucco-dentaire et souhaitent être soignés comme tout le monde. Ils ne relayent pas les soins dentaires au second plan, il est surtout question de ressources financières (1).

L'inégalité d'accès aux soins dentaires persiste en France, ainsi que dans de nombreux pays d'Europe, le plus souvent parmi les groupes défavorisés et à faibles revenus (Jusot et Wittwer, 2009). Nous comprenons davantage la raison pour laquelle les fondateurs des centres low-cost en France visent cette partie de la population. Néanmoins, il serait incorrect de catégoriser les patients. Les cliniques low-cost font bonnes figures, inspirent confiance et attirent quelle que soit la catégorie socio-culturelle des patients. En effet, certains patients souhaitent tout simplement réaliser des économies.

Pour résumer, les patients se tournant vers l'alternative low-cost en France et à l'étranger, sont des patients soucieux de leur santé bucco-dentaire qui souhaitent diminuer le reste à charge et réaliser un gain économique, en bénéficiant de soins équivalents sans amputer leur budget. Les prix appliqués défient toute concurrence, y compris ceux pratiqués dans le service public.

3.2 Rapidité des soins

Le temps d'attente est le délai avant qu'un patient reçoive un service de santé, une consultation, un diagnostic, un traitement. La notion « temps d'attente et durée des soins » sont des facteurs anxiogènes chez de nombreuses personnes. L'itinéraire, ou la trajectoire, d'un patient lorsqu'il présente des problèmes de santé est ponctué de nombreuses étapes, chacune ayant potentiellement un temps d'attente. Ce dernier fait d'ailleurs l'objet d'une large couverture médiatique et d'une préoccupation majeure du grand public selon Boulenger et Vaillancourt, dans un rapport de projet publié au Canada en 2013 (Boulenger et Vaillancourt, 2013).

Pour beaucoup d'individus, attendre pour être traité, recevoir un diagnostic ou voir un chirurgien-dentiste peut devenir une expérience pénible et stressante qui aura des répercussions sur la qualité de vie, l'absentéisme au travail, le présentéisme et la productivité au travail ou à la maison. À l'échelle de la société, ce temps d'attente peut entraîner des conséquences telle que la dégradation de l'état de santé du malade s'accompagnant de coûts supérieurs à ceux si le délai avant les soins avait été raisonnable (Boulenger et Vaillancourt, 2013).

Le délai d'attente avant d'obtenir un rendez-vous médical est parfois tellement long qu'il en est décourageant. En France, ce problème impacte autant les patients que les praticiens. Avec des délais d'attente pour un rendez-vous variant de un à trois mois, la consultation de spécialistes est de plus en plus boudée par les Français. L'observatoire de l'accès aux soins de l'institut Ifop établit que 58 % des français auraient ainsi déjà renoncé à une telle consultation du fait des délais (Jalma/Ifop, 2011) (50). La moitié des personnes interrogées disent pâtir du manque de disponibilité des spécialistes (51).

Prendre un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste peut s'apparenter à un vrai parcours du combattant, le délai variant d'une à plusieurs semaines. Certains praticiens ont un planning tellement chargé, se prolongeant sur plusieurs mois, qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients (52).

Récits des patients recueillis sur des forums à propos du délai avant un rendez-vous :

« J'ai pris RDV chez le dentiste tout à l'heure, pas de place avant le 12 avril !!!! C'est abusé non? Du coup j'ai demandé un RDV avec l'autre qui est dans le même cabinet, pas avant le 15 avril ! Alors j'en ai appelé 2 autres pour voir, et bien pareil rien avant 4 semaines !! Ce n'est pas normal ça ?!!!!? Et vos dentistes à vous c'est pareil ? Où est-ce un problème des dentistes de ma ville ».

« Il y a quelques jours je me suis cassé une molaire inférieure qui était déjà soignée...Je suis passée chez ma dentiste, le verdict est tombé: dévitalisation + couronne à poser. Le souci c'est que je n'ai que mon 1er rdv qu'à partir de mi Août (elle est overbookée) Je m'inquiète un peu quant à ce délais; puis-je rester aussi longtemps avec une dent cassée? Quelles sont les précautions à prendre durant ces longs mois d'attente avant mes soins?? » (53).

« Chez moi dans la Somme quand je prends rendez-vous chez le dentiste les délais sont de 2 à 3 mois et chez vous de combien est le délai ? » (54).

« Je suis scandalisée par le comportement de ces dentistes! J'ai des problèmes graves aux dents et j'ai un rdv dans 3 semaines. En attendant il m'a placé un pansement pour attendre comme il dit mais ce n'est que provisoire ...Que faire ? Quand on sait que même pour une grave infection personne ne se bouge davantage ».

« Je ne dispose pas assez de temps pour me rendre plusieurs fois chez un dentiste à plus de 30 km de chez moi ».

« Je voudrais savoir si un inlay-core peut se faire en 1 séance dans des cabinets apparemment réputés en Tunisie ou Thaïlande pour une qualité semblable ? » (Fouche, 2012).

Que ressortons-nous de ces récits ? Un facteur important : le temps, en rapport avec :

- l'attente définie par les notions de disponibilité des praticiens, de délai de prise en charge raisonnable ;
- mais aussi avec la rentabilité définie par les notions d'en finir vite, de disponibilité limitée du patient, de longueur du plan de soins ; de perte de temps en multipliant les allées venues (etc.) ;
- enfin avec les complications définies par les notions d'aggravation des affections, de longévité de la douleur et de gêne occasionnée par ces dernières (etc.).

La rapidité des soins, que ce soit dans le délai de prise en charge ou dans la durée du plan de traitement, est un élément décisionnel dans le choix de se tourner vers les cliniques low-cost françaises et étrangères. Les fondateurs des centres low-cost, ont également bien cerné cette attente des patients. En effet, d'après le Panorama de la santé 2013, parmi les Français qui ont des besoins insatisfaits en soins dentaires, certains invoquent les délais pour obtenir un rendez-vous et le manque de temps (OCDE, 2013). La deuxième édition du baromètre Groupe Pasteur Mutualité 2011 met en avant l'inquiétude qu'éprouvent les patients face au manque de disponibilité croissant des soignants (Fouche, 2012 ; Groupe Pasteur Mutualité, 2011). Carmagnola et coll., en 2008, ont enquêté auprès de patients italiens ayant réalisé des soins dentaires à l'étranger entre 2001 et 2008, en postant un questionnaire sur le site internet d'une association de consommateurs. 81 questionnaires complétés ont montré que la motivation principale était d'économiser de l'argent, puis de réduire la durée des soins en les concentrant (Carmagnola et coll., 2008).

Ce sont exactement les conclusions de Fouche qui en 2012 a enquêté auprès de 11 patients résidant en France et ayant réalisés des soins dentaires à l'étranger volontairement programmés et a analysé des forums de discussion sur internet sur le sujet des soins dentaires à l'étranger. L'idée d'en finir vite, de ne pas perdre de temps est souvent rapportée dans les témoignages recueillis par l'auteur et même évoquée dans les forums comme élément décisionnel (Fouche, 2012).

Dans un cabinet « traditionnel », les rendez-vous sont en moyenne plus courts mais plus étalés dans le temps. De ce fait, ils se prolongent sur plusieurs semaines, mois, voire années. Comparativement, dans un cabinet dentaire low-cost soucieux de rentabilité et où les impératifs temps sont très marqués, les séances de soins peuvent être très longues (regroupement de soins conservateurs, d'étapes prothétiques etc.) et multipliées dans la même semaine. Le laps de temps entre chaque séance est plus court, les plans de soins sont donc moins étendus dans le temps. De même, dans les cliniques actrices du tourisme dentaire, la méthode de travail est semblable, la seule différence se situe dans le fait que les soins ne peuvent s'étaler sur plusieurs semaines. La totalité du plan de traitement doit être réalisée en plus ou moins une semaine. Même si le patient se rend dans cette même clinique deux à trois mois plus tard pour la réalisation des soins définitifs, le traitement aura été très limité dans le temps, ce qui est très appréciable pour le patient.

Rosa décrit le phénomène de l'accélération sociale, et la décompose en trois composantes (Rosa, 2012) :

- l'accélération technique induite par le progrès de la technique ;
- l'accélération du changement social décrit au sein de la famille, du travail ;
- l'accélération du rythme de vie qui touche à l'expérience existentielle des individus et qui se caractérise par l'augmentation du nombre d'actions par unité de temps. Les individus ressentent de plus en plus vivement que le temps leur manque, dans la mesure où ils désirent faire plus de choses en moins de temps. « Elle conduit à cette famine temporelle où le temps devient une matière première consommable ».

La vitesse des soins semble suivre le même chemin, le temps s'est accéléré pour le patient et pour le praticien. « Il semble que l'accélération technique des praticiens et l'accélération du rythme de vie des patients place la relation de soin dans le courant de l'accélération sociale » (Fouche, 2012). Le produit low-cost épouse l'accélération du temps connu depuis près d'un siècle. La vitesse des transports et de la production s'est accélérée, la vitesse de la consommation a suivi le mouvement (Fay et Reynaud, 2009). « Économiser le temps suivrait l'impulsion de réduire les coûts dans un système de marché capitaliste concurrentiel. Ce serait cette négociation concurrentielle permanente qui positionnerait l'individu praticien comme l'individu patient » (Fouche, 2012). Le court-termisme évoqué par les patients serait par conséquent caractéristique de l'accélération sociale et le parcours de soin low-cost reflèterait la notion d'immédiateté.

Le tourisme dentaire répond aux demandes des patients désireux de faire une économie de temps liée ou non au gain économique mais disposant de ressources économiques suffisantes. A première vue, les cliniques low-cost apparaissent comme une des solutions pour améliorer l'accès aux soins dans certains territoires du fait de la désertification professionnelle, du manque de praticiens (*numerus clausus*) et du refus d'établissement aux soins. De fait, ils permettent à une catégorie de patients de sortir de l'impasse thérapeutique.

3.3 Mécontentement des filières traditionnelles et mauvaise image de la profession

L'intérêt et le succès des offres low-cost dans tous les secteurs et spécifiquement en chirurgie dentaire révèlent un sentiment d'insatisfaction des individus à l'égard des filières traditionnelles, ici les cabinets libéraux. Parfois, les patients ressentent ce sentiment lorsqu'un praticien leur soumet un devis élevé. Ils ont l'impression que ce dernier les culpabilise quant à la responsabilité de leur état bucco-dentaire. En effet, Amadiou, évoque le risque que les individus soient tenus pour responsables de ne pas avoir fait le nécessaire pour s'entretenir ou se prémunir des maladies (Amadiou, 2002). Pour Nizzoli, cette responsabilisation accrue du patient proviendrait d'un transfert de responsabilité de l'Etat vers le patient. « On t'avait mis en garde, sans que tu t'en sois beaucoup soucié : maintenant, c'est toi qui paieras, et non pas l'État, les conséquences de tes actes » (Nizzoli, 2003). C'est un des facteurs qui explique la perte de confiance des patients envers le système de santé actuel et qui les pousse à se diriger vers les cliniques low-cost.

Parmi les professionnels de santé, les chirurgiens-dentistes pâtissent d'une image plutôt négative. Cette réputation suit la profession depuis le XVII^e siècle. Les chirurgiens-dentistes offraient leurs services sur les places publiques et dans les foires, ils affirmaient que le patient ne souffrirait pas alors qu'ils ne disposaient pas de moyens anesthésiant (55). Les temps ont changé mais cette réputation ne les a jamais vraiment quittés. En ces temps de crise économique, de mondialisation, de mise en place de l'euro et d'évolution des moyens de communications, la tendance aura du mal à s'inverser. Internet et l'instauration d'une monnaie unique ont permis de diffuser les offres de soins issues du monde entier, et tout individu a accès à ces informations et peut comparer les prix, la qualité etc. En conséquence, il peut ressentir une forme d'injustice et d'abus de la part du système de soins et des chirurgiens-dentistes.

La presse, la radio, les films, les spots publicitaires, les séries télévisées, la littérature réactivent tous les clichés associés aux chirurgiens-dentistes. Les médias, ultime source d'information et de diffusion de la peur, ne cessent d'attiser le brasier en dénigrant les pratiques dentaires et en diffamant l'ensemble des chirurgiens-dentistes tout en étouffant certaines réalités. Paradoxalement, les médias sont une forme de désinformation néfaste, ici, pour les patients et les praticiens (56) (57). Dernièrement, les médias reprennent une enquête



de 60 millions de consommateurs, et entretiennent le cliché du dentiste « voleur ». Les propos de Laurenceau, rédacteur en chef de 60 millions de consommateurs, sont ainsi utilisés dans un article paru dans le journal « Le Progrès, édition Est Lyonnais », du 26 novembre 2013. Il écrit en gros caractère « 43 millions d'euros de dépassements d'honoraires. C'est ce qu'ont facturé les chirurgiens-dentistes à leurs patients en 2012, selon 60 millions de consommateurs. Et ce, pour des soins dentaires courants (détartrage, pose d'amalgames et de composites, dévitalisation et extraction de dents) » (figure 22).

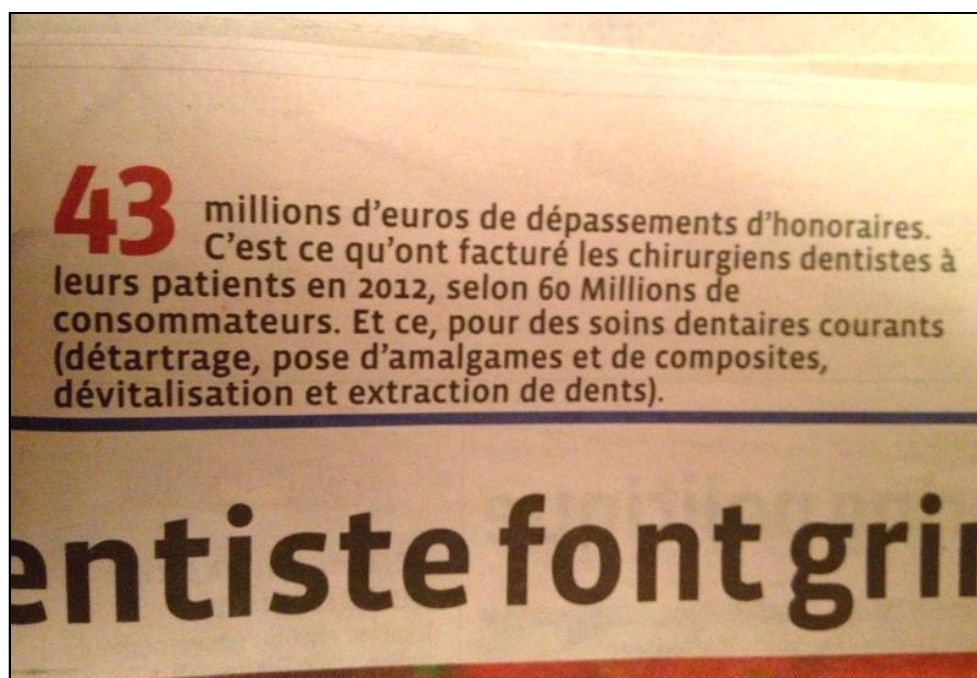


Figure 22 : Média et désinformation sur les honoraires des chirurgiens-dentistes (Source : Le Progrès, édition Est Lyonnais, 26 novembre 2013)

Ici, les informations erronées participent à cette désinformation du grand public, et alimentent les idées reçues. Une confusion existe entre honoraire libre, dépassement d'honoraire et obligation de respecter la tarification pour les soins dits opposables. Les tarifs des soins prothétiques font l'objet d'une tarification libre avec une partie prise en charge par l'Assurance maladie. Les tarifs des soins opposables remboursés sont définis par l'Assurance maladie et doivent être respectés par les praticiens. Sur ces soins, les dépassements d'honoraires n'existent que pour de rares cas (consultation dans des horaires inhabituels, droit aux dépassements permanent). Alors de quels dépassements d'honoraires parle-t-on pour des soins opposables, nomenclaturés ? S'agit-il de la part non remboursée par la Sécurité Sociale ? Le terme « dépassement » laisse à penser qu'il s'agit d'une tarification libre que les chirurgiens-dentistes font supporter aux patients (57).

Une publicité entendue sur les radios illustre également parfaitement ce propos. Elle raconte l'histoire d'un père de famille qui renonce à partir en vacances parce qu'il doit financer les lunettes des enfants et également un bridge quatre éléments. « Ce bridge qui coûte

1 500 euros », explique la complémentaire santé, « nous allons vous le rembourser intégralement ». Cette publicité pernicieuse laisse entendre qu'un bridge de quatre dents coûte 1 500 euros, ce qui est évidemment faux. Chaque patient confronté à un devis comprenant un bridge de ce type constatera que son coût est bien plus élevé et conclura que son chirurgien-dentiste « gonfle » le devis (56).

De plus, parfois les représentants des pouvoirs publics apportent leur pierre à l'édifice. En septembre 2001, Bernard Kouchner, alors ministre délégué à la santé auprès de l'Emploi et de la Solidarité, participe aux journées parlementaires des Verts. Un dentiste le questionne sur la prise en charge des prothèses et des soins dentaires, il répond: « Cochons de dentistes! Vous n'êtes pas à plaindre. Je connais vos salaires moyens ». La première réaction du public sera la création ou le renforcement d'une nouvelle ramification de la peur : celle d'être ruiné voire escroqué par un chirurgien-dentiste. Selon une étude ADF, la majorité des patients qui pénètre dans un cabinet dentaire a des manifestations émotionnelles plus ou moins conscientes. Globalement, ce taux atteint 82 % et se décompose de la manière suivante : 25,4 % présentent une sudation ; 22,4 % ont des contractions musculaires exagérées ; 12,4 % ressentent des douleurs abdominales ; 10,3 % traversent des phases de tachycardie. Les déclarations apparentées à celles de Bernard Kouchner n'ont guère de chance d'amener une baisse de ces manifestations anxieuses (56).

Ce qui est passé sous silence par les médias, les revues à destinations « grand public » et les émissions de grande écoute, et qui mériterait d'être su, est le phénomène d'équilibration entre les actes opposables sous évalués sur les actes à honoraires libres. Il est trop simpliste d'accuser les chirurgiens-dentistes d'honoraires excessifs sans préciser les charges élevées d'un cabinet, le coût du matériel (etc.). En revanche, les soins dentaires low-cost, à l'étranger et en France, sont mis en avant.

Dernièrement, dans l'intention d'informer le patient sur les coûts réels des soins, les praticiens doivent établir le devis conventionnel, où le coût et l'origine du travail réalisé par le prothésiste sont mentionnés, ainsi que les charges du cabinet. Cette initiative peut avoir l'effet inverse, certains patients ne retiendront que la différence entre le prix final de la prothèse et le prix du prothésiste (56). Alors que la profession essuie ce feu de critiques, cette dernière se bat, au travers de négociations, pour un accès aux soins dentaires égalitaire, en reconsidérant la tarification des soins.

Nombre de patients ont confiance en leur praticien. D'autres, doutent ou sont tout simplement déçus de leur système de santé ainsi que de leur praticien du fait :

- -de la tarification des soins dentaires ;
- de leur vision du praticien qui occuperait un rôle de commerçant ;
- de la multiplication des séances de soins et leur temps réduit afin de « majorer la facture » ;
- qu'ils ne savent pas toujours ce qui leur est fait et qu'ils ont peur d'être surtraités ;
- du manque d'effort et d'investissement dans le délai de prise en charge ;
- des conseils qui seraient dirigés par l'argent.

Le jugement des patients est faussé par les médias, les politiques, les expériences négatives vécues dans le passé etc. Ces patients constituent bel et bien une part des individus tentés par l'expérience low-cost française et étrangère.

3.4 Une relation de service

Le soin, par essence est non marchand et gratuit, « dans une société supposée placer l'humain au sommet de sa hiérarchie des valeurs » (58). Or, aujourd'hui nous vivons dans une société marchande, où la génération de l'argent prend le pas sur la génération de la confiance, l'éthique commerciale prend le pas sur l'éthique médicale, la relation de soin en est bouleversée : elle tend vers une relation de service marchand (Fouche, 2012). L'engouement suscité par les centres low-cost et le tourisme dentaire révèle cette nouvelle conception de la relation de soin dentaire par les patients, les médias et les professionnels y exerçant.

Condamner ce transfert serait trop simpliste, à l'heure de la mondialisation, les comportements évoluent, y compris dans la pratique médicale. Les patients n'ont plus les mêmes attentes. L'évolution de la relation de soin dentaire en relation de service traduit une demande évidente de la population. Un nombre croissant de patients recherche cette relation marchande. Celle-ci influence le patient dans sa démarche, la notion de service constitue un critère essentiel pour ce dernier. Les patients se retrouvent dans ce mode de fonctionnement industriel et commercial. Ils s'installent sur le fauteuil et reçoivent des soins au sens le plus strict du terme. L'offre de soin est dépouillée de son aspect relationnel (échange, communication), ce sont des «patients-clients », réduits à une valeur marchande et à un plan de travail exécuté par un « praticien-ouvrier ». Il ne s'agit pas d'une remise en cause de la qualité des soins prodigués, il s'agit seulement d'une conception différente de la relation praticien patient, qui ne prévaut en rien sur la qualité. Il existe aussi des praticiens exerçant dans des cabinets libéraux dits traditionnels chez qui l'aspect relationnel est optimal mais où la qualité des soins fait défaut.

Dans cette démarche low-cost, le patient évalue en premier lieu les éléments médicaux puis des critères plus familiers : la qualité de service, l'accueil, l'environnement. Ces derniers participent au processus de décision vers un choix low-cost. Le leurre commercial intervient à ce stade, mêlant la relation thérapeutique et la prestation de service à la personne. (Fouche, 2012).

Le glissement de vocabulaire

« En droit comme dans les sciences de l'information et de la communication, chaque mot a un sens dont l'emploi n'est pas neutre ». Nous assistons, principalement sous l'influence du monde de la communication, à un glissement et à un lissage du vocabulaire (58). La confusion des terminologies dans les médias, dans les récits des patients et parfois

dans celui des praticiens témoigne de cela. En odontologie, comme dans toutes autres disciplines médicales ; inutile de citer le nombre de fois où des erreurs de langage sont produites, où les termes utilisés sont issus du secteur tertiaire, incorrects du point de vue éthique. Nous constatons aisément cela dans le tourisme dentaire avec les formulaires de décharge, le consentement dans la signature d'un devis, le secret médical et le suivi thérapeutique dans un service après-vente (Chiomento, 2009 ; Fouche, 2012).

Selon Frédéric Rouillon, les changements idéologiques « ont déterminé l'évolution de notre vocabulaire et particulièrement l'émergence de la notion de producteurs de soins et celle d'usagers de la médecine ». Elles témoignent de deux violations majeures des valeurs de notre profession : le passage de la médecine à un mode de production industrielle ; la société de consommation qui a transformé des patients en clients, voire en consommateurs (59).

Les clients-patients d'aujourd'hui

Pour Nizzoli, « les patients d'hier sont les clients d'aujourd'hui » (Nizzoli, 2003). Rousset explique que « le consommateur se caractérise par le désir qui le pousse à acheter un bien ou à être destinataire d'un service, l'élément central étant la volonté. Cette volonté s'exprime en deux phases: volonté de consommer puis volonté de choisir tel produit ou service» (Rousset, 2011).

Depuis quelques années, tous pays confondus, la pratique médicale est reconsidérée. En effet, les rapports humains, ici entre un praticien et son patient, et les services médico-sociaux sont définis selon une conception nouvelle. La gestion de nombreux services prend modèle sur celle des entreprises, où le client est roi. De nos jours, les services sont centrés sur le client, le potentiel consommateur et la libre concurrence va toujours offrir de meilleurs services à des coûts plus bas avec un rendement accru (Nizzoli, 2003).

La conception moderne des acteurs de santé

Les acteurs de santé sont pris dans les nouveaux jeux de marché de la relation de soin. En privilégiant, la maladie au malade, on se retrouve dans un processus de dépersonnalisation du patient et son objectivation en actes. Sont oubliées toute la contingence, la complexité et la singularité de l'homme, la part de relationnel s'en trouve diminuée voire supprimée. De plus, l'aspect mercantile surtout dans la jeune génération a pris le dessus sur la relation de confiance entre le praticien et son patient (Fouche, 2012) (58).

Le dernier rempart face à cette déshumanisation de la relation de soin serait l'humanité du soignant. Toutefois, celle-ci s'écroule face aux assauts de la vision procédurale des secteurs industriels translatée à la gestion de l'activité soignante avec une rationalisation des soins et une dévalorisation de la part d'humain présente chez le soignant. La logique comptable substitue la personne à une valeur comptable. Lorsque la relation de soin est empreinte de la sphère marchande, un transfert de la relation de confiance vers une relation technicienne calculatrice, rentable, rapide, et peu engageante est constaté. La relation de confiance devient alors une relation commerciale (Fouche, 2012) (58).

Le soin est indéniablement soumis à une logique marchande qui conduit à une convergence des comportements. Azria écrivait en 2012 que l'activité du soignant est de plus en plus normée et encadrée, par un contrôle croissant des protocoles de soins, des recommandations pour la pratique clinique, au point que son autonomie s'en trouve réduite. La dépersonnalisation et l'objectivation en actes semblent effacer la réflexion sur les pratiques. De ce fait, le praticien est donc devenu un prestataire de services (58).

Une conception moderne des acteurs de santé qui renvoie toutefois à la notion de sacrifice, ici humain, justifié par des arguments de qualité. En effet, notre culture moderne, dominée par le marché, met en évidence la qualité quantitative, derrière laquelle se dissimulent les arguments de rentabilité, d'efficacité et de rendement. Nizzoli ajoute que « tout ceci pourrait se réduire à une énorme superstructure pour étouffer l'insécurité, l'imprévisibilité, l'anxiété et l'angoisse de l'homme » (Nizzoli, 2003) (58). Autres acteurs de santé, les mutuelles, elles aussi entrent dans ce processus marchand en demandant par exemple plusieurs devis comparatifs à leurs adhérents.

La responsabilité de l'évolution commerciale de la relation de soin revient (Fouche, 2012) :

- à la société, abordant le soin comme un bien de consommation ;
- à certains praticiens abordant le soin comme un bien de services ;
- aux autres acteurs du système : l'Etat et son désengagement, les mutuelles, la Sécurité Sociale, les médias.

Aujourd'hui, la notion de service est un critère recherché par les patients, les centres low-cost répondent à cette demande moderne et incarnent l'exemple le plus représentatif du transfert de relation de soin vers la relation de service.

3.5 Alternative au tourisme dentaire

Le concept de tourisme dentaire est largement connu, en France et mondialement. Il a fait évoluer les mentalités. Il attire les médias et le public. Pourtant nombreux n'osent pas sauter le pas car ils éprouvent des réticences à l'égard de cette pratique. Les patients qui, certes, n'ont pas le budget pour réaliser des implants dentaires et des couronnes selon les tarifs en vigueur en France, restent hésitants quant à la perspective de réaliser ces soins dentaires à l'étranger. Ils doutent des capacités des praticiens de ces contrées lointaines. Longueur du voyage, angoisse de l'arrivée en pays inconnu, appréhension quant à la qualité des soins et du suivi, barrière de la langue, cadre et pays inconnus, méthodes, procédés et techniques différentes, ont souvent raison de la motivation des patients (44). De sus, en France, une majorité des patients ont confiance en leur chirurgien-dentiste français.

Pascal Steichen, fondateur du centre de soins dentaires Dentexia, et ses confrères ont vu cette faille et ont perçu les facteurs dissuasifs des offres de soins à l'étranger. Ils voient au travers d'une offre locale, une alternative au tourisme dentaire, une réponse aux craintes du

public de se rendre hors de leur frontière. Pourtant, les centres low-cost se situent dans le même esprit que le tourisme dentaire et reprennent le modèle d'organisation des cliniques dentaires à l'étranger pour proposer des prix bas.

Concernant les patients nécessitant une réhabilitation prothétique et/ou implantaire importante, les centres dentaires low-cost semblent une alternative au contexte du soin dentaire à l'étranger offrant certes des honoraires plus bas au sein d'un cadre prestigieux mais surtout au sein d'un cadre inconnu.

Ainsi, les cliniques low-cost ont pu convertir ces patients craintifs qui perçoivent le tourisme dentaire comme une opportunité mais qui ont vu en l'offre locale un cadre plus rassurant (Indépendantaire 100, 2012 ; Terrini et Sague, 2012 ;).

4 Comment le message est-il véhiculé ? Comment sont recrutés les patients ?

Cette présente partie est consacrée à l'étude des éléments utilisés pour attirer les patients.

4.1 La santé « un bien de consommation »?

En France, le secteur de l'odontologie est distingué du secteur commercial. Les praticiens ne peuvent user d'opération marketing pour recruter les patients. Dans de nombreux pays, le marketing des soins dentaires est accepté et constitue une partie intégrante de la pratique dentaire, comme toute autre marchandise. Il s'agit d'un moyen comme un autre de se faire connaître, et cela ne reflète pas forcément de mauvaises intentions de la part des praticiens. Le marketing a un rôle important et grandissant dans notre société de consommation. Il existe une véritable attractivité des offres et du marketing autour du tourisme dentaire et du low-cost en France. Toute une économie vit de la santé. La santé devient un bien de consommation comme un autre pour lequel les offreurs de soins sont mis en concurrence. Ils rivalisent alors d'ingéniosité et de stratégies marketing pour être les plus compétitifs et attirer les patients car la santé est source de profits.

4.2 Stratégies marketing et réduction des risques et des craintes perçus par les patients

Les auteurs Menvielle et Menvielle définissent le risque perçu « comme une incertitude associée aux conséquences négatives d'un choix ». Afin d'engendrer une démarche favorable d'achat auprès du consommateur le risque perçu est réduit grâce à diverses stratégies marketing. Dans le secteur des services, le secteur médical est le secteur où l'influence négative du risque perçu est la plus importante car elle peut engendrer une forme de répulsion. « La perception du risque est proportionnelle au type de soin subi ; il est plus important pour le patient dans le cas d'une chirurgie lourde (chirurgie cardiaque) que d'un soin de balnéothérapie » (Menvielle et Menvielle, 2010). Cette analyse du risque reste purement théorique car il semblerait, que la notion de risque soit également fonction de l'état d'avancement de la pathologie du touriste-patient. Les variables dominantes concernent l'intégrité physique, morale et psychologique du consommateur. Plus l'incertitude et l'appréhension sont importantes et plus le risque anticipé est important.

Divers outils marketing (porte-parole, offres promotionnelles, informations détaillées, témoignages des consommateurs, succès des opérations) sont déployés pour susciter une réaction favorable auprès du patient et réduire ainsi le fossé existant entre sa perception des soins et la réalité de ces mêmes soins. En France, Pascal Steichen fut un des initiateurs du mouvement des centres de soins dentaires low-cost. Il est intéressant d'apprendre qu'il fut

l'auteur de nombreux guides comme « le Marketing pratique de l'agent immobilier » en tant que professionnel de la communication (46).

De son côté, le patient cherche une information abondante pour être rassuré. Internet est une source abondante et immédiate d'informations, le patient devient un cyberconsommateur au milieu d'offres de soins étudiés pour être les plus attractives et rassurantes possibles surtout dans le contexte du tourisme médical. Par ailleurs, « l'autonomie du patient fait écho à sa vulnérabilité ». Deux facteurs influencent la vision des risques et des exigences des patients à propos des soins dentaires prodigués à l'étranger : la forte désinformation sur internet dont le patient est la cible, l'accès à un soin rendu difficile en France (Fouche, 2012 ; Menvielle et Menvielle, 2010).

4.3 L'environnement de soins

Les cliniques dentaires low-cost offrent généralement un environnement cosu et agréable, c'est la première condition pour convaincre le patient et le rassurer dans sa démarche (figures 23 et 24). Il va de soi que, dans son processus de décision, le patient évalue les arguments médicaux mais il semble que les critères de qualité d'un traitement dentaire et les conditions favorables à sa réalisation, soient des critères complexes à appréhender pour lui. Il va alors s'attacher à l'environnement de soins et à la manière dont on lui vend les soins. C'est donc à ce niveau que l'illusion commerciale entre en jeu.

Des arguments comme l'environnement de soins et en son cœur : l'accueil, le design de la clinique, la sympathie et la promiscuité de l'équipe, les multiples intervenants (chargé de relation, commerciaux etc.) sont à l'origine des éléments marketing destinés à convaincre le patient dans son choix. Les patients semblent les avoir intégrés dans leurs critères d'évaluation. Rapidité de prise en charge, rapidité des soins, qualité du matériel et des soins, expérience des praticiens, prise en charge pluridisciplinaire du patient, modicité des prix sont des arguments également intégrés dans la stratégie marketing des cliniques (Fouche, 2012 ; Österle et coll., 2009).



Figure 23 : Centre dentaire low-cost Dentexia (65)



Figure 24 : Centre dentaire low-cost Dentalvie (66)

Il s'agit de joindre l'utile (modicité, rapidité des soins pour le tourisme dentaire et les soins low-cost) à l'agréable (séjour touristique pour le tourisme dentaire et structure agréable pour les deux phénomènes). Fouche écrit « joindre au risque de confondre : l'utile et l'agréable ».

4.4 Tourisme dentaire et intermédiaire

Dans le tourisme dentaire, les agences organisatrices de séjours médico-touristiques ont un rôle primordial, ce sont les intermédiaires des cliniques étrangères, c'est elles qui relayent l'information, qui recrutent les patients, les rassurent et les confortent dans leur choix. En outre elles s'occupent d'aiguiller les patients vers divers cliniques à l'étranger, elles gèrent également tout le processus qui s'en suit. Pour la clinique cela permet un regroupement des demandes. Pour le patient cela permet un regroupement des démarches concernant les différents fournisseurs de services (voyage, logement, intervention médicale, suivi, assurances).

Pour Anido Freire « Ces agences utilisent le même système de marketing que les agences traditionnelles de tourisme, auquel on rajoute le volet médical » (Anido Freire, 2010). Un séjour de soins dentaires à l'étranger « s'accompagnant de quelques activités touristiques va être présenté comme un quelconque produit touristique et donc commercial »

(Anido Freire, 2010). Ensuite, le client doit pouvoir comparer les prix et les prestations pour faire un choix, comme pour toutes autres transactions commerciales. Ce rôle est parfaitement rempli par ces agences qui se révèlent être un outil marketing très rentable pour les cliniques étrangères.

4.5 Les divers supports d'informations

Pendant longtemps la seule information de santé reconnue comme légitime était l'information médicale délivrée et contrôlée par les professionnels de santé. Dorénavant, le patient ne se tourne pas forcément vers son chirurgien-dentiste pour faire son choix ce qui n'est pas sans conséquence.

Comment un patient *lambda* prend-il connaissance des offres de soins low-cost? Qu'est-ce qui le pousse à se diriger vers ces offres de soins ? Sur quoi se base-t-il pour choisir la clinique, le praticien, ainsi que le plan de traitement ?

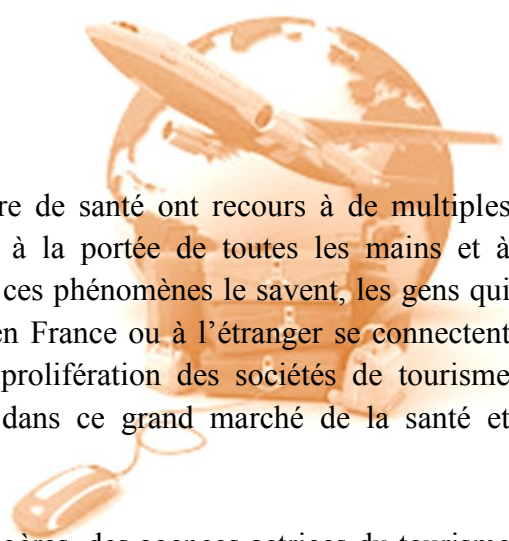
Pour se faire se connaître du public les moyens sont classiques mais fonctionnent : c'est à grand renfort de publicité diverse et variée que les patients sont attirés puisque « tout le monde en parle », à commencer par les journaux gratuits et les reportages radio. Les tarifs y sont toujours évoqués, sachant qu'il s'agit de la motivation première (60). Les méthodes commerciales sont orientées pour s'adresser et toucher le plus grand nombre de personnes en France, c'est pourquoi elles sont multiples et finement réfléchies. Dans le recours aux soins low-cost, l'impact des médias tout support confondus et des stratégies marketing est majeur (Turner, 2009).

Nous allons dès lors analyser les moyens utilisés par les cliniques pour se faire connaître, les procédés utilisés pour attirer les patients ainsi que les supports d'informations dont dispose le patient.

4.5.1 Internet

Les patients désireux de s'informer en matière de santé ont recours à de multiples sources d'information médicales ou non médicales, à la portée de toutes les mains et à n'importe quel moment : internet. Les promoteurs de ces phénomènes le savent, les gens qui envisagent de se rendre dans les cliniques low-cost en France ou à l'étranger se connectent pour obtenir des informations. Compte tenu de la prolifération des sociétés de tourisme dentaire, internet a pour but de se faire connaître dans ce grand marché de la santé et encourage le phénomène.

Il est l'outil de prédilection des cliniques étrangères, des agences actrices du tourisme dentaire et des centres dentaires low-cost pour attirer une potentielle future patientèle internationale en pratiquant de la publicité autour des soins dentaires toutes spécialités



confondues. Il faut d'ailleurs remarquer que la grande majorité des séjours de soins dentaires à l'étranger sont commercialisés sur internet. D'une manière générale, internet permet au patient d'accéder aux articles de presse, aux reportages, aux forums de discussions relayant l'information mais surtout aux sites web créés par les cliniques. Il correspond à la source la plus attractive car les tarifs y sont affichés et les informations facilement accessibles.

Pour pallier aux appréhensions, tel que l'éloignement du praticien dans le cadre du tourisme dentaire, les cliniques doivent instaurer une relation de confiance, et ce dès que l'internaute accède au site dédié à la clinique. La rigueur des informations médicales le graphisme, la qualité de la traduction (dans le cas du tourisme dentaire), l'aspect attractif du site procurent une bonne impression aux internautes et les confortent dans leur choix car ils pensent retrouver cette rigueur et ce professionnalisme de la part des chirurgiens-dentistes (Chiomento, 2009).

En France, les actes prothétiques et la chirurgie implantaire sont les actes les plus coûteux et les moins pris en charge : point sur lequel jouent les cliniques low-cost françaises et étrangères. La stratégie marketing est axée essentiellement sur l'aspect financier afin d'attirer l'internaute, potentiellement futur patient. Le volet financier peut également constituer une source d'inquiétudes pour les patients associant le bas prix au bas de gamme. Les cliniques rassurent systématiquement les patients sur ce point, sur leurs sites web et dans les médias.

Parfois les tarifs ne sont au contraire pas exposés par stratégie marketing. L'information est axée sur la qualité des soins, l'expérience des praticiens, les moyens techniques. Les cliniques étrangères expliquent qu'un plan de traitement définitif et un devis ne peuvent être posés qu'après un examen clinique. Le patient estime alors que l'attrait économique n'est pas la vocation première du centre. Mais un patient dans une démarche de soins low-cost s'intéresse d'abord à l'aspect économique et peut aussi se détourner du site (Chiomento, 2009).

Sur les sites web de la plupart des cliniques étrangères, on trouve les actes répertoriés et les honoraires dans un tableau. Parfois le montant pris en charge par Sécurité Sociale française est indiqué, on trouve un comparatif des honoraires avec ceux pratiqués en France. Le patient peut alors demander la réalisation d'un devis qui constitue une procédure très simple (fiche de renseignements et schéma à remplir, radiographies à joindre) et facile d'accès (annexe 16). Le devis n'engage en rien le patient et lui permet de savoir quels sont les soins envisagés et pour quel montant. La facilité d'obtention du devis est un élément très important pour attirer et convaincre le patient. En cas de doutes, il peut accéder au forum et contacter directement par mail les membres du personnel qui finissent de rassurer l'internaute. Les patients semblent compenser le déficit relationnel par le rapport virtuel et agréger la confiance envers le praticien par la lecture de témoignages sur les forums (Turner, 2009).

Sur les sites web des cliniques françaises, l'internaute ne peut accéder à la rubrique « devis ». En revanche, y figurent les tarifs des honoraires et souvent un comparatif avec les honoraires moyens pratiqués par les praticiens libéraux, stratégie une nouvelle fois marketing. En cas de doutes, d'interrogations, le patient peut contacter la clinique par mail.

D'après le CNSE en 2010, 13 000 patients ont tenté l'expérience. A l'opposé 35 millions de patients furent examinés par les chirurgiens-dentistes exerçant en France (ONCD 92, 2008). Même si une minorité de nos patients est concernée, il est nécessaire de se pencher sur ces sites, seuls moyens pour les patients d'obtenir des informations en France.

Selon la fondation *Health On the Net* (HON), un site internet « santé » ou un e-santé est « un site dont les sujets abordés ont un impact sur la santé au sens large ou dont les sujets concernent des produits et services liés à ce domaine ». La nature des sites de santé est très variée : forums de discussions, groupes de mutuelles, agences sanitaires, professionnels... Ainsi les sites prestataires de soins dentaires sont des sites de santé. Ce sont des sites commerciaux puisqu'ils pourvoient des soins dentaires à « petits prix » mais également des sites de santé puisqu'ils fournissent des renseignements sur la nature et le déroulement des soins (Chiomento, 2009).

En France, il existe une chartre permettant aux professionnels et aux patients de vérifier si les sources d'information qu'ils consultent sont de qualités, compréhensibles et pertinentes (61). La HAS en 2004, a mis en place un partenariat avec la fondation HON dans le but de certifier des sites informatisés. L'objectif est de créer un monde de santé virtuel de confiance pour les internautes et accessible à tous. Le sceau dynamique HON est délivré lorsque les huit principes du HONcode sont respectés par l'éditeur du site en l'occurrence répondre à des principes de transparence, de bonne pratique éditoriale et diffuser une information de santé répondant à des critères de qualité. Entre autres, elle jugeait de la qualité de diffusion et de présentation de l'information de santé mais elle ne garantit en aucun cas le contenu du site et l'information (62) (63).

Pour cette raison, la HAS a cessé sa collaboration avec la fondation HON à compter du 7 juillet 2013. Selon la HAS, le label HON n'a pas eu l'effet escompté. Il n'aurait en effet pas joué un rôle d'orientation pour la majorité des internautes qui l'ont jugé peu utile. En 2014, la HAS proposera un nouveau dispositif privilégiant l'esprit critique des internautes, elle mettra en place des repères pour leurs navigations et les accompagnera dans cet apprentissage (62) (63).

Ainsi, il serait intéressant de savoir si les sites des agences de tourisme dentaire, des cliniques dentaires étrangères, et des centres dentaires low-cost respectent l'HONcode ou toutes autres chartes aux objectifs similaires. Cela permettrait de guider les « e-patients » vers des sources fiables et par conséquent de rassurer les patients mais aussi les praticiens.

4.5.2 Reportages télévisés

La démocratisation des médias a grandement favorisé le succès du tourisme dentaire et des centres dentaires low-cost en France. Les reportages télévisés font régulièrement l'écho de ces nouvelles tendances et ont souvent tendance à exagérer le phénomène en minimisant les risques qui restent ignorés ou masqués pour le patient du fait de l'effet miroir aux alouettes (cadre luxueux etc.) du message. Les médias évoquent aussi un autre aspect vivement recherché par les patients: la réduction du temps de travail et du suivi, aspect participant au succès du phénomène (Crooks et coll., 2011 ; Esnard, 2005).

Le monde audio-visuel est le moyen le plus efficace pour toucher le public. Depuis plusieurs années, nombreux sont les émissions et journaux télévisés qui consacrent le temps d'un reportage un sujet sur le tourisme dentaire. Depuis plusieurs mois fleurissent les reportages sur les centres dentaires gérés par des associations (Dentexia, Dentalvie etc.). D'une manière générale, ces reportages expliquent l'émergence des deux phénomènes, les motivations des patients, le mode d'exercice et les méthodes de travail des cliniques. Ils présentent également les tarifs des honoraires, les pays déjà touchés et les expériences des patients de la remise du devis à la réalisation du plan de traitement (Chiomento, 2009). Les cliniques actrices de ce mouvement en vogue utilisent ces reportages pour se faire connaître, ouvrent leurs portes et présentent leurs salles de soins, leurs laboratoires derniers cris, avec en gage de qualité les témoignages de patients toujours satisfaits.

L'impact marketing de ce moyen de communication est conséquent. Il popularise le phénomène et fait augmenter les consultations auprès des cliniques dentaires low-cost en France et à l'étranger. Ce fut le cas pour l'agence d'organisation présentée dans l'émission « Reportage » diffusé sur Tfl le 20 septembre 2008, les demandes furent telles, que les délais de réponses s'étalaient sur plusieurs semaines (Bouchard, 2009).

L'information véhiculée par les reportages télévisés (et presse par extension) a deux impacts sur les téléspectateurs. Pour ceux déjà engagés dans une démarche proactive de recherches de soins low-cost, ils sont confortés dans leur choix, étant donné que la plupart des médias en font l'éloge et évoquent rarement les échecs. Le second impact concerne un autre type de téléspectateur : celui qui n'a pas de démarche proactive, et n'a pas connaissance du phénomène. Il regarde le reportage, ou lit l'article de presse sans plus d'intérêt et peut au final se dire « pourquoi pas moi ». Il faut noter que le terme utilisé par les médias n'est pas « patient » mais « clients », vocable n'ayant pas sa place dans la santé.

Les chirurgiens-dentistes français sont quasiment d'ailleurs les seuls à contrecarrer le phénomène, lors d'émissions télévisés ou dans la presse écrite. Ils ne sont pas catégoriquement fermés à ces pratiques mais ils émettent des réserves sur le suivi, la rapidité des soins, le surtraitement et sur la responsabilité professionnelle des praticiens étrangers. Toutefois leur objectivité et leur crédibilité sont mises en doute car ils sont considérés comme appartenant à « une corporation frileuse voulant défendre ses intérêts ». Le Collège de médecine dentaire et de stomatologie de la région de Madrid a aussi lancé une campagne d'affichage intitulée « Votre bouche n'est pas en solde » afin d'alerter les patients sur les dangers des centres dentaires low-cost, particulièrement en cette période de crise.

4.5.3 Les autres médias

En France, voir une affiche publicitaire à l'effigie d'une clinique dentaire basée à l'étranger ou d'un centre de santé semble inconcevable, et est d'ailleurs prohibée. Au-delà de nos frontières, dans beaucoup d'autres pays, dans le bus, dans l'avion, dans la rue, dans le métro, il n'est pas étonnant de voir à côté de panneaux publicitaires de consommation classique ce genre d'affiche (figures 25 à 29). Les prestations et les tarifs des cliniques y sont

d'ailleurs mentionnés. Ce moyen de communication est très utilisé car il permet de toucher un maximum d'individus, en particulier dans les grandes villes du monde dites touristiques (Bouchard, 2009). Lors d'un vol dans la compagnie low-cost Ryan Air, des magazines de la compagnie sont proposés dans lesquels le voyageur peut trouver des publicités pour des agences organisatrices de séjours dentaires, les tarifs y sont bien évidemment mentionnés. Tout est question de stratégies marketing qui vont soit répondre aux besoins des patients, soit faire naître de nouveaux besoins réels ou non.



Figure 25 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires (107)



Figure 26 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires dans divers pays (108)



Figure 27 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires (109)



Dental IMPLANTS

\$395*

Implant	\$395
Post	\$595
+ Crown	\$795
Total	\$1,785**

7 CONVENIENT LOCATIONS

41st & Madison
Massapequa Park • Scarsdale
Rego Park • Valley Stream
Brooklyn • Smithtown (Suffolk County)

FREE CONSULTATION CALL TODAY
(New Patients Only)

CONTEMPORARY DENTAL IMPLANT CENTRE

www.cdimplants.com

Call **212-269-9500** Today!

25 YEARS OF EXPERIENCE

Must bring in ad at the time of consultation. *Post and Crown add'l. **Implant, post & crown must be completed at our office to qualify for promotional fees. Expires August 31, 2013

Figure 28 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires (110)

DENTAL TREATMENT IN MOLDOVA

Complete dental implant

- Titanium dental implants (fixture)
- Abutment
- Metal ceramic crown

440 €

5 years warranty!

+442070487233
www.traveltodentist.com

Figure 29 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires (111)

Outre le support audiovisuel, l'information peut être relayée par la presse et les magazines (tableau 5). Les articles par voie écrite ou électronique sont donc une source d'information supplémentaire pour les individus et sont assez élogieux sur les cliniques low-cost en France et à l'étranger. Ces dernières savent en tirer profit. D'ailleurs, nombreux sites web des cliniques étrangères et des organisateurs de séjours dentaires ont une rubrique « presse/reportages » qui référencient les articles, les reportages télévisés et radios qui font référence à la clinique en question. Ce support d'information constitue vraisemblablement un autre atout pour convaincre le patient. Naturellement les articles manquent d'objectivité :

- soit ils expliquent simplement les deux phénomènes, leurs causes d'apparitions et présentent les pays destinataires ;
- soit ils sont positifs : présentation des praticiens et de leurs diplômes, des méthodes de travail, des intermédiaires, des tarifs, du large choix des soins, de la haute qualité des thérapeutiques, de patients satisfaits, de luxueuses cliniques etc.

Il est évident que sont rarement abordés les mauvaises expériences : les patients mécontents, les réinterventions à l'étranger engendrant des frais, le refus d'assurer les suites post-opératoires en cas de complications, les poursuites, les difficultés inhérentes à ces poursuites engagées à l'étranger etc. Les articles qui se sont penchés sur le tourisme dentaire sont toutefois plus nuancés car le phénomène est plus ancien.

Tableau 5 : Exemples de supports promotionnels (tout média confondu) aux nouvelles pratiques dentaires

Radio, journaux :

- Tourisme médical : mes nouvelles dents "made in Budapest" / France info (26/02/08)
- Tourisme médical à Varsovie : Souriez, c'est donné! / Cafebabel.fr (19/06/13)
- Le tourisme dentaire / France Inter (20/01/13)
- La Rochelle: des Français tentés par le tourisme dentaire / SudOuest.fr 08/11/2013
- Choosing a dentistry abroad: dental tourism in Hungary / Telegraph UK (21/02/08)
- Affluence chez les dentistes low-cost / Aujourd'hui en France (28/11/12)
- Vintimille: après les cigarettes et l'alcool les soins dentaires low-cost / Nice-matin (29/02/2012)
- Des factures qui font mal / L'Est Républicain (26/11/2013)
- [Santé : des dentistes low-cost, ça existe! / AuFéminin.com \(02/02/12\)](#)
- [Des dentistes low-cost s'installent en France / RTL \(02/02/12\)](#)
- [Des dentistes low-cost tentent leur chance en France / Le Figaro \(31/01/12\)](#)
- [Bientôt des dentistes "low-cost" à Paris / Europe 1 \(27/01/12\)](#)
- [Des soins dentaires à prix cassés / 20 minutes \(26/01/12\)](#)
- [Un cabinet dentaire Low-cost ouvre à Lyon / Métro \(10/01/12\)](#)

Reportages télévisés

- Dents : le Business du sourire / Canalplus (06/05/2013)
- Ils font bouger la France: « Ils cassent les prix » / France2 (27/02/08)
- Pouvoir d'achats: bon plan pour consommer moins cher / TMC (23/04/13)
- Dentistes Low-cost : aubaine ou arnaque? / M6 (23 février 2014)
- La guerre des dentistes aura bien lieu / Le Point (14/02/2013)

Emissions radios aux heure de grande écoute

- Europe 1 le 27/01/12
- RMC info le 31/01/12
- RTL le 02/02/12

En résumé, les reportages et les articles (journaux, magazine, web) consacrés à ce nouveau mode de soins dentaires ne manquent pas, au contraire. Ils multiplient les chances que l'information parvienne à un maximum d'individus. Quelle que soit la source, les risques ne sont pas suffisamment étayés (ou en tout dernier) si ce n'est inabordés. Le public se souvient davantage des tarifs et des témoignages positifs des patients. Ceux-ci apparaissent sur les sites web des cliniques, dans les forums, journaux et magazines et s'avèrent bien souvent être le fruit de stratégies marketing bien rodées pour promouvoir les produits (économies, satisfaction, qualité des soins). Tout est utilisé pour attirer le patient vers le choix « low-cost » (Chiomento, 2009).

4.5.4 Les sites prestataires de soins dentaires

Plusieurs sites ont été sélectionnés via le moteur de recherche « Google » en tapant les termes « tourisme dentaire », « soins dentaires à l'étranger », « cliniques dentaires low-cost »,

« centres dentaires low-cost ». « Google » a été choisi étant données sa facilité d'utilisation et sa popularité.

Ce travail a pour but d'analyser les sites prestataires de soins dentaires dans une approche objective et non dans un but critique. Divers points seront développés : objectif du site, auditoire et discours, contexte dans lequel l'information est fournie, options de commentaires, sérieux du site, contenu. Les résultats seront regroupés dans des tableaux, et enfin une analyse globale sera réalisée. Ce travail est en cours de réalisation. Par ailleurs une étude des sites prestataires de soins dentaires à l'étranger a été déjà menée en 2009 (Chiomento, 2009).

4.6 Le message véhiculé par les acteurs de ces nouvelles pratiques

Cette partie sera consacrée à l'étude du message véhiculé par les cliniques actrices du tourisme dentaire et par les centres dentaires gérés par des associations pour convaincre les patients.

4.6.1 Les prix attractifs

Les cliniques dentaires gérées par des associations revendiquent une mission sociale : celle de réduire considérablement la part non remboursée des soins les plus onéreux (47) (64). Ainsi sur les sites, et dans les médias on peut lire que :

- la pose d'un implant unitaire est facturée 480 euros (implant, radiographie dentaire 3D, chirurgies complémentaires compris) (65) ;
- le forfait d'un implant unitaire est facturé 970 euros (implant, élément prothétique, radiographie dentaire 3D, chirurgies complémentaires, rendez-vous de contrôle compris) contre une moyenne de l'ordre 2000 euros dans les cabinets libéraux (66) ;
- la couronne céramo-céramique est facturée 390 euros contre 550 à 900 euros dans les cabinets libéraux (65) ;
- la prothèse amovible est facturée 193 euros contre 600 euros dans les cabinets libéraux (pas de détails sur le nombre d'élément ni sur l'existence d'une infrastructure métallique) ;
- les actes conservateurs et chirurgicaux respectent rigoureusement les plafonds fixés par la Sécurité Sociale. L'obturation deux faces à 28, 92 euros est facturée 2 à 3 fois plus dans les cabinets libéraux (Rosenweg, 2012).

A l'étranger, les cliniques dévoilent, elles aussi une mission sociale, celle de rendre disponibles et accessibles des thérapeutiques de qualité à des prix très bas. Le message est ensuite axé sur ce qui importe aux patients: les soins prothétiques et la chirurgie implantaire. L'argument fort se situe au niveau des honoraires de ces soins. Ils sont ainsi visibles, en gros caractère, dès la page d'accueil. L'internaute a ensuite la possibilité d'accéder au détail des tarifs.

Afin que les honoraires pratiqués par ces structures aient davantage d'impact, ils sont souvent comparés à ceux pratiqués, selon eux, dans les cabinets libéraux dans un tableau. Le patient peut être totalement induit en erreur s'il ne sait pas qu'en France les praticiens sont soumis aux tarifs imposés par la Sécurité Sociale pour les actes conservateurs et chirurgicaux. Dans le cas du tourisme dentaire, les honoraires pratiqués sont parfois présentés à côté de ceux pratiqués par les autres pays ou à côté d'un tarif dit « UE ». Or ces grilles ne constituent pas une source fiable (tableau 6) et ces tarifs ne signifient pas grand-chose, puisque entre pays de l'UE les honoraires de soins sont très disparates. Les tarifs sont potentiellement surestimés. Cet artifice visuel est convainquant, il facilite la lecture de l'internaute et marque la différence avec les honoraires établis dans les cabinets dentaires libéraux.

Tableau 6 : Grille comparative proposée par Oodys, organisateur de séjours de soins dentaires (73)

NATURE DE LA PRESTATION	NOS PRIX (€)	PRIX (€) généralement constaté en CEE <i>Prix donnés à titre indicatif</i>	VOTRE ÉCONOMIE (€) (par élément) <i>Hors hôtel et transport</i>
Consultation et plan de traitement à Budapest	Gratuit*	70	70
Transferts aéroport – hôtel (aller – retour)	Gratuit*	-	-
Antibiotiques et anti douleurs	Gratuit*	-	-
Radio panoramique	Gratuit*	30	30
Magnétothérapie + fils résorbables en 10 à 14 jours	Gratuit*	-	-
Implant Alpha bio complet (pilier + implant)	620	1480	860
Implant suisse SIC complet (pilier + implant)	690	1480	790
Couronne porcelaine (Vita, Allemagne)	199	580	381
Couronne zircon (CAD/CAM)	290	1020	730
Prothèse complète (par mâchoire)	480	1050	570
Facette porcelaine	200	500	261
Inlay core	50	230	180
Blanchiment pro (Britesmile, jusqu'à 6 teintes)	300	550	250
4 Implants SIC + 1 appareil complet résine	3780	6500	2720

Aujourd'hui plus que jamais le coût des soins est un critère de choix essentiel. Nul ne l'ignore et encore moins les dirigeants des cliniques low-cost. Les honoraires constituent le cœur du message, ils sont un atout considérable toujours mis en avant par ces derniers. La facture peut être diminuée de moitié voire plus pour les implants et les actes prothétiques, c'est le message que l'on peut lire sur les sites et dans les médias.

4.6.2 La question du choix

Le choix du consommateur est un argument souvent avancé par de nombreux publicitaires pour vendre leur produit et dorénavant par les cliniques low-cost. Ce choix est présenté comme le meilleur, celui qu'un grand nombre a déjà fait. Cette stratégie marketing est un moyen d'inciter le patient à faire le choix « low-cost », le choix de bénéficier « de soins dentaires de qualité à moindre coût ». Elle consiste à induire chez le patient une réaction face à sa décision de repousser les soins dentaires. Une décision qui a eu ou pourrait avoir pour conséquence une dégradation de sa santé buccodentaire. Mais aujourd'hui il doit pouvoir faire un nouveau choix : celui « de devenir acteur de santé et de changer la situation ». Il a le choix d'obtenir la thérapeutique qu'il désire

Pour Turner cette stratégie convient dans les situations où les patients ont véritablement le choix de se faire soigner chez eux ou à l'étranger. Dans le cas des patients qui n'ont pas les moyens de s'offrir des soins dentaires chez leur praticien, la décision d'aller vers les cliniques low-cost pour obtenir ces soins n'est pas une question de choix mais plutôt de contrainte (Turner, 2009).

4.6.3 Une offre de soins de confiance

Hormis les tarifs de soins dentaires, le message distillé par les cliniques low-cost comprend d'autres éléments.

A l'étranger, les cliniques mettent en avant :

- la haute qualification des praticiens, leur expérience et leur spécialisation ;
- le professionnalisme et le dévouement de l'équipe soignante (accompagnement personnalisé tout au long de la démarche, absence de barrière linguistique etc.) ;
- la haute qualité des prestations réalisées, les règles et les procédures rigoureuses ;
- la qualité équivalente voire supérieure des thérapeutiques ;
- les garanties des soins ;
- la diversité des thérapeutiques ;
- la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient ;
- la haute qualité et la précision des travaux réalisés par les laboratoires de prothèses ;
- la rapidité de réalisation du plan de traitement ;
- la haute qualité des matériaux utilisés ;

- les moyens techniques performants issus des dernières technologies ;
- le nombre et la diversité des unités de soins ;
- le respect des réglementations en vigueur ;
- la prise en charge par la Sécurité Sociale et les mutuelles ;
- leur mission sociale ;
- les informations médicales (vidéos, photographies, explications des affections et des thérapeutiques etc.) ;
- la traçabilité des matériaux ;
- la transparence des dossiers ;
- la proximité de la clinique et de l'hébergement (rapidité de prise en charge en cas de problèmes) ;
- les prestations touristiques (visites, activités, lieu de résidence luxueux, présence de la famille).

En France, les cabinets dentaires low-cost mettent en avant :

- leur méthode de travail qui permet une diminution des prix (personne dédiée aux achats afin d'obtenir les meilleurs prix, système de répartition des tâches complété par une ergonomie et une logistique performantes) ;
- leur mission sociale d'offrir un accès aux soins égal à tous ;
- les compétences et le niveau de qualification équivalents voire supérieurs des praticiens ;
- le statut salarié des praticiens ;
- la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient (praticiens spécialisés dans chaque divers domaine de la dentisterie) ;
- la rapidité de réalisation du plan de traitement ;
- le dévouement de l'équipe soignante (accompagnement tout au long du traitement et dans toutes les démarches administratives) ;
- la haute qualité des prestations réalisées, les règles et les procédures rigoureuses ;
- la haute qualité et la précision des travaux réalisés par les laboratoires de prothèses français et étrangers réputés ;
- l'origine française des consommables, identique à la majorité des cabinets libéraux ;
- les plateaux techniques de haute technologie ;
- les équipements issus des dernières technologies, haut de gamme, performants ;
- le respect des normes d'hygiène et d'asepsie ;
- la traçabilité des implants ;
- la prise en charge et le remboursement des soins (tiers payant, conventions avec mutuelles, reste à charge minorés) ;
- les informations médicales (vidéos, photographies, explications des affections et des thérapeutiques etc.) ;
- l'approbation des Agences Régionales de Santé (ARS).

Pour ce dernier point, les dirigeants mettent en avant sur les sites web, dans la presse, le lien entre l'ARS et leur structure pour éliminer toutes appréhensions émanant du public. A l'image du discours de l'un de ses dirigeants : « Croyez-vous vraiment que la préfecture qui gère les associations et les ARS qui gèrent la santé laisseraient faire s'il y avait le moindre problème ? Au contraire les normes qui s'imposent aux centres dentaires sont bien plus élevées que celles des cabinets libéraux, dont beaucoup exercent encore dans d'anciens appartements, avec la stérilisation dans la salle de bain » (67).

Le message distillé par les cliniques basées à l'étranger est qu'il est possible d'allier vacance et réalisation de la totalité d'un plan de traitement en une semaine. Le patient peut bénéficier dans un délai plus court et pour une somme d'argent inférieure, de thérapies équivalentes voire supérieures à celles de leur pays d'origine en termes de qualité et de sécurité.

Le message est sensiblement le même pour les cliniques françaises. Le patient peut bénéficier d'une prise en charge rapide et pluridisciplinaire aux prestations équivalentes voire supérieures dans un cadre rassurant et aux démarches administratives simplifiées. Leur vocation première se dit sociale en permettant un accès aux soins égal à tous (couverture CMU, personnes à mobilité réduite, personnes à ressources financières limitées etc.).

5 La Forme d'exercice

5.1 Les cabinets dentaires à l'étranger

Dans le cadre du tourisme dentaire, quels sont les modes d'exercice ? Deux manières de procéder existent. Soit les sites sont créés par les cliniques étrangères, soit ce sont des agences de voyages spécialisées dans le tourisme dentaire qui recommandent aux patients internautes diverses cliniques avec lesquelles elles sont en partenariat. En général, le site internet est le biais par lequel passe les acteurs du tourisme dentaire pour se faire connaître et il permet aux patients potentiels de les contacter.

5.1.1 Le medical planner

Les intermédiaires, selon les sites, portent des titres différents : coordinateurs de traitement, assistants chargés de patientèle, chargés d'équipe administrative. Ce sont des « *medical planners* » ou « planificateurs médicaux » qui visitent les cliniques à l'étranger. Quand elles répondent à leur cahier des charges et à leurs exigences, ces dernières sont sélectionnées et recommandées. L'agence est gagnante, elle touche une commission, la clinique l'est tout autant. En effet les *medical planners* leur font de la publicité et les déchargent d'un certain nombre de contraintes. L'agence s'occupe du recrutement du patient, de l'organisation du voyage, du suivi etc. Dès le début de sa démarche, le patient est mis en relation avec un interlocuteur principal en charge de son dossier et qui parle sa langue.

Le *medical planner* est en contact direct avec l'équipe soignante à l'étranger :

- pour superviser les dossiers en lien avec la clinique et fournir la documentation administrative nécessaire ;
- pour accompagner de façon personnalisée le patient dans la réalisation de son projet avant, pendant et après la réalisation des soins.

Hollenbeck créa en 2004 Esthetic Planet, une agence basée à Paris qui met en relation les patients avec des établissements étrangers. Elle sélectionne les cliniques et les praticiens avant d'y envoyer les patients. L'agence donne divers conseils pour aider « les clients » à faire leur choix, allant jusqu'à comparer les devis avec ceux établis en France. Elle propose différents devis de ses partenaires et monte les dossiers pré-opératoires (examens, radios etc.). Ce sont souvent des agences qui n'ont aucun lien avec le secteur dentaire, elles sont surtout spécialisées dans le voyage et proposent des packs vol, hôtel et soins à des prix réduits (70).

5.1.2 Les cliniques dentaires

Que ce soit en Roumanie, en Espagne, mais surtout en Hongrie, à Budapest notamment, les cabinets dentaires participant à ce mouvement se trouvent au cœur de charmants et luxueux lieux de résidence, d'hôtels, à proximité du centre-ville. Cela afin de permettre aux patients de profiter de visites touristiques, de les détendre et de les rassurer. Ce sont d'imposantes infrastructures, de véritables cliniques. Elles présentent souvent une grande superficie (400 m² pour une clinique partenaire d'Oodys), parfois même répartie sur plusieurs étages (figures 30 à 32).

Les cliniques offrent un cadre agréable au patient, avec des salles d'attente spacieuses et confortables, des bureaux équipés d'ordinateurs avec libre accès à internet, des télévisions proposant des chaînes françaises, des patios à la disposition exclusive des patients etc. Tout ceci conforte ce dernier dans son choix et dans l'idée que tout est fait pour son bien-être. Les cabinets s'articulent autour d'un hall d'accueil où le patient est reçu par une assistante, une secrétaire ou une réceptionniste multilingue. Ces structures permettent de couvrir l'intégralité des soins, elles sont très équipées et disposent d'un matériel très récent, haut de gamme, avec plusieurs unités de soins (quatre fauteuils pour une des cliniques recommandée par l'agence Eurodentaire), des salles de chirurgie, de radiographie panoramique, de radiographie intra-orale, d'un laboratoire dentaire etc.



Figure 30 : Salle de soins d'un centre esthétique dentaire situé au Maroc (68)



Figure 31 : Vue extérieure d'un centre esthétique dentaire situé au Maroc (68)

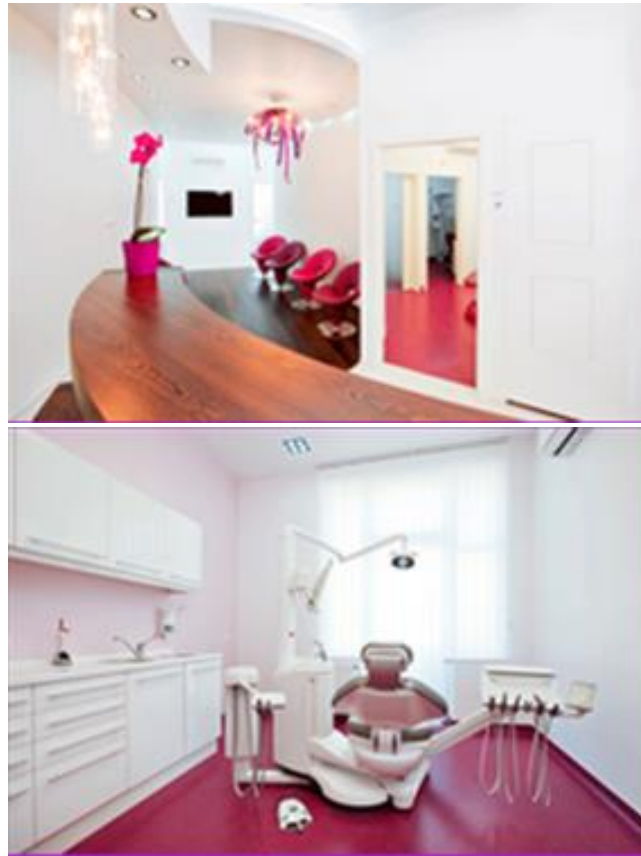


Figure 32 : Salle d'attente et salle de soins de la clinique dentaire Helvetic Clinics Budapest située en Hongrie (69)



5.1.3 Le personnel

Il n'est pas chose aisée d'identifier sur les sites web le fondateur de la clinique et de l'agence médico-touristique. La direction peut être assurée par un professionnel de santé. C'est le cas de la clinique dentaire El Cedro en Espagne qui est dirigée par le Docteur Olivier Bournay, chirurgien-dentiste français. L'agence Eurodentaire est sous la gestion d'un directeur général « médical ». Révéler le nom et/ou le titre du directeur de la clinique et de l'agence médico-touristique rassure le patient-internaute, même si ces renseignements manquent parfois de précision comme dans le second exemple. Par ailleurs, les cliniques et les agences de séjours médicaux sont à but lucratif, la direction par un professionnel de santé est minoritaire. Bien souvent elles sont sous la coupe d'un manager ou d'un responsable commercial (70) (71) (72).

Les sites web mettent l'accent sur « les prix », « la rapidité des traitements », mais aussi sur l'équipe « hautement qualifiée et expérimentée », « l'absence de barrière linguistique », la prise en charge « pluridisciplinaire et personnalisée » du patient (Bouchard, 2009). Les cliniques sont de véritables pôles de services qui s'occupent de toutes les démarches en lien avec le médical, le séjour et la logistique grâce à une stratégie parfaitement pensée, articulée autour d'une équipe pluridisciplinaire multilingue constituée de chirurgiens-dentistes, d'assistantes dentaires, d'hygiénistes, de personnel administratif, de managers, de coordinateurs, de prothésistes (72) etc. Néanmoins, il subsiste des cliniques où les praticiens ne parlent pas français et disposent d'interprètes externes.

➤ Les professionnels des cliniques partenaires Oodys affirment que les patients sont entourés de chirurgiens-dentistes « ayant tous les diplômes requis issus des plus grandes écoles du monde capables d'offrir des soins de qualité en adéquation avec les plus hauts standards reconnus dans les pays industrialisés tout en profitant de tarifs très avantageux » (73).

➤ La clinique Medical Tours Company compte au sein de son équipe pas moins de 31 membres (74).

➤ L'agence Eurodentaire propose à ses clients de se rendre dans une clinique Hongroise composée de 19 membres de nationalités française et hongroise (72).

➤ Esthetik Dental Barcelona est un ensemble de deux cliniques dentaires partenaires situées en Espagne et constituées d'une équipe française ayant suivie diverses formations au sein des pays membres de l'UE (75).

5.1.4 Les chirurgiens-dentistes

Selon les sites web, généralement une équipe de quatre ou cinq chirurgiens-dentistes hautement qualifiés et expérimentés y exercent par spécialité.

➤ Chez Eurodentaire, neuf praticiens spécialisés dans différentes disciplines (affections buccodentaires, chirurgie dento-alvéolaire, chirurgie maxillo-faciale, endodontie, dentisterie esthétique et prothétique, implantologie, parodontologie, soins conservateurs, transplantation osseuse) prennent en charge les patients.

➤ Chez Smiley Partner, la clinique Cedro compte six praticiens spécialisés en omnipratique, implantologie orale et parodontologie, prothèse, orthodontie, médecine esthétique et nutrition (71).

5.1.5 L'équipe dentaire

Généralement, au sein des cliniques hongroises, roumaines, turques, ou encore espagnoles, des assistantes dentaires et des hygiénistes s'associent au pool de chirurgiens-dentistes pour optimiser le travail et rassurer le patient. La clinique Medical Tours Company compte huit assistantes dentaires. Le bénéfice important que réalisent les cliniques étrangères spécialisées dans le tourisme dentaire leur permet d'avoir leur propre laboratoire de prothèse au sein de la clinique ou à proximité.

5.1.6 Les autres membres

- Réceptionniste, exclusivement dédiée à l'accueil et la gestion de la patientèle francophone
- Manager général
- Manager médical
- Manager coordinateur francophone
- Assistant technicien
- Technicien dentaire
- Coordinateur laboratoire
- Ressources humaines
- Comptable
- Responsable achat
- Responsable accueil patient français

Les cliniques dentaires ne lésinent pas sur les moyens techniques et humains. Dès le premier coup d'œil, le patient doit être rassuré et convaincu. Autant dire qu'à travers le site web, elles doivent impressionner le patient. Il en est de même sur place, afin de confirmer ses attentes et qu'il fasse de la publicité une fois de retour. Au vu de tout cela, demeure une interrogation, celle sur la façon de procéder pour rentabiliser la structure.

5.2 Les cabinets low-cost

5.2.1 Le statut

Les centres dits « low-cost » appartiennent à la catégorie des centres de santé. Ceux-ci ont été définis la première fois par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 dans un texte ensuite inséré dans le Code de la Santé Publique (article L. 6323-1), actuellement ainsi rédigé :

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du CSP [...]. Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé. Ils peuvent soumettre à l'ARS et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-1.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins, et le développement d'actions de santé publique. Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. Les médecins (ou les chirurgiens-dentistes) qui exercent dans les centres de santé sont des salariés [...] » (Vassal, 2013).

Trois catégories de centres sont essentiellement recensées (Vassal, 2013) :

- les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ;
- les centres de santé gérés par des mutuelles ;
- les centres de santé gérés par des associations relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901.

Il s'agit d'un secteur important en matière de santé dentaire puisque la France compterait à ce jour 600 centres de santé dentaire. A Paris par exemple, en 1999, on dénombrait 55 centres conventionnés regroupant 200 fauteuils et 530 praticiens (source CNAM). Il y aurait actuellement (en 2013) 170 centres de santé en Ile-de-France. Seuls donc les organismes à but non lucratif, les collectivités territoriales, les CPAM ou les établissements de santé (hôpitaux par exemple) peuvent créer et gérer des centres de santé, et ce sous la surveillance de l'ARS (Vassal, 2013).

Les centres de santé sont définis par trois caractéristiques (Vassal, 2013) :

- *Ils perçoivent certaines subventions des CPAM*, en application de l'article L162-32 du CSP : « Les caisses primaires d'Assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de

l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre » ;

- *ils sont exonérés* « de la contribution économique territoriale (ex-taxe professionnelle) » ;
- *ils pratiquent le tiers payant* : « Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'Assurance maladie ».

Certains centres de santé sont gérés par des associations relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901. Ce sont des associations qui peuvent poser problème, en ce sens qu'elles dissimulent parfois des entreprises purement commerciales. Les associations ne peuvent légalement distribuer de bénéfices à leurs membres selon les articles de la loi du 1^{er} juillet 1901 : « l'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et aux obligations ». Mais ces bénéfices, quand ils existent, peuvent être appréhendés par le biais des salaires de certains dirigeants dont des amis ou la famille composent l'association (pour créer une association, il suffit de deux personnes, un président et un trésorier) ou par la surfacturation à l'association de fourniture, de prestations ou de loyers (Vassal, 2013).

C'est en utilisant ce cadre associatif que se sont récemment créés les centres dentaires low-cost. L'appellation « low-cost » ne correspond pas à une réalité juridique spécifique : il s'agit d'une formule de type publicitaire et journalistique destinée à attirer l'attention du public (Vassal, 2013). Nicolas Mailhac, un des deux membres fondateurs de la fédération de médecine et chirurgie dentaire (FMCD), commente cette dénomination, « Addentis n'est pas une structure low-cost classique, c'est un centre de santé ». Par ailleurs le FMCD compte parmi ses trois secrétaires généraux Patrice de Montaigne de Poncins, qui a ouvert des centres dentaires low-cost mais qui n'a pas le titre de chirurgien-dentiste (L'Information Dentaire 16/17, 2013).

5.2.2 Conditions d'ouverture d'un centre de santé

Il existe certaines conditions pour qu'un centre de santé voie le jour. Pour que l'ARS délivre une attestation, le centre de santé doit soumettre son règlement intérieur et des documents qui prouvent son statut associatif, montrer que les praticiens sont salariés, que le centre pratique la dispense d'avance de frais et respecte le concept de centre de santé. Auparavant, tout établissement de santé était soumis à une enquête de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), ce n'est plus le cas. Les associations ont la possibilité d'ouvrir des centres médicaux à condition d'obtenir l'accord du directeur de l'ARS locale. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi Bachelot ou loi

HPST, et la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 ont supprimé l'agrément préalable de l'autorité administrative qui était nécessaire à la création d'un centre. Depuis l'entrée en vigueur de ces textes, l'ARS (qui a succédé à la DDASS), se contente d'accuser réception du projet de création et ne peut donc plus intervenir *qu'a posteriori* et encore dans certaines limites (Barthelemy, 2012 ; De Divonne, 2013 ; Vassal, 2013).

Fabien Cohen, président de Syndicat National des Chirugiens-Dentistes de Centres de Santé commente le statut des centres low-cost et la législation afférente : « Addentis est bien un centre de santé aux termes de la Loi. A-t-il pour autant l'éthique d'un centre de santé telle que je la conçois ? On peut en douter. Le problème est bien plus large. Il concerne les centres de santé dits associatifs. La loi HPST est floue sur leur définition juridique. Pour obtenir cette appellation, il suffit d'envoyer un dossier à l'ARS. Son accusé de réception vaut acceptation » (Vassal, 2013).

5.2.3 Montage juridique des centres dentaires dits « low-cost »

Le montage juridique, de prime abord flou, est en fait très simple. Ces centres dentaires « low-cost » ont adopté la forme juridique d'associations dites Loi 1901, c'est-à-dire d'associations à but non lucratif qui ne font donc pas de bénéfices (impossibilité pour les associés desdites associations de percevoir des bénéfices). C'est ainsi qu'ont été créées les associations Dentexia et Addentis à l'initiative de Pascal Steichen et Patrice de Montaigne de Poncins qui exploitent différents centres dentaires low-cost, tant en région parisienne qu'en province. Colas Amblard, avocat chez NPS Consulting commente ce statut : « d'un point de vue juridique, une association peut faire du commerce et employer du personnel salarié. La seule condition est de ne pas redistribuer les bénéfices, une fois les salaires versés et les charges acquittées, mais de les réinjecter dans l'activité de la société, sous peine de la transformation en société créée de fait » (Lamy, 2014) (76).

Aujourd'hui on retrouve diverses associations aux caractéristiques semblables : Addentis, Dentalvie, Dentexia, Dentego, Cosem. La première a créé trois centres dentaires en Seine-Saint-Denis. La seconde en a créé un dans les Pyrénées Orientales. La troisième en a créé cinq à Paris, Colombes, Lyon Tête-d'Or, Lyon Grange-Blanche, Vaulx-en-Velin et Chalon-sur-Saône.

Les détails du statut des associations relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901 sont exposés ci-dessous :

- *DENTEXIA*, selon la déclaration à la sous-préfecture d'Aix-en-Provence en date du 11 juillet 2011 (publication en date du 23 juillet 2011), l'objet est de « favoriser l'accès aux soins dentaires à toutes catégories sociales et notamment aux personnes démunies, plus particulièrement en créant des centres de santé dentaire accessibles à tous et

pratiquant des tarifs modérés, ainsi que toutes autres structures complémentaires visant à atteindre ce but » ;

- *ADDENTIS*, association pour le développement de centres de santé dentaire, selon la déclaration à la préfecture de police de Paris en date du 28 octobre 2008 (publication en date du 22 novembre 2008), l'objet est la : « création et gestion en France de centres de santé dentaire ouverts à tous et pratiquant des prix accessibles à tous, dotés de moyens techniques et organisationnels performants et mettant à la disposition des équipes cliniques un environnement de travail adapté à la réalisation de soins de qualité » (76) ;
- *DENTALVIE*, créée en novembre 2012, dont le siège social est sis 2 Rue Madeleine Brès –66330 CABESTANY. L'activité consiste en « l'accès aux soins dentaires pour tous par le biais de tarifs modérés » (77).

Il existe un lien entre les centres dentaires « à but non lucratif » et des sociétés « à but lucratif » (figure 33). Les dirigeants des sociétés sont les fondateurs des centres (76).

Les détails des sociétés sont exposés ci-dessous :

- *LA SOCIETE EFFICENTRES*, SAS immatriculée le 19 janvier 2009 auprès du Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n°509 903 738, dont le siège est sis 231, rue Saint-Honoré – 75001 PARIS (société de domiciliation : VENDOME ORGANISATION), dont le Président est Patrice de Montaigne de Poncins, et dont l'activité est « l'accompagnement à la création et à l'exploitation de centres de santé dentaire » (76).
- *LA SOCIETE EFFICIENCES ODONTOLOGIQUES*, SARL immatriculée le 9 mars 2004 auprès Registre du Commerce et des Sociétés d'Aix-en-Provence sous le n°452 467 459, dont le siège est sis 10, rue Lapepede – 13100 AIX-EN-PROVENCE, dont le gérant est Pascal Steichen, et dont l'activité est la « formation professionnelle aux techniques générales et à l'ingénierie de la communication » (76).

L'activité déclarée de ces deux sociétés ne semble plus correspondre à celle exercée aujourd'hui, dans la mesure où elles sont chargées du recrutement des salariés des centres dentaires (76). Vassal commente ce duo de centres dentaires low-cost : « Quant au fait que ces centres sont à but non lucratif, il n'échappe à personnes qu'il existe des possibilités de faire remonter l'argent par des prestations extérieures » (Vassal, 2013).

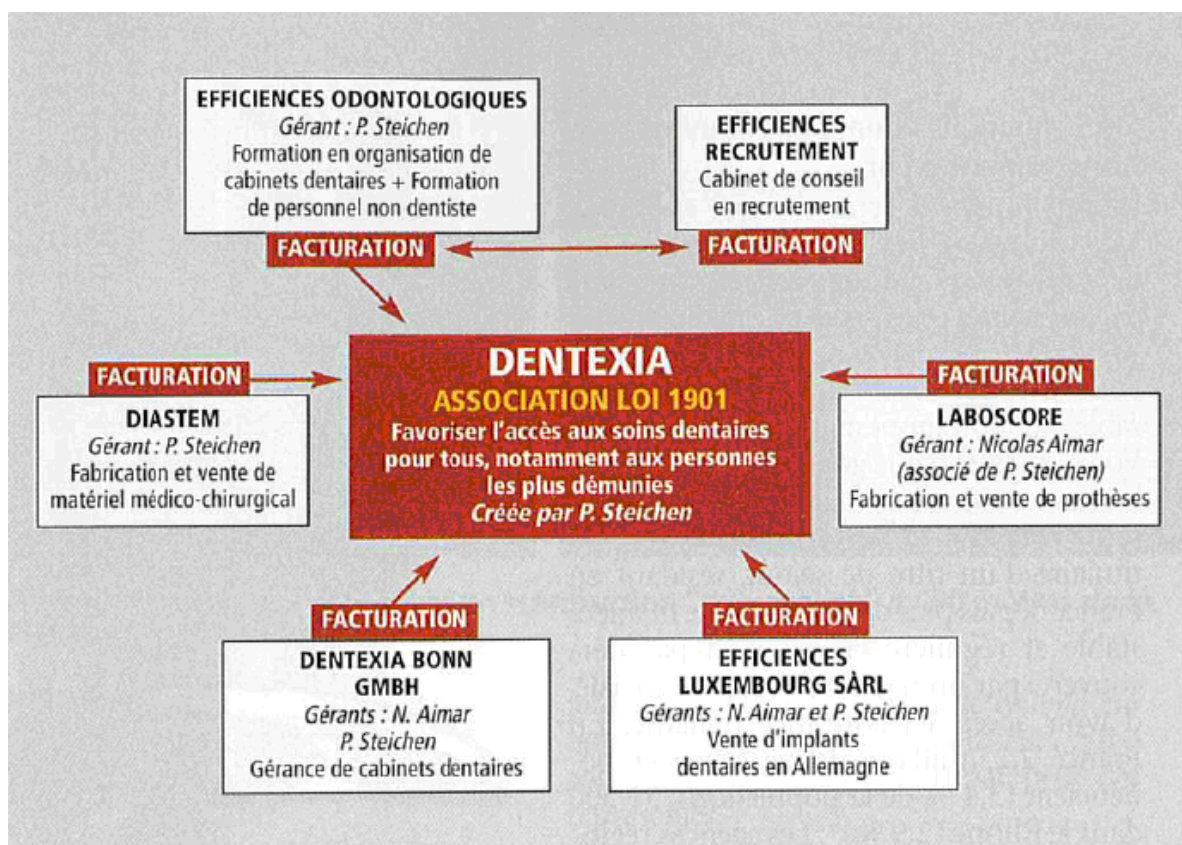


Figure 33 : Le montage juridique des centres dentaires low-cost « Dentexia » : des sociétés autour d'une association 1901 (Source : Lamy, 2014)

D'une manière générale, les associations sont gérées grâce au support de sociétés, qui sont, elles, commerciales. Les sociétés facturent des frais de gestion et de relations publiques aux associations (formation des salariés, produits, matériel, immobilier etc.). Les sociétés recueillent ainsi des bénéfices. Les associations engendrent donc des profits ensuite recueillis par ces sociétés, contrôlées par les mêmes acteurs que ceux des associations (78).

5.2.4 Parcours d'un créateur du concept dans le secteur dentaire en France

Pascal Steichen est né le 29 octobre 1959 à Thionville. C'est un *businessman*, titulaire d'un Executive Master of Business Administration : une formation pour cadres dirigeants dispensée à HEC. Il est chevalier de palmes Académiques et a obtenu des prix tels que le prix de l'université Pierre et Marie Curie et le prix des Entretiens de Bichat. Il est lauréat de la Fondation de France et de Paris-Entreprendre

Il fut « coach dentaire » pendant une vingtaine d'années pour des cabinets dentaires libéraux. Il a également conçu des campagnes de communication pour des sociétés cotées, réalisé des mallettes pédagogiques pour plusieurs ministères, lancé des magazines spécialisés,

édité des guides pratiques sur l'organisation et l'optimisation des cabinets dentaires. Puis il a lancé le concept, il y a deux ans, dans l'agglomération de Lyon.

En 2009 : Pascal Steichen et Patrice de Montaigne de Poncins créent une société, avec une levée de 400 000 euros de capital risque, dont l'activité est l'accompagnement à la création et à l'exploitation de centres de santé dentaire. Le projet a été désigné lauréat de « Paris-Entreprendre ». Ils en sont les deux gérants. Efficentres offre ses services aux centres dentaires Addentis dont la mission est dite sociale. Le concept fonctionne.

En 2011 : Pascal Steichen vend ses participations dans Efficentres et Addentis et crée des centres dentaires low-cost « pour tous ». Par ailleurs, il est en conflit avec l'association Addentis pour concurrence déloyale et parasitaire (Lamy, 2014) (48) (79).

5.2.5 Conditions d'interventions de l'ARS

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi Bachelot, et la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 prévoient également : « En cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur de l'ARS peut :

- enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;
- en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou au non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;
- maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet.

Ainsi, le contrôle *a posteriori* de l'ARS ne peut concerner en principe que des manquements à la qualité et la sécurité des soins (Vassal, 2013).

5.2.6 Parallèle entre les bases d'un produit low-cost lambda et la santé

Dans le low-cost, les produits et services sont repensés pour être segmentés, mis à nu de leurs fonctions annexes jusqu'à n'en retenir que le cœur, c'est-à-dire la fonction essentielle, celle qui satisfait un besoin minimal. En un mot, les entreprises low-cost dépouillent ces offres de tout leur superflu pour ne couvrir que le besoin premier du consommateur. La marque de fabrique du low-cost est donc le rejet du superflu, la simplification maximale des processus, le retour à la fonctionnalité première des produits et services.

Le low-cost est en quelque sorte l'anti-modèle de la gratuité : tout a un prix, donc tout se paye. Le corollaire de la simplification et du redécoupage du produit est l'optionalisation de tous ses attributs secondaires : tout ce qui est ajouté en plus du produit de base, est payé en supplément. Pour exemple, sur un vol low-cost, le besoin de base, celui de se déplacer

rapidement de point à point, est satisfait sans aucun service additionnel (Combe, 2011 ; Santi et Nguyen, 2012) (40).

Maintenant que la transformation d'un produit *lambda* en un produit low-cost a été détaillée, translatons-la au domaine de la santé et plus particulièrement à l'odontologie. Selon le raisonnement low-cost, le soin peut être comparé aux offres et aux services commerciaux. Pour reprendre les termes des économistes, « les producteurs se seraient éloignés des besoins élémentaires de leurs clients », l'offre de soin présenterait donc « une surqualité inutile et coûteuse en multipliant les services et options ». Ces services constituent pourtant le cœur du métier de soignant telle que l'approche relationnelle. Intégrer les dimensions psychologiques, affectives et morales de l'être humain dans la pratique odontologique est essentiel. Elles constituent l'approche relationnelle et contribuent au bon établissement de la relation thérapeutique, même si cette approche est chronophage et prenante psychologiquement et financièrement.

Si on se place dans la logique low-cost : le fait qu'un patient soit soigné en bénéficiant de services supplémentaires non essentiels à ce dernier feraient donc augmenter la facture. Dans les offres de soins low-cost, le besoin premier du consommateur est le soin. Si tout superflu est rejeté car il représente une perte d'argent on comprend que le relationnel soit ainsi écarté.

Par ailleurs, puisque dans le low-cost les services sont repensés et segmentés, l'offre de soin l'est aussi. Il y a spécialisation et séparation des tâches, avec un service administratif et un service essentiellement clinique. Dans cette démarche, on découpe l'offre et on la dépouille de ses fonctions annexes, l'offre de soin prend un aspect mercantile. Ainsi, le chirurgien-dentiste a pour seule fonction de soigner.

Dans un cabinet dentaire traditionnel, le rôle de la première consultation est d'établir les besoins du patient mais aussi d'établir un premier contact, de renvoyer une image rassurante et de confiance. L'accueil du patient au début d'une consultation, puis à son départ représente un laps de temps certain. En ce sens, expliquer les traitements, s'assurer de la bonne compréhension des informations, répondre clairement aux questions du patient, motiver le patient et s'assurer de sa compliance réclament du temps. Chaque minute est comptabilisée dans un cabinet low-cost. Si on additionne le temps pris pour le relationnel par patient, on peut déduire qu'il s'agit de temps qui pourrait être consacré à un autre patient, et donc un gain d'argent.

Autre caractéristique de l'offre de soin low-cost, la durée des rendez-vous : les patients sont soignés sur de longues plages horaires. De ce fait, l'avis du patient n'est pas pris en compte. Il subit le fauteuil sur une longue durée même s'il ne le supporte pas. Il n'a pas le choix, c'est le protocole (Amzalag et coll., 2007).

Dans un cabinet traditionnel les praticiens prennent en considération l'aspect relationnel à différents degrés, ils ne peuvent ainsi s'aligner sur les prix appliqués par les centres low-cost.

Le principe du low-cost est donc de proposer des produits à un prix plus bas que celui du marché, mais à qualité *a priori* équivalente. Il s'agit d'épurer l'offre en supprimant tous les coûts qui ne sont pas essentiels, afin d'obtenir le prix le plus intéressant possible. Même si la qualité peut être comparable, le client doit consentir à réaliser certains sacrifices. Dans les centres dentaires low-cost, le modèle est industrialisé et le traitement des patients s'effectue quasiment à la chaîne. Le praticien passe l'aspect relationnel au second plan. Un concept qui pousse à la réflexion (Le Gall, 2013).

5.2.7 Le fonctionnement d'un cabinet low-cost

Le secteur de la chirurgie dentaire est par définition une activité de service employant une main d'œuvre hautement qualifiée, ce qui n'a pas freiné certains gestionnaires à lancer des formules aussi radicales qu'inattendues pour révolutionner la profession. Les centres dentaires low-cost sont parvenus à abaisser leur structure de coûts grâce à des méthodes de *management* rigoureuses.

Voici les grands principes des cabinets low-cost, selon les auteurs Santi et Nguyen, et le reportage intitulé « Dentistes Low-cost : aubaine ou arnaque? » diffusé sur la chaîne télévisée M6, le 23 février 2014.

Les centres sous forme d'association à but non lucratif sont majoritairement créés et supervisés par des hommes d'affaire issus d'écoles de commerce prestigieuses, et non pas par des professionnels de santé. Une vision et une gestion différente du centre en découle.

L'organisation de travail s'apparente au taylorisme. Il s'agit d'une forme d'organisation scientifique du travail. Afin d'obtenir des conditions propres à fournir le rendement maximum dans le cadre d'une organisation, celle-ci préconise (80) :

- une analyse détaillée et rigoureuse des modes et techniques de production (gestes, rythmes, cadences, etc.) ;
- l'établissement de la meilleure façon de produire (définition, délimitation et séquençage des tâches) ;
- la fixation de conditions de rémunération plus objectives et motivantes.

Il existe une séparation et une spécialisation des tâches, source évidente de productivité accrue. Tout est question d'organisation et de protocole. Un centre Addentis, de cinq à six fauteuils, par exemple, est organisé en deux services distincts et complémentaires, sous la responsabilité d'un directeur de centre, assisté de conseillers techniques, et de commerciaux.

Un premier pôle : le service administratif et relations patients, garant du bon fonctionnement du centre et de sa gestion au quotidien, comprend :

➤ *Plusieurs assistantes administratives*, dont le rôle est l'accueil physique et téléphonique, l'ouverture et l'enregistrement des dossiers, la tenue des plannings, l'encaissement des soins et le traitement des dossiers auprès des caisses de Sécurité Sociale et des mutuelles. Leur rôle est essentiel dans la bonne gestion du taux d'occupation des fauteuils, qui doit être optimal, notamment avec les patients couverts par la CMU, difficiles à joindre.

➤ *Des commerciaux* dont le rôle est de recevoir les patients pour leur présenter les devis établis par les praticiens.

➤ *Le directeur de centre*, chargé entre autre de la coordination de la production et des relations avec les prescripteurs.

Un second pôle : le service clinique, il est constitué de plusieurs binômes, cinq à six en moyenne, avec un chirurgien-dentiste et une assistante dentaire pour chaque fauteuil.

➤ *Le chirurgien-dentiste* est déchargé de toutes les tâches autres que les soins aux patients et applique des protocoles cliniques et organisationnels éprouvés. Or ces tâches incontournables et obligatoires qui s'imposent à lui lors de son exercice (Sécurité Sociale, s'organiser, acheter du matériel, communiquer, manager...) représentent deux tiers du temps de travail du praticien libéral. De cette façon, il se consacre uniquement à son métier celui de « soigner les patients ». Cette réorganisation des tâches permet aux chirurgiens-dentistes low-cost de soigner un maximum de patients sans s'occuper du planning.

La productivité d'un chirurgien-dentiste baisse avec la gestion des tâches administratives, les relations humaines, l'exécution de soins de base, les nombreuses séances courtes, les heures supplémentaires, en concevant puis expliquant les plans de traitement. *A contrario*, elle augmente avec des séances longues, les soins déréglementés, le travail à quatre mains, une assistante et un secrétariat (Wurth, 2012).

➤ *L'assistante* est entièrement responsable de son fauteuil et doit respecter un protocole bien établi, entre autre préparer des plateaux techniques types, chaque soin correspond à des kits préparés à l'avance ce qui procure un gain de temps pour l'assistante et le praticien. Tout est fait pour que chaque minute soit consacrée à la réalisation des soins.

➤ *Une assistante supplémentaire* coordonne les processus de stérilisation, les commandes et effectue les remplacements éventuels.

Dans ces cliniques, tout est protocolisé, depuis les traitements cliniques jusqu'aux simples aspects administratifs. Il existe des protocoles sur les soins et le matériel à utiliser, le temps de réalisation. Il existe des manuels opératoires pour chaque poste, chaque fonction, et même pour l'ouverture d'un centre. Il a été mis en place une organisation stricte où le

moindre geste doit être efficace. Ces procédures doivent être suivies à la lettre. Elles favorisent la productivité d'une activité au coût élevé.

Les économies ne semblent pas être faites sur le matériel médical. Ces centres acquièrent des fauteuils très performants à la pointe de la technologie, comptant parmi les plus chers du marché. La création d'un centre de cinq à six fauteuils représente un investissement de plus d'un million d'euros. Les centres disposent d'une radiographie panoramique dentaire, d'un scanner et d'un système de radiographie numérique. Nicolas Thibert, fondateur d'un centre low-cost à Lille a travaillé dans l'industrie dentaire, et a ouvert Dentifree en association avec un ancien professeur de la faculté de Nancy. Il déclare : « Nous utilisons également du matériel high-tech, acheté dans le cadre de partenariats, qui permet également des diagnostics très précis et qui diminue le nombre de rendez-vous des patients » (Barrère, 2013).

En revanche, les achats externes ont été assez aisément revus à la baisse, à commencer par le loyer, grâce à des implantations dans des zones à forte densité d'individus bénéficiant de la C.M.U. Il est également question d'économie d'échelle en achetant le matériel et l'équipement en gros et à prix réduits. De plus, la centrale d'achat négocie des prothèses fabriquées dans des pays à faible coût de main d'œuvre (Maroc, Turquie, Chine), ou bien sont réalisées sur place dans leur propre laboratoire de prothèse. Dentexia utilise l'empreinte optique afin de réaliser les prothèses directement dans la clinique, ce qui diminue les coûts (notamment des matériaux à empreinte) (Santi et Nguyen, 2012 ; émission M6, 2014).

Au-delà des économies réalisées sur les frais externes, c'est la performance et la productivité de ces centres qui font la différence :

➤ *les travailleurs suivent une formation*, elle n'est pas uniquement clinique. Il s'agit d'expliquer la marche à suivre, les méthodes de travail, de mettre en évidence des informations chiffrées (ratio et chiffres d'affaires). Pascal Steichen, lors de l'une de ces formations, explique qu'un cabinet libéral moyen fait environ 200 000 euros de chiffre d'affaires, il veut démontrer qu'il est possible d'être bien plus rentable. Il juge les cabinets traditionnels trop peu prolifiques, car avec ce chiffre, cela représente 100 euros de l'heure ce qui est très bas au niveau de la productivité ;

➤ *au niveau de la délivrance des soins*, un dentiste low-cost travaillerait selon des plans de traitement complets, dans lesquels il regroupe ses actes. Une consultation chez un chirurgien-dentiste libéral dure en moyenne 30 minutes. Chez Addentis, le temps moyen d'intervention sur un patient est de 1h15.

En réalité, chez un dentiste libéral le temps d'intervention effective est de 10 minutes, 10 minutes sont en moyenne consacrées (ou perdues si nous nous situons dans la logique low-cost) en entrée et 10 minutes de plus à la sortie. Pour être rentable le temps de communication avec le patient est extrêmement réduit. Les praticiens libéraux ont réduit la durée des rendez-

vous afin d'augmenter les temps de prise en charge des patients, pour répondre à la pénurie de praticiens et répondre à la demande de soins croissante. En conséquence, sur une journée de travail ils reçoivent plus de patients afin de satisfaire ceux-ci, ce qui se répercute sur le nombre de séances de soins par patients, qui augmente.

Les soins sont condensés à chaque rendez-vous. Le maximum de soins est réalisé par séance, la résultante: un gain de temps précieux pour le praticien. La prolongation de la durée d'intervention conjuguée à une gestion stricte et minutieuse des plannings se traduit par un taux d'utilisation opérationnelle des fauteuils grandement supérieur aux cabinets libéraux traditionnels. Il existe une globalisation des soins, les phases de soins ou de travaux de prothèses normalement dissociées sont regroupées.

➤ à chaque poste est affecté un employé unique entièrement responsable. Ce serait la raison pour laquelle les centres sont ouverts 35 heures par semaines, du lundi au vendredi, de 9h à 18h sauf le mercredi. Ainsi, les employés bénéficient d'une coupure en milieu de semaine les rendant davantage opérationnels.

➤ les dentistes ont le statut de salarié et sont diplômés (thèse d'exercice). Ils perçoivent une rémunération de 5 000 euros net en moyenne pour 35 heures par semaine. C'est un argument de poids, qui pèse lourd dans la balance. Ces centres n'éprouvent donc aucune difficulté à recruter de bons éléments et à leur faire adopter des modes opératoires et d'organisation éprouvés et économes en temps. Par leur fonctionnement, ces centres attirent de plus en plus de jeunes praticiens qui seraient de moins en moins attirés par le modèle entrepreneur individuel. Ils préféreraient un travail collectif, détaché des contingences gestionnaires et libre de toutes contraintes financières (81).

Selon les auteurs Santi et Nguyen : « Addentis a réussi le tour de force de standardiser et de processer des prestations conçues comme entièrement sur mesure et spécifique. Grâce à cette industrialisation taylorienne, Addentis est rentable et a su développer un *business* responsable et citoyen. Il s'agit plutôt d'une offre de rupture que d'une offre low-cost. Cela démontre qu'il est possible de contourner les handicaps de départ du low-cost dans les activités à forte composante de main d'œuvre » à condition de respecter les éléments clefs sus-cités (Santi et Nguyen, 2012).

5.2.8 Le public visé

Les centres dentaires low-cost, Dentalvie, Addentis, Dentexia, Cossem, Dentego (etc.), ont pour vocation d'accueillir tous les patients et de mettre la santé bucco-dentaire à la portée de tous (personnes âgées, handicapés, couverture CMU, mutuelles etc.). L'association Addentis revendique cette mission sociale « Les centres dentaires de l'association Addentis offrent à tous les patients, qu'ils soient CMU ou bénéficiaires de mutuelle, la possibilité d'une prise en charge adaptée à leurs besoins » (64).

A priori, les centres dentaires low-cost sont ouverts à tous, les tarifs sont fixés de façon à ce que les patients mêmes les plus démunis, n'aient rien à payer. Toutefois, ces centres s'adressent en priorité à deux cibles défavorisées sur le plan de la santé, et des soins dentaires en particulier (Santi et Nguyen, 2012):

- **les bénéficiaires de la couverture médicale universelle** de base (CMU) et de la CMU complémentaire (CMUC). Ils représentent entre 3,3 % et 12,7 % de la population de la France métropolitaine (CMUC chiffres au 31 décembre 2005) ;
- **les personnes à la couverture médicale complémentaire succincte**, parmi lesquelles les fonctionnaires de la fonction publique et des services non marchands à caractère public. Si l'on intègre les ayants droit, plus de 12 millions de Français sont affiliés à une mutuelle de fonctionnaires aux garanties très limitées, notamment pour ce qui est des soins dentaires.

Aujourd'hui, ces deux types de populations sont très mal pris en charge par le système de santé. Les bénéficiaires de la CMU sont parfois éconduits par les chirurgiens-dentistes libéraux en raison des faibles versements compensateurs octroyés par la Sécurité Sociale. Quant aux affiliés à une couverture peu couvrante, ils doivent financer sur leurs ressources personnelles une partie des soins, en raison des tarifs prohibitifs des prothèses dentaires et de la faiblesse conjointe des remboursements de la Sécurité Sociale et des assurances complémentaires.

Les prestataires des centres low-cost comme Addentis sont entièrement couverts soit par la CMU, soit par le duo Sécurité Sociale et mutuelle. Le différentiel de prix pour le patient est par conséquent, soit nul s'il parvient à se faire soigner dans un hôpital, soit très élevé, chez un dentiste libéral; d'où le slogan d'Addentis : « Soigner mieux, moins cher » (Santi et Nguyen, 2012).

5.3 Pourquoi une telle différence de prix ?

5.3.1 Pourquoi une telle différence dans les cliniques étrangères ?

Pour séduire les potentiels patients et entretenir une bonne notoriété, les cliniques dentaires actrices du tourisme dentaire réalisent rarement des économies sur le matériel, le personnel, la structure et le lieu au sein desquels ils sont implantés. Dans ce cas, comment parviennent-ils à proposer des tarifs aussi bas tout en étant rentable ?

La différence de prix est d'abord liée au petit matériel. Le petit matériel, ainsi nommé en comparaison aux autres dispositifs de taille plus importante, utilisé au quotidien dans l'exercice classique de la profession est identique à ceux utilisés dans la plupart des cabinets français. Ce sont généralement des produits de qualité qui sont retrouvés dans la plupart des cabinets dentaires spécialisés dans le cadre de séjours dentaires. Cependant, il y a une adaptation des prix du matériel par le fournisseur selon le pays destinataire, ce qui permet une baisse des coûts.

Ensuite, pour les implants, sur les sites, un choix entre diverses marques à différents prix est proposé. Or, lorsqu'un devis est réclamé, le choix n'est plus vraiment mentionné, le devis est alors établi et calculé en fonction des implants les moins chers. Objectif purement marketing, il s'agit d'une stratégie de vente afin d'abaisser au maximum la facture et d'accentuer la différence avec un devis similaire établi en France. A propos de la prothèse conjointe et adjointe, la différence de prix est liée à plusieurs éléments.

Le premier est le coût de la masse salariale. Les charges salariales et patronales ainsi que le salaire moyen expliquent que les prothésistes et les praticiens affichent des tarifs plus bas à l'instar de la France. D'autres composantes entrent en jeu : l'absence de charges sociales et de Sécurité Sociale, les taxes et les impôts plus bas, les syndicats plus pauvres et moins puissants, les droits sociaux restreints, les heures de travail plus importantes.

Le second est le fonctionnement des cliniques. Elles ont repensé l'offre de soins, qui se rapproche plus d'une prestation de service et de commerce. Elles ont établi une organisation de travail innovante inspirée du modèle industriel déjà en œuvre dans de nombreuses entreprises, où le temps est une priorité. Qui dit perte de temps, dit perte d'argent. Ces cliniques ont instauré une standardisation et une spécification des tâches, des procédures à tout niveau. Ce mode de production taylorien permet une productivité et une rentabilité optimales. Outre cela, les patients qui concourent vers cette offre de soins à l'étranger viennent pour des travaux prothétiques importants. En conséquence, les cliniques font des bénéfices très importants, leur activité étant principalement axée sur des plans de traitement lourds. De plus, les soins sont réalisés en un laps de temps très court. Les prothèses sont réalisées en un minimum de séances, en supprimant des étapes, les cliniques gagnent du temps et augmentent ainsi leur rentabilité.

Le troisième concerne les soins de base. Les traitements implantaires et prothétiques ne sont pas les seuls soins qui rentabilisent leur activité. Les soins de base sont plus chers dans les autres pays de l'Europe qu'en France. Tout ceci converge vers la réalisation de bénéfices importants, ce qui permet de tirer les prix vers le bas.

Enfin, il est vrai que les instruments et les matériaux utilisés peuvent être semblables dans les laboratoires de l'Europe de l'Est et dans les laboratoires français. Mais certaines cliniques sous-traitent avec des laboratoires en Asie, au Maghreb et en Inde. Les cliniques peuvent ainsi proposer des devis bien plus bas qu'en France (Bouchard, 2009).

5.3.2 Pourquoi une telle différence de prix dans les cliniques low-cost ?

Quel est le secret pour pratiquer des prix bas, équivalents aux remboursements Sécurité Sociale et mutuelle ? Comment arrivent-elles à dégager un excédent et payer les sociétés en question ?

La recette pour générer un tel bénéfice et pratiquer des tarifs moitié moindre que la moyenne (une couronne céramique à 240 euros, le forfait couronne + implant à 970 euros) repose sur des cabinets structurés pour faire un grand nombre d'actes (Indépendantaire 100, 2012). Comme démontré dans la partie 5.2.7, la gestion et l'organisation de la clinique dentaire reposent sur des méthodes de *management* rigoureuses. L'organisation de travail s'apparente au modèle hospitalier, et surtout au taylorisme. Pascal Steichen ne nie pas ce modèle taylorien « Pendant vingt ans j'ai appris aux dentistes à être productifs. Et maintenant que je fais comme eux, ils sont furieux » (46).

Il existe un rendement des moyens humains, la recherche d'une productivité maximale des chirurgiens-dentistes en termes d'efficacité du temps de travail en est la preuve (protocoles stricts, rationalisation et une compartimentation des tâches, globalisation des actes, quantité d'actes etc.). Le travail est donc exécuté quasiment à la chaîne pour améliorer le rendement. Parallèlement, il existe une diminution du nombre de séances consacrées à chaque patients : ils sont traités en un minimum de séances qui sont néanmoins longues (Fay et Reynaud, 2009 ; Le Gall, 2013 ; Liffra, 2012) (46). C'est donc grâce à une gestion rigoureuse du temps que les prix sont si bas mais pas seulement. Il est également question d'économie d'échelle, d'économie sur la prothèse et de salaires fixes des praticiens etc.

En regroupant les soins en un minimum de séances et en mutualisant les coûts de ces centres, plus d'actes sont exécutés, ce qui permet une politique tarifaire attractive. Outre cela, cette dernière est permise par des avantages sociaux, un coaching des praticiens, une sélection des actes et des patients. Rappelons que les centres dentaires à bas coûts bénéficient de nombreux avantages. Les CPAM leurs versent des subventions compensant

une partie des cotisations sociales des praticiens salariés et sont exonérés du paiement de la contribution économique territoriale (CNSD 1578-1579, 2013).

Ils sont quasiment exclusivement tournés vers la pratique de l'implantologie et la prothèse. Ces actes à fortes valeurs ajoutées, connus pour être coûteux, permettent un rendement optimal. Les soins de base et de prévention sont peu ou pas rémunérés, les prix étant fixés par la Sécurité Sociale. Ils ne sont pas rentables au sens financier mais sont indispensables au patient. Les cabinets libéraux passent deux tiers de leur temps à faire ces soins, soit un tiers de leurs revenus. Pascal Steichen affirme que les praticiens proposent des bilans globaux qui intègrent la totalité des actes nécessaires à la réhabilitation complète de la bouche, à savoir les soins de base, les soins à honoraires libres et les soins non pris en charge. Effectivement, il est impossible de les dissocier pour mener un traitement à terme (67).

Hormis le type de soins, une sélection des patients, préméditée ou non, est pratiquée. Apparemment, aucun patient ne serait refusé. Les patients nécessitant une prise en charge moins lourde, à savoir des soins conservateurs, des soins chirurgicaux et des détartrages, doivent attendre plusieurs semaines avant d'être vus en consultation. Les patients désireux d'une prise en charge en urgence, sont renvoyés vers les hôpitaux publics, les chirurgiens-dentistes libéraux ou le praticien traitant. Les centres sont quasiment tous fermés le mercredi, le samedi et les autres jours à partir de 17h30-18h00. Ces horaires restreignent l'accès à une certaine catégorie de patients : principalement les enfants. La prise en charge des enfants est prenante en termes de temps, coûteuse économiquement et moralement. Les traitements effectués chez les enfants ne permettent pas de parvenir à un rendement optimal. Une sélection des patients semble être faite en fonction de la rentabilité des soins à réaliser.

Les patients couverts par la CMU fréquentent massivement ces centres. Ils constituent un avantage certain, la Sécurité Sociale reversant les honoraires directement au praticien, il n'y a pas de risques d'impayés. De sus, le fait que les patients n'aient pas à avancer ni à payer les soins, ceux-ci sont plus disposés à accepter la réalisation de l'intégralité d'un plan de traitement comportant les soins les plus coûteux (Liffran, 2012).

Dernier point, la haute productivité des centres dentaires low-cost est obtenue à partir d'un coaching des praticiens. Il existe un calcul du coût horaire par rapport aux diverses charges de la clinique d'une part et au profit souhaité d'autre part. Il suffit ensuite de diviser ce chiffre par le nombre de séances pour savoir combien doit « rapporter » au minimum un patient lors d'une séance de soins. Un chirurgien-dentiste ayant exercé dans l'un de ces centres explique que ces derniers ont des tableaux qui permettent de calculer la productivité horaire et qui permet aux praticiens de savoir s'ils doivent se battre ou non pour le patient.

Quand un patient consulte pour la première fois, un prévisionnel est réalisé par le chirurgien-dentiste, et vérifié à la sortie. Tout est sous contrôle à l'aide d'un tableau de bord, dans lequel sont inscrits les entrées, les sorties et les devis en fonction des prévisionnels. Il y a un suivi quotidien, hebdomadaire et mensuel de chaque binôme chirurgien-dentiste/assistante.

Les praticiens participent à un *debriefing* collectif supervisé par le directeur du centre, qui n'est pas chirurgien-dentiste. Il reprend chaque dossier, décortique les actes, et demande aux praticiens de clarifier les raisons pour lesquelles tel ou tel acte a été effectué ou au contraire ne l'a pas été (Rouget, 2014) (46) (82).

L'ensemble de ces procédés contribue à une productivité et une rentabilité maximale permettant d'offrir aux patients des tarifs très bas, défiant toute concurrence. Il semble évident que ces centres répondent à une demande actuelle, celle d'accéder à des prises en charge à moindre coût, particulièrement en ces temps de crise où l'accès aux soins devient un enjeu majeur. Or, cette alternative low-cost fait l'objet de vives critiques et suscite la méfiance (Fay et Reynaud, 2009).

Les préceptes du low-cost dans le domaine de la chirurgie dentaire soulèvent un certain nombre d'interrogations. Le low-cost évoque une notion de bas coûts aux connotations péjoratives. Il ne s'agit pas de dévaloriser un acte technique et intellectuel de haut niveau mais seulement d'en saisir les différences. La rationalisation des moyens humains et matériels conduit inévitablement à une réflexion d'ordre économique. Cette évolution de la pratique dentaire peut s'opposer aux principes actuels de la santé publique et soulever des questions éthiques qui dénoncent la tension entre d'une part les contraintes économique et d'autre part le respect de principes éthiques fondamentaux (Indépendantaire 100, 2012 ; Pirnay, 2012).

6 Les limites de ces pratiques

En France, les cliniques dentaires à bas prix divisent et suscitent de fortes inquiétudes, notamment de la part du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Or, d'après la définition des centres de santé, ils répondent (IGAS, 2013) :

- aux attentes d'une partie de la population ;
- aux enjeux de santé et constituent une réponse aux problématiques d'accès géographique, financier et social aux soins ;
- aux attentes des professionnels de santé, en termes de travail en équipe, de refus de la charge administrative et de diversification des activités ;
- à la nécessaire coordination des soins ;
- au développement d'actions de santé publique.

Incontestablement, les cliniques low-cost françaises et étrangères espèrent reconquérir un marché en perte de vitesse, à une époque où les dépenses de santé se réduisent dans le budget des ménages (47). Mais les tarifs attractifs offerts par ces nouveaux parcours de soins flirtent parfois avec les limites déontologiques, juridiques et éthiques de la relation de soin entre chirurgien-dentiste et patient. La présente partie est consacrée à l'étude de ces limites.

6.1 La déontologie de l'exercice de la médecine bucco-dentaire en France

La déontologie d'un corps professionnel est un ensemble complexe de devoirs moraux et sociaux que les membres de cette profession doivent observer afin qu'il y ait cohésion des comportements dans l'exercice de l'activité. La déontologie médicale est souvent rapprochée à l'éthique médicale (83).

La déontologie médicale est une obligation professionnelle, formalisée par un Code de Déontologie intégré au Code de la Santé Publique et donc à la législation française. Des sanctions sont ainsi prévues en cas de manquement au Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes. Il s'applique pour tout praticien inscrit au tableau de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes français quel que soit son lieu d'exercice. Il est la source réglementaire fondamentale qui conditionne l'exercice professionnel des chirurgiens-dentistes en France et qui a pour finalité de protéger tout patient.

Actuellement, ce code ne précise d'aucune manière que ce soit la façon dont doit se dérouler la relation de soins, l'exécution des soins et la responsabilité dans le cadre du tourisme dentaire. Il définit et réglemente uniquement les obligations des praticiens envers leurs patients dans le pays concerné (Leput, 2007).

6.1.1 L'exécution des soins

6.1.1.1 Le contrat de soins

Le principe juridique traditionnel praticien-patient repose sur l'existence d'un contrat comportant pour le praticien l'engagement de lui donner « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science » selon l'arrêt de principe du 20 mai 1936.

La violation involontaire de cette obligation est sanctionnée par une responsabilité contractuelle.

Le contrat médical est un contrat civil (contrat soumis aux règles du Code Civil), synallagmatique (qui fait naître entre les parties des obligations réciproques et interdépendantes, le patient a obligation de rémunérer le praticien et de ne pas aller à l'encontre des prescriptions de ce dernier sans l'en avertir), régi par la liberté contractuelle et l'autonomie de volonté. Il est formé par l'échange des consentements, et le contenu des obligations est déterminé par les parties. La liberté contractuelle implique le libre choix du praticien par le patient. Le contrat est résiliable unilatéralement. Pour le patient cette faculté est absolue, le praticien, lui, doit s'assurer de la continuité des soins et répondre aux situations d'urgence. C'est un contrat conclu *intuitu personae*, consensuel (impose des consentements), pouvant être tacite, c'est à dire verbal. L'information est le gage du consentement au contrat de soins (Béry et Delprat, 2006).

6.1.1.2 L'acte prothétique

Il est soumis à deux obligations : une obligation contractuelle d'octroyer des soins conformes aux règles de l'art et une obligation générale de moyens. Aux termes d'un arrêt en date du 23 novembre 2004, la Cour de cassation a rappelé que le chirurgien-dentiste est tenu d'une obligation de sécurité de résultat lorsqu'il fournit un appareillage dentaire.

La jurisprudence considère que la pose d'une prothèse est une « opération complexe » puisque le chirurgien-dentiste agit non seulement en qualité de médecin mais aussi en qualité de technicien. Il convient de décomposer les différentes étapes nécessaires à la pose d'une prothèse en distinguant, dans la fourniture d'une prothèse : les actes de soins nécessaires à la pose d'une prothèse soumis à une obligation de moyens et la réalisation de la prothèse soumise quant à elle à une obligation de résultat. La responsabilité la plus souvent engagée est pour l'inadaptation de la prothèse. Le chirurgien-dentiste qui pose une prothèse à son patient est tenu d'utiliser un appareil sans défauts. La conception, la fabrication et la confection d'une prothèse qui doit être posée à un patient sont soumises à l'obligation de résultat (Béry et Delprat, 2006).

Les cas suivants relatent un manquement aux obligations du chirurgien-dentiste, engageant sa responsabilité contractuelle (Béry et Delprat, 2006) :

- le refus de remédier à toutes les imperfections présentées sur la prothèse qu'il a réalisé ;
- la non vérification de la solidité d'un scellement responsable d'une infection ;
- la pose de prothèse inadaptée, formellement contre indiquée chez un patient, sans juger préalablement de la nécessité de ces travaux, même s'il ne s'agit pas d'une mauvaise qualité des matériels mis en œuvre mais d'erreurs de traitements.

En France, en cas de faute de nature à engager la responsabilité contractuelle du chirurgien-dentiste, le patient bénéficie de recours, il peut mener une action en réparation.

6.1.1.3 Qualité et équité de compétence entre chirurgiens-dentistes de l'Union européenne

Les cliniques dentaires et les organisateurs de séjours dentaires rassurent les patients quant au fait que la modicité des prix n'est pas une question de sous compétences des praticiens et donc de soins de qualité moindre. Quel est le niveau de compétence des praticiens à l'étranger dans l'UE et hors UE ? Est-il équivalent à celui de leurs confrères français ?

Au sein de l'UE, une reconnaissance automatique et mutuelle des diplômes est établie depuis 1978 dont celui de chirurgien-dentiste. Ainsi les compétences nationales sont reconnues dans tous les pays membres de l'UE, tout diplôme délivré dans un des pays membres et valable dans tous. De sus, la formation initiale dure au minimum cinq ans dans tous les pays membres de l'UE. Cependant il ne faut pas confondre reconnaissance des diplômes avec formation identique (Saniez, 2006).

Afin de rester rentables, reconnues et attractives, les cliniques veulent être les plus performantes possible ; c'est pourquoi les chirurgiens-dentistes sélectionnés ont un niveau élevé de formation et plusieurs diplômes à leur actif : avec suivi de formations complémentaires à l'étranger (USA, Europe de l'ouest) dans des universités réputées. Malgré la reconnaissance du diplôme de chirurgien-dentiste et l'homogénéisation des cursus en Europe, des doutes subsistent quant aux compétences des praticiens concernés. Plus que de réelles questions de compétences, sont en jeu des questions d'éthique professionnelle et de responsabilité.

Selon Fouche, « le risque évoqué semble être celui d'un désengagement des professionnels quant à la qualité des soins réalisés dans un contexte mêlant des enjeux économiques forts, des exigences de satisfaction immédiate et de délais courts, sans projection à long terme, sans suivi thérapeutique et parfois sans menace de sanction quant à une responsabilité individuelle » (Fouche, 2012). Dans un tel contexte, les compétences des praticiens ne sont pas un gage de garantie.

En France, dans le cadre des cliniques low-cost, les discussions sur l'équité et l'équivalence des diplômes n'ont pas lieu. La majorité des praticiens sont inscrits au tableau de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. La formation de base tend à être équivalente pour les praticiens ayant suivi leurs cursus dans des universités françaises. De ce fait, cette formation équivalente induit une manière de travailler et une réflexion communes aux chirurgiens-dentistes diplômés en France. Néanmoins, elle n'assure pas la qualité des thérapeutiques et le sérieux du praticien de par le mode d'exercice des cliniques.

6.1.1.4 Le respect des étapes préparatoires

Une des caractéristiques de ces traitements à l'étranger est le temps très court dans lequel ils sont réalisés. Le traitement est proposé sur plus ou moins une semaine, si la réhabilitation est purement prothétique, ou en deux séjours à trois à six mois d'intervalles si la réhabilitation est implanto-portée (Chiomento, 2009). Comme le revendique ce site :

« Voyages Dentaires se fait de plus en plus connaître comme une solution parfaite pour soigner les dents rapidement et éviter des grosses dépenses dentaires » (84).

Dans le cas du tourisme dentaire, lorsque la réalisation d'un plan de traitement s'étale sur quelques jours à la différence des cabinets traditionnels où cela s'étend sur plusieurs semaines voire plusieurs mois cela peut paraître une aubaine pour le patient mais qu'en est-il vraiment ? Comment les cabinets low-cost, à plan de traitement égal, parviennent-ils à réduire le nombre de séances par deux ? Comment est-il possible de réduire à ce point la durée d'un plan de traitement souvent complexe ? Ces questions méritent une attention particulière.

Tout est question d'organisation, de rationalisation et de compartimentation des tâches à outrance. La réduction du temps de travail est obtenue à partir de deux éléments.

➤ Premièrement, les phases de soins ou de travaux de prothèse normalement dissociées sont ici regroupées, le temps de travail sur un patient est par conséquent concentré : les patients sont vus plusieurs fois dans la semaine pour de longues séances. Dans les centres low-cost les soins ne se font pas en une semaine, mais les séances sont également regroupées, plus longues et rapprochées dans le temps.

➤ Deuxièmement, les cliniques étrangères travaillent avec leur propre laboratoire de prothèse qui se situe souvent dans leurs locaux ou à proximité, favorisant disponibilité et immédiateté de réalisation. En France, les cliniques low-cost travaillent soit avec des laboratoires intégrés dans la structure, soit avec des laboratoires à l'étranger dont les tarifs sont minorés.

En somme, on obtient un gain de productivité, de rentabilité et de temps. Une formule qu'assument pleinement les inventeurs du concept (Terrini et Sague, 2012). Toutefois « Cela paraît trop rapide pour être vrai, il vaut mieux se renseigner avant de céder aux sirènes du low-cost » prévient Jean-Patrick Druo, secrétaire général de l'Association Dentaire Française (ADF). Lors de leur congrès annuel, les chirurgiens-dentistes de l'ADF ont déclaré : « Santé publique et dentition discount ne semblent pas faire bon ménage. Souvent, les praticiens exécutent des soins lourds, dans un laps de temps très court » (85). L'exercice dentaire combine le manuel et l'intellectuel pour des actes qui ne sont pas reproductibles comme le sont des produits manufacturés au sortir d'une chaîne de montage. Un dispositif médical sur mesure est par définition « unique et sa réalisation exige plusieurs temps de fabrication qui vont de la conception jusqu'à sa mise en fonction. Tant et si bien que, si la productivité peut toujours être améliorée, elle comporte des limites telles que la qualité et la sécurité » (Soulié, 2013).

Il est évident que pour le praticien cette manière de procéder est un bénéfice pur. En France, dans un cabinet dentaire traditionnel, lors de l'exécution d'un long plan de traitement, nombreuses sont les séances non facturées au patient précédant l'étape de la pose de la prothèse. Par conséquent, toute séance supprimée est un gain financier car ce créneau est libre pour intervenir sur un autre patient et donc réaliser un nouveau plan de traitement (Bouchard, 2009).

Lors de la Consultation publique pour le projet de Directive sur les soins transfrontaliers par la Commission européenne, les critères de réussite d'un traitement dentaire ont été déterminés. Elle repose sur trois étapes clefs :

- la mise en route du traitement (avec la prise de contact, la pose du diagnostic, la réalisation d'un modèle d'étude, la planification du plan de traitement etc.) ;
- les phases pré-prothétiques parfois nécessaires (avec la mise en condition parodontale, la phase de transition par des éléments prothétiques provisoires, la cicatrisation etc.) ;
- le suivi post-opératoire et la prise en charge des complications.

Condenser nombre de traitements, de surcroît complexes, dans des délais très courts est en soi risqué quels qu'ils soient. Il faut disposer de suffisamment de temps pour planifier et organiser les traitements, un temps qui est nécessaire au patient pour une prise de décisions en toute connaissance de cause. Si la méthode des cliniques de séjours de soins dentaires et des cliniques low-cost (réaliser et condenser des traitements complexes et étendus dans un laps de temps restreint) était la meilleure des pratiques, elle serait à l'heure actuelle largement répandue dans le monde.

Mais ce n'est pas encore le cas. Pour l'association *Irish Dental Protection*, il faut toujours être prudent quand la durée du traitement est influencée par des contraintes et des délais de temps imposés par le patient ou par des tiers. Il faut être vigilant face à un traitement qui doit être achevé pour une date précise ou pour un événement particulier dans la vie du patient. Ces contraintes peuvent mener à des compromis faute de temps et peuvent affecter le pronostic, il est important que ces risques soient soigneusement expliqués au patient (O'Connell et O'Sullivan, 2007).

Résumons la situation : l'expression « vite fait bien fait » s'applique-t-elle pour les plans de traitement effectués dans le cadre de ces pratiques ? Toutes les étapes de soins sont-elles réalisées ? *A contrario*, certaines étapes thérapeutiques sont-elles supprimées, les délais de cicatrisation sont-ils respectés ?

Difficile de répondre, étant donné que chaque cas et chaque praticien est différent, et qu'il existe plusieurs approches du patient. Néanmoins, nous pouvons expliquer la manière de procéder lorsqu'un praticien n'est pas tenu par un délai et relever les difficultés rencontrées lorsque des impératifs de temps existent. Dans un cabinet traditionnel, un traitement étalé sur plusieurs mois permet de respecter un certain nombre d'étapes, spécifiques à chaque discipline de l'odontologie. Il semble approprié de présenter des exemples illustrant les difficultés rencontrées lors de la réalisation de soins dentaires de qualité dans un lieu éloigné du domicile du patient et/ou lorsqu'il faut respecter des impératifs de temps (Feghali et Itic, 2013; O'Connell et O'Sullivan, 2007 ; Soulié, 2013).

L'implantologie

Souvent, les praticiens prennent en charge des cas implantaires lourds en un minimum de temps avec tout ce que cela induit en termes de risques. De surcroît, le taux d'échec en cas de mise en charge immédiate est plus élevé que pour une mise en charge différée. La pose d'un ou plusieurs implants requiert toujours des phases pré- et post-opératoires et exige

parfois des chirurgies pré-implantaires. D'une manière générale l'implantologie est une discipline dont les plans de traitement peuvent s'étaler sur plusieurs mois.

L'analyse parodontale

Lorsque l'indication prothétique est posée ou lorsque l'on doit refaire une restauration prothétique fixée, un bilan radiographique et un sondage parodontal doivent être réalisés. En cas de maladie parodontale, selon la profondeur des poches, les thérapeutiques diffèrent mais une phase de réévaluation est nécessaire pour apprécier la guérison. Par ailleurs, que ce soit pour la chirurgie parodontale à visée thérapeutique ou pour la chirurgie parodontale à visée esthétique, il faut attendre plusieurs mois avant de poursuivre le traitement définitif.

La chirurgie parodontale pour pérenniser la prothèse

L'examen de la ligne du sourire est très important pour évaluer la difficulté d'un cas. Plus le patient découvre ses collets dans un sourire spontané ou provoqué par le praticien, plus il faudra être vigilant avec un ensemble de paramètres (harmonie des collets, recouvrement des récessions reconstruction du volume etc.).

Les traitements endodontiques

Après la reprise d'un traitement endodontique, les dents qui présentent des lésions periapicales devraient être surveillées avant d'entreprendre le traitement prothétique définitif : une guérison qui peut prendre plusieurs mois à plusieurs années.

Elongation coronaire

Parfois pour un cas dit « simple », il faut entreprendre ce traitement préparatoire, qui nécessitera une fois de plus, un temps de cicatrisation pour observer et apprécier le résultat définitif du traitement avant la restauration définitive de la dent.

La prothèse adjointe et conjointe

Certains cas de réhabilitation prothétique exigent la fabrication de modèles d'études permettant d'évaluer la nouvelle forme d'une ou plusieurs dents et l'occlusion. Il faut accorder un délai suffisant au prothésiste pour lui permettre d'achever correctement chaque étape de laboratoire et les rectifier si nécessaire. Supprimer ces étapes est périlleux car lors de l'étape de la pose, des défauts qui auraient pu être vus préalablement et donc corrigés peuvent émerger.

En cas de soins prothétiques de grande étendue, la règle est de rétablir une relation occlusale correcte. Il est essentiel de tester cette occlusion en s'assurant de sa stabilité et de son confort pour le patient avant de débiter les étapes du traitement définitif.

Lorsque des prothèses amovibles provisoires sont réalisées il faut attendre et surveiller la cicatrisation sous ces prothèses avant d'entreprendre le traitement définitif.

Cas pluridisciplinaires

Les traitements complexes demandent un grand sens de l'organisation et doivent être parfaitement planifiés. Ils peuvent parfois nécessiter l'intervention de plusieurs confrères pour optimiser le résultat final.

En somme, il existe une multitude de cas nécessitant du temps et de l'investissement de la part du patient et du praticien. Les cliniques étrangères et les centres dentaires low-cost prennent en charge des cas complexes et sont nécessairement confrontées à ces situations. Les praticiens doivent se montrer patients avant d'entreprendre les phases définitives. Or les enjeux économiques compromettent les temps de cicatrisation et donc les résultats. C'est pourquoi, il existe des doutes relatifs aux soins réalisés dans un laps de temps restreint. Selon le cas, des phases de traitement et de réévaluation sont nécessaires, on ne peut les réduire à une séance ou à une semaine.

Deux hypothèses se présentent (Chiomento, 2009):

- les phases de temporisation ne sont pas pratiquées, ce qui est un risque pour la réussite du traitement. Le temps de cicatrisation n'est pas respecté, pour des questions de rentabilité, les praticiens sont encouragés à favoriser les actes rentables, au détriment des soins conservateurs ;
- toutes les phases sont respectées, dans ce cas, l'argument de vente du « traitement rapide » est faux. Or les témoignages des patients concernant les soins dentaires à l'étranger sur les sites vont dans le sens du traitement rapide. Les traitements proposés sont donc des traitements formatés qui doivent être contenus dans un cadre temps.

Une étude a été menée en 2012 auprès de 11 patients résidant en France qui se sont rendus à l'étranger à des fins dentaires (Fouche, 2012). Le but était de calculer la durée moyenne entre le début des soins et la fin des soins. 8 patients sur 11 ont suivi des soins en Hongrie, 1 en Roumanie, 1 en Arménie, 1 à Ténérife :

- la durée moyenne séparant le début des soins et la fin des soins est de 6 mois et demi ;
- la durée la plus courte correspond à un début et une fin des soins dans une seule journée, et la durée la plus longue s'étend sur deux années ;
- le nombre de séjour total moyen est de 3,73 ;
- le nombre le plus important de séjours à l'étranger est de 13 fois pour un patient contre une fois pour le moins important.

Ces données montrent que le système de soins à l'étranger se confronte à une réalité clinique de délai thérapeutique et de réinterventions secondaires. La promesse du séjour unique ne semble donc pas correspondre à une réalité.

Le tourisme dentaire impose de nombreux traitements sur une courte période, avant que les patients ne retournent chez eux. Le risque d'échec, conditionné par le manque de temps est donc augmenté et la probabilité de survenue de complications ultérieures l'est également. Dans le contexte low-cost, la période de soins est plus étendue, les risques diminués mais le principe d'effectuer les soins en un minimum de temps place le patient dans des conditions comparables. Ces formes abrégées de soins dentaires pourraient exposer les patients à des complications. Dans ces contextes, il paraît difficile de concilier rapidité, sécurité et qualité des soins et d'exercer un suivi des patients (Turner, 2009).

Témoignages d'échecs de traitements entrepris dans les deux cadres de soins

Cas d'une patiente de 58 ans suivie par des praticiens exerçant chez Dentexia (Lamy, 2014)

- **Plan de traitement proposé :** extractions de 8 dents puis pose de 7 implants.
- **Complications :** à plus 3 mois, perte de la majorité des implants.
- **Traitement alternatif proposé par les praticiens de Dentexia :** pose de nouveaux implants mais échec d'ostéointégration.
- **Situation actuelle :**
 - douleurs, nausées régulières, évanouissements, réalisation d'une prothèse amovible provisoire dont la rétention est mauvaise ;
 - refus du praticien de la recevoir au téléphone et au cabinet ;
 - reprise du traitement par un confrère exerçant en libéral et à 100 km du domicile de la patiente ;
 - durée du nouveau plan de traitement : 10 mois (nécessité de greffes osseuses et gingivales) ;
 - coût du nouveau plan de traitement : 16 000 euros (frais pris en charge par le centre de santé en contrepartie de l'abandon de toute poursuite judiciaire).
- **Avis de Pascal Steichen :** « L'ostéointégration peut prendre plus de temps que prévu et durer une année ».
- **Avis du chirurgien-dentiste réintervenant sur le cas de la patiente :** Pour lui rien ne justifiait les avulsions réalisées. Le propre d'un thérapeute est de penser au maximum les organes existant. Ici, la situation est catastrophique alors qu'auparavant elle ne l'était pas. La patiente a fait les frais d'un traitement expéditif de la part du chirurgien-dentiste. L'idée était de simplifier à l'extrême la reconstruction en extrayant tout et de repartir sur des bases plus simples en posant des implants et une prothèse. Le praticien s'interroge sur le choix de ce plan de traitement: « est-ce que cela a été fait pour l'argent ou par suffisance ? ».

Cas d'un patient soigné en Azerbaïdjan pour un séjour de 4 à 5 jours

Le patient est âgé de 57 ans. En arrivant en Azerbaïdjan, il présente une couronne fixée sur 11 et une prothèse amovible partielle à la mandibule. A son retour, le patient se présente en consultation chez un praticien de son pays d'origine. Ce dernier suppose que des radiographies pré-opératoires n'ont pas été réalisées. Les dents pour lesquelles le patient présente une gêne non pas été préalablement restaurées. Les traitements de racines (trois) sont de mauvaise qualité. Ils ont dû être repris et terminés étant donné que l'opérateur n'a pas tenu compte des dents non évoluées (figure 34). Les prothèses conjointes sont de qualité médiocre et rendent le nettoyage impossible (figure 35).



Figure 34 : Radiographie panoramique dentaire post-interventionnel (Source : O'Connel et O'Sullivan, 2007)



Figure 35: Un cas de prothèse conjointe mal réalisé qui rend difficile l'hygiène bucco-dentaire (Source : O'Connel et O'Sullivan, 2007)

Cas de patients vus en urgence au service de chirurgie maxillo-faciale de Melbourne suites à la pose d'implants dans le contexte du soin à l'étranger

Cas 1

- Femme de 58 ans.
- **Traitement réalisé six mois plus tôt** à l'occasion d'une visite familiale dans son pays d'origine.
- **Motivation de départ à l'étranger** : insatisfaction des prothèses amovibles complètes maxillaire et mandibulaire ; problèmes de rétention.
- **Durée du séjour** : une journée pour la pose de tous les implants et pose de la prothèse définitive une semaine plus tard (prothèses fixes implanto-portées maxillaire et mandibulaire).
- **Motif de la consultation en urgence** : douleurs et gonflement liés aux implants porteurs de prothèses.
- **A l'examen oral** : tous les implants sont mobiles et douloureux.
- **A l'examen radiographique**: implants non conventionnels au niveau de leur forme et leur position, 6 implants au maxillaire, 8 à la mandibule (figure 36).
- **Traitements en urgence** : retrait de tous les implants. Lors du retrait les praticiens ont observés une couche verte recouvrant les implants comme s'il s'agissait d'une corrosion sur du cuivre (figure 37).
- **Suites post-opératoires** normales, la patiente a remis ses anciennes prothèses et attend une consultation pour la pose de nouveaux implants dans le pays où elle réside.



Figure 36 : Mise en évidence du nombre d'implants en bouche supports de prothèses et des images radioclaives autour des implants (résorptions osseuses) à l'aide d'une radiographie panoramique dentaire (Source : Barrowman et coll., 2010)



Figure 37 : Implants, prothèses maxillaire et mandibulaire après déposes sous anesthésie générale (Source : Barrowman et coll., 2010)

Ces cas illustrent plusieurs problèmes énoncés préalablement : la durée des soins (réalisation de la totalité des soins en une semaine, implants et prothèses compris), la sécurité, la conformité, l'origine et la qualité du matériel et enfin la continuité des soins.

Cas 2

- Homme de 71 ans.
- Traitements réalisés 4 mois plus tôt à l'étranger.
- **Doléances avant départ** : se plaignait d'une mauvaise rétention de sa prothèse amovible complète mandibulaire du fait de la faible hauteur de crête. Il souhaitait des implants mais il n'avait assez de moyens financiers.
- **Motif de la consultation en urgence** : 4 mois après la pose des implants et des prothèses fixées sur implants, perte de l'implant sur 31 et du pilier implantaire sur 33, descellement de la prothèse sur implants de 33 à 43 (figures 38a), rescellée provisoirement en urgence.

- **A l'examen clinique et radiographique** : infection débutante au niveau de 33, début de péri-implantite au niveau de 43.
- **Le bridge au niveau du secteur antérieur mandibulaire a été démonté** (figure 38b). Deux mois plus tard, la prothèse implanto-portée maxillaire fut également un échec et fut déposée. La cause étant le support osseux insuffisant au niveau antérieur (13-22) (figure 38c).
- **Aujourd'hui** : le patient attend une consultation pour une prise en charge pluridisciplinaire et la pose de nouveaux implants.

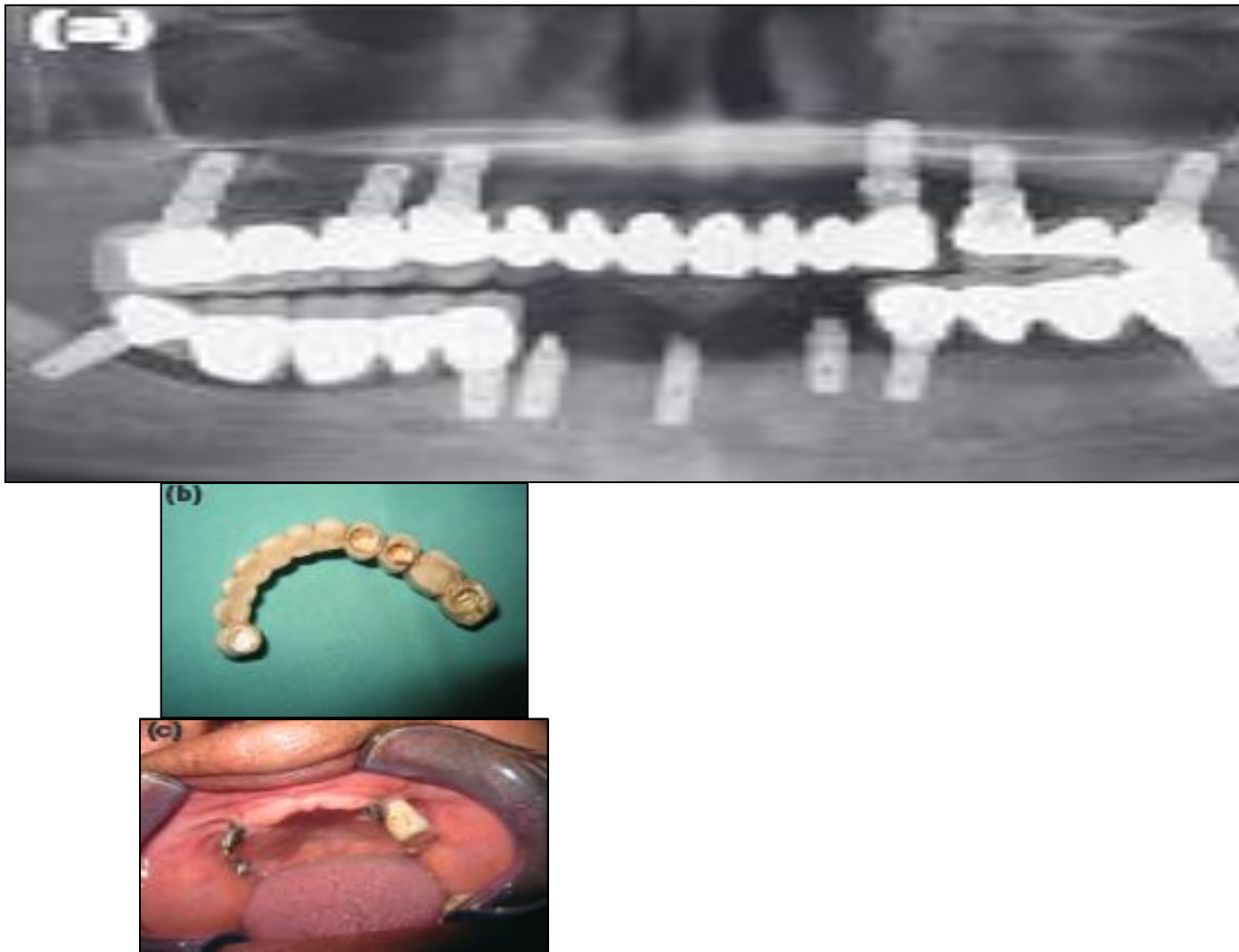


Figure 38a : Mise en évidence des implants maxillaires et mandibulaires à l'aide d'une radiographie panoramique dentaire (Source : Barrowman et coll., 2010)

Figure 38b : Prothèse maxillaire défailante. (Source : Barrowman et coll., 2010)

Figure 38c : Manque de soutien osseux pour les implants dans la région antérieure, orientation des implants maxillaires (Source : Barrowman et coll., 2010)

Certains patients nécessitent, outre la pose des implants, des chirurgies pré-implantaires et un suivi post-opératoire afin de pérenniser les implants et la prothèse définitive, non réalisés chez ce patient. Le taux de succès implantaire est de 93 à 98 % au bout de cinq ans. D'après les cas présentés précédemment, un certain nombre de facteurs

expliquent les échecs incluant les facteurs patient-dépendant (diabète non équilibré, non démontré ici), les facteurs dépendant des implants comme la position et les facteurs liés à la prothèse.

6.1.1.5 La sélection des patients et des soins

Les centres de santé sont destinés à la prévention et aux soins de premier recours. Que ce soient les cabinets libéraux ou les centres de santé, leur vocation est de soigner tous les patients et de réaliser tous les actes. Derrière la démarche humaniste des centres low-cost, semble se cacher une démarche commerciale ignorant certaines dispositions du Code de la Santé Publique. Dans le domaine de la santé, une démarche est qualifiée de commerciale lorsque les charges de santé publique ne sont pas assumées pour ne se concentrer que sur le secteur lucratif (Terrini et Sague, 2012). Il est possible d'admettre que la pression comptable et la gestion d'un cabinet dentaire obligent à une certaine course au chiffre d'affaire, tout en conservant notre spécialité médicale. Mais c'est à ce niveau aussi que peut être évoqué ce qui peut paraître comme politiquement incorrect, la notion de rentabilité (Indépendantaire 100, 2012).

Les centres dentaires low-cost parviennent à minorer les devis, mais semblent axer leur activité sur certains actes, les plus rémunérateurs, à savoir l'implantologie et la prothèse. Les autres cabinets pourraient également pratiquer des honoraires voisins de ceux pratiqués dans ces structures mais ils devraient renoncer aux soins de base moins rémunérés et donc à leur mission de santé publique.

Les modalités de prise en charge des patients soulèvent quelques interrogations. Quel que soit le secteur, quand la motivation première est la rentabilité. Cela converge inévitablement vers une limitation de l'offre de soins comme nous l'avons vu précédemment. Il semble que ces centres sélectionnent leurs patients de manière implicite enfreignant alors le Code de Déontologie. En effet, souvent, le premier sujet abordé par téléphone est le remboursement par la Sécurité Sociale et la mutuelle (CMU ou complémentaire santé à prestation élevée) (Indépendantaire 100, 2012). Les patients seraient « triés » en fonction de la rentabilité des soins à réaliser (Soulié, 2013). Seuls les patients les plus « rentables » seraient conservés. Il serait demandé aux patients de réaliser la totalité des soins. Si le patient n'accepte pas le devis présenté par l'assistant commercial après la première consultation, il ne peut obtenir d'autres rendez-vous (CNSD 1578-1579, 2013). Ils refuseraient également de fractionner les soins pour des raisons budgétaires. D'où l'organisation dérivante du « devis global » proposé par Pascal Steichen dans ses formations (Wurth, 2012).

Ces centres dentaires semblent donc se concentrer sur les soins les plus rentables en sélectionnant un profil de patients intéressés exclusivement par ces techniques. De fait, la capacité de ces centres à accueillir les enfants, à dispenser des soins conservateurs et à assurer les urgences est plus que suspecte (ONCD 111, 2012 : 5-7).

➤ L'odontologie pédiatrique

Concrètement, les centres de soins dentaires low-cost ne refusent pas les soins aux enfants mais ils n'ouvrent pas le mercredi et ferment après 17h30, ce qui implique que les enfants ne peuvent les fréquenter. Ces horaires paraissent un moyen d'éviter d'accueillir cette partie de la population, plus compliquée à gérer et source de soins moins rémunérateurs (47). L'Ordre national des chirurgiens-dentistes a alerté la ministre de la Santé sur la sélection des patients, volonté contraire à la charte déontologique (86).

Pascal Steichen s'est exprimé à propos de la fermeture de ces cabinets : « Le mercredi est fermé, comme 30 % des cabinets libéraux, pour trois raisons. Cela permet aux équipes de se reposer et de couper la semaine en deux. Cela permet au personnel de s'occuper de ses propres enfants. Cela libère les fauteuils pour d'autres équipes plus spécialisées, comme les urgentistes ou les stomatologues. Par ailleurs, des équipes spécialisées en odontologie pédiatrique sont en cours de formation pour offrir le mercredi et le samedi une approche globale de l'enfant : prévention, soins, orthodontie etc. Des services plus lourds à mettre en place et qui n'ouvriront que dans quelques mois » (67). Une solution future qui annihilerait les doutes sur le manquement à la mission de santé publique de ces structures.

Le créateur de Dentexia met en avant le fait qu'il n'est pas le seul à procéder de cette manière. Or, l'avantage de l'activité libérale est l'aménagement de l'emploi du temps et du planning selon les préférences du praticien. C'est pourquoi, certains cabinets ferment le mercredi, le samedi, l'après-midi (etc.), et peuvent restreindre les possibilités aux enfants d'y accéder. Cependant il y aura toujours un moment dans la semaine où le praticien pourra recevoir un enfant, surtout en urgence. Peu de chirurgiens-dentistes ferment le mercredi en plus du samedi et après 17h30. De plus, en exercice de groupe, il serait normalement envisageable que les praticiens s'accordent pour que l'un d'entre eux soit toujours présent. Les praticiens qui ont choisi un autre type d'exercice en se spécialisant dans un domaine de l'odontologie réalisent un certain type d'actes. Il ne s'agit pas d'un refus d'établissement de soins, il s'agit d'une chaîne de compétence.

➤ **Les urgences**

Selon l'article R.4127-270 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes « Le chirurgien-dentiste prend toutes dispositions pour que soient assurées sur tous sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins [...] ». La prise en charge des urgences au cabinet dentaire est un impératif éthique et légal (Boucher et Cohen, 2007). Elle entre dans notre mission de santé publique.





Pascal Steichen précise que les centres dentaires qu'il dirige reçoivent les patients en urgence le mercredi. Nous avons voulu vérifier sur les différents sites de centres dentaires la possibilité de prendre rendez-vous en urgence. Voici les résultats de nos investigations (figures 39 à 43).

Prenez rendez-vous en cliquant sur un horaire du calendrier




mardi 08 avril	mercredi 09 avril	jeudi 10 avril	vendredi 11 avril	samedi 12 avril	dimanche 13 avril	lundi 14 avril
Pas de rendez-vous réservable en ligne pour ce praticien. Appelez le 01 48 49 83 71 pour prendre un rendez-vous.						

En cas d'urgence, appelez le 15

Moyens de paiement

-  Espèces acceptées
-  Chèque accepté
-  Carte bancaire acceptée
-  Carte vitale acceptée

Langues parlées

-  Anglais
-  Arabe
-  Espagnol

Autres informations pratiques

- Accès handicapé : oui

Figure 39 : Page relative aux urgences du site internet du centre de soins dentaires de Moulin géré par l'association Addentis à Bondy (64)

Urgence



Un service d'urgence est ouvert tous les jours de la semaine (le samedi inclus, dans certains centres), ainsi qu'un service de maintenance, qui permet d'entretenir la qualité nos réhabilitations sur près d'une vingtaine d'année.

Figure 40 : Page relative aux urgences du site principal de l'association Dentexia (65)

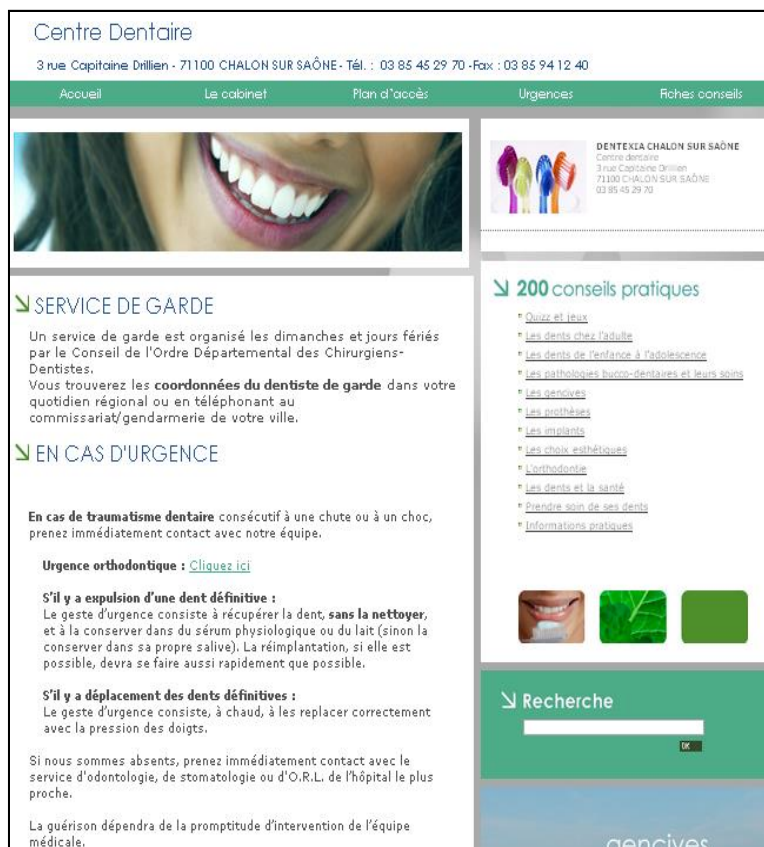


Figure 41 : Page relative aux urgences du site internet du centre de soins dentaires de Chalon-sur-Saône géré par l'association Dentexia (65)

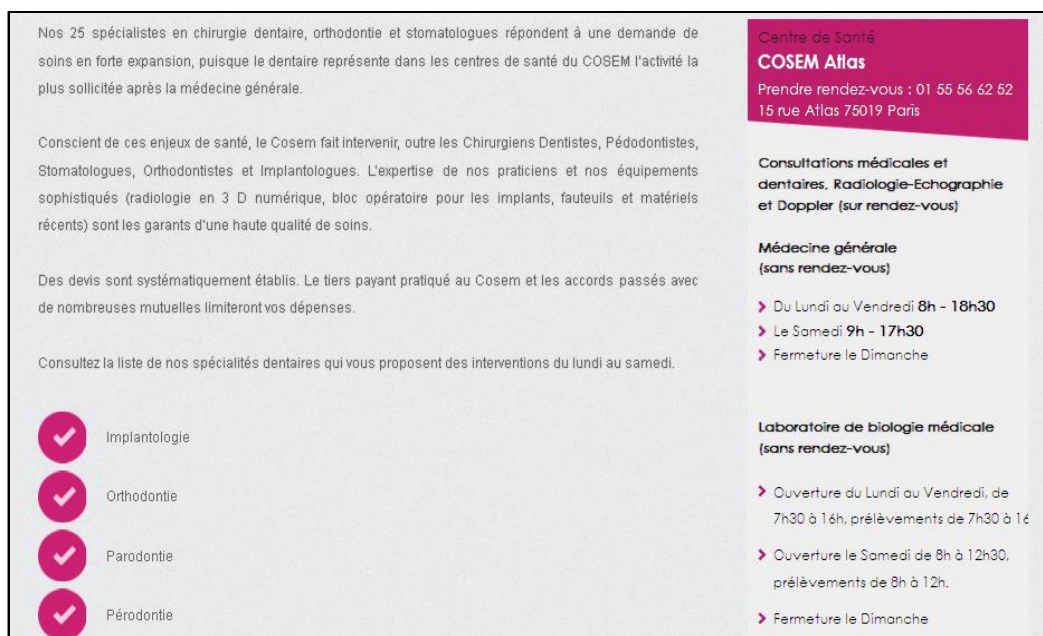


Figure 42 : Page relative à la prise de rendez-vous du site internet d'un des centres de santé de l'association Cossem située au 15 Rue de l'Atlas à Paris (113)

Accueil Le centre Plan d'accès Fiches conseils Tarifs

DentalVie
La santé dentaire pour tous

Centre de soins dentaires
2 Rue Madeleine Brès - Zone Medipôle - 66330 Cabestany - Tél. : 04 68 29 09 09

SERVICE DE GARDE
Un service de garde est organisé les dimanches et jours fériés par le Conseil de l'Ordre Départemental des Chirurgiens-Dentistes.
Vous trouverez les **coordonnées du dentiste de garde** dans votre quotidien régional ou en téléphonant au commissariat/gendarmerie de votre ville.

EN CAS D'URGENCE
En cas de traumatisme dentaire consécutif à une chute ou à un choc, prenez immédiatement contact avec notre équipe.

- **Urgence orthodontique** : Cliquez ici
- **S'il y a expulsion d'une dent définitive** :
Le geste d'urgence consiste à récupérer la dent, **sans la nettoyer**, et à la conserver dans du sérum physiologique ou du lait (sinon la conserver dans sa propre salive). La réimplantation, si elle est possible, devra se faire aussi rapidement que possible.
- **S'il y a déplacement des dents définitives** :
Le geste d'urgence consiste, à chaud, à les replacer correctement avec la pression des doigts.

Si nous sommes absents, prenez immédiatement contact avec le service d'odontologie, de stomatologie ou d'O.R.L. de l'hôpital le plus proche.

La guérison dépendra de la promptitude d'intervention de l'équipe médicale.

NEWSLETTER
En savoir plus...

DIAPORAMA
du Cabinet

VIDEOS
Pédagogiques

200 Conseils pratiques

- Informations pratiques
- Quiz et jeux
- Les dents chez l'adulte
- Les dents de l'enfance à l'adolescence
- Les pathologies bucco-dentaires et leurs soins
- Les génériques
- Les prothèses
- Les implants

Figure 43 : Page relative aux urgences du site du centre de soins dentaires géré par l'association Dentalvie (66)

Globalement, les centres dentaires redirigent plutôt les urgences.

➤ **Addentis** dirige les patients vers le 15 en cas d'urgence. Il n'existe aucune prise en charge des urgences quel que soit le cas (figure 39).

➤ **Dentexia** sur son site principal (sur lequel le patient a accès à des liens vers cinq centres de santé en France) certifie qu'un service d'urgence est ouvert tous les jours de la semaine, ainsi qu'un service de maintenance. Or, dans le centre de soins dentaires de Chalon-sur-Saône, les informations ne sont pas identiques. Le patient doit se diriger vers le chirurgien-dentiste de garde. En cas d'urgences orthodontiques et de traumatismes dentaires, il peut contacter le centre. En cas d'absence, il lui est conseillé de contacter l'hôpital le plus proche. La prise en charge en urgence se fait donc selon la situation (figures 40 et 41).

Une urgence liée à un traitement orthodontique sous-entend que le traitement est en cours. Dans la plupart des cas, le patient se dirige vers son orthodontiste. Il apparaît que ces urgences sont acceptées lorsque les patients sont déjà suivis par le centre, pour un traitement coûteux et donc rentable pour le centre.

➤ **Cosem** notifie, sur le site web de chacun de ses centres de santé, que les consultations dentaires se font sur rendez-vous, sans aucune précision pour les cas d'urgence (figure 42).

➤ **Dentalvie**, les possibilités sont les mêmes que celles du centre Dentexia de Chalon-sur-Saône, au mot près. Par ailleurs, le lien vers les urgences orthodontiques est un lien mort (figure 43).

La prise en charge des urgences est un point pour le moins flou. Elle constitue probablement une des faiblesses de ce type de structure. En dirigeant les patients vers le 15 (le Service d'Aide Médical Urgent) et vers un hôpital, ils ne répondent pas à leur mission de santé publique ni à leurs obligations légales. Cette pratique est de plus injuste au regard de leurs confrères libéraux.

Refuser de recevoir en consultation un patient pour des complications post-interventionnelles, ou pour un patient non connu du cabinet est une attitude contraire au Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes. Boucher et Cohen éclairent cet aspect de notre exercice : l'article R. 127-232 du Code de Déontologie, quelque peu vague précise que le chirurgien-dentiste doit systématiquement répondre à toute demande d'urgence.

Evidemment, il est parfois difficile pour les praticiens de recevoir les patients dans la journée du fait de leur planning chargé. L'insertion de patients non prévus peut poser des problèmes d'organisation, obligeant le praticien soit à décaler des rendez-vous déjà pris, soit à écourter les séances de travail, soit à cumuler du retard. Même avec la meilleure volonté du monde, il n'est pas toujours possible d'accepter une urgence. Il faut alors soit proposer un rendez-vous ultérieur, soit rediriger le patient. Si le praticien n'est pas en mesure de recevoir le patient, il devra s'assurer lui-même qu'un autre confrère le fera. Ceci afin de respecter l'alinéa 1 du précédent article « ne jamais nuire à son patient » (Boucher et Cohen, 2007).

Le chirurgien-dentiste est un soignant avant tout. Lors d'une urgence, son rôle est de soulager les patients dans la limite du possible, de le rassurer, d'expliquer la situation et d'établir un nouveau rendez-vous afin d'évaluer le cas et de programmer les autres soins. C'est un challenge thérapeutique et ergonomique au cours duquel le praticien doit, en un minimum de temps, lutter contre le stress et la douleur de son patient, stopper l'évolution d'un processus pathologique, prévenir les complications potentielles du processus en cours, mettre en œuvre un retour à la normalité, le tout sans compromettre l'avenir (Boucher et Cohen, 2007).

Voici les résultats d'investigations menées pour une revue et pour une émission télévisée concernant la sélection d'un profil de patients.

Pour la revue Prothèse Dentaire Française paru en janvier 2014, un journaliste et son équipe ont voulu savoir ce qu'il en était vraiment sur cette sélection de patient. Ils ont contacté le centre Dentexia de Vaulx-en-Velin, l'un des premiers centres low-cost installés en France, afin de se faire passer pour des patients (Rouget, 2014).

➤ *Un premier patient a laissé un message, « J'ai de gros problèmes dentaires et plusieurs implants à me faire poser ». Le secrétariat rappelle quelques minutes plus tard et après une batterie de questions (soins à dispenser, nom de la mutuelle et montant des précédents devis), un rendez-vous est donné cinq jours plus tard.*

➤ *Deux autres patients, souhaitant prendre rendez-vous pour des soins plus légers (détartrage et carie), ont laissé plusieurs messages sans être rappelés. Face à ce constat, l'adjoint de direction de Dentexia reste sans réponse : « Je ne sais pas ce qu'il s'est passé ».*

Lors du reportage, 66 Minutes, diffusé sur la chaîne télévisée M6, le 23 février 2014, l'équipe a fait la même démarche dans l'un de ces centres. Le constat est semblable.

➤ *Pour le premier appel, ils se font passer pour un patient qui souhaite être pris en charge pour un détartrage. La secrétaire lui explique qu'elle le met sur la liste mais qu'elle redoute qu'il ne soit pas rappelé tout de suite. Elle lui explique que « la plupart des gens font bien plus, greffe osseuse, couronne ». Implicitement le patient n'est pas le bienvenu. Il devra attendre un moment avant d'être pris en charge pour un simple détartrage. La conséquence possible de ce délai est que le patient cherche une alternative et donc un autre cabinet.*

➤ *L'appel suivant concerne une mère qui souhaite un rendez-vous pour ses enfants, la secrétaire refuse, de même pour une consultation en urgence.*

➤ *En revanche, en ce qui concerne l'appel pour une pose d'implant, la secrétaire propose un rendez-vous et les coordonnées du faux patient sont prises. Une conseillère clinique le rappelle, un créneau est libre dans la semaine.*

Ces résultats sont éloquentes, ils confirment les craintes exprimées par l'Ordre sur ce point et vont à l'encontre de ce qu'avancent certains centres sur leur site. Selon le profil du patient les disponibilités ne sont plus les mêmes, allant d'un délai très court à un délai très long, en passant par le refus. Les témoignages des praticiens corroborent ces propos et dénoncent cette dérive de l'exercice. Bahril, chirurgien-dentiste, a exercé une semaine dans l'un de ces centres et dénonce cette politique de « sélection de patients » (Clinic 2, 2013).

En résumé, les soins conservateurs précoces et chirurgicaux n'y sont pratiqués, pour l'essentiel, qu'en cas de réalisation prothétique. Les possibilités d'accéder à cette nouvelle offre de soins semblent restreintes, alors qu'elle a pour vocation d'être à la portée de tous. « Le patient est réduit soit à un consommateur de soins soit à un refus de soins » (Pirnay, 2012).

Qu'implique ce style d'exercice ? Que dit le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes ?

En premier lieu, la spécialisation de cabinets low-cost sur les actes les plus rémunérateurs n'est pas équitable vis-à-vis des omnipraticiens libéraux qui assurent tous les

soins. De surcroît, si ce mode d'exercice se généralisait les soins de base ne seraient plus réalisés (Indépendantaire 100, 2012).

En second lieu, en refusant les soins conventionnels, ces centres sont en contradiction avec l'article R. 4127-211 du Code de Déontologie « soigner avec la même conscience tous ses patients [...] », l'article R. 4127-215 « la profession ne doit pas être pratiquée comme un commerce » et l'article R. 4127-233 « assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science ». Selon le Dr Lionel Leyre, docteur en Sciences odontologiques et conseiller à l'UFC Que-Choisir, les soins dentaires sont un enjeu de santé publique même si l'odontologiste perd de l'argent tout en les prodiguant, surtout s'il les réalise d'une façon conforme aux données acquises de la science comme ce doit être le cas (Indépendantaire 100, 2012). Il est aisé de réduire les coûts et donc les honoraires lorsqu'on se concentre sur le secteur lucratif.

La nécessaire dimension éthique de l'exercice de notre profession médicale se trouve totalement malmenée dès lors que la création d'un cabinet dentaire a pour seule finalité de limiter le périmètre de l'offre de soins afin de casser les prix sur certains actes ciblés (ONCD 106, 2012). Un omnipraticien doit pratiquer tous les soins nécessaires. Adresser un patient vers un confrère dont l'exercice est spécialisé permet au patient d'être soigné par le plus compétent. Cela répond à une logique de complémentarité doublée d'une continuité du parcours des soins et non d'une logique économique. Adresser est un acte médical établissant un respect de la confraternité dans le seul intérêt du patient et non pour faire effectuer des actes qui selon un point de vue personnel sont relégués au second plan.

Le choix de pratiquer uniquement les actes à fortes valeurs rémunératrices pose des problèmes de santé publique, de confraternité et de comportement éthique. Le refus de soin est assimilé à un choix arbitraire. Il s'exerce dans le champ de l'irrespect déontologique, de la dévalorisation de la relation de soin, et dans celui d'une perte de considération de la personne humaine (Pirnay et coll., 2014).

6.1.1.6 Le choix des décisions thérapeutiques, la pression économique et le surtraitement

En matière de santé, les soins dentaires sont relayés au dernier plan par les Français comme nous l'avons décrit dans le chapitre 1. En France, la politique des cabinets low-cost est de s'aligner sur les tarifs de la Sécurité Sociale et des complémentaires santé avec lesquelles ils ont signé des contrats pour réduire la facture à zéro, tout en procédant à la dispense d'avance des frais. Mais les pratiques doivent être honnêtes et axées sur les réels besoins des patients. Ceux-ci ne doivent pas payer les conséquences d'une politique de soins axée sur la rentabilité, surtout dans le cadre des soins transfrontaliers où aucun contrôle ne peut être réalisé par les autorités compétentes. Les patients méritent des soins de qualité, qui leur sont vraiment nécessaires, en rapport avec leurs infections et non pas en rapport avec ce qu'ils pourraient rapporter financièrement. Ils ne doivent pas être « face à un chirurgien-dentiste "sous-traitant", démotivé et limité à la réalisation de tel ou tel un acte ponctuel » et à

l'inverse face à un praticien « le "sur-traitant" qui serait dans un excès de pratique, implantaire par exemple » (Pirnay, 2012). **Il n'existe pas de façon unique d'exercer ou de vision unique de la dentisterie, différents systèmes peuvent coexister, le tout est que le patient soit la priorité et qu'il ne soit pas réduit à des chiffres.**

Dans les cliniques low-cost, les patients couverts par la CMU suscitent de vives discussions. Cette patientèle est considérable. A Lyon, Pascal Steichen affirme avoir refusé 1 300 patients bénéficiaire de la CMU, les plannings étant surchargés (Lamy, 2014). « A Vaulx-en-Velin et à Marseille nous sommes à 90 % de CMU, alors que les cabinets libéraux refusent ces patients » se félicite Dominique Goedert, adjoint de direction des centres de l'association Dentexia. Cet argument fait bondir la profession. Il ne faudrait pas que ces patients, sous prétexte qu'ils ne paient rien, se voient prodiguer un excès de soins. Quel patient hésiterait à choisir un traitement prothétique prétendu être la solution de choix qui ne lui coûte rien ? L'objectif d'un chirurgien-dentiste est de conserver et de respecter au maximum les tissus dentaires. **Avec ces patients, lorsque le but est commercial, le risque qu'ils se trouvent en surconsommation de soins est accru** (Lamy, 2014 ; Liffra, 2012)

Patrice de Montaigne de Poncins prétend agir de manière parfaitement désintéressée. Or en janvier 2009, dans un document destiné aux investisseurs tentés par l'aventure, il explique qu'ils pourraient gagner en cinq ans de onze à quatorze fois leur mise initiale (Liffra, 2012). Ces propos amènent des doutes sur la réalité du respect des exigences du statut associatif.

Hormis les patients bénéficiaires de la CMU, si la part restante à la charge du patient est faible ou si le patient n'a rien à avancer (étant donné que sa mutuelle couvre la totalité du reste à charge des soins à honoraires libres), il sera plus enclin à accepter un devis comprenant plus d'actes. C'est à ce niveau que demeurent les risques.

Les touristes-patients se confrontent aux mêmes dangers. Ils bénéficient du remboursement des soins réalisés dans un des pays membres de l'UE et d'honoraires très bas. De fait, ils sont plus aptes à discuter et à accepter un plan de traitement plus complexe et plus coûteux. Il n'existe aucune garantie pour le patient de se trouver face à un praticien le considérant dans sa globalité, agissant dans son unique intérêt et selon ses désirs.

Ici, le risque est que l'aspect économique prime sur le patient et fausse la vision des praticiens, vision qui ne sera plus objective. En effet, le danger est qu'ils privilégient les actes à honoraires libres aux soins courants réalisés à perte afin d'assurer une rentabilité optimale (87).

Proposer des actes choisis ne revient-il pas à discriminer les patients ? La satisfaction du patient est une chose mais qu'en est-il de la prise en charge globale du patient ? Quelle est la place de la prévention dont le rôle est de maintenir une bonne santé bucco-dentaire? Quelle est la place des soins conservateurs et chirurgicaux ?

Il existe un droit pour les patients de recevoir les soins les plus appropriés, d'après l'article R. 4127-232 du Code de la Santé Publique (CPS). En vertu du dernier alinéa 1 de

l'article L 1110-5 du CPS, aucun acte quelle que soit sa nature ne doit faire courir de risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés. Le patient a le droit de recevoir les soins les plus appropriés. Le défaut de soins consciencieux est entendu largement par la jurisprudence (Pirnay et coll., 2014).

Le choix de nos décisions et de nos orientations thérapeutiques ne doivent pas se faire vers un exercice exclusif et ludique dans une discipline de l'odontologie, restreignant de ce fait nos capacités professionnelles. Préférer une thérapeutique à une autre en pesant ce qui rapporte est dévalorisant, cela reviendrait à sous-estimer et à rabaisser les autres disciplines. Trier les soins, sans prendre en considération le patient dans son ensemble, au détriment de tous les actes garants de santé publique constituent une faute morale doublée d'une faute de jugement. Enfermer ces choix dans cette direction « au détriment des décisions médicales et éthiques constitue un danger, une dérive et porte atteinte au respect de la profession, du système de santé, de sa personne et du patient, et va à l'encontre de l'article R. 4127-203 du Code de la Santé Publique ». Il n'y a pas d'explications pour justifier le fait d'écarter la prise en charge d'actes correspondant au cœur du métier et de ses fondements les plus basiques (Pirnay et coll., 2014).

Derrière de « bonnes intentions de la performance de l'outil de travail », se dissimule une optimisation économique de la relation de soins « en écartant volontairement des actes de soins sur la base d'une préférence personnelle. Hors de toute qualification reconnue ou d'empêchement pouvant engager la sécurité et la santé du patient, il ne peut y avoir [...] d'explications éthiques pour amputer sciemment son exercice, sinon à renier ses compétences de chirurgien-dentiste ». Sélectionner des actes non par manque de capacités mais selon son bon vouloir revient à considérer la santé comme morcelable, négociable. La rentabilité serait le seul critère de réussite de l'acte médical. « L'exercice de la chirurgie dentaire reste une et indivisible ». **Privilégier certains actes rentables aux actes de base n'est pas admissible, un raisonnement clinique doit privilégier le plan de traitement et non pas le plan de financement** (Pirnay et coll., 2014).

Si certains soins ne sont pas réalisés, le patient peut encourir des conséquences médicales, du fait que le praticien ait exclu de toute priorité thérapeutique ces soins en les dévalorisant et dont la prise en charge est annexe ou ultérieure. En cas de dégradation des soins non effectués le praticien engage sa responsabilité morale et professionnelle. Le patient est un ensemble indivisible (Pirnay et coll., 2014).

6.1.1.6.1 La pression économique sur les praticiens

La pression économique qui repose sur les chirurgiens-dentistes exerçant dans ce type de cabinet diminue leur libre arbitre pour soigner les patients (Indépendantaire 100, 2012). Ils sont relégués au plan de « simple exécuteur de soins », résultat d'une volonté d'industrialisation de la dentisterie par les promoteurs de ce mouvement selon le récit d'une praticienne ayant exercé dans l'un des centres low-cost, lors d'un reportage diffusé sur la chaîne télévisée M6 en 2014. Cette dernière dénonce la pression permanente en termes de

rentabilité et les objectifs de vente tel un commercial : « C'est omniprésent chaque jour on nous dit qu'on est loin des 3 500 euros de production, des 4 000 euros de ventes quotidiennes ». Elle affirme que dans cette course à l'argent certains centres refusent de faire les soins moins rentables, ils auraient un tableau qui calcule la productivité horaire (comme nous l'avons décrit dans le chapitre 5) et qui détermine la motivation du praticien.

Bahril parle « d'usines à protocoles rigoureux, de débriefings journaliers pour savoir ce qu'il faut faire à chaque patient, du grave problème de santé publique » en se référant au centre low-cost dans lequel il a exercé (Clinic 2, 2013).

Ces récits mettent en évidence le *coaching* des praticiens salariés encouragés à favoriser les actes rentables. La pression exercée pour atteindre des objectifs économiques est un facteur de dangerosité. Les praticiens se trouvent donc limités dans leur pratique et dans leur vision globale du patient. Néanmoins ce mode d'exercice n'a pas l'air de satisfaire la majorité des praticiens en effet, ils n'y exercent pas longtemps (CNSD 1578-1579, 2013).

Rappelons alors, quelques articles de notre Code de Déontologie

- **L'article R. 4127-215 du Code de Déontologie** énonce que « la profession ne doit pas être pratiquée comme un commerce ». Or cette pratique en prend dangereusement le chemin et risque d'écarter les chirurgiens-dentistes des réelles vocations de la profession.
- **L'article R. 4127-238 du Code de Déontologie** ajoute que « Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins ». La mission de santé publique est fondamentale et les motivations d'un chirurgien-dentiste à s'installer dans ces cabinets ne doivent en aucun cas nuire à la qualité des soins. Il ne doit pas subir une pression de quelque nature qu'elle soit qui influencerait son exercice.
- **L'article R. 4127-249 du Code de Déontologie** précise, qu'« En cas d'exercice salarié, la rémunération du chirurgien-dentiste ne peut être fondée sur des normes de productivité et de rendement qui seraient susceptibles de nuire à la qualité des soins et de porter atteinte à l'indépendance professionnelle du praticien ».

6.1.1.6.2 Le surtraitement

Ces cliniques auraient tendance à traiter par excès. Ainsi, certains devis comprendraient la dévitalisation de dents saines ou la pose de couronnes sans nécessité (86). Un ancien praticien de chez Dentexia raconte : « Les responsables du centre portaient du principe que, pour une carie, il faudrait un jour couronner donc autant le faire immédiatement. Ils se justifiaient en parlant de traitement à long terme mais c'est anti-déontologique et interdit par la loi » (Rouget, 2014).

Ainsi, une patiente test a consulté un chirurgien-dentiste low-cost qui lui a établi un devis d'un montant de 2 732,36 euros, pour quatre couronnes. Selon l'expert dentaire, le Dr. Leclercq, deux caries étaient à soigner, une prémolaire à surveiller et un détartrage était à

réaliser. Le tout pour un montant total de 144,60 euros soit 20 fois moins que le devis premièrement énoncé. Le Dr. Leclercq précise « A partir du moment où cliniquement, elle n'en a pas besoin, on peut appeler ça de la mutilation volontaire, délit passible de dix ans de prison » (86).

Les faits corroborent ces propos. Le Conseil de l'Ordre a enregistré une dizaine de plaintes pour « surconsommation de traitement et mauvaise qualité » dans le seul département du Rhône où trois centres low-cost sont installés (Rouget, 2014). Son président, Alain Chantreau, s'exprime : « Je viens de recevoir la plainte d'un patient à qui l'on a posé plusieurs couronnes, alors qu'il n'en avait besoin que d'une seule. Les centres font de la surproduction pour des raisons de rentabilité » (Le Gall, 2013). Christian Couzinou, président du CNOCD, affirme également que le problème de ces centres est la mutilation et le surtraitement. Il s'en est expliqué auprès de la mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (214).

Que ce soit à l'étranger ou en France, le patient risque de se voir prodiguer des soins dont il n'a pas besoin au nom de la rentabilité. Les principes déontologiques et les principes éthiques fondamentaux à une pratique de soins sont dès lors enfreints.

6.1.1.7 **Qualité et rapidité des soins**

Comme nous l'avons vu précédemment le coût et la qualité sont les clefs déterminantes du tourisme dentaire (Österle et coll., 2009). D'après les agences de tourisme dentaire, les cliniques étrangères et les directeurs des centres de soins low-cost, la qualité ne serait pas négligée et son respect serait compatible avec une baisse des honoraires (Turner, 2009) (Österle et coll., 2009). Ces mêmes personnes affirment que les chirurgiens-dentistes n'exerçant pas dans ces structures chercheraient simplement à protéger leurs intérêts économiques en contestant la qualité des soins prodigués (Turner, 2009).

Bien que de nombreux articles de journaux et quelques rapports de cas traitent du phénomène, il y a peu de données systématiques sur les conséquences cliniques de l'obtention de soins dentaires à l'étranger et dans les cliniques dentaires low-cost en France. Toujours est-il que ces pratiques soulèvent des préoccupations sur la qualité des soins reçus (Turner, 2009). En effet, pour le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes français, la sécurité et la qualité des prestations semblent en péril (ONCD 106, 2012). Les gros investissements consentis à l'installation de ces cliniques ne sont-ils pas autant de tentations à un déficit de qualité et à une surconsommation de soins (Dental Suisse, 2009) ? La qualité des soins et du matériel sont-ils respectés ? Autant de questions qu'il est légitime de se poser. Penchons-nous sur ces divers points.

La qualité du matériel de soins utilisé

Les produits dentaires de qualité sont coûteux. Quant à la petite instrumentation métallique, elle est très rapidement endommagée donc remplacée régulièrement pour la sécurité du patient et pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal. Ce dernier est

également lié à un nombre de jeux d'instrumentation suffisant pour couvrir correctement un soin. Est-ce le cas pour des cliniques où la rentabilité est essentielle ?

Il existe un doute particulièrement en France où les soins de base sont peu rémunérés. Selon Alain Chantreau, président de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Rhône, ce sont les fondateurs de ces structures qui mettent au point des protocoles de soins alors qu'ils ne sont pas chirurgien-dentiste (47). De même, pour l'achat de matériaux de qualité. Les centres de soins associatifs doivent être rentables. Or, la rémunération à l'activité type T2A, conduit à mettre sur le praticien une pression telle qu'elle pourrait le conduire à utiliser les matériaux moins onéreux et à en économiser l'utilisation (Flahault, 2013). Un praticien ayant exercé dans l'un de ces centres dénonce des dérives concernant : l'utilisation de matériel usé (tournevis pour implant), la réutilisation de fraises à usage unique.

A l'étranger, les soins de base sont mieux rémunérés et l'instrumentation est moins coûteuse à l'achat, les risques d'économie sur le matériel existent mais semblent minorés.

La qualité des éléments prothétiques

➤ A l'étranger

La main d'œuvre est moins chère. Le prothésiste peut réaliser un travail prothétique de qualité équivalent avec les mêmes matériaux et selon les mêmes techniques pour un prix moitié moindre par rapport à la France. Le prix ne peut être un indicateur de qualité entre pays dont les conditions de travail ne sont pas équivalentes.

Les sociétés intermédiaires garantissent le haut niveau de qualification des praticiens étrangers. Il est vrai que la qualité dépend du praticien. Deux points tendent à démontrer la qualité des thérapeutiques. Le premier, vient des patients qui se disent satisfaits des prestations fournies. Le deuxième concerne les destinations, les chirurgiens-dentistes semblent tout aussi bien formés qu'en France et en Suisse (Evrard et coll., 2011). Pendant que les prestataires de soins étrangers se vantent de la qualité, d'autres pointent les bas coûts comme un gage de mauvaise qualité (Österle et coll., 2009).

Le Centre National des Soins à l'Etranger effectue des contrôles sur la réalité de ces soins mais n'émet pas d'avis sur la qualité des soins. Le centre vérifie actuellement si les patients qui ont subi des soins prothétiques en Hongrie s'avèrent ensuite d'importants consommateurs de soins dentaires en France, ce qui suggérerait la nécessité de reprise des travaux. Pour l'instant, elle manque encore de recul (Warmuth, 2012). Compte tenu de l'absence d'études portant sur l'obtention de soins dentaires à l'étranger et les écarts qui séparent les pays sur le plan de la qualité des soins dentaires, il est difficile de déterminer le niveau des soins que reçoivent les patients qui voyagent à l'étranger pour se faire soigner (Turner, 2009).

Les associations de consommateurs dans les pays de l'Est soulignent la diversité de la qualité mais ne concluent pas sur un niveau bas de qualité. Il y a davantage une différence de qualité qu'un niveau bas général entre la Hongrie et les pays d'origine des patients (Österle et

coll., 2009). Certains chirurgiens-dentistes soutiennent que les soins bon marché obtenus à l'étranger sont parfois de qualité inférieure (Asai et Jones, 2007 ; Burke, 2007).

Trois études ont mis en doute la qualité des soins dentaires dans le cadre du tourisme dentaire

En 2004, Baulig et coll. ont évalué la qualité et le coût chez 60 patients qui ont reçu des soins dentaires fait à l'étranger (essentiellement en Europe de l'Est, Turquie). L'étude a conclu que seul un quart des patients a reçu des soins de qualité suffisante. Seuls les soins dentaires simples ont été jugés suffisants pour tous les patients.

En 1999, Joss et coll. ont identifié un souci de qualité important pour des traitements dispensé dans des cliniques hongroises chez 10 patients suisses.

La Société Suisse d'Odonto-Stomatologie a mené une étude comparative de reconstructions prothétiques fixes réalisées soit à l'étranger, soit en Suisse, faite sur 103 patients. 38 patients avaient été traités en Suisse, 46 en Hongrie et 19 dans divers pays étrangers. L'examen objective consistait à évaluer les paramètres cliniques suivants: examen parodontal, caries, présence ou absence de facteurs favorisant la rétention de plaque. Un examen radiologique complet permettait de juger la qualité des reconstructions. Les prestations thérapeutiques furent classées selon ce standard de qualité. Les standards de qualité A (excellent traitement) et B (bon traitement) n'ont jamais été attribués aux reconstructions réalisées en Hongrie.

20 % ont reçu un standard de qualité C (traitement acceptable avec de légers défauts) alors que 41 % obtenaient un standard D (traitement insuffisant et manquement professionnel) et 39 % un standard E (mutilation de la dentition). 40 % des travaux en provenance de Hongrie correspondait à une mutilation, 40 % à un manquement professionnel et 20 % à un traitement juste acceptable.

Les résultats ont montrés que les reconstructions prothétiques orales fixes de provenance étrangère correspondaient à un standard de qualité significativement plus bas que les reconstructions similaires faites en Suisse (Dental Suisse, 2009).

Ces études confirment les doutes évoqués par les chirurgiens-dentistes. La situation s'est sans nul doute améliorée durant ces dernières années le tourisme dentaire étant toujours en hausse. Mais les conclusions restent inquiétantes.

➤ En France

Le sacrifice de la qualité des travaux prothétiques pour baisser les coûts est à craindre dans les cabinets low-cost. Les dirigeants des centres dentaires low-cost sont unanimes concernant le niveau des soins délivrés, les soins ne sont pas bas de gamme. Le jugement du TGI de Chalon-sur-Saône sur l'affaire Dentexia a d'ailleurs fait l'objet d'un article de presse, l'adjoint de direction du centre dentaire a précisé « qu'ils ne font pas d'économies sur la qualité, qu'ils sont moins chers que certains libéraux, ce qui s'explique par leur organisation

dans le travail » et a ajouté « qu'ils cherchent à optimiser leur organisation en faisant notamment du traitement d'actes, qui consiste en des séances plus longues qui évitent la multiplication de rendez-vous, des soins sur un même secteur de bouche et une prise en charge des pathologies avant qu'elles ne se développent trop » (Jacotot, 2014).

En France, l'activité d'un chirurgien-dentiste ne peut reposer sur les seuls les soins dentaires de base (avulsion, soin carieux, détartrage, traitement radiculaire, radiographie). Il a été démontré dans la partie 5.3.2 que la rationalisation des moyens humains peut conduire à une réflexion d'ordre économique de la pratique de notre exercice. Les praticiens sont soumis à des impératifs de temps imposés par des non professionnels de santé. Les chirurgiens-dentistes étant salariés, ils semblent devoir se justifier des dépassements du temps imposé. Ils doivent être rentables en effectuant un maximum de soins en un minimum de temps.

Ces propos sont corroborés par des récits de praticiens ayant exercé dans ces centres. Ils parlent de « timing très serré compromettant la qualité des soins : on me demandait de faire en 20 ou 30 minutes des actes qui méritaient deux fois plus de temps », « de temps imparti pour chaque acte », « de l'obligation de justifier tout dépassement horaire » (Clinic 2, 2013 ; Rouget, 2014). Comment dans de telles conditions une qualité thérapeutique optimale peut-elle être associée ? Il y a là une transgression des articles R. 4127-249 et R. 4127-233 du Code de Déontologie intégré au CSP. L'obligation de donner des soins consciencieux et le devoir d'humanisme imposent aux professionnels d'être suffisamment diligents et attentifs (Pirnay et coll., 2014).

Ce système conduit à placer le praticien dans un conflit de loyauté et d'intérêt entre son employeur et sa déontologie professionnelle (Flahault, 2013).

Quelle que soit la thérapeutique engagée, elle peut demander plus de temps que prévu initialement. En effet, différentes barrières (anatomiques, psychologiques, liée au praticien lui-même etc.) peuvent complexifier un soin et c'est en cela que d'imposer un temps au praticien et d'exercer une pression économique peut se montrer dangereuse.

Lorsque le temps est compté pour un praticien manquant d'indépendance et soumis à des objectifs financiers n'est-il pas tenté de se limiter dans les soins surtout lorsque les soins sont regroupés dans une même séance ? C'est là que la qualité des soins est en danger. La rapidité peut être un facteur positif mais il est des limites de temps en deçà desquelles on ne peut aller. En ce sens, la pression exercée pour atteindre des objectifs économiques est un facteur de dangerosité. Et c'est là qu'on touche à la sécurité des patients (Soulié, 2013).

En définitive, échelonner les rendez-vous et y consacrer du temps s'avère capital pour la réussite d'une thérapeutique. Un travail consciencieux et appliqué requiert de la réflexion lors de la réalisation du traitement et le temps nécessaire pour le faire. Tout praticien calcule un temps moyen pour chaque type de soin mais il y a un temps minimum à respecter pour exécuter une thérapeutique de qualité. Dans un plan de traitement chaque thérapeutique à son importance. A l'image d'une maison, les fondations doivent être bonnes pour qu'une maison perdure dans le temps. Quelle que soit notre spécialité, le temps et les matériaux utilisés sont autant de paramètres qui entrent en ligne de compte dans le succès thérapeutique.

6.1.1.8 La prévention

Bien que ce point soit traité en dernier, il s'aborde en premier lieu au cabinet dentaire. Quand un patient se présente en première consultation en ayant négligé sa santé bucco-dentaire pendant de longues années, il est de règle de s'attaquer, avant tout, au fond du problème « l'hygiène bucco-dentaire ». Il faut comprendre les raisons de ce manque de soins, motiver et éduquer le patient, lui expliquer les méthodes d'hygiène afin qu'il acquière et conserve les bons gestes garantissant en partie le succès du traitement, qu'il soit complexe ou non (88).

Notre profession ne se limite pas à l'action curative. « La loi du 4 mars 2002, dans sa richesse, a ouvert cette porte de l'information comprise, réfléchie et échangée, qui mène à l'éducation thérapeutique et qui permet de revenir à une relation de soins dans l'intérêt du patient et du praticien » (Pirnay et coll., 2014). Dans les centres low-cost mais surtout à l'étranger, il semblerait que l'on s'attarde moins sur ce point. Les praticiens vont à l'essentiel en délivrant uniquement les soins dits « plus lucratifs » dans un temps restreint.

6.1.2 La relation entre chirurgien-dentiste et patient

6.1.2.1 L'information et le consentement

L'information doit être claire, accessible, loyale et appropriée. Un praticien doit révéler à son patient tout ce que celui-ci, en tant que personne prudente, voudrait savoir au moment de subir ou non l'intervention proposée. Elle permet aux patients de participer pleinement aux choix. Elle porte sur les investigations, traitements ou actions de préventions proposées ainsi que sur les alternatives éventuelles. L'information doit répondre à des critères de qualité, être hiérarchisée et reposer sur des données validées. Elle doit présenter les bénéfices, les inconvénients et les risques des soins envisagés. Elle doit être compréhensible, le praticien doit s'assurer que le patient a compris l'information qui lui a été donnée.

L'information est sous entendue dans l'article R. 4127-233 du Code de la Santé Publique. Le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes ne fait pas l'obligation au praticien d'informer son patient sur son état, ses investigations et les soins envisagés alors que ce devoir d'information est pourtant largement consacré par la jurisprudence judiciaire et administrative. En cas de litige, il appartient au professionnel d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé (Béry et Delprat, 2006).

Le consentement est indispensable au quotidien dans la relation soignante, dans toutes les étapes de la démarche du patient. Il constitue la relation juridique entre un patient et le praticien qui accepte de s'occuper de lui. Le consentement est le fait de reconnaître la liberté du patient. En plus d'une prestation de soins, il bénéficie d'une prise en compte de sa personne. Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Il doit être libre et éclairé, le patient doit avoir été préalablement informé des actes à suivre, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles (Béry et Delprat, 2006 ; Terrini, 2012).

➤ **Information et consentement**

La parole accompagne nécessairement l'acte médical dont elle constitue un élément essentiel. La parole est soumise à l'obligation de sincérité selon l'article L-1111-4 du Code de la Santé Publique. L'information du patient est la condition nécessaire d'un consentement de qualité. Le consentement n'est supportable que par l'échange. Cet échange doit toujours avoir lieu, il est une condition inhérente à la réussite d'un traitement. L'information du consentement vise à promouvoir le bien-être du patient et respecter son droit à l'autodétermination. Un maximum d'informations doit être fourni dans un langage compréhensible par la personne soignée afin qu'elle puisse discuter de l'opportunité d'un soin et éventuellement de débattre du meilleur bénéfice/risque. Le malade peut ainsi accepter ou refuser le traitement proposé (Terrini, 2012) (Béry et Delprat, 2006). L'information est donc une phase préalable au consentement, devenant alors éclairé, cela signifie que le patient est en position de consentir car il est informé. Mais, si le patient est « contraint » (en raison de son état de santé préexistant) de consentir, l'information n'est alors pas déterminante de son consentement. Or, la Cour de cassation considère que de ne pas informer (ou insuffisamment informer) porte atteinte à la dignité humaine, et cette atteinte constitue en soi un dommage. Le défaut d'information est nécessairement à l'origine d'un dommage (Jacotot, 2012)

➤ **Il existe une différence entre consentement et consentement éclairé**

Le Pr. Bernard Weil, membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), définit le consentement comme « un implicite de la relation de soins ». Le patient considère de façon passive que le praticien va forcément effectuer l'acte le plus approprié à sa santé. Le consentement éclairé donne toutes les informations sur la situation et permet de hiérarchiser les choix en présentant les avantages et inconvénients de chaque possibilité thérapeutique. Il existe de nombreux actes pour lesquels une procédure écrite n'est toutefois pas nécessaire ni légalement obligatoire. Le consentement éclairé ne se justifie que dans certaines situations médicales. Pour le reste le praticien doit avoir une attitude déontologique en exposant tout, afin que la décision soit prise en commun sans faire pour autant l'objet d'un document écrit (Terrini, 2012). En juin 2014, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes a mis en place une charte Ordinale sur le consentement éclairé.

➤ **Devis et consentement**

Lorsqu'un praticien propose un devis, un délai de réflexion doit être accordé au patient pour lui permettre éventuellement de se rétracter ou de demander un autre avis s'il le souhaite (89).

Les contextes offerts par le tourisme dentaire et les cabinets low-cost français conduisent inéluctablement à des discussions sur la relation de soins ainsi qu'à des interrogations sur le respect des points importants que sont l'information et le consentement (Fouche, 2012).

➤ **A l'étranger**

En termes d'échanges, le tourisme dentaire diffère de l'offre de soins classique, en raison de l'éloignement et du mode de communication constitué par internet. Il semble donc que cette offre de soins dentaires à l'étranger soit à l'origine de difficultés relatives à l'obtention du consentement éclairé, à la délivrance d'informations, particulièrement avec la barrière linguistique (ONCD 92, 2008). Le patient doit donc être prudent en termes d'information et de consentement dans le support de médiation qu'est Internet (Fouche, 2012).

Le chirurgien-dentiste exerçant à l'étranger doit avoir la possibilité de bénéficier d'informations sur l'état de santé, les antécédents médicaux et les radiographies antérieures, relatives à son futur patient, et ce, afin de le traiter de façon optimale, en toute sécurité. De ce fait, il doit pouvoir communiquer avec les autres acteurs de la santé, le médecin et le dentiste traitant. Or cette démarche est délicate pour chaque acteur de santé. Le patient n'osera pas informer son chirurgien-dentiste traitant de son projet. Il sera plus enclin à informer son médecin traitant pour obtenir un compte rendu et d'éventuels conseils.

Le patient est totalement responsable et autonome dans sa démarche. L'obtention d'informations de qualité peut se révéler être une épreuve du fait des innombrables sources d'informations (Cousseau, 2009). Il n'existe pas d'organisme compétent pour guider de façon objective le patient avant son départ afin que son choix soit fait en toute connaissance de cause.

A défaut d'organisme compétent pour renseigner tout individu tenté par cette démarche, il se tourne vers les agences de voyages organisatrices de séjours dentaires, les cliniques dentaires étrangères, les forums etc. Face à ce flux d'informations, le choix est difficile, le patient étant totalement livré à lui-même. La barrière linguistique est un obstacle supplémentaire à une communication de qualité, mais la clinique a souvent recours à une équipe polyglotte pour pallier à cela. Cependant, le fait de parler dans la même langue n'est pas garant d'informations honnêtes, correctes, de qualité et donc de consentement totalement éclairé. Les informations juridiques et administratives font souvent défauts, que ce soit à propos du suivi en cas de complications ou du remboursement alors qu'ils ont autant d'importance que les autres (Chiomento, 2009).

Dans le tourisme dentaire, le consentement mutuel consiste en la signature d'un formulaire avant le départ, avant la consultation à l'étranger. La confirmation du choix se fait par la formalisation de l'accord par la signature d'un document de consentement mutuel entre le chirurgien-dentiste et son patient. Sans ce consentement écrit les procédures ne peuvent démarrer. Sur place, après la première consultation, un devis définitif est remis avec le document de consentement préalablement signé par le patient (Bouchard, 2009). Lors de l'examen clinique le praticien peut s'apercevoir que d'autres soins sont nécessaires. Le patient peut alors se voir proposer un second devis, avec un prix revu à la hausse.

Dans la plupart des cas, il n'y a pas d'examen clinique avant le départ. Les devis des soins se font sur la base d'une radiographie panoramique dentaire envoyée au praticien à l'étranger. Or, pour avoir un consentement éclairé, selon la législation française, cela est insuffisant. Le consentement repose sur des informations de qualité délivrées lors d'un entretien individuel. La transmission d'un document stéréotypé ne remplace pas un échange verbal, pré requis du consentement. Le document doit faire ressortir que le chirurgien-dentiste a informé le patient sur les risques que le traitement comporte, les autres solutions et les conséquences prévisibles en cas de refus (Uzel, 2012).

Or dans le contexte du soin à l'étranger, le patient signe un document écrit de consentement avant même d'avoir rencontré le praticien. Certes le patient, une fois sur place, pourra refuser de débiter les soins mais du fait qu'il ait fait le déplacement, qu'il ait déjà engagé des frais, son choix n'est plus totalement libre et objectif. Il s'agit là d'une excellente stratégie commerciale visant à limiter les refus des patients n'osant pas faire marche arrière (Bouchard, 2009).

A l'étranger, ces questions peuvent paraître également secondaires, le patient ne sera pas revu, le temps est consacré à la délivrance des soins, l'information est délivrée par le biais d'internet. Le praticien se libère de cette responsabilité. Les lois n'imposent pas nécessairement de délai légal minimal entre la première consultation et le début des soins lourds. Il semble difficile de qualifier l'information de « satisfaisante » étant donné le contexte si particulier offert par le tourisme dentaire et le consentement « d'éclairé et de qualité » quand le délai de réflexion est si court.

➤ **En France**

Lorsqu'un praticien manque de liberté et qu'il est soumis à des objectifs financiers, il est redouté que l'information et la prise en charge de la personne soient reléguées au second plan. Dans un tel contexte, il paraît aussi difficile de prendre le temps suffisant en termes de délivrance d'informations aboutissant à un consentement éclairé de qualité, spécialement lorsque les informations ne sont pas délivrées par un chirurgien-dentiste comme cela peut être le cas lors de l'établissement ou de la remise du devis par un commercial.

Dans les cliniques dentaires low-cost, l'éloignement géographique n'existe pas, les procédures ne se font pas sur internet. L'information est délivrée lors d'un entretien individuel ou lors d'un échange verbal. En revanche, le temps y est compté, question de rentabilité (Bouchard, 2009).

Selon l'article R. 4127-240 du Code de la Santé Publique, lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. Le patient dispose d'un délai de réflexion de huit jours. Toujours est-il que dans ces conditions, il subsiste des doutes sur le respect de ce délai. Un commercial du fait de sa formation n'est pas apte à juger le cas, il n'en a pas les compétences ni la formation. De plus, il apparaît comme juge et partie. Christian Couzinou déplore la situation « Quelqu'un vient pour une couronne, mais on le convainc de s'en faire poser quatre », « Cela pose un vrai problème d'éthique et de déontologie. Dans de telles conditions, peut-on réellement parler de consentement éclairé du patient ? ».

En France et à l'étranger, tout semble aller très vite, quel est le temps accordé au patient pour la réflexion et ses éventuelles questions (90) ? Dans un temps si bref et un contexte si particulier offert par le tourisme dentaire comment qualifier de satisfaisante l'information reçue par le patient ? Quels sont la place et le temps consacrés au choix de l'indication et de l'information pour un consentement éclairé ?

Il semble que ces structures soient peu propices à susciter la prise de temps nécessaire à la délivrance d'informations, et l'obtention d'un consentement tel qu'il est attendu, que ce soit dans le cadre du tourisme dentaire ou des cliniques dentaires low-cost (Fouche, 2012). Tout un pan de la médecine est mis de côté au nom de la rentabilité, les patients ne semblent plus avoir le temps de réflexion nécessaire à la prise de décision, alors que le fondement de notre profession est d'avoir la certitude que notre interlocuteur décide en son âme et conscience en ayant pleinement compris tous les tenants et aboutissants d'un diagnostic (91). Le danger demeure dans le fait que le praticien soit le seul acteur dans la prise de décision, dans les deux cadres de soins que sont le tourisme dentaire et les cliniques dentaires low-cost (Pirnay, 2012).

6.1.2.2 Le dossier du patient et le secret professionnel

➤ Le secret professionnel

Rappelons que le secret professionnel est une obligation légale et déontologique. L'article R. 4127-206 du Code de la Santé Publique définit « le secret professionnel qui s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». Conformément à l'article R. 4127-207 du Code de la Santé Publique, les personnes qui assistent le chirurgien-dentiste doivent être instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Le secret professionnel étant absolu, son obligation touche non seulement les informations proprement médicales mais également l'ensemble des données administratives concernant le patient. Le secret médical est institué pour protéger la personne malade (Béry et Delprat, 2006).

➤ **Le dossier médical**

Le dossier médical est quant à lui une documentation sur l'état du patient, soumise au secret médical. Il contient l'anamnèse, le diagnostic, les traitements effectués ou prévus et leurs raisons, les pronostics, les contrôles et tous les identifiants du patient. C'est une base de travail pour le praticien, une aide pour ses confrères et tout autre acteur de la santé impliqué dans le traitement du malade ou sa reconnaissance. Il constitue un élément essentiel pour l'établissement de la responsabilité lors d'un litige et pour une éventuelle procédure d'identification.

Des recommandations ont été élaborées par la HAS en mai 2000 pour l'odontologie définissant un cadre de dossier applicable quel que soit le type d'exercice. Hormis ce rapport, le Code de Déontologie ne mentionne pas l'obligation de tenir un dossier du patient. Mais la responsabilité d'un chirurgien-dentiste peut être engagée sur 30 ans. Il doit alors conserver ses dossiers pendant cette période. De plus, lors de changement de praticien, les chirurgiens-dentistes devront remettre au patient les informations nécessaires à son suivi (article R. 4127-264 du CSP). Chaque praticien est libre de constituer ou non un dossier patient, tant qu'il le protège de toute indiscretion, qu'il ait établi des devis et qu'il puisse donner des informations nécessaires au suivi des soins.

Le but d'une bonne tenue de dossier est la prise en charge globale du patient et l'optimisation de l'exercice du praticien. En ce sens, elle permet d'agir avec logique et sans perte de temps, d'expliquer et de discuter des traitements avec le patient à partir d'éléments du dossier, de planifier des traitements, d'avoir une trace des traitements effectués, de favoriser la gestion administrative et la transmission d'informations du dossier à un confrère.

Le recours aux soins transfrontaliers conduit à des débats sur le respect des principes sus-décrits. Chaque pays de l'UE a sa propre législation en matière de tenue d'un dossier médical. Le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes diffère d'un pays à l'autre. Si un patient français s'adresse à des praticiens étrangers, il sera soumis à la législation du pays et aux potentielles failles de celle-ci. De fait, le touriste-patient n'est pas protégé comme il le serait s'il se faisait soigner dans son pays. Or la tenue d'un dossier médical par le chirurgien-dentiste n'est pas une obligation légale. Etant donné la vocation commerciale des structures, le dossier médical ne semble pas être une priorité pour les praticiens puisque le patient ne sera pas suivi sur plusieurs années. Le risque réside alors dans la mauvaise voire la non tenue du dossier.

Le tourisme médical demeure une menace à la continuité informationnelle des soins, que ce soit du praticien traitant vers le praticien étranger ou du praticien étranger vers son confrère exerçant en France. Il n'existe présentement aucun système adéquat pour permettre le transfert de dossiers médicaux entre les touristes-patients, leur praticien traitant et les praticiens des pays destinataires. Il se peut donc qu'il n'y ait pas de continuité dans le dossier médical des patients qui ont décidé d'aller à l'étranger en tant que touristes-patients. Les transferts internationaux et non règlementés des dossiers médicaux peuvent aussi menacer la sécurité des renseignements personnels des patients (Crooks et Snyder, 2011).

Que faut-il penser du secret médical lorsque dans la plupart des cas la sélection en amont des patients est faite par des *medical planners* sur la base de questionnaires remplis sur internet (90) ? Autant dire qu'il n'existe aucune règle d'assurance qualité ni aucun Code de Déontologie des intermédiaires de cliniques étrangères. Ils ne sont pour ainsi dire soumis à aucun contrôle. Or ce sont eux qui entrent en contact avec le patient par le biais de leur site web, site web où tout se passe. Les patients remplissent un dossier en ligne en y joignant photographies, radiographies et données médicales. En fonction du nombre de cliniques qui travaillent avec les agences intermédiaires, le patient recevra autant de devis. Certains intermédiaires sont des structures soucieuses de l'intérêt de leurs patients et garantes d'une déontologie et d'un processus de qualité. D'autres sont en revanche moins respectueux des principes.

Le rôle de ces intermédiaires est d'aider leurs clients à faire le meilleur choix alors que l'accès au secret médical leur est interdit. Comment conseiller de façon optimale et objective un patient si la personne qui le guide est ignorante de son état de santé. Le fait que les données du patient circulent sur internet d'une clinique à l'autre multiplie les acteurs ce qui multiplie aussi les risques de rupture du secret médical (Cousseau, 2009 ; Khelifa, 2013).

Qu'en est-il de la protection des données à caractère personnel sur internet. La directive 97/66/CE constitue au niveau européen le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel. Elle vise à établir un niveau élevé de protection de la vie privée et à protéger la libre circulation des données personnelles au sein de l'UE. Le but est de garantir la confiance et la sécurité juridique des utilisateurs d'internet, entreprises, professionnels réglementés, patients etc.

La législation applicable dans le commerce électronique prévoit que les prestataires de services sont soumis à la législation de l'état membre dans lequel ils sont établis. Les différences de législation nationales créent des possibilités variables pour exercer le commerce électronique pour approcher le patient. En France des agences de voyages ne peuvent vendre des prestations médicales à la différence de l'Angleterre. La Directive précise que « les activités qui, par leur nature, ne peuvent pas être réalisées à distance ou par voie électronique, telles que [...] la consultation médicale requérant un examen physique du patient, ne sont pas des services de la société de l'information ». Ceci exclue toute possibilité de prétendre faire un diagnostic par le biais d'internet. Or de nombreux sites proposent de remplir des formulaires qui s'apparentent aux questions posées lors d'un entretien individuel. La limite est mince entre communication et consultation. Qui dit consultation, dit données médicales et donc secret médical (Chiomento, 2009).

Le risque paraît minoré dans les cliniques low-cost, les structures sont en France, les chirurgiens-dentistes y exerçant sous soumis aux Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes français. Le patient semble bénéficier d'un cadre plus protecteur. Néanmoins, les impératifs de temps subis par les praticiens pourraient les inciter à négliger sa tenue.

6.1.2.3 La relation de soins et son avenir dans le tourisme dentaire

Dans le contexte du tourisme dentaire, on peut se demander quelle confiance peuvent avoir les patients dans un praticien qu'ils n'ont jamais vu, exerçant dans un pays aux lois et aux formations médicales différentes de leur pays d'origine. La notion de confiance thérapeutique est liée à la dimension relationnelle. L'établissement de la confiance dans une relation de soin est fondé sur la relation entre le praticien et son patient en termes d'information, d'écoute, de suivi et de responsabilité en cas d'échec.

Cette relation permet au chirurgien-dentiste de cerner le patient en termes de préoccupations et de répondre à ses attentes. Cet échange est indispensable à toute action de soin. Il s'établit après plusieurs rendez-vous et repose sur un travail de conciliation des deux parties. Elle se construit au travers d'une écoute attentive, de gestes mesurés, du regard porté et de la parole donnée. La confiance naît d'une relation de soin dite privilégiée qui se construit dans le temps, elle est fondée sur le partage d'un passé, d'un présent, d'un futur commun visant à la santé et au bien-être du patient. Elle est par nature, prenante, difficile, et coûteuse économiquement et moralement (Fouche, 2012).

Il semble pertinent d'explorer l'impact des deux modèles de soins sur la relation de soin, de définir cette nouvelle relation et son importance. Surtout en ces temps de mondialisation, où le secteur de la santé et notamment la relation praticien patient, se trouve au centre de tensions, politiques, économiques et éthiques.

Que ce soit à l'étranger ou en France, la relation de soin entre le chirurgien-dentiste et son patient se trouve modifiée. Pour un bon nombre, l'approche globale du patient est fondée sur la dimension technique des praticiens et la dimension relationnelle, ces deux aspects participent majoritairement à l'identité des professionnels. Or la dimension relationnelle est difficilement concevable dans un système de rationalisation de la chaîne de soins. Le nombre de séances de soins étant restreint, une relation durable ne peut se créer dans de telles conditions (Evrard et coll., 2011). Particulièrement dans un parcours de soin volontairement programmé à l'étranger, le chirurgien-dentiste ne connaît pas le patient, ce n'est pas celui qui le suit habituellement, il est prestataire de services dans le sens où il s'apparente à un technicien opérateur ou à un commerçant vendant sa marchandise.

Selon les récits de patients, la relation de soins à l'étranger est impersonnelle et pauvre en information, le déficit relationnel est compensé par la confiance agrégée dans les témoignages lus sur internet et la perspective de la fin rapprochée des soins. Dans ce contexte, la relation de confiance se trouve donc affectée, elle se transforme en service commercial à faible coût, rapide et facile. **On assiste à un glissement de la relation de confiance vers une relation de service. Etonnamment c'est un facteur motivant le patient dans sa démarche.**

Cette nouvelle relation de soin, qu'on peut qualifier, ici, de relation de service, est fondée sur la satisfaction immédiate, la dépersonnalisation, l'absence de projection à long terme et d'un futur partagé (Fouche, 2012). La projection d'un avenir commun est complexe et difficile mais reste possible, en intégrant ces nouveaux repères spatio-temporels et en réorganisant la relation de soins à partir de ces repères. Sans cette projection, c'est le sens que

les soignants mettent dans leur acte qui se trouve mis en péril, au même titre que le sens mis par le patient dans sa thérapeutique. Par ailleurs à l'étranger, la discontinuité de la chaîne de soins appelle à la dépersonnalisation, à une baisse de vigilance et à une perte de l'intelligence relationnelle de la part du patient et du praticien. Selon Bebe, l'intelligence relationnelle est le fait de comprendre les autres et les interactions humaines de manière à s'adapter à une situation, de prendre des décisions bonnes pour soi et pour les autres et d'interagir avec fluidité, efficacité et sagesse (92). **L'absence de relation dans les soins constitue vraisemblablement une des faiblesses du tourisme dentaire et des centres de soins de type associatifs.**

Cet avis est cependant remis en question par les dires de certains patients traités à l'étranger. Comme ceux relevés dans un rapport réalisé en juin 2011 (Evrard et coll., 2011) : un patient opéré des yeux à l'étranger explique qu'il n'a pas eu de rapports véritablement personnalisés avec le médecin, cette absence de relation ne l'avait pas dérangé. Il n'avait vu ce médecin que pour une opération et n'avait aucune envie de « s'étaler sur sa vie », le médecin généraliste lui suffisait amplement pour cela. Dans ce même rapport, un autre cas est présenté, celui de M.J qui estime que pour une seule intervention, il n'est pas nécessaire d'avoir un contact particulièrement proche avec le médecin. D'après lui une relation suivie doit se faire avec son généraliste qui le connaît bien.

A première vue, ces déclarations peuvent constituer des exceptions. Cette opinion est cependant largement répandue chez les plus jeunes générations, qui se font une idée nouvelle de la médecine et de l'image du médecin n'étant plus celui d'un thérapeute confident selon le Dr. De Buren (créatrice de l'entreprise Novacorpus ; intermédiaire entre les patients suisses et les cliniques étrangères) (Evrard et coll., 2011). Pour certains, une relation sociale n'est pas nécessaire pour des opérations ponctuelles qui ne nécessiteraient pas de suivi, elle n'est pas aussi importante que la relation généraliste patient. Il en va de même pour les urgences, où le patient connaît rarement le praticien avant l'intervention. De plus, un suivi ultérieur n'implique pas toujours le chirurgien qui a opéré le patient, mais peut parfois se faire par un autre praticien.

Cette vision des choses peut s'appliquer au secteur de la chirurgie dentaire. Prenons l'exemple d'un omnipraticien n'ayant pas la formation requise pour poser des implants. Il confiera son patient à un confrère spécialisé en implantologie. Même si ce dernier n'est pas celui qui le suit habituellement, qui le connaît et que la relation de soin est différente. Le praticien réadressera le patient et réalisera un compte-rendu à l'omnipraticien.

Ainsi, on pourrait se demander si une relation de confiance est absolument nécessaire dans le cas de soins à l'étranger pour une opération qui ne nécessiterait pas forcément de suivi à long terme. Toutefois, dans le domaine de la chirurgie dentaire, ceci peut poser certains problèmes s'il n'y a pas de transmission entre les différents intervenants.

La présidente de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) explique qu'il y a plusieurs cas de figure quant à la relation praticien-patient après le retour du patient à l'étranger.

- Dans le premier cas : le patient a bénéficié d'une intervention à l'étranger où tout s'est bien déroulé, avec une absence totale de complications. Il continuera à voir son chirurgien-dentiste habituel.

- Dans le second cas, le patient a subi une intervention catastrophique à l'étranger et qui revient embarrassé et désespéré vers son chirurgien-dentiste pour réparer les dégâts.
- Dans le troisième cas, le patient retourne à l'étranger, suite à des interventions ratées, pour y remédier.
- Dans le quatrième cas, la patiente n'ose pas reprendre contact avec son chirurgien-dentiste à son retour de peur qu'il la voit avec sa nouvelle denture.
- Le dernier cas est celui du patient qui se trouvera définitivement fâché avec la profession dans son ensemble, aussi bien dans son pays d'origine qu'à l'étranger, et qui choisira de laisser la situation se dégrader faute de temps, de moyens et par découragement. Dans cette dernière situation, la rupture totale de la relation praticien patient est consommée.

En résumé, tous les cas de figure sont possibles, ils dépendent du résultat de l'intervention à l'étranger, du patient et du chirurgien-dentiste, avec un impact plus ou moins important sur la relation de soin (Evrard et coll., 2011) (92).

6.1.3 Les responsabilités des chirurgiens-dentistes en France

La responsabilité n'est pas seulement une vertu. Elle est le fondement même d'une conception inédite de l'éthique. Sous des vocables divers, le droit énonce et sanctionne « ce dont on doit répondre ». La responsabilité contractuelle est celle qui résulte de l'inexécution de l'obligation née d'un contrat, lorsqu'un contractant n'exécute pas l'obligation mise à sa charge par le contrat, il peut causer un préjudice à son cocontractant, créancier de l'obligation.

Pour la jurisprudence, le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son patient entraîne pour le premier de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables des soins si, eu égard à cette obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs. Le chirurgien-dentiste est, en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre le service qu'il peut en attendre. Cette obligation, innovation de l'arrêt du 23 novembre 2004, qui inclut la conception et la confection de cet appareillage, est une obligation de résultat (Béry, 2008 ; Béry et Delprat, 2006).

La définition éthique de la responsabilité

La responsabilité c'est la réponse *sponsor, spondere* se porter garant, promettre, s'engager. Pour l'Autre et devant la Loi, c'est-à-dire la communauté des Autres (Vacquin, 1994).

La définition juridique de la responsabilité

Une définition juridique de la responsabilité pourrait être l'obligation de réparer le préjudice résultant soit de l'inexécution d'un contrat (responsabilité contractuelle), soit de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui par son fait personnel ou du fait des choses dont on a la garde, ou du fait des personnes dont on répond (responsabilité du fait d'autrui). Lorsque la responsabilité n'est pas contractuelle, elle est dite délictuelle ou

quasi-délictuelle. D'un point de vue général, la responsabilité est le fait de devoir répondre de ses actes devant une autorité, c'est-à-dire d'en assumer les conséquences (Béry et Delprat, 2006 ; Guillien, 1990).

Le fondement de la responsabilité médicale

Le 18 juin 1935 la Cour de cassation a reconnu la relation praticien-patient sur la responsabilité délictuelle c'est-à-dire sur le fondement des articles 1382 « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » et 1383 du Code Civil « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

Le 20 mai 1936, l'arrêt Mercier de la Cour de Cassation établit la nature contractuelle de la relation juridique entre le médecin et son patient. Il donne donc naissance à un véritable contrat équilibré où des obligations réciproques pèsent à la charge des deux parties (Béry et Delprat, 2006).

L'action en réparation

Si les parties s'entendent amiablement pour déterminer la réparation, leur accord constitue un contrat de transaction qui permettra d'éviter un procès (article 2044 et suivants du Code Civil). A défaut, la victime devra engager une procédure judiciaire pour obtenir réparation de son préjudice (Béry et Delprat, 2006).

La responsabilité du fait de ses employés

Depuis une jurisprudence du 9 novembre 2004, le principe de la responsabilité de l'employeur s'applique également aux chirurgiens-dentistes libéraux. Ils sont donc non seulement responsables des fautes commises par leurs salariés administratifs (assistantes dentaires, secrétaires), mais également médicaux dotés d'une indépendance professionnelle (chirurgien-dentiste salarié). Néanmoins, le praticien exerçant dans une structure low-cost, en tant que salarié, est entièrement responsable de ses actes et donc des fautes commises. Ce droit ne s'applique pas non plus aux praticiens exerçant ailleurs qu'en France.

La responsabilité du fait des produits défectueux

La loi du 19 mai 1998 vient poser aux articles 1386-1 et suivants du Code Civil un régime spécifique de responsabilité en matière de produits défectueux. Le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit, qu'il soit ou non lié par un contrat avec la victime. Les personnes concernées par ce régime sont les producteurs, les fournisseurs et les assimilés. Le producteur est le fabricant. Les assimilés au producteur sont ceux qui apposent sur le produit leur nom, marque ou autre signe distinctif. Le fournisseur est celui qui participe au circuit de distribution.

6.1.3.1 Le suivi, le service après-vente dans un parcours de soins volontairement programmé à l'étranger

Le suivi comprend le contrôle de routine, la prise en charge des complications et la traçabilité. Cela paraît simple quand patient et praticien sont proches géographiquement mais plus difficile quand des kilomètres séparent le patient de son praticien. Il ne s'agit en aucun cas de dénigrer la compétence professionnelle de nos confrères mais de s'interroger sur les risques réels pour le patient émanant de cette pratique (ONCD 66, 2008).

Pour Fabien Cohen, secrétaire général du Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé, c'est bien la probabilité d'un suivi mal assuré qui est le principal écueil en matière de soins à l'étranger : « Il y a de bons et de mauvais dentistes partout. Le vrai risque, c'est le praticien qui sait qu'il ne reverra pas le patient et qui bâcle le travail » (93). Quant au Conseil national, il est régulièrement sollicité par les patients séduits par ce type d'offres commerciales de soins à l'étranger et déçus des prestations thérapeutiques y afférant, parfois au point d'intenter des recours en justice longs et compliqués (ONCD 66, 2008).

Avec la multiplication des reportages télévisés vantant les destinations dentaires comme « des paradis économiques » pour les patients, la profusion de sites internet faisant l'apologie des soins transnationaux, les patients sont inondés d'offres commerciales pour des soins dentaires « à moindre frais ». Ce qui est à craindre est la multiplication de patients insatisfaits. En particulier lors de complications thérapeutiques, où le suivi des soins sera pour le moins délicat. Depuis la diffusion, sur France 2, de l'émission de télévision « ils cassent les prix », le Conseil national a mis en garde les patients sur les risques de ce type de démarche dont les problèmes de continuité des soins (ONCD 66, 2008).

6.1.3.1.1 Définition du suivi

Selon la législation française, le professionnel de santé doit, en raison du contrat *intuitu personae* conclu avec son patient, assurer lui-même les soins et le suivi de ce dernier. Ainsi, lorsqu'il décide de faire appel à un confrère, il garde une responsabilité personnelle à l'égard de son patient. Le fait que plusieurs praticiens soient amenés à intervenir auprès d'un même patient confère à chacun d'eux « une obligation de prudence et de diligence quant au domaine de compétence du praticien avec lequel il a concouru à une intervention » (Civ. 1ère, 27 mai 1998, Bull. n° 187). Cela définit clairement notre rôle dans le suivi des soins prestés ainsi que sur la responsabilité que nous engageons en cas d'intervention. Quel que soit le traitement et quelle que soit la discipline, le suivi est une étape aussi importante que les autres, il fait partie intégrante du traitement.

6.1.3.1.2 Que représente concrètement le suivi du patient dans notre exercice quotidien?

En premier lieu, il réside dans le contrôle dit « de routine » qui se fait tous les ans, à condition que l'état bucco-dentaire soit correct, stable, et qu'aucun risque particulier n'existe (Chiomento, 2009). Une maintenance plus fréquente est nécessaire face à des cas prothétiques complexes, à des patients présentant des pathologies générales à risques, des restaurations de grande étendue et/ou multiple, une parodontite, une hygiène bucco-dentaire médiocre. Le suivi n'est pas une option. Il est essentiel, profitable et utile au patient et au praticien.

Le suivi régulier par un chirurgien-dentiste est gage de maintien d'une bonne santé bucco-dentaire. Selon Lievezoons, membre de la chambre syndicale dentaire belge, quand le patient reste fidèle à son chirurgien-dentiste, ce dernier apprend au fils des années à le connaître, au-delà de sa personnalité, il se familiarise avec sa bouche au sens large.

Avec le temps, il se familiarise avec la motivation et l'implication du patient à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, mais aussi dans le parcours de soins. Au fils du temps, il évalue la capacité du patient à supporter des soins longs et fastidieux parfois onéreux, de la place que celui-ci attribue aux soins dentaires et de leur priorité. Il détermine la qualité des dents et du parodonte du patient, si ce dernier est à risque carieux ou s'il est prédisposé aux affections parodontales. Enfin, il apprend à connaître les faiblesses et les qualités de ce dernier.

En tenant compte de tous ces paramètres, le chirurgien-dentiste envisage un plan de traitement adapté à son patient et détermine la fréquence du suivi. Il faut donc évaluer le patient avant de commencer tout traitement. Une fois le plan de traitement achevé, un suivi régulier est de rigueur. Cette connaissance du patient nécessite de l'investissement et du temps. Elle est difficilement concevable dans le cadre du tourisme dentaire, où la première consultation est généralement courte mais surtout lorsqu'elle se fait par l'intermédiaire d'un écran. A cela s'ajoute des difficultés type barrière de la langue, un pays qui n'est pas le leur, des lieux et des praticiens inconnus (Bouchard, 2009).

En second lieu, le suivi réside dans le contrôle, la gestion des complications et des doléances. Le chirurgien-dentiste en tant que responsable du travail presté se doit de vérifier si des complications apparaissent et les traiter le cas échéant. Il a l'obligation d'en assumer le suivi, d'autant plus si une faute a été commise. Lors de la pose d'une prothèse amovible, un rendez-vous de contrôle est fixé sept jours après, afin de répondre aux éventuelles doléances et douleurs exprimées par le patient.

Le suivi comprend donc la gestion des complications, liées ou non aux gestes que le praticien a effectués. Même si nous réaliserons nos actes consciencieusement, selon les données actuelles de la science, des complications peuvent survenir, le patient ne supportant pas le soin car chaque patient est unique.

Qu'en est-il lorsqu'une distance géographique existe ? La distance est un obstacle au suivi de « routine » et à la gestion d'une complication surtout si le pays est très éloigné et si

des frontières sont à traverser. De ce fait, le suivi semble plus difficile à réaliser, car il faut disposer de temps pour se rendre sur place (jours de congé à poser) et de moyens financiers (déplacement, logement etc.) (Evrard et coll., 2011).

En troisième lieu, le suivi implique la traçabilité. Elle se définit, selon la commission nationale de terminologie et de néologie comme « L'ensemble des procédures et des contrôles permettant de suivre l'historique d'un produit depuis sa fabrication jusqu'à son administration à un patient » (95).

Selon la HAS, il s'agit de « l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'un processus au moyen d'informations et d'identifications enregistrées » (96). La traçabilité permet de retrouver les informations d'un produit ou d'une activité. Ces informations sont l'identification, l'authentification, la localisation et la sécurisation. Lorsque des corrections sont nécessaires, il est primordial de retracer l'historique des soins dentaires prodigués, d'où l'importance d'avoir une traçabilité des matériaux utilisés et une traçabilité clinique.

La traçabilité des soins assure la bonne prise en charge du patient et la continuité des soins. Elle a pour objectif :

- d'identifier le patient ;
- d'identifier les professionnels de santé qui ont prodigué les soins ;
- de retrouver toutes les informations des soins effectués au patient (du matériel et son origine, de la procédure de soin, du traitement, la stérilisation etc.).

Elle permet également de contrôler les soins, d'améliorer la qualité de ceux-ci (compte tenu de la connaissance des soins précédemment effectués) et de faciliter la recherche d'informations. De ce fait, il est primordial de répertorier chaque observation, chaque acte effectué, afin d'être retrouvé en cas de nécessité. La traçabilité est donc nécessaire car elle protège patients et professionnels de santé (97).

La traçabilité est une obligation pour les dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires, appareil d'orthodontie etc.) depuis le 14 juin 1998, conformément à la loi inscrite dans le Livre V bis du Code de la Santé Publique, traçabilité (98). Les implants dentaires obéissent à des règles spécifiques de traçabilité fixées aux articles R. 5212-41 et R.5212-42 du CSP. Nous développerons ce point ultérieurement dans le chapitre 6.1.3.2 (98).

6.1.3.1.3 Quel rapport existe-il entre le suivi et la traçabilité ?

La traçabilité permet d'optimiser le suivi du patient. En somme, la connaissance du matériel utilisé facilite grandement la réintervention que ce soit par le chirurgien-dentiste prestataire des soins ou par son confrère. Ce dernier pourra contacter son prédécesseur pour obtenir des renseignements sur les produits mis en place, leur provenance etc. L'ensemble de ces renseignements permet d'évaluer la situation, de planifier un traitement et de garantir une reprise des soins rapide et mieux sécurisée. Par conséquent, ces données optimisent les chances de réussite de la reprise de soins.

Dans le cadre du tourisme dentaire et lors de complications, si les patients se dirigent vers des cabinets libéraux de leur pays d'origine, les praticiens seront plus enclins à intervenir s'ils disposent de l'ensemble des informations relatives aux soins. La traçabilité contribue au bon suivi des soins. Mais avec le tourisme dentaire apparaissent des difficultés, voire une rupture dans le suivi des soins et de la traçabilité. L'obtention d'informations concernant des soins dispensés à l'étranger peut s'avérer très complexe, avec des difficultés tels que la barrière de la langue, les délais d'attente téléphonique ou un possible refus de divulguer les informations par le chirurgien-dentiste étranger.

6.1.3.1.4 Comment est considéré le suivi par les cliniques étrangères actrices du phénomène ?

Généralement, les cliniques étrangères, sur les sites, garantissent aux patients un suivi. En réalité, est-ce aussi simple que ce que laissent croire ces sites ? Si la clinique réalise le suivi, quelle sera le délai d'attente ? Sera-t-il le même que lors du premier contact ? Les praticiens prestataires des soins seront-ils ceux qui prendront en charge le patient ? Le suivi se fera-t-il dans la clinique à l'étranger ou en France chez un chirurgien-dentiste partenaire ?

Ces questions restent en suspens. Elles révèlent le déficit et le manque de clarté des informations sur les suites opératoires. Le suivi constitue souvent le talon d'Achille de ces cliniques.

Lorsqu'une nouvelle opération s'impose, elle risque de se faire aux frais du patient et le bénéfice financier du premier voyage sera perdu. C'est la raison pour laquelle de nombreux patients préfèrent se diriger vers le système de santé de leur pays en cas de complications. Les patients disposés à faire le déplacement seront les frontaliers, comme les autrichiens ou les suisses, pour qui la Hongrie, principal acteur du tourisme dentaire est très proche. Les cliniques savent que cette distance est un frein pour les patients et peuvent en profiter. C'est à ce niveau que se situe le problème au grand dam des patients. En revanche, il faut souligner que pour les traitements implantaires, certaines cliniques réalisent le suivi : le patient étant revu trois à six mois après pour la pose des couronnes définitives (Bouchard, 2009 ; Chiomento, 2009).

Voyons précisément comment est géré le suivi d'après trois sites promouvant des soins dentaires transfrontaliers.

Smile Partner : organisateur de voyages dentaires

Notre mission à vos côtés ne s'arrête pas à votre retour chez vous. Une fois votre traitement terminé, nous restons en contact avec vous et nous vous suivons durant la période de surveillance post-opératoire. En cas de besoin, nous avons la possibilité de vous mettre en relation avec un dentiste référent en France ou de vous accueillir dans notre cabinet dentaire partenaire à Paris (99).

La clinique Esthetik Dental Barcelona

Toute l'équipe d'Esthetik Dental Barcelona restera à votre disposition après votre séjour pour régler toute question administrative ou médicale consécutive à votre traitement dans notre cabinet dentaire de Barcelone (75).

Eurodentaire : organisateur de voyages dentaires en Hongrie

Le coordinateur, en lien constant avec vous et les équipes médicales, facilite l'organisation de votre séjour en vous remettant une formule extra-médicale économique « tout compris », puis vous reçoit sur place et vous guide durant les phases de soins, en vérifiant en continu le confort, la conformité et la qualité des interventions humaines. Il est assisté par deux assistantes personnelles, qui restent à vos côtés pendant les soins et vous assistent durant l'intégralité de votre séjour, puis assurent le suivi après le traitement. C'est lui, encore une fois, qui s'occupe, dans votre intérêt de client, du service après-vente. Il est chaleureux, compétent, précis, bienveillant. Il s'occupe de son client avec une méthodologie et une attention de tous les instants (72).

Sur leur site, les cliniques certifient un suivi en cas d'insatisfaction et de complications, mais il existe de nombreuses conditions pour bénéficier de ces garanties. Les agences de tourisme dentaire affirment se charger du patient du début à la fin et également une fois de retour chez lui.

Néanmoins, il n'existe pas de réelles garanties, le patient n'ayant souscrit aucun contrat écrit avec l'agence ou la clinique. Il est important de rappeler que les intermédiaires sont souvent des commerciaux et non des chirurgiens-dentistes, et donc qu'ils ne sont pas aptes à juger les cas se présentant à eux. De plus, ils sont juges et partis, sachant qu'ils perçoivent une commission sur les soins, et qu'ils peuvent perdre beaucoup d'argent si des réintervention sont nécessaires sur le patient. Qu'en est-il alors de leur objectivité (Chiomento, 2009) ?

En conclusion, les sites abordent le suivi de différentes manières :

- soit il n'est pas évoqué ;
- soit un suivi annuel est conseillé, mais sans plus de précision ;
- soit un suivi est assuré par la clinique sans plus de précision ;
- soit il est précisé que le suivi se fait dans la clinique sur place ou dans une autre ville (chirurgien-dentiste intermédiaire) sans détails sur les frais.

Si les risques liés à la chirurgie sont souvent esquivés, les soins post-opératoires, eux, sont rarement abordés en détail. Les différents sites internet ouvrent volontiers leur livre d'or pour mettre à la disposition de leurs visiteurs une multitude de témoignages de patients enchantés de leur expérience, de la qualité des soins, de l'accueil, de la disponibilité du personnel, des résultats impeccables etc.

La méthode semble faire l'unanimité même si le traitement n'est finalement pas mené à terme étant donné qu'il ne comprend pas le suivi. Les cliniques actrices du tourisme dentaire abandonnent totalement leurs obligations professionnelles. Elles ne

conçoivent pas le suivi comme une de leurs priorités, elles se déchargent de cette responsabilité. Bon nombre de sites s'attendent à ce que le patient se tourne vers leur chirurgien-dentiste traitant pour les contrôles de routine. Parallèlement, pour certains patients, ce point ne représentera pas une source d'inquiétudes car ils assimileront ce voyage à une intervention chirurgicale chez un spécialiste différent de son praticien traitant. Il semble naturel que le relais soit assuré par le chirurgien-dentiste habituel (Esnard, 2005).

Récemment, pour convertir les plus réfractaires et gagner en crédibilité, certaines cliniques étrangères développent un partenariat avec des chirurgiens-dentistes dans le pays de résidence. Le patient est vu en consultation par un praticien de son pays, qui lui établit des devis pour des soins dentaires réalisés à l'étranger par un autre praticien. Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes français est très clair sur ce point : « **il est interdit pour les dentistes inscrits au tableau de l'Ordre français et exerçant en France d'avoir une collaboration avec des sites de sociétés de voyages dentaires ou de jouer un rôle d'intermédiaire commercial au profit de ces sociétés commerciales ou des cliniques étrangères sous peine d'actions disciplinaires à leur encontre** » (38).

Trois praticiens exerçant en France viennent ainsi de faire l'objet de sanctions disciplinaires dans le cadre d'un partenariat conclu avec une clinique privée hongroise (ONCD 130, 2014).

Dans le même ordre d'idées, certains établissements proposent à ceux qui émettent encore quelques réserves en adoptant une méthode davantage déontologique. Les patients ont la possibilité de se faire soigner par des praticiens exerçant à la fois en France et à l'étranger. Cette méthode est avancée comme solution aux problèmes de suivi et de continuité des soins, limitant ainsi les risques pour les patients.

La première consultation est réalisée en France : le patient ne choisira pas à la hâte un plan de traitement, il aura la possibilité de réfléchir et même de refuser. Autre avantage, il n'y a pas de barrière linguistique, il comprend son interlocuteur, peut poser des questions, recevoir des réponses et exprimer des doléances sans traducteur. Enfin, au retour, le suivi sera assuré par ce même praticien. Il connaîtra parfaitement le cas du patient et en cas de complications, il pourra le recevoir en consultation sans que ce dernier dépense une somme d'argent phénoménale. De surcroît, des avantages existent au niveau juridique. En cas de litiges, les démarches seront plus simples pour le patient, étant donné que ces cas relèveront de la compétence des tribunaux français.

En voici un exemple concret : la clinique Medical Tours Company envoie ses patients se faire opérer en Roumanie. Avant le départ, chaque candidat doit rencontrer un des chirurgiens-dentistes « en chair et en os » dans une ville de son choix. Ces consultations peuvent éventuellement être l'occasion de dissuader ceux qui espèrent des résultats irréalisables. Les visites de contrôle et le suivi post-opératoire sont assurés en France par le même praticien (figure 44). Chez Medical Tours Company, on considère que « grâce à ce concept, les patients bénéficient des mêmes avantages que s'ils s'étaient fait poser leurs implants en France ».

UN CONCEPT UNIQUE EN EUROPE
IMPLANTS POSÉS EN ROUMANIE PAR DES SPÉCIALISTES FRANÇAIS
CONSULTATION ET SUIVI EN FRANCE PAR LE MÊME SPÉCIALISTE

Organisation du voyage

Suite à l'établissement de votre devis, si vous décidez de poursuivre, vous serez contacté et conseillé par nos équipes pour toute l'organisation de votre voyage. Voici les étapes principales de son déroulement.

- 1. Prise de rendez-vous**
Plusieurs dates vous seront proposées pour l'intervention. Nous choisirons ensemble celle qui correspond le mieux à vos possibilités.
- 2. Réservation des billets d'avion**
Vous devez effectuer la réservation vous-même, avec la compagnie aérienne de votre choix. N'oubliez pas de nous communiquer les informations relatives à votre vol pour que nous puissions venir vous chercher et assurer votre transfert.
- 3. Réservation du logement**
Nos équipes vous proposeront plusieurs possibilités de logement et se chargeront de vos réservations, selon vos préférences.
- 4. Arrivée à l'aéroport**
Vous serez accueilli par notre chauffeur qui assurera votre transport.
- 5. Accompagnement**
Un téléphone portable local vous sera remis dès votre arrivée et nos équipes vous apporteront tout l'accompagnement nécessaire pendant votre séjour.

Figure 44 : Organisation du voyage médico-touristique chez Medical Tours Company (74)

Dernièrement est apparu dans le tourisme dentaire un autre moyen de séduire les patients et de réduire le risque perçu : des sociétés intermédiaires telle que Novacorpus, disposant d'un partenariat avec des assurances comme Assura, Lloyd's, proposent à leurs clients de contracter une « assurance complications ». Le patient est alors protégé en cas de complications liées à une intervention dans un pays autre que le sien, aussi bien à l'étranger que durant les six mois suivant le retour. Cela s'ajoute à la garantie du praticien. L'assurance inclut une assistance à l'étranger et prend également en charge d'éventuels frais de changement de billets d'avion pour des raisons médicales. En France, les assurances des agences de voyages françaises ne couvrent pas la responsabilité de prestations de chirurgie esthétique à l'étranger en cas de complications médicales (Perrin, 2007). Le grand danger avec le tourisme dentaire est que les patients acceptent de se faire soigner par des chirurgiens-dentistes totalement inconnus et cela, souvent sans la moindre protection, les laissant complètement pris au dépourvu, seuls et totalement perdus lors de la survenue de complications (100).

- Vers qui se tourner en cas de complications, d'insatisfactions et d'interrogations ?
- En cas de problèmes, l'agence fera-t-elle le relais avec la clinique et se chargera-t-elle de tout ?
- Lorsqu'il n'y a pas d'intermédiaire la clinique fera-t-elle le nécessaire pour satisfaire et soulager le patient ?
- Quelle est la relation entre le patient « voyageur » et le praticien étranger ?

- Par qui seront payées les dépenses occasionnées par les complications ?
- Le patient pourra-t-il bénéficier des garanties mises en avant sur les sites web des cliniques étrangères ?
- Quels sont les recours juridiques ?
- Quelles sont les obligations et les responsabilités du chirurgien-dentiste exerçant en France sur le patient « voyageur » ?
- Quelle est la nouvelle vision de la relation praticien-patient ?

Des questions qui trouveront des réponses au moment où le patient sera confronté à une complication.

Voici divers témoignages illustrant la question du suivi

L'auteur, Laure Esnard dans son article « Le boom de la chirurgie à prix réduit » partage le témoignage d'un patient français ayant renoncé à l'expérience :

« Je me suis renseigné, mais j'ai vite abandonné cette idée. On m'avait conseillé une petite ville à la frontière autrichienne où l'on trouve davantage de dentistes que d'épiceries. Après réflexion, la barrière de la langue, l'absence de garanties et surtout de suivi m'ont découragé».

Second témoignage recueilli par l'auteur d'une patiente française opérée en Tunisie permettant d'illustrer la mauvaise gestion du suivi post-opératoire :

Quelques semaines après être rentrée chez elle, la patiente joint la clinique pour se plaindre. On lui a demandé alors de s'adresser à son omnipraticien pour régler ses problèmes, elle comprend alors que les soi-disant garanties de sécurité qu'avaient vantées les praticiens n'étaient plus à l'ordre du jour et que l'on ne lui proposerait aucune prise en charge gratuite, surtout maintenant qu'elle est à des milliers de kilomètres du lieu d'intervention. Et ce peut être le parcours du combattant pour trouver un spécialiste qui accepte de rectifier le tir.

Numéro 66 de la revue La Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes publié en avril 2008, relatant la mésaventure d'un patient :

Le patient, via le site Internet d'une association promouvant les soins dentaires en Hongrie, avait opté pour un voyage dentaire à Budapest. La première consultation s'effectue en région parisienne, au cabinet d'un chirurgien-dentiste français, pour l'examen de la radiographie panoramique dentaire. Le cas nécessite la pose de plusieurs implants. Les soins seront réalisés à Budapest, quelques semaines plus tard, par le même praticien français. Peu de temps après la pose, le patient souffre. Il constate sur la radiographie panoramique dentaire que « l'implant inférieur est positionné de biais et touche pratiquement la racine de la dent voisine ».

De retour en France, les douleurs se font de plus en plus violentes nécessitant un arrêt de travail de cinq jours. Le patient retourne au cabinet francilien du praticien, qui constate qu'un des implants se déplace et qu'un autre est en position de rejet. Il indique à son patient qu'en cas de rejet, il faudra remplacer l'implant en Hongrie. Malheureusement l'implant est rejeté, une nouvelle excursion dentaire de dix jours à Budapest est prévue.

Ces trois témoignages résument la complexité de la réponse à donner à certaines situations. A savoir : l'échec thérapeutique, la survenue de complications, leur prise en charge et les dépenses qui en découlent et le praticien à solliciter.

Généralement, dans sa démarche de soin à l'étranger, le patient ne voit que l'économie qu'il peut en tirer, et pense qu'à son retour, le suivi sera facile. Cela lui semble naturel de le faire dans son pays d'origine. Qu'il s'agisse d'échecs thérapeutiques, de complications post-

opératoires, de soins mal réalisés, tout cela nécessite une prise en charge rapide. Pour parer au plus urgent le patient consultera un chirurgien-dentiste proche de son lieu de résidence ou le service dentaire du C.H.U le plus proche. Il est souvent impossible pour le patient de retourner dans le pays où l'opération a eu lieu. Le patient doit alors se rabattre, en quelque sorte, sur le système de soins de son propre pays.

Certes pour un contrôle de routine annuel, le patient trouvera facilement un praticien libéral qui accepte de le suivre. En revanche, il en sera tout autrement pour la reprise de soins souvent complexes suite à des complications. Le patient se trouvera dans une situation délicate car il pourra essuyer de nombreux refus de la part des praticiens libéraux. En général, ces derniers ne souhaitent pas engager leur responsabilité sur l'intégralité d'un plan de traitement pour rectifier un travail effectué par un autre confrère étranger, mais ils l'accueilleront dans le cadre d'une urgence. Il va de soi que si le patient se tourne vers un hôpital public il sera pris en charge (Bouchard, 2009 ; Evrard et coll., 2011).

Lorsque le patient ne pourra pas retourner pour diverses raisons dans la clinique étrangère, il s'adressera à un chirurgien-dentiste exerçant en France. Un problème relationnel risque de surgir.

D'une part, le patient aura sûrement des réticences à aller à l'hôpital, dans un cabinet libéral et plus encore chez son praticien traitant, alors qu'il s'est fait opérer à l'étranger. Il peut craindre certainement les questions comme : « *Mais pourquoi avez-vous fait ça ? Qu'est-ce qui vous a pris d'aller vous faire opérer là-bas ? Je vous avais bien dit que ce n'était pas sûr* ». Le patient se sentira sans doute honteux, ce qui empêchera l'établissement d'un bon rapport de soins.

D'autre part, il est important de prendre en compte les sentiments des soignants. Ceux-ci risquent de se sentir dévalorisés : le patient a préféré aller se faire opérer à l'étranger pour, le plus souvent, des raisons d'argent et ne « daigne » pas se faire soigner chez nous lorsqu'il voit que cela va mal et qu'il n'a plus le choix. Le fait de ne recevoir que les « échecs » de l'étranger risque de provoquer une certaine frustration chez ces soignants, pouvant entacher l'accueil du patient. La pire des situations serait que ce dernier se sente étiqueté de « profiteuse » pour avoir préféré partir plutôt que de rester, rajoutant alors à sa défiance. Comme nous pouvons le voir, les sentiments des deux parties risquent de rendre la prise en charge des complications extrêmement difficile (Evrard et coll., 2011). La relation de confiance est altérée.

Sur le plan juridique, en France, si un patient subit un préjudice post-opératoire il peut solliciter la justice et le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Les praticiens sont assurés et sont tenus par la loi d'informer les patients sur la procédure d'une intervention, ses risques et son prix. Certes, du point de vue économique le tourisme dentaire est une aubaine mais le revers de la médaille de ce système tient en l'absence de ces obligations dans certains pays. Les choses ne sont pas forcément plus aisées en ayant fait appel à une agence intermédiaire. Bien que les sièges de ces organisations soient installés en France, il sera très difficile de les attaquer dans la mesure où elles ne sont pas responsables des actes médicaux (Cousseau, 2009). En outre, la question de la responsabilité professionnelle reste entière.

Les recours existent, mais cela peut relever du parcours du combattant, il faut pouvoir prouver les dommages causés. Le litige relève de plus du droit local et donc de la compétence des tribunaux du pays étranger où se trouve la clinique en question. Si un patient se retourne contre le chirurgien-dentiste ou la clinique étrangère, il devra agir selon le système légal du pays étranger (Esnard, 2005 ; Fouche, 2012). Il devra se rendre sur place, faire appel à un avocat du pays, se plonger dans la législation nationale. Entamer une procédure dans ces conditions n'est pas chose aisée, voire impossible. « Il n'est pas toujours permis d'intenter une action de justice à l'étranger pour la simple raison que la loi manque sur ce point. En clair sans texte traitant de ce point pour se défendre, il est impossible de se défendre » (Cousseau, 2009). « Les autorités d'un pays n'ont aucun pouvoir de contrôle sur des pratiques réalisées en dehors du territoire national » (ONCD 92, 2008). Le patient se retrouve alors dans une situation très délicate.

La solution pourrait être une uniformisation des lois au niveau de l'Europe, projet sur lequel travaille déjà le conseil de l'Ordre des médecins. Dans l'attente d'un cadre plus protecteur pour les patients, la souscription à une assurance privée pourrait être une alternative. Mais l'inconvénient reste son coût généralement très élevé et les conditions de prise en charge, en raison de la crainte des assureurs vis-à-vis des complications post-opératoires une fois le patient de retour chez lui (Cousseau, 2009 ; Esnard, 2005).

Les échecs thérapeutiques, les complications post-opératoires peuvent entraîner la réalisation de soins supplémentaires en France ou à l'étranger. Le risque est que le patient doive refaire de multiples soins comprenant probablement des soins prothétiques, implantaires, parodontaux. Or, en France, la prise en charge de ces soins par la Sécurité Sociale est faible, voire inexistante. Le total des frais pourra atteindre des sommes élevées et dépasser le total des frais de départ si les soins avaient été réalisés en France. « La décision de se faire soigner à l'étranger peut s'avérer à la longue moins rentable en raison du suivi nécessitant des actes complémentaires dans le pays d'origine du patient ». Alors que dans la plupart des cas les patients se tournent vers cette pratique pour des raisons de budget limité et souhaitent réaliser des économies.

Si le patient souhaite se tourner vers le praticien, la clinique ou l'agence il sera probablement confronté à de nombreux obstacles. Le patient ne sera très certainement pas indemnisé par son assurance en cas de complications. Obtenir un remboursement ou un paiement de ces frais par le chirurgien-dentiste étranger ou de la société intermédiaire sera compliqué, pour ne pas dire impossible (Fouche, 2012).

Mis à part le coût constitué par des actes complémentaires, le coût d'une action en justice intentée dans un pays étranger contre un praticien ou une clinique locale est extrêmement cher et hasardeux avec très peu de chances d'aboutir. En bref, le patient risque de se trouver face à de grosses dépenses s'ajoutant aux souffrances physiques et souvent psychiques. Pour éviter ce genre d'événements, les touristes médicaux doivent avoir de solides garanties de qualité et de couverture en cas de problème avant leur départ. Devant l'ampleur de la tâche et le coût des procédures, la majorité des victimes renonce à se lancer dans une bataille juridique. Faute médicale établie ou accident malheureux, il reste une évidence : rien ne garantit un suivi sérieux (Esnard, 2005 ; Evrard et coll., 2011 ; ONCD 92, 2008).

Du côté des chirurgiens-dentistes français, face à ces patients qui ont bravés les frontières, ils sont parfois aussi désemparés qu'eux. Que doivent-ils faire ? Peuvent-ils refuser de soigner ces patients et les renvoyer sur le chemin du tourisme dentaire (ONCD 87, 2010) ?

En France, les chirurgiens-dentistes sont assez réticents face à ces patients « voyageurs » pour la simple raison qu'ils ne veulent pas assumer la responsabilité d'un travail qu'ils n'ont pas eux même engagé. Concrètement réintervenir sur un travail lourd et complexe, que le praticien français n'a pas réalisé, engage potentiellement sa responsabilité professionnelle sur l'ensemble du travail accompli en bouche, avec le risque d'être impliqué en cas d'échec (Chiomento, 2009).

Nous voyons clairement se dessiner ici une situation d'abstention thérapeutique dans la relation de soins sur le sol français pour des raisons de chaîne de responsabilité dans le soin lorsque les acteurs sont multiples. Nous assistons à un désengagement des praticiens des deux pays et au transfert de cette responsabilité vers le patient. Selon une enquête menée en 2012 fondée sur un questionnaire envoyé à 198 chirurgiens-dentistes exerçant en France, 63 % affirment ne pas vouloir assurer dans le présent ou le futur le suivi de ces patients ayant recouru à des soins à l'étranger (en annexe 17, les résultats du questionnaire expliquant la raison du suivi ou non de ces patients) (Fouche, 2012).

La logique procédurale et assurantielle est un nouvel acteur dans la relation de soin. « La sur-responsabilisation des praticiens en France, et la déresponsabilisation des praticiens participant à ces parcours à l'étranger, les incitent à réduire la relation de soin au calcul d'une rentabilité et à délivrer leurs soins sous condition de risque zéro ». C'est pourquoi cette situation avec ce nouveau type de patiente dissuade la profession. Reprendre les soins après un autre praticien ayant réalisé la totalité des soins n'est pas chose facile. Elle entrave la relation de confiance entre le praticien français et le touriste-patient (Fouche, 2012). Toutefois, nous pouvons nous interroger sur l'obligation de traiter un patient issu du tourisme dentaire hors cas d'urgence.

D'après l'article R. 4127-211 du CSP, le chirurgien-dentiste doit soigner « avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ». En d'autres termes le praticien qui reçoit en consultation ce type de patient, ne doit pas se montrer déplaisant avec ce dernier.

D'après l'article R. 4127-232 du CSP, « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

- de ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
- de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tout renseignement utile ;
- le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211 ».

Dans la majorité des cas, ce sont des complications sérieuses qui amènent un patient ayant eu recours au tourisme dentaire à consulter un praticien français, lequel n'aura pas

d'autres choix d'après le Code de Déontologie que de l'accueillir en consultation d'urgence. S'il ne souhaite pas réaliser la suite des soins, il doit le réadresser soit au praticien ayant exécuté le traitement mis en cause, soit à confrère libéral ou hospitalier.

Par conséquent, le « nouveau » praticien doit rester vigilant et se garantir contre la mise en cause de sa propre responsabilité. En effet, en cas de procédure judiciaire intentée par le patient s'agissant de la reprise de traitements antérieurs réalisés à l'étranger, le praticien devra être en mesure de prouver et de distinguer les soins qu'il a lui-même réalisés de ceux de son confrère, précédemment intervenu. **Le dossier médical tenu par le professionnel de santé joue ainsi un rôle probatoire essentiel devant les tribunaux.** Il peut permettre de reconstituer la chronologie des diagnostics et des traitements effectués par les différents intervenants antérieurs.

En cas de litiges avec le patient, dans le respect du secret professionnel, le praticien s'appuiera donc en priorité sur le dossier médical pour justifier de la bonne exécution de ses obligations de soins et d'information. Le dossier médical constitue donc une réelle référence permettant au juge de fonder ou rejeter une action en responsabilité en recherchant un éventuel lien de causalité entre une faute du praticien et un préjudice qu'aurait subi le patient.

Par conséquent, en cas de complications suite aux soins ayant eu lieu dans un pays étranger, l'information des patients est primordiale. En d'autres termes, si le cas du patient nécessite de nouveaux soins, afin de le soulager et rectifier les soins réalisés hors de nos frontières tels que la dépose d'un implant, d'éléments prothétique, l'avulsion d'une ou plusieurs dents non ou mal traitées, la retouche d'une prothèse amovible, une trépanation à travers un élément prothétique (etc.), le patient doit être informé et averti de la situation dans laquelle il se trouve. Il faudra évoquer l'aspect bénéfice/risque des interventions à venir, les suites secondaires possibles et les éventuelles conséquences. Concernant cette information préalable, une liste exhaustive n'est pas obligatoire : **il faut développer essentiellement les complications fréquentes et aborder celles plus rares en fonction de leur gravité potentielle ou du cas clinique particulier.** Les textes légaux n'imposent pas sous forme écrite la preuve de l'information préalable. Par conséquent, il faut remplir le dossier médical en mentionnant ce sujet et en précisant le contenu des informations délivrées (101).

Dans l'intérêt du chirurgien-dentiste, il doit obtenir le consentement éclairé du patient, proposer un nouveau devis et tenir un dossier médical complet. Il peut solliciter de la part du patient la signature d'un document écrit reprenant les principales informations communiquées oralement (Bouchard, 2009 ; ONCD 87, 2010).

6.1.3.2 Traçabilité des dispositifs médicaux

En Espagne, les cliniques dentaires low-cost ont déjà fait l'objet de contestations concernant le manque de qualification des praticiens, le risque de surtraitement et la mauvaise qualité des matériaux utilisés. Rappelons qu'en France la traçabilité est une obligation pour les chirurgiens-dentistes (CNSD 1596, 2013).

6.1.3.2.1 Traçabilité

Selon l'Union Nationale Patronale des Prothésistes Dentaires 30 % des prothèses posées par les chirurgiens-dentistes français seraient fabriquées à l'étranger en 2012 (Chambre des Métiers d'Alsace, 2008). Les travaux réalisés par l'Autorité de la concurrence en 2012 suggéraient que les importations de prothèses réalisées en Chine représenteraient selon l'Ordre des chirurgiens-dentistes 15 % des prothèses posées en France. Ces chiffres augmenteront certainement avec les structures low-cost récemment apparues en France. Pour rester rentables et afficher des prix cassés, outre les méthodes de travail, celles-ci ont recours à des prothèses réalisées à l'étranger (Fouche, 2012). Il est vrai que faire de l'import peut rendre service à certains patients, tous les patients ne peuvent pas se permettre de s'offrir des prothèses d'origine française.

Toujours est-il que la délocalisation de la production des prothèses génère de très fortes préoccupations dans le public, chez les chirurgiens-dentistes et les prothésistes. L'alternative low-cost offerte en France soulève les questions de transparence, de traçabilité, d'origine, de sécurité et de la qualité des prothèses et des implants. Ces questions sont encore plus préoccupantes dans le contexte des soins transfrontaliers. En France et à l'étranger, des doutes existent bel et bien sur l'origine des lieux de production des prothèses et sur la qualité des composants utilisés (De Divonne, 2009).

Le processus de fabrication de la prothèse est remis en question, la mondialisation de la production déstabilise le secteur en terme de concurrence et pourrait potentiellement exposer le patient à de multiples risques. D'autres pays européens et les Etats-Unis s'en inquiètent. Dans ce dernier pays, l'hypothèse de personnes intoxiquées au plomb en teneur anormale dans les céramiques importées de Chine a été avancée. L'affaire des prothèses PIP a ouvert la brèche, depuis les dispositifs médicaux ont été pointés du doigt ainsi que l'écart entre les enjeux financiers qu'ils représentent et la vigilance dont ils font l'objet (De Divonne, 2009 ; Fouche, 2012).

Il est indispensable que les patients aient connaissances de ces informations. Malheureusement, d'un pays à un autre, les règles de traçabilité des matériaux sont hétérogènes en termes de normes et ne sont pas soumis aux mêmes contraintes (ONCD 92, 2008). Les praticiens ne sont pas tenus d'informer les patients de la provenance des dispositifs médicaux (implant, prothèse). Il n'y a pas nécessairement de fiche de traçabilité (Elkaïm, 2008 ; Fouche, 2012). De surcroît, certaines cliniques d'Europe de l'Est délocalisent même la production de dispositifs médicaux, en Chine par exemple. Le déficit de transparence et de traçabilité met ainsi en péril la sécurité du patient et complexifie le suivi des soins.

En France, le devis conventionné impose au praticien de révéler au patient l'origine et le tarif de base des prothèses. La fiche de traçabilité est obligatoire, le patient peut la réclamer (annexe 18) (Elkaïm, 2008). Pour une question de rentabilité, la prothèse est de plus en plus importée soit par les chirurgiens-dentistes eux même, soit par l'intermédiaire de laboratoires français qui sous traitent à l'étranger où la main d'œuvre est moins chère (Europe de l'est, Maghreb, Chine, Taiwan, Turquie, Thaïlande, Madagascar) (Elkaïm, 2008).

70 % du prix des prothèses est constitué par le coût du travail. En Asie, ce coût est incomparablement plus bas, au point que le transport de la prothèse est facilement compensé par l'économie de la main-d'œuvre. Les divers éléments prothétiques sont réalisés de manière quasi-industrielle dans des laboratoires chinois ou d'Europe de l'Est. Lorsque les prix sont très bas, les prothèses sont fabriquées dans des pays qui ne disposent pas de la même technologie et n'ont pas développé le même savoir-faire. La qualité des travaux y est bien moindre (Algranti et coll., 2007) (103).

La grande majorité des cabinets dentaires low-cost font appel à l'import (82). Pour Frohman, prothésiste, les suspicions sont dues à un système opaque du fait qu'il n'y ait pas de traçabilité sur les produits (Rouget, 2014). Goedert, adjoint de la direction d'Efficiences, explique que chez Dentexia une partie des travaux prothétiques est produite en interne (couronne), le reste provient de l'étranger. De Montaigne de Poncins, quant à lui, travaille avec des prothésistes marocains (60). Le choix du prothésiste et des matériaux est une question de confiance et de respect pour le patient (Algranti et coll., 2007).

La durée de vie d'une prothèse est d'une dizaine d'années en moyenne. Pour les implants elle est supérieure. Si le travail doit être repris à l'étranger ou en France, si les chirurgiens-dentistes ont rempli et fourni la fiche de traçabilité au patient, si toutes les données sont archivées et en possession du patient, il n'y aura pas de difficultés particulières à la mise en charge. Pour les implants, il faudra pouvoir trouver les pièces s'adaptant aux implants mis en place, ce qui induit de connaître le type d'implant placé, le fabricant de l'implant et la nature de la connexion prothétique. Faute de références, il sera impossible de trouver les pièces adaptées et la dépose éventuelle des implants et leur remplacement sera à prévoir (Chiomento, 2009).

Si ces informations étaient obligatoires pour tous les praticiens quel que soit le pays cela permettrait d'assurer un suivi optimal. Il paraît important d'en avertir le patient et de l'éduquer sur le coût des traitements associé à celui des services du praticien. Le problème de communication et de logistique dans le contexte du soin à l'étranger a fait l'objet d'une étude australienne. Voici un exemple d'un défaut de traçabilité.

Pays d'origine : Australie.

Age : 24 ans.

Lieu : Europe de l'Est.

Motif de départ à l'étranger : Réduire le coût de la réhabilitation implantaire.

Situation de départ à l'étranger : Agénésie des incisives latérales et des canines maxillaires.

Soins prodigués à l'étranger : Pose de 4 implants, la prothèse conjointe sera réalisée en Australie.

Situation en Australie : La patiente se présente chez son chirurgien-dentiste pour réaliser la prothèse conjointe mais le praticien ne parvient pas à identifier le type d'implant. Le praticien étranger refuse de divulguer le système implantaire utilisé en prétextant que les implants n'avaient pas été payés alors que la patiente en avait la preuve.

Ce cas démontre une rupture de communication et l'intérêt du passeport implantaire pour assurer la traçabilité des dispositifs utilisés

➤ **Le passeport implantaire**

Le passeport implantaire a été créé en 2010, par l'Ordre des chirurgiens-dentistes français dans le but de répondre aux exigences du décret du 29 novembre 2006 fixant les

règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux. Il s'agit d'un document mis à la disposition des praticiens et des patients, qui permet d'améliorer la traçabilité des soins et des matériaux mis en bouche et d'assurer un suivi des soins. Au quotidien, il facilite le travail des confrères, améliore le suivi des patients à long terme et permet d'optimiser les soins en cas de réintervention.

Ce document présente deux volets. Le volet chirurgical renseigne sur : la préparation du site implantaire, la pose chirurgicale, avec la date de réalisation, le nom du fabricant ou la dénomination et le numéro de lot. Le volet prothétique renseigne sur la réalisation prothétique, mais surtout sur la prothèse en elle-même : type de matériaux, couple de serrage si prothèse transvissée, ciment de scellement si prothèse scellée, connexion éventuelle aux dents naturelles, prothèse amovible ou amovo-inamovible. En 2012, l'Ordre propose une version remaniée du passeport, pour des raisons d'ergonomie et pour répondre aux évolutions techniques de la discipline implantaire (annexes 19a et 19b) (ONCD 111, 2012 : 18-25).

6.1.3.2.2 Qualité et sécurité

Outre la traçabilité, la qualité des prothèses délivrées dans les deux contextes de soins et leur potentielle dangerosité pour la santé sont un second volet à considérer.

En France, les laboratoires sont confrontés à des exigences et ont dans l'obligation d'utiliser des outils de travail en conformité avec les nouvelles technologies et réglementations (Chambre des Métiers d'Alsace, 2008). Quel que soit le dispositif médical, il se doit d'être fonctionnel, confortable, pérenne et sans dangerosité pour l'organisme. Il existe des incertitudes sur ce qui est fait, comment, et avec quels matériaux dans ces deux types de pratiques (82).

- Qui contrôle la qualité lorsque les matériaux utilisés et les prothèses proviennent de pays émergents et en voie de développement ?
- Quelle maîtrise les opérateurs installés en France ont-ils des sous-traitants réalisant la prothèse d'importation et des matières premières qu'ils utilisent ?
- De même quelle maîtrise les opérateurs installés en France ont-ils des laboratoires étrangers ?
- Au-delà de l'aspect financier le patient est-il satisfait ?

La délocalisation de la fabrication de prothèses risque de favoriser la commercialisation de prothèses de moindre qualité ou contrefaites (Anido Freire, 2010). Les matériaux doivent répondre à la norme Conformité Européenne (CE) au niveau international. Mais des produits de contrefaçon ont été identifiés à l'étranger. Le manque de vérification des prothèses met en péril la qualité des prothèses importées. Il existe un problème de transparence dans ce secteur pour procéder à des vérifications.

Pour Boralévi, chirurgien-dentiste à Paris, « faire fabriquer des prothèses à l'étranger pour pas cher et y apposer le tampon norme européenne traduit un profond mépris du métier ». Selon lui « la qualité n'est pas vérifiée, certains travaillent au noir ». Comment parier sur la qualité en travaillant à des milliers de kilomètre de distance ? Comment établir une réglementation précise ? Comment être sûr des matériaux utilisés ? Pour Michel président

de la CNSD en 2008 « sur le papier du moins, avec les normes CE et ISO, les prothèses d'import ont une traçabilité quasi identique aux prothèses françaises ». Mais la norme CE est une norme qui ne fonctionne que pour les produits réalisés en série, ce qui n'est pas le cas des prothèses dentaires. En 2008, Roselyne Bachelot a souligné que les services de douanes et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) faisaient ce qu'il fallait en termes de vérification des dispositifs médicaux (Elkaïm, 2008).

En effet, une fois arrivées sur le sol français, les prothèses sont censées être vérifiées par les services des douanes. Toujours est-il qu'un manque de contrôle par ces services à leur arrivée est à déplorer, les dispositifs médicaux potentiellement dangereux échappent alors à tout contrôle. Dans la plupart des cas, les numéros CE des alliages et matériaux figurant sur les fiches de traçabilité sont complètement fantaisistes. On trouve par exemple des matériaux dentaires dont les numéros CE correspondent à des pièces pour ascenseurs, après vérification (102).

En 2009, plusieurs mesures ont permis à l'ANSM d'accroître ses capacités de contrôle et d'augmenter la transparence. La directive européenne 2007/47 prévoit d'accompagner chaque prothèse d'une déclaration de conformité signé du fabricant. Cette déclaration est à la disposition des chirurgiens-dentistes et des patients. Par ailleurs le contrôle des produits finis en laboratoire est un sujet délicat et paraît difficile à mettre en œuvre, chaque pièce étant unique. Identifier le pays d'origine est une chose, mais la provenance ne signifie pas grand-chose quand les éléments qui composent ces dispositifs proviennent de plusieurs pays différents. Il faut déjà que les laboratoires qui sous traitent et les chirurgiens-dentistes qui s'adressent directement à l'étranger soient en mesure de garantir la qualité de la fabrication de leurs sous-traitants (De Divonne, 2009).

En France, les contrôles paraissent déjà complexes. De fait, les risques de contrefaçons et de qualité médiocre des dispositifs médicaux ne sont pas annihilés. Dans le contexte du soin à l'étranger, les patients ne peuvent bénéficier de ce cadre protecteur, les risques sont plus élevés, par l'absence de système de contrôle homogène. Les praticiens ne sont pas tenus aux mêmes obligations. En France, les praticiens sont responsables du fait des produits défectueux, ils encourent des poursuites, ce qui ne sera pas forcément le cas à l'étranger.

La qualité semble passer par la proximité. Dans le contexte du soin à l'étranger, le patient qui ne dispose d'aucune fiche de traçabilité et de déclaration de conformité n'a aucune certitude sur la qualité et la sécurité des dispositifs et matériaux utilisés. La maîtrise des chirurgiens-dentistes français sur les laboratoires étrangers, sur les sous-traitants (réalisant la prothèse d'importation) et des matières premières utilisées paraît limitée. Le risque est de voir les laboratoires français qui sous traitent et les laboratoires étrangers, exerçant hors réglementation, proposer leurs services à des centres low-cost.

Les efforts en matière d'odonto-vigilance semblent devoir dépasser les frontières. En ce sens la création d'une banque de données à large échelle permettant de répertorier les expériences cliniques et la création de registres de signalement et de données cliniques semblent la voie à investir (Fouche, 2012).

Quels sont les risques encourus par les patients en termes de qualité?

L'adaptation et l'ajustement prothétique

A la base du processus de pose d'une prothèse, se trouve la collaboration proche entre le chirurgien-dentiste et le prothésiste. En cas de défaut, elle peut être renvoyée au laboratoire du prothésiste. L'éloignement est un frein, il ne permet pas une collaboration optimale et suivie entre le prothésiste et le chirurgien-dentiste. La communication est limitée et le renvoi d'éléments prothétiques à corriger est difficile et très coûteux à mettre en œuvre lorsque le laboratoire est basé à l'étranger. En cas de défaut d'ajustage, étant donné la modicité du prix de base, ils ne seront potentiellement pas renvoyés au laboratoire. Le patient risque de se voir poser une prothèse de piètre qualité aux finitions médiocres et peut-être même inadaptée à sa bouche.

Les matériaux

Outre les défauts d'ajustement, les matériaux peuvent eux-mêmes poser soucis. Des analyses effectuées dans différents laboratoires français, allemands et américains ont révélé que les matériaux employés dans les prothèses originaires de Chine n'étaient pas conformes avec les normes sanitaires et présentaient une contamination au plomb onze fois supérieure à celle autorisée par Bruxelles pour les jouets. Selon un responsable de l'ANSM, quatre dispositifs (une prothèse française à bas prix et trois chinoises) ont révélé après analyse la présence de plomb alors que les couronnes ne devraient pas en contenir.

Par ailleurs, les prothèses low-cost peuvent présenter des défauts de soudure et de coulée. Favorisée par les défauts de coulée, la corrosion entraîne un vieillissement prématuré de la prothèse avec des risques de rupture et donc d'inhalation de fragments métalliques. Ensuite, la corrosion qui génère des phénomènes d'électrolyse, expose le porteur à une intoxication chronique. Or les alliages à bas coût, contiennent majoritairement du nickel, métal bon marché mais hautement allergisant et potentiellement cancérigène pour l'homme. Enfin, les alliages non conformes peuvent contenir du béryllium, métal dont l'emploi est strictement réglementé par la norme ISO depuis septembre 2002 en raison des risques pour la santé (Chambre des Métiers d'Alsace, 2008) (102).

Les prothèses étrangères importées sont moins fiables qualitativement et en cas de problème, la responsabilité incombera au chirurgien-dentiste français. Il pourra toujours contacter le fabricant chinois ou thaïlandais en garantie, mais avec quel résultat (Chambre des Métiers d'Alsace, 2008) ? Dans le contexte du soin à l'étranger, une fois le patient de retour dans son pays, cette démarche paraît impossible, le patient est totalement livré à lui-même.

Les implants

Le patient a rarement l'occasion de choisir le fabricant de l'implant qui lui sera posé. Les sociétés low-cost fabriquant des implants, auxquels peuvent recourir les cabinets low-cost français et étrangers, constituent un danger. Avoir recours à une copie d'implant considérée comme une solution équivalente sur le plan des caractéristiques de conception et de finition par rapport à son original est trompeur. Il faut se montrer vigilant cette solution fournit de faibles garanties à long terme. Par exemple, si les composants de rechange d'un implant ne

sont plus disponibles, il pourra s'avérer nécessaire de retirer l'implant. Le coût s'explique par la fourniture de produits de qualité, cliniquement prouvés.

6.1.3.3 Les infections associées aux soins (IAS)

Selon le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS.

L'IAS englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure ou une démarche de soins, dans un sens très large. Elle comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé. Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins. Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et coll., 2007).

En France

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est venue clarifier le cadre de la responsabilité relative aux infections nosocomiales et le régime d'indemnisation (94). Selon article L. 1142-1 alinéa 2 du CSP, les établissements, services et organismes susmentionnés, sont responsables des dommages résultant d'infections associées aux soins sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère. Toutefois, dans un cabinet libéral en matière d'hygiène, la preuve de la faute est à la charge du demandeur (patient). Si le patient n'arrive pas à établir l'existence d'une faute du praticien, il ne pourra obtenir réparation.

A l'étranger

Les conditions d'exercice sont hétérogènes en termes de normes dans les pays développant le tourisme dentaire. Ainsi, la sécurité sanitaire, la stérilisation, l'élimination des déchets de soins ne sont pas toujours soumises aux mêmes règles que sur le territoire français (ONCD 92, 2008). Dans le contexte du soin à l'étranger, les prestations ne sont pas encadrées par les autorités françaises et dépendent de la législation étrangère souvent inconnue du patient. Cela ne veut pas dire que les prestations sont de meilleure ou de moins bonne qualité mais cela signifie seulement que les autorités françaises ne peuvent contrôler les actes réalisés à l'étranger (103). Le gouvernement français s'exonère de toute responsabilité.

En cas d'IAS, le patient se trouvera dans une situation inconfortable, les soins auront été délivrés dans un pays autre que celui où il réside, dont la législation diffère. Comme pour

le suivi, il sera compliqué d'intenter une action en justice. Il n'existe aucun recours sur le plan juridique concernant un éventuel acte chirurgical, qui aurait été négligé ou mal exécuté lors d'un voyage à des fins médicales. Evidemment, le risque zéro n'existe pas en France. Toutefois, dans sa démarche de soins transfrontaliers, le patient augmentera les risques de contracter des IAS. Les Ministères du Tourisme et de la Santé ont conjointement émis des mises en garde contre de telles pratiques dès juillet 2005. L'absence de garanties proposées par les agences intermédiaires et les cliniques étrangères est soulignée, notamment vis-à-vis du respect de l'hygiène et de l'asepsie des locaux et du matériel médical (103).

Cet aspect est peu étayé dans les médias mais le patient doit le prendre en considération dans son choix. Il devra être attentif au cadre de soins (la clinique) mais aussi au cadre général de santé (importance des maladies saisonnières ou endémiques locales). Ces éléments peuvent avoir une incidence plus ou moins de grave sur la santé du patient (104).

Pendant son séjour médical, les infections que le touriste-patient peut contracter sont de deux types (114) :

- des infections communautaires liées à la destination : paludisme, dengue, hépatite A, salmonelles, shigelles (etc.) ;
- des infections associées aux soins : hépatite B, hépatite C, VIH, bactéries multi-résistantes ;
- les risques sanitaires individuels peuvent devenir des risques collectifs : la propagation de bactéries ou de virus résistants devenant un souci sanitaire croissant.

Rares sont les articles à haut niveau de preuve sur les risques sanitaires liés au tourisme médical. En 2006, Canales a publié un article et conclue à une aggravation des risques pour les patients ayant eu recours au tourisme médical. D'autres articles aboutissent cependant à des conclusions inverses et donc à l'absence de risque supplémentaires. Certains articles traitent de manière générale les risques sanitaires liés à la mondialisation et aux migrations internationales, mais ceux-ci ne sont pas intrinsèquement liés au tourisme médical (Khelifa, 2013).

Comme me note un auteur, les touristes-médicaux peuvent voyager vers des pays avec des écosystèmes différents et rencontrer des pathologies comme la malaria, la dengue etc. L'absence de données en routine et de structure de suivi à long terme aboutit au fait qu'on a peu d'idées sur la prévalence de ces infections ou sur les différences entre touristes médicaux et touristes réguliers (Khelifa, 2013).

Dans les pays acteurs du tourisme dentaire, notamment dans les pays de l'Est de l'Europe, certains récits évoquent des pratiques douteuses en termes de recyclage d'implants pour augmenter davantage les marges de profit. Les implants rejetés par les patients seraient ainsi réutilisés chez d'autres. Un risque d'IAS serait donc évident dans ce cas sans évoquer la transparence et le défaut de traçabilité (Fouche, 2012).

On assiste à un paradoxe, tandis que le tourisme médical et dentaire se développent, porteurs de richesse pour le pays, des dysfonctionnements subsistent qui mettent en relief d'autres aspects contestables du tourisme dentaire. Si les bactéries multi-résistantes touchent désormais les hôpitaux occidentaux et constituent un enjeu mondial, dans les pays pauvres et

émergents, le tourisme de santé, la pauvreté et les politiques publiques en niant ces problèmes de santé publique, forment une combinaison inquiétante, favorisant leur émergence et leur diffusion (114).

En somme, la décision de se faire soigner à l'étranger peut s'avérer à la longue moins rentable du fait des complications post-opératoires non pas liées à l'intervention mais à la contraction d'une IAS nécessitant des actes complémentaires dans le pays d'origine. Pour exemple, il semblerait qu'au moins 20 % des patients anglais ayant eu recours au tourisme médical de retour dans leur pays ont eu des complications (Walker et coll., 2009) de santé inattendues, notamment des infections virales, nécessitant d'être traitées en urgence par le National Health Service (NHS) qui a dû intervenir sans limiter les frais occasionnés. Une telle dérive pourrait coûter au patient mais aussi à la collectivité bien plus que les économies réalisées à court terme (Anido Freire, 2010).

6.2 Les contrôles par les autorités de santé

Un système de contrôle efficace atténuerait les inquiétudes suscitées par les soins dentaires low-cost délivrés en France ou à l'étranger. Or on peut constater qu'ils restent insuffisants et limités lors de ces types d'exercices

6.2.1 Le low-cost

Jusqu'à présent rien n'a pu freiner le développement des centres dentaires low-cost, malgré les doutes émis sur le respect de leur mission de soins (De Divonne, 2013). Nous allons étudier dans cette présente partie les contrôles auxquels sont soumis les centres dentaires low-cost.

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), l'ouverture d'un centre de santé n'est plus soumise à l'agrément de l'ARS. La loi HPST a donc favorisé la création de centre de santé si les projets sont conformes au Code de la Santé Public et aux besoins des territoires où ils sont implantés sous réserve de l'acceptation du projet par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le contrôle de la qualité des soins et de la facturation relève, lui, de l'assurance-maladie. Les praticiens des Caisses peuvent constater les abus ou l'absence de réalisation d'actes de prévention, comme le bilan bucco-dentaire ou le scellement des sillons par exemple. D'après un praticien ayant exercé dans un de ces centres, ils ne craignent pas les contrôles de la Sécurité Sociale (Liffran, 2012). Notons que seulement 244 dentistes conseils effectuent ce travail pour 40 000 praticiens et l'ensemble des établissements publics. La Cour des comptes dans un rapport de septembre 2010 soulignait que l'Assurance-maladie ne recrute plus aucun chirurgien-dentiste conseil depuis 2005. Difficile d'avoir un contrôle satisfaisant dans ces conditions. Quant à l'Ordre, son champ d'investigation est très limité, il ne peut

intervenir que sur la conformité des contrats de travail des chirurgiens- dentistes salariés (Liffran, 2012 ; Wurth, 2012).

En juillet 2013, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a remis son rapport « Situation économique et place dans l'offre de soins de demain sur les centres de santé » à la ministre de la Santé, Marisol Touraine. L'IGAS a constaté « que certains centres dentaires ou polyvalents adoptaient des pratiques qui éliminaient certains types de patients et développaient un recours aux prothèses dentaires pouvant apparaître excessif au regard de l'objectif de réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques inscrit dans l'accord de 2003. La mission souhaite ainsi attirer l'attention sur les risques que comporte un pilotage axé uniquement sur l'optimisation des paramètres de gestion du centre ».

L'IGAS relève que le centre dentaire de Bondy « géré par l'association Addentis, créé en 2009, composé de six chirurgiens-dentistes, six assistants et trois administratifs, développe une activité prothétique importante et présente la particularité d'être fermé le mercredi et le samedi ».

Le Conseil national de l'Ordre avait plaidé pour une autorisation préalable d'ouverture d'un centre de santé par les ARS et avait clairement exprimé ses craintes des centres dentaires low-cost et les risques de dérive qu'ils font peser sur les patients et lorsqu'il avait été auditionné par l'IGAS.

L'IGAS a précisé que « Les dérives signalées à la mission de la part de structures pratiquant une médecine et, plus particulièrement, une chirurgie dentaire dans un but *de facto* lucratif, ne paraissent pas davantage justifier une procédure d'agrément car ces dérives ne sont pas détectables à la création d'un centre. La mission considère que la lutte contre ces dérives relève de contrôles ciblés sur les centres suspects, non d'une procédure touchant tous les centres et à la charge d'une administration déjà très sollicitée ».

Quant au rétablissement de l'agrément préalable à la création des centres de santé, l'IGAS a déclaré : « Il n'est pas apparu opportun, pour renforcer le rôle des ARS, de rétablir l'agrément préalable à la création des centres de santé qui prévalait avant la loi HPST et réclamé par certains acteurs au motif de la concurrence subie par les centres de santé. Il est en effet important de régir l'ensemble de la médecine ambulatoire sous la même règle de liberté d'installation tant que celle-ci n'est pas remise en cause. La raréfaction du nombre de praticiens est de nature à réduire le risque de concurrence ».

Pour l'Ordre, le fait que ces questions soient abordées par une institution nationale comme l'IGAS, dont les propos pèsent un poids significatif est un premier pas. Néanmoins, la série de recommandations proposée par l'IGAS paraît loin des problématiques exprimées par l'Ordre. Par ailleurs, ce dernier a participé à des réunions au Ministère de la santé où il était question d'un aménagement des règles relatives à la signalétique des centres de santé (ONCD 121, 2013 ; ONCD 123, 2013).

6.2.2 Le tourisme dentaire

Il n'existe pas d'institution de santé qui s'occupe des aspects sanitaires du tourisme dentaire (Khelifa, 2013). Comme il s'agit du secteur privé, il n'y a pas de moyens par lesquels l'Etat pourrait contrôler ce flux de patients. Le tourisme médical ne peut être institutionnalisé : il s'agit d'un choix et d'un droit individuel du patient. Les soins à l'étranger sont aux risques et périls du patient (Evrard et coll., 2011). Contrairement aux agences de voyages, qui font l'objet de règles et de contrôles professionnels, les intermédiaires de tourisme dentaire ne sont soumis à aucun contrôle. Il n'existe ni accréditation, ni règle d'assurance qualité de ceux-ci.

Le 6 juillet 2005, lors d'un communiqué, le ministère délégué au Tourisme et le ministère de la Santé ont mis en garde les patients qui doivent avoir pleinement conscience des risques éventuels auxquels ils s'exposent. Les autorités françaises n'ont aucun pouvoir de contrôle sur des soins et pratiques réalisés en dehors du territoire national et s'exonèrent donc de toute responsabilité. Il incombe alors aux touristes de prendre leurs dispositions (Perrin, 2007).

6.3 La publicité et sa réglementation

La santé ne doit pas se concevoir comme un commerce (article R. 4127-215 du Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes), elle n'est en aucun cas un bien marchand. Ce concept est loin d'être récent puisqu'il apparaît dans le serment d'Hippocrate (IV^{ème} siècle avant J-C). Sont notamment interdits :

- L'exercice de la profession dans un local dont l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale ;
- Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial;
- Tous procédés directs ou indirects de publicité ;
- Les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Le Code de Déontologie des médecins énonce quelques points intéressants qui en définitive s'appliquent à notre profession : « L'acte médical ne peut pas être considéré comme une denrée, une marchandise échangée pour une contrepartie financière. Le médecin ne vend pas des ordonnances ou des soins. La médecine est un service. Le contrat de soins n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite, où ce qu'apporte l'un n'est pas l'équivalent de ce qu'apporte l'autre.

Cette notion, que l'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité commerciale, a une grande importance et de nombreuses conséquences juridiques. Elle ne renferme aucun jugement péjoratif vis-à-vis des professions commerciales. Celles-ci ont leurs propres règles, les missions du médecin sont d'une autre nature. S'il n'est pas immoral que le gain soit le moteur d'une entreprise commerciale, la rentabilité ne peut être l'objectif principal du professionnel de santé » (article R. 4127-19 du Code de la Santé Publique).

La santé est un bien supérieur, cela signifie qu'il s'agit d'un service. D'année en année, de pays en pays, l'éthique s'efface, la santé tend à prendre une forme mercantile. Citons pour exemple les arguments d'un site web « MarketingCliniqueDentaire.com » : « Nous sommes des experts en persuasion. Nous utilisons les meilleures pratiques en marketing, en ergonomie et en psychologie pour convaincre vos visiteurs à devenir des patients » (115).

Le tourisme dentaire est un concept marketing qui renferme des accroches commerciales, des slogans etc. Toute société faisant du tourisme dentaire devrait privilégier l'information aux patients et mettre en retrait les attraits touristiques. Elle est souvent reléguée au second plan. Il est difficile de statuer sur la légitimité d'une information sous une forme publicitaire. Si les Codes de déontologie des chirurgiens-dentistes des pays de l'UE ont tous le même discours concernant le fait de délivrer une information loyale et honnête, le recours à la publicité est parfois autorisé ce que nous développerons en 6.3.2.

6.3.1 Le tourisme dentaire et les intermédiaires

Si le tourisme dentaire n'a rien d'illégal, il peut être déontologiquement condamnable dès lors qu'il implique un praticien français. « Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations et se garder de toute attitude publicitaire. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle » (articles R. 4127-13 et R. 4127-20 du Code de la Santé Publique).

Les praticiens ne doivent pas être associés aux sociétés de tourisme médical et dentaire sous quelques formes que ce soit, comme nous l'avons vu (partie 6.1.3). Catherine Mojařsky, représentante française au Conseil européen des chirurgiens-dentistes (CED), précise que ces comportements peuvent faire l'objet de poursuites du Conseil de l'ordre, et des sanctions qui peuvent aller jusqu'à l'interdiction d'exercer si le nom de ce dernier apparaît. Aussi, l'Ordre a déféré devant les juridictions professionnelles les chirurgiens-dentistes, inscrits au tableau de l'ordre français, impliqués dans le démarchage de sociétés de tourisme dentaire et de cliniques étrangères (ONCD 92, 2008).

En France aucune forme de publicité n'est autorisée. C'est en cela que la clinique hongroise Premium Dental a fait l'objet d'un dépôt de plainte par les Conseil régional et départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. En 2013, à la Foire de Strasbourg un stand consacré à cette clinique en vantait les mérites. Ce stand était animé par un représentant commercial salarié de la clinique, qui distribuait des tracts et proposait des examens en bouche aux visiteurs. Il a été établi que les actes réalisés par ce commercial relevaient de l'exercice illégal de la profession (ONCD 123, 2013).

Lors de la Foire de Paris, la même clinique comptait également parmi les exposants. Le Conseil national de l'Ordre est parvenu à obtenir une action en référé devant le TGI mettant fin immédiatement aux pratiques de cette clinique par une forte astreinte financière. Le 8 novembre 2013, le TGI de Colmar, saisi encore une fois d'urgence par le conseil régional et

départemental de l'Ordre, prenait une ordonnance de référé interdisant une nouvelle fois à Premium Dental de tenir son stand à la foire (ONCD 123, 2013).

Par ailleurs on observe d'un côté l'existence de sociétés spécialisées dans le tourisme dentaire qui ne respectent pas les règles déontologiques en vigueur en France en matière de publicité et, de l'autre, un organisme de Sécurité Sociale qui prend en charge les soins dentaires réalisés dans ce cadre. Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a alerté le ministère de la Santé de ce problème (ONCD 111, 2012).

6.3.2 Réglementation inégale en terme de publicité entre les pays de l'UE

En Espagne, aux Etats-Unis, en Thaïlande, en Hongrie en ce qui concerne des soins médicaux le cadre juridique est plus souple. Pour exemple, l'affichage publicitaire sur le web est autorisé. La notion de publicité est très disparate d'un pays à l'autre, la publicité est considérée comme un vecteur et une forme d'information pour certains pays, pour d'autre il s'agit d'un support commercial.

Pour exemple, l'Autorité de la Concurrence Hongroise (GVH) favorise la libre concurrence sur le marché et réduit les pratiques anti-compétitives depuis une loi de 1990. Puis en 1999, le Conseil du GVH estima que les articles du Code relatifs à la publicité des soins médicaux et aux honoraires étaient trop contraignants limitant l'accès à l'information aux consommateurs sans assurer pour autant une plus grande qualité ou un contrôle des services (Chiomento, 2009).

Il paraît évident que si la réglementation en termes de publicité était égale entre tous les pays, notamment les pays de l'UE, les conflits entre les différentes législations et le droit communautaire n'existeraient pas. Il n'y aurait pas de concurrence déloyale, mais un cadre juridique commun qui impliquerait des compromis (Chiomento, 2009 ; ONCD 92, 2008).

6.3.3 Les centres dentaires low-cost en France

Les centres dentaires de type associatif sont très controversés, ce sont les procédés publicitaires qui sont au cœur du débat. Certains syndicats de chirurgiens-dentistes et conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ont saisi les tribunaux sur cet aspect (les réponses des tribunaux seront présentées à la fin de cette partie). Lesdits centres ne respecteraient pas certaines dispositions du Code de Déontologie et du Code de la Santé Publique imposées à l'ensemble des chirurgiens-dentistes (Jacotot, 2014 ; ONCD 121, 2013).

Leur implantation est assortie d'une communication à destination du public et donc de potentiels patients, dans la presse locale. À ce premier moyen de diffusion s'en ajoute deux autres : les grilles tarifaires visibles sur les sites internet et les reportages télévisés. Pour se faire connaître, la meilleure stratégie est la publicité sous toutes ses formes (Jacotot, 2014).

Se laisser faire revient à affranchir les chirurgiens-dentistes employés par ces centres d'un certain nombre de devoirs fondamentaux que les praticiens exerçant à titre libéral, eux, sont tenus de respecter (ONCD 121, 2013).

Exemples de procédés publicitaires utilisés par ces centres de santé

➤ *Les médias*

Un article de presse publié le 19 juin 2013 dans le « Journal de Saône-et-loire » portait sur Dentexia et délivrait un grand nombre de détails sur l'équipement et les modalités d'organisation du centre dentaire (ONCD 123, 2013). Les centres de santé low-cost Dentalvie et Addentis ont également fait l'objet de reportages diffusés dans les médias locaux les décrivant (annexe 20) (ONCD 121, 2013).

Les articles et les reportages constituent un procédé indirect de publicité. Toujours est-il que la précision des faits relatés dans un article suppose le concours de l'association et ne saurait donc se prévaloir de la seule initiative des journalistes. Certains de ces reportages et de ces articles ont été mis en ligne sur le site internet de ces associations, à des fins manifestement publicitaires (Jacotot, 2014 ; ONCD 121, 2013).

➤ *Le site internet de l'association*

Plusieurs centres ont utilisé internet dans un but marketing en publiant des informations à caractère publicitaire. La page d'accueil du site Dentexia proposait une comparaison tarifaire ainsi que la promesse d'un résultat particulièrement favorable dans des délais extrêmement réduits (figures 45 et 46).


Exemples de tarifs Partage



Implant : 480€ (*incluant la radio 3D ainsi que les éventuelles chirurgies et comblements osseux nécessaires*).

Couronne : 390€ (*entièrement en céramique(sans métal)*).

Exemples



Le temps ainsi gagné (par les assistantes) permet aux praticiens de se consacrer à d'autres patients. Ces gains de productivité ne profitent pas aux dentistes puisqu'ils sont payés au fixe, mais au patient par la baisse des prix.

Une couronne « tout céramique » (sans métal) est facturée à 390 € chez Dentexia, alors que la plupart des cabinets proposent la couronne « céramo- métallique » de 550 à 900 €.

Des bilans complets



Chaque patient bénéficie "sauf urgence" d'un bilan complet dès son premier rendez-vous, avec plan de traitement qui permet, en quelques séances, de réhabiliter sa bouche de façon complète (*voir tarifs*).

Ouvert à tous



Nos centres prennent en charge la totalité des soins nécessaires à une santé dentaire satisfaisante, des soins de base aux chirurgies pré-implantaires et ils accueillent tous les patients (CMU, mutuelles, personnes âgées, handicapés...)

Figure 45 Exemples d'informations figurant sur le site internet de Dentexia pouvant s'assimiler à de la publicité (65)

Acte	Forfait DENTEXIA
Scanner / Radio 3D	inclus
Chirurgie para-implantaire	inclus
Pose implant	inclus
Interface implant-couronne	inclus
Couronne sur implant	inclus
Total	970 €

Figure 46 : Exemples d'informations figurant sur le site internet de Dentalvie similaires à celles retrouvées sur le site de Dentexia (66)

Il est toutefois important de rappeler le contenu de l'article D.6323-5 du Code de la Santé Publique portant sur la signalétique informative et non publicitaire autorisée pour ces centres. Le caractère publicitaire des informations publiées sur les sites expose les chirurgiens-dentistes salariés de ces centres aux sanctions prévues pour manquement aux articles R.4127-215 du Code de la Santé Publique et R.4127-201 du Code de Déontologie (Vassal, 2013).

Exemples d'une jurisprudence constante en matière de publicité en France (76)

La Conseil d'état, Sous-sections 4 et 5 réunis, 27 avril 2012 : il a été rappelé que le site internet d'un chirurgien-dentiste ne saurait, sans enfreindre les dispositions précitées de ce code et les principes qui les inspirent, constituer un élément de publicité et de valorisation personnelle du praticien et de son cabinet.

La Cour d'Appel de Besançon, 1ère Chambre Civile, Section A, 27 septembre 2006 : a condamné un centre mutualiste sur un article publié dans un journal régional. Cet article constituait un procédé de publicité indirecte contraire aux règles de déontologie dans la mesure où il relatait le transfert du cabinet dentaire, portait sur la dotation du cabinet d'un système de désinfection automatique des instruments et indiquait la composition nominative du personnel du cabinet avec leurs photographies. La Mutualité a été condamnée à la réparation du préjudice subi par le conseil départemental des chirurgiens-dentistes.

La Cour d'appel de Grenoble ; 1ère Chambre civile, 4 septembre 2006 : a condamné un cabinet dentaire mutualiste qui a installé des enseignes lumineuses portant la mention « clinique d'orthodontie », qui sont constitutives de publicité illicite. Le démontage des enseignes a été ordonné.

La Conseil d'Etat, sous-sections 5 et 4 réunis ; 11 février 2004 : a statué en faveur du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes au sujet d'un procédé de publicité illicite constitué par un panneau de dimension importante comportant sur deux faces la liste des praticiens des professions représentée dans le centre médical et notamment de mention chirurgiens-dentistes, installé en face du centre médical où est situé la cabinet de M. X. Le Conseil national estimait que ce panneau n'était pas nécessaire à l'information des patients, qui était assurée par les plaques des praticiens du centre médical et qu'une flèche indiquant de manière apparente la localisation de leurs cabinets suffisait à la signalisation.

La Conseil d'Etat, Sous-sections 5 et 7, 5 avril 2000 : a statué en faveur de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes au sujet d'un chirurgien-dentiste qui s'était prêté à la réalisation de reportages, ayant donné lieu à des articles et ne s'y étant pas opposé, constituait une mesure de publicité interdite par les dispositions du Code de Déontologie. Alors même que l'initiative de cette publication reviendrait aux organes de presse concernés et non au praticien.

Les procédés utilisés par les dirigeants pour faire la publicité de leurs centres de santé low-cost sont comparables à ceux qui ont donné lieu à des décisions judiciaires. A la lecture de ces décisions, la publicité orchestrée par les centres dentaires low-cost pourrait logiquement paraître constitutive d'une concurrence déloyale, à l'égard des chirurgiens-dentistes libéraux (76).

Quelle est la réponse des directeurs de centre de santé low-cost aux accusations de la profession (Jacotot, 2014) (ONCD 123, 2013) ?

➤ Les centres dentaires gérés sous des formes associatives, en tant que personne morale prétendent que le Code de Déontologie ne peut s'appliquer en l'espèce puisqu'ils ne sont pas inscrits à l'Ordre. Concernant les articles parus dans les médias, ils déclarent ne faire que répondre aux questions des journalistes. Le contenu des articles étant purement informatif, ils n'en gèrent pas le contenu.

➤ Un centre dentaire est une association distincte de ceux qui travaillent pour elle, ce qui revient à invoquer l'écran de la personne morale (en droit, la notion de personne morale est une fiction). De ce fait, un centre n'exerce pas la profession dentaire, ce sont les praticiens, auxquels la loi impose d'être salariés dudit centre, qui ont la qualité de professionnels exerçants. Le Code de Déontologie lie les chirurgiens-dentistes salariés, mais pas la structure employeur. C'est l'argument avancé pour justifier leur désengagement de leurs devoirs déontologiques. L'association (personne morale) apparaît comme un paravent.

* Arrêts illustrant ce point (Vassal, 2013)

Lors d'un Arrêt rendu le 12 avril 2011 par le Chambre A de la Cour d'Appel de Rennes, l'Union des mutuelles de Bretagne a avancé le même argument. Il est reproché à l'Union des mutuelles de Bretagne d'avoir contrevenu aux dispositions du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes interdisant tous procédés publicitaires. Or, l'Union des mutuelles de Bretagne considère que ce texte vise exclusivement les praticiens et n'a pas vocation à s'appliquer à l'Union des mutuelles de Bretagne en tant que personne morale, simple prestataire de services parmi lesquels les soins dentaires, prodigués par les chirurgiens-dentistes exerçant en son sein.

L'Ordre et le syndicat des Chirurgiens-Dentistes allèguent l'existence d'une violation de l'article 1382 du Code Civil ainsi qu'un détournement de clientèle par voie publicitaire, se plaçant par là même sur le fondement de la concurrence déloyale du fait :

- Du courrier et plaquette dans lesquels relatant l'ouverture d'un centre pourvu d'équipements de point et doté de chirurgiens-dentistes hautement qualifiés.
- Du message diffusé sur son site internet incitant ceux qui le consultent à « bénéficier au meilleur prix du professionnalisme de ses équipes et du matériel le plus récent et le plus performant, d'une qualité des soins grâce aux compétences de spécialistes diplômés et d'équipements de pointe, d'un haut niveau d'hygiène et de sécurité (...) »
- De l'article de presse paru dans le journal Le Télégramme du 31 mai 2008, dans lequel un représentant des mutuelles vante l'équipement du centre dentaire.

Il a été ordonné à l'Union des mutuelles de Bretagne de cesser de diffuser auprès de ses adhérents et de quiconque tout courrier, prospectus ou plaquettes à caractère publicitaire.

L'Arrêt de la 1^{ère} chambre de la Cour de Cassation du 5 juillet 2006 (référence de pourvoi n° 04-11564) condamnant le comportement déloyal d'une clinique qui faisait de la promotion des actes médicaux pratiqués par les médecins y exerçant. Le pourvoi formé par la clinique contre l'arrêt de la cour d'appel qui l'avait condamné prétendait que l'interdiction de la publicité ne pouvait s'appliquer à la clinique qui n'était pas soumise au Code de Déontologie médicale.

Or, la Cour de Cassation a rejeté le pourvoi en indiquant que la Cour d'appel avait constaté que les procédés de publicité auxquels avait eu recours la clinique portaient sur des actes médicaux et bénéficiaient aux médecins exerçant en son sein puisqu'ils permettent d'attirer la clientèle ; que la Cour d'appel avait ainsi mis en évidence la caractère déloyal du comportement de cette clinique à l'égard de l'ensemble des médecins soumis, en vertu de l'article 19 alinéa 2 du Code de Déontologie médicale à l'interdiction de tous procédés directs ou indirects de publicité .

La pression politique et sociale actuelle en faveur des centres aboutit à une distorsion de concurrence entre les praticiens libéraux pour lesquels s'appliqueraient toutes les dispositions du Code de Déontologie, dont celle de l'affichage qui doit rester discret et les centres de santé dentaire, libérés de cette obligation, parmi d'autres (ONCD 123, 2013). Au final nous pouvons citer la courageuse prise de position de l'ARS de la région Rhône-Alpes lors de l'ouverture de l'un de ces centres low-cost début 2012.

L'ARS avait écrit à la direction du centre pour rappeler son obligation de respecter les dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la publicité (Vassal, 2013) : « La vocation première des centres de santé est la prévention et les soins de premiers recours, avec l'obligation du tiers payant ; l'activité d'implantologie doit rester une activité secondaire et ne doit pas justifier à elle seule l'existence du centre de santé en question. Enfin et surtout, je tiens à vous rappeler les dispositions de l'article R.4127-215 du Code de la Santé Publique. Or les informations contenues dans le journal Metro du 11 janvier 2012 s'assimilent à de la publicité, avec une référence à un prix de prothèses à comparer avec les prix du marché et le témoignage d'une patiente ».

Si toutes les ARS de France se montraient aussi vigilantes, les débordements publicitaires actuellement constatés auraient été mieux maîtrisés (Vassal, 2013).

6.3.4 Les poursuites judiciaires

Plusieurs juridictions ont été saisies afin d'obtenir condamnation de centres de santé fonctionnant sous forme d'association loi 1901 pour violation des règles déontologiques (Jacotot, 2014). Ces centres relèvent des juridictions civiles en la matière. En 2013, les premières condamnations furent prononcées sur le fondement de pratiques déloyales de la part de ces structures, la publicité bénéficiant aux praticiens salariés (Vassal, 2013).

Exemples de condamnations de centres de soins dentaires au statut associatif

Condamnation du centre de soins dentaires Dentexia par le TGI de Chalon-sur-Saône (Barrowman et coll., 2010 ; Jacotot, 2014 ; ONCD 123, 2013) :

Dans les motifs de sa décision, le TGI affirme : « Dans la mesure où le centre de santé dentaire, créé et géré par l'association Dentexia, gère des professionnels qui sont soumis au respect des dispositions du Code de la Santé Publique et du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes, l'association Dentexia doit être considérée comme tenue de respecter ces dispositions ». Pour le TGI « Admettre que les associations gérant des centres de santé dentaires ne soient pas soumises au respect des règles déontologiques applicables aux dentistes qu'elles emploient reviendrait à créer une situation d'inégalité entre ces chirurgiens-dentistes et ceux exerçant à titre libéral ».

Il constate que l'article de presse publié le 19 juin 2013 sur le site internet du journal local comportait « un grand nombre de détails sur l'équipement et les modalités d'organisation du centre dentaire qui supposent le concours de l'association à son élaboration, et que, par ailleurs, les informations délivrées sont de nature à inciter le public à utiliser les services du nouveau centre dentaire puisqu'elles mettent en avant le contenu des prestations proposées aux futurs patients présentées comme plus complètes que celles pratiquées par les chirurgiens-dentistes libéraux, mais également leur coût attractif par rapport à celui pratiqué par la profession ». S'agissant du site Internet, il ne peut « constituer un procédé de publicité indirect sans enfreindre les dispositions du Code de la Santé Publique ».

Le 5 novembre 2013, le TGI a condamné « l'association gestionnaire du centre à payer au conseil départemental de l'Ordre la somme de 5 000 euros à titre de dommages et intérêts ; et a enjoint à l'association de faire procéder au retrait immédiat de l'article incriminé ainsi qu'au retrait des informations à caractère publicitaire contenues sur le site Internet dans les huit jours suivant la signification du [...] jugement, sous peine d'astreinte de 100 euros par jour de retard passé ce délai et pendant une durée de quatre mois [...] ».

Le TGI n'a pas exprimé de manière directe les actes « de concurrence déloyale » à l'égard de la profession. Ce qu'ont fait récemment, en revanche, dans des affaires très similaires, le tribunal d'instance du 5^e arrondissement de Paris pour Addentis et le TGI de Perpignan pour Dentalvie.

Condamnation du centre de soins dentaires Addentis en seine-Saint-Denis (Jacotot, 2014 ; ONCD 123, 2013) :

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, auquel s'était associé la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), avait assigné l'association Addentis devant le TGI du V^{ème} arrondissement de Paris. Il était reproché à Addentis des articles et reportages télévisés, par ailleurs mis en ligne sur son site Internet, à vocation manifestement publicitaire. Le jugement rendu le 11 septembre 2013 par le TGI est identique à celui rendu par le TGI de Chalon-sur-Saône.

Condamnation du centre de soins dentaires Dentalvie dans les Pyrénées-Orientales (Jacotot, 2014 ; ONCD 123, 2013) :

À Perpignan, le conseil départemental de l'Ordre des Pyrénées-Orientales assignait l'association Dentalvie devant le TGI à propos d'un article et de reportages diffusés dans les médias locaux, par ailleurs mis en ligne sur le site de l'association. Dans l'article de presse incriminé, l'adjoint de direction du centre dentaire a précisé « qu'ils ne font pas d'économies sur la qualité, et ne font pas venir les couronnes d'ailleurs, mais qu'ils sont moins chers que certains libéraux, ce qui s'explique par leur organisation dans le travail »; et a ajouté « qu'ils cherchent à optimiser leur organisation en faisant notamment du traitement d'actes, qui consiste en des séances plus longues qui évitent la multiplication de rendez-vous, des soins sur un même secteur de bouche et une prise en charge des pathologies avant qu'elles ne se développent trop ».

Le TGI a jugé, le 10 septembre 2013, que ces articles et reportages « sont manifestement à visée publicitaire [...]. Ils constituent des actes de concurrence déloyale dans la mesure où ils conduisent à contourner l'interdiction, de toute publicité, et à permettre à un centre de soins distribuant des soins dentaires d'en bénéficier alors que les chirurgiens-dentistes n'exerçant pas dans ce type de structures sont soumis au Code de Déontologie et ne peuvent avoir recours à ces publicités ».

Le TGI a ordonné le retrait immédiat des reportages et articles incriminés du site Internet de l'association, injonction assortie d'une astreinte pour en assurer l'exécution, et a condamné Dentalvie à payer des dommages intérêts de 5 000 euros au conseil de l'Ordre départemental des Pyrénées-Orientales.

Les centres de santé, gérés sous formes associatives de la Loi de 1901, sont donc dénonçables du fait du recours à des procédés publicitaires directes et indirectes, dans le cadre d'activités à l'évidence commerciales.

Autres exemples de procédés publicitaires via la télévision et internet

- Le 27 février 2008, l'émission de Béatrice Schönberg « Ils font bouger la France » sur France 2 consacre un reportage au le tourisme dentaire en Hongrie et présente une clinique recommandée par l'agence Eurodentaire.
- L'émission d'investigation « 90 minutes enquêtes: Pouvoir d'achat: bons plans pour consommer moins cher », diffusée sur TMC le 23 avril 2013, propose un reportage sur les soins dentaires en Roumanie, dans la clinique franco-roumaine Medical Tours Company. Par ailleurs, l'intégralité des vidéos est sur le site Web accessible sur le site internet de la clinique étrangère et de l'agence.

Elles n'ont fait l'objet d'aucunes poursuites judiciaires. Pourtant, il y a comparaison entre les honoraires pratiqués par les praticiens français et leurs homologues roumains. Ces procédés sont clairement à visée publicitaire, ils permettent de faire la promotion des services proposés et à inciter le public à se renseigner puis à se rendre dans cette clinique.

- En France, l'association Dentalvie à Cabestany a été condamnée pour avoir diffusé, sur son site internet, des reportages portant sur les centres de santé gérés par cette dernière.

7 Discussion : des solutions ?

Rappelons d'abord, la citation de Fay et Reynaud : « Le low-cost passe par l'accès du plus grand nombre à des biens de services jusque-là réservés à un petit nombre, Mais à quel prix ? » (Fay et Reynaud, 2009).

Dans ce travail nous avons tenté de mettre en évidence les raisons du développement de la pratique low-cost et son rôle dans notre société. Incontestablement, elle répond à des besoins évidents de la population française. Néanmoins, elle est source évidente de dérives. Pour Anido Freire, professeur et chercheur à l'ISC Business School à Paris, l'existence de ces offres alternatives constitue « un cri d'alarme pour que non seulement nos mœurs évoluent, mais aussi pour que les lois changent dans nos pays » (Anido Freire, 2010). L'émergence de ce phénomène sous sa forme actuelle et son développement croissant ne semblent pas avoir été anticipée par les pouvoirs publics. En effet, il devient nécessaire de remédier à une situation qui fait apparaître un vide juridique sur un certain nombre de points particulièrement pour le tourisme dentaire (Leput, 2007).

7.1 Encadrer les centres de soins dentaires low-cost basés en France

Santi et Nguyen s'interrogent sur la manière de réagir à une tentative d'invasion ou une réelle intrusion low-cost. « Ne rien faire, attendre, essayer d'étouffer dans l'œuf, réagir défensivement ou offensivement, ou encore changer les règles du jeu classique ? » (Santi et Nguyen, 2012)

Il serait judicieux de responsabiliser les entreprises privées, low-cost, intervenant de façon croissante dans le secteur médico-social à mesure que l'Etat s'en désengage etc. La première mesure consisterait à maintenir une réglementation garantissant la qualité des soins, en exigeant de ces derniers le respect des normes de qualité, tant pour les produits que pour la façon dont ils sont délivrés. En effet, aucun soin n'est bon ou mauvais en soi. Ce qui compte, c'est qu'il soit adapté au patient. Le danger résidant dans un développement de la médecine bucco-dentaire low-cost est justement qu'elle amènerait à traiter tous les malades de la même façon. Dans un second temps, les entreprises low-cost pourraient prendre à leur charge des missions au service du public (42) (43).

7.2 Améliorer la pratique libérale de la profession

En 2011, un rapport, pour répondre à une mission confiée par Nicolas Sarkozy, a été établi par Élisabeth Hubert (médecin et ancienne ministre de la Santé). Par ailleurs, une conférence autour du thème de la pratique de la Dentisterie libérale fut organisée par le Dr. Roland Marzouk et le bureau du Cercle d'odontologie et d'Etudes Franco-Israélien (COEFI). Les principales problématiques liées à la profession y ont été soulevées et des pistes ont été dégagées pour répondre aux phénomènes de désertification professionnelle, de concurrence (cabinets low-cost, cliniques à l'étranger), de renoncement aux soins, de reste à charge et

d'accès inégal aux soins, mais également pour répondre aux craintes des professionnels libéraux. Les pistes à investir sont énumérées ci-dessous (ONCD 95, 2011) (105).

➤ **Réformer l'enseignement initial.** Entre autres dispositions, l'introduction d'une année de séniorisation afin de jouer d'un apprentissage concret du statut libéral facilitant le passage entre la faculté et les contraintes d'un cabinet libéral.

➤ **Développer des systèmes d'information et de télémédecine.** Le défaut majeur des systèmes actuels résiderait dans l'absence de partage d'informations tant entre professionnels de santé qu'entre établissements de santé.

➤ **Apporter des solutions** au niveau des ressources humaines en développant de nouveaux modes d'exercice notamment en termes de délégation de tâches et de pluridisciplinarité. En effet, la formation des professions médicales en la matière et les nouvelles techniques de l'information et de la communication sont à la base d'un exercice plus coopératif de soins. Le développement des maisons pluridisciplinaires est une première solution.

➤ **Le développement de réseaux de soins** est une seconde solution, dans lesquels chacun trouve son intérêt : le praticien trouve un vivier de patients. Le patient profite de tarifs moins élevés. Toutefois, la question de liberté de choix du praticien se pose.

➤ **Travailler avec les complémentaires santé** à travers des partenariats pour faciliter la prise en charge des patients et ainsi simplifier les procédures de gestion des cabinets.

➤ **Envisager de nouveaux modes de rémunération** voir même un remaniement total du système de rémunération des professionnels de santé corollaire d'un exercice pluridisciplinaire.

➤ **Un accompagnement fort à l'installation et au regroupement des libéraux.**

➤ **Proposer aux étudiants une aide financière pendant leur cursus**, et leur demander en échange de rendre à la société ce prêt en exerçant pour une période déterminée dans une zone désertée médicalement. Dans le même ordre d'idée, envisager différentes incitations fiscales. Ceci a été mis en place depuis la rentrée 2013-2014 en odontologie avec les contrats d'engagement de service public (CESP) afin de fidéliser les jeunes praticiens dans des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.

➤ **Faciliter la permanence des soins et la sécurisation de l'installation des praticiens dans les zones géographiques désertifiées.** Face à la désertification, les auteurs de la mission considèrent qu'il conviendrait de privilégier les mesures incitatives aux mesures coercitives.

➤ **Simplifier le dispositif de développement professionnel continu (DPC).**

- **Améliorer la protection sociale des libéraux.**
- **Rémunérer les actes de prévention.**
- **Baisser les honoraires des soins dentaires peu ou non remboursés par l'Assurance maladie**, mais cela pourrait se faire au détriment de la qualité (prothèses importées de pays étrangers) si aucune équilibrage n'est faite entre les actes opposables et ceux à honoraires libres.
- **Selon Fouche et Anido Freire, le jeu de la concurrence** entre praticiens libéraux et praticiens « low-cost » (français et extranationaux) pourrait avoir une action stimulante sur la qualité de prise en charge des patients (Anido Freire, 2010, Fouche, 2012).
- **Il serait nécessaire de repenser le système français en l'intégrant dans un système de concurrence de soins européens.** La France n'est jamais, ou presque, identifiée comme une destination de tourisme médical. La France dispose de nombreux atouts pour accueillir des patients étrangers (Cousseau, 2009).
- **Les centres pourraient éventuellement être condamnés à fermer** pendant une durée limitée en cas de transgressions des dispositions du Code de Déontologie en matière de publicité notamment. Une autre alternative serait d'autoriser tous les professionnels de santé à faire de la publicité à l'instar d'autres pays de l'UE (Indépendantaire 100, 2012).

7.3 Mesures pour cadrer le tourisme dentaire

Les valeurs véhiculées par le corps médical semblent quelque peu malmenées par le tourisme médical. Le projet d'un Code de Déontologie commun à l'ensemble des pays de l'UE a déjà abouti, en janvier 1987, à la signature d'un texte « Principes d'éthique médicale européenne ». À partir de ce dernier, en mai 2005, la conférence de San Remo a proposé d'explorer les pistes afin d'aboutir à la constitution d'un futur code d'éthique européen (Leput, 2007) : les craintes liées au tourisme médical seraient alors amplement minorées.

- **Instaurer une coordination transnationale** sous forme de réseau fondé sur la transparence, la traçabilité des matériaux et des dispositifs médicaux et de contacts avec les praticiens intervenant à l'étranger aboutissant à un suivi international (Fouche, 2012).
- **La mise en place de filiales internationales.** Aux Etats-Unis, certains hôpitaux se sont associés à des partenaires à l'étranger afin de mieux contrôler l'intégralité du processus des soins. Le patient soigné à l'étranger est assuré d'un suivi des soins de qualité dès son retour au pays (Anido Freire, 2010).
- **Afin de sécuriser l'offre de soins dentaires à l'étranger, labelliser les offreurs** sur la base de critères indiscutables semble la marche à suivre pour certains auteurs. Pour les

structures dentaires, la certification ambulatoire de la Joint Commission International (JCI) et quelques éléments spécifiques à l'implantologie serait une bonne base de départ (Khelifa, 2013).

➤ **Afin de sécuriser l'offre de soins transfrontaliers, les patients pourraient recevoir, auprès de la Sécurité Sociale ou de praticiens, une liste de professionnels conseillés** (Cousseau, 2009).

➤ **Les lignes directives nationales et internationales à l'intention des patients et des acteurs du commerce des soins de santé devraient être définies.** Les membres de l'OMS devraient examiner la possibilité d'établir des standards internationaux de soins de santé pour les voyageurs médicaux (Tremblay, 2012).

➤ **Les données empiriques sur le tourisme médical sont une nécessité.** Elles permettraient de : mieux évaluer son impact sur les systèmes de santé. De ce fait l'Etat pourrait mieux décider de la manière dont il doit s'engager dans le tourisme médical (Tremblay, 2012).

➤ **Développer le marché concurrentiel national par les actions des chirurgiens-dentistes** en termes de prix, de qualité et de service. Ceux-ci peuvent fournir un service très personnalisé aux patients, une grande disponibilité et une flexibilité, ce que l'offre low-cost ne peut offrir. Ils peuvent démontrer les avantages d'avoir un praticien à proximité et d'instaurer de bons rapports humains fondés sur la confiance (Evrard et coll., 2011).

➤ **G.Fouche met en exergue deux aspects de la nécessité d'un encadrement des pratiques de soins à l'étranger. Le libertarianisme qui privilégie l'autonomie du patient et la libéralisation du marché.** Toutefois, ce libertarianisme pose des questions de justice globale en termes d'équité entre les populations des pays de départ et des pays d'accueil.

➤ **Pour rendre le système de santé plus équitable, la régulation dans les pays d'accueil** sous l'impulsion d'une volonté politique pour garantir un accès au soin aux populations locales semble opportune (Fouche, 2012).

➤ **Les moyens de régulation des pays de départ** sont plus ou moins complexes à mettre en place selon que les actes entrepris font l'objet d'un remboursement ou pas sur leur sol. Les actes de soins pour lesquels l'Etat participe au remboursement permettent la marge de manœuvre la plus large, en accordant ou pas le possible remboursement, ou en conditionnant ce remboursement. Lorsqu'aucun remboursement n'est possible, cette activité est bien plus compliquée à réguler (Fouche, 2012).

➤ **L'auteur soulève également la question du déremboursement des soins** réalisés à l'étranger. Pour les prothèses dentaires et les implants, actes les plus recherchés par les patients, l'Assurance maladie est désengagée depuis longtemps. On peut donc supposer que la

portée d'une telle mesure (déremboursement des soins) serait limitée, et n'aurait pour effet que d'isoler davantage le patient dans son parcours de soin.

➤ **Leigh Turner mentionne la nécessité d'avoir une couverture plus étendue des services dentaires** par des régimes publics d'Assurance maladie (Turner, 2009).

➤ **Fouche évoquait la nécessité de dépasser le paiement à l'acte** (incitant plus la productivité que la prévention) pour aller vers des systèmes de rémunération mixtes, valorisant la prise en charge du patient sur le long terme, et permettant de lutter contre les dépassements d'honoraires qui creusent les inégalités d'accès aux soins.

➤ **Ne pas donner accès aux soins, correspondant aux dernières avancées techniques, est le lit du développement d'une dentisterie à deux vitesses**, dont le levier est constitué par les ressources économiques du patient. C'est un choix qui concerne les patients, les chirurgiens-dentistes, l'Etat, et qui devrait pouvoir être discuté en toute transparence. **Ainsi, il paraît important de s'interroger sur la nécessité de réévaluer le remboursement et le prix de certains services.** Cette réévaluation pourrait renforcer l'équité dans le paysage de la santé française (Evrard et coll., 2011).

➤ **Certains syndicats de chirurgiens-dentistes français s'interrogent sur la survie possible de la dentisterie en 2014 avec des tarifs indexés depuis 1980** (22). La valeur des actes de soins opposables devrait être doublée pour qu'un cabinet dentaire puisse vivre de cette seule activité. Pour les chirurgiens-dentistes il s'agirait de travailler de façon cohérente.

De ce fait, une revalorisation significative des actes de chirurgie dentaire, afin de faire face aux nouvelles charges et à l'inflation, parallèlement à une diminution des tarifs des actes à honoraires libres par les chirurgiens-dentistes limitant le reste à la charge des patients, favoriserait l'accès aux soins pour tous et permettrait aux patients d'accéder à des soins de meilleure qualité dans un environnement sécurisé. La valorisation de la prévention et des actes conservateurs précoces permettraient la conservation des dents et éviteraient le recours à des thérapeutiques plus lourdes et plus coûteuses.

➤ **L'encadrement des intermédiaires** est une solution mais elle impliquerait que l'Etat poursuive les praticiens français profitant du statut d'intermédiaires sous toutes ses formes et oblige les agences à suivre certaines lignes de conduite. Le gouvernement pourrait aussi charger les agences dentaires de sécuriser l'accès aux patients par le respect de bonnes pratiques, d'information, et de suivi par les prestataires de soins à l'étranger (Fouche, 2012).

➤ **Les travailleurs du domaine de la santé, et plus particulièrement les professionnels de la santé devront être préparés à répondre aux questions de leurs patients** et à bien les renseigner sur le sujet (Tremblay, 2012).

➤ **Les Etats devraient consentir les efforts nécessaires afin de sensibiliser la population sur ce phénomène** et informer les patients intéressés des avantages, des

inconvénients et des risques de recourir aux alternatives low-cost, incluant les questions éthiques qui peuvent s'y rattacher (Tremblay, 2012).

➤ **Le patient devrait être informé des risques.** Pour fournir ces informations sur les risques deux voies sont possibles : l'information sur les mauvaises pratiques et l'information sur la qualité fournie.

Dans le cas des mauvaises pratiques, le gouvernement pourrait donner pays par pays une évaluation des dommages éventuels en plaçant les pays selon différentes catégories. En France, il pourrait s'agir de communiquer les taux de sinistralité des assureurs à l'étranger par exemple. Il s'agirait ce faisant de développer une expertise internationale des mauvaises pratiques.

Informé sur les bonnes pratiques et la qualité est plus difficile : quelles données rechercher ? Celle de la clinique ou celle de chaque praticien ? La seconde semblerait plus informative mais comporte le risque de voir être sélectionnés les meilleurs praticiens à la seule fin du tourisme médical, pour améliorer les données et exacerber les problèmes de justice globale. Même si l'heure est au développement des « bonnes pratiques » dans les professions de santé, une approche critique de la démarche qualité dans la sphère sanitaire offrirait une analyse intéressante (112).

➤ **Le patient devrait être informé en amont de la réalisation des soins**, ce qui implique l'analyse des informations à la disposition du patient et la délivrance d'une information personnalisée, contextualisée et adaptée à son cas afin de l'aider à trouver la solution la mieux adaptée à sa situation. Les praticiens locaux semblent les mieux positionnés pour détenir ce rôle mais semblent peu propices à susciter la prise de temps nécessaire à la délivrance d'une telle information. En Allemagne, des praticiens de seconde opinion donnent un avis médical sur le diagnostic dentaire rendu par le praticien traitant. Une telle expertise pourrait être élargie au contexte du soin à l'étranger et constituerait une alternative (Fouche, 2012).

➤ **L'information pourrait ainsi être portée par une structure plus neutre et indépendante que ne le sont les intermédiaires**, à l'inverse du blog « patientssansfrontières.co », qui regroupe des avis de patients, managé par la société Ypsée mais qui est en même temps fournisseuse des prestations (Khelifa, 2013).

➤ **Concernant les centres dentaires low-cost, chaque praticien pourrait faire comprendre à sa patientèle les éléments de différenciation entre son propre cabinet et ces structures** (suivi, disponibilité, provenance des prothèses, proximité, qualité des matériaux etc.) Ensuite l'information pourrait porter sur la nomenclature, les actes opposables dont les tarifs sont imposés par la Sécurité Sociale, leur sous-évaluation au regard du coût horaire d'un cabinet. Il pourrait lui expliquer que le but premier de tout praticien est de soigner tous les patients avec les thérapeutiques les mieux adaptées à la situation, et non de faire du profit au détriment de ces derniers ou de les enfermer dans un refus de soin (Indépendantaire 100, 2012).

➤ **Une adaptation de la réglementation française semble nécessaire.** Un réel décalage existe entre la réglementation en faveur des droits des patients en France et celle qui concerne le tourisme médical.

L'uniformisation en Europe de l'ensemble des textes qui tentent de réglementer le tourisme médical apparaît difficile puisqu'il appartient à chaque Etat membre de l'Union de préserver son propre fonctionnement. Pourtant, une harmonisation est indispensable, le tourisme médical a besoin d'être réglementé pour limiter les dérives et fournir un cadre protecteur aux patients (Cousseau, 2009 ; Leput, 2007).

➤ **Pour l'heure, rien n'est tranché à l'échelle de l'Union. Mais les conventions bilatérales en matière de responsabilité médicale constituent un départ,** à l'instar de l'accord entre la France et l'Allemagne qui précise que les professionnels de santé sont tenus à une obligation d'assurance en responsabilité civile pour les éventuels dommages qui pourraient être causés par leur activité (Perrin, 2007).

Il est intéressant à ce titre de noter qu'en Allemagne, contrairement à la France, les associations de patients participent à la négociation de la convention qui fixe les tarifs d'honoraires conventionnels relatifs aux soins dentaires (Fouche, 2012). C'est un procédé qui laisse à réfléchir...

➤ **Une modification de l'assurance responsabilité des professionnels de santé** est également à réfléchir, avec par exemple un découplage de la responsabilité du praticien s'il y a réintervention celui-ci sur des soins exécutés à l'étranger afin de ne pas enfermer les patients ayant eu recours aux soins transfrontaliers dans un refus de soin (Fouche, 2012).

➤ **Une législation sur la responsabilité transnationale** qui responsabiliserait les praticiens étrangers en cas de complications protégerait davantage les patients.

➤ **Il serait possible de concevoir l'inclusion dans les contrats d'assurance complémentaire une garantie de prestation de réintervention** Ces contrats pourraient proposer une assistance juridique en cas de contestation quand le patient se rend dans une structure accréditée. L'assurance couvrirait donc l'échec ou la complication, en finançant la réintervention par un professionnel accrédité (Khelifa, 2013).

➤ **L'intention du gouvernement par l'intermédiaire de son ministre de la santé, Marisol Touraine, est de commencer par réguler les prix des prothèses dentaires** par un meilleur encadrement de la tarification des produits et une amélioration de l'information au patient. Pour permettre aux assurés de bénéficier de meilleurs tarifs, la ministre veut aussi « aider le développement des réseaux de soins » agréés par les mutuelles. Ces centres qui « constituent un élément structurant de l'accès aux soins, une alternative aux dépassements d'honoraires ». C'est dans cette optique qu'ont vu le jour le nouveau devis et la loi Le Roux (votée et jugée conforme à la constitution par le Conseil constitutionnel) qui autorise le remboursement différencié.

➤ **Les mutuelles sont donc désormais appelées à jouer, via leurs réseaux, un rôle de principal financeur des soins bucco-dentaires.** Pour nos patients, pour notre profession, s'ouvre désormais une nouvelle ère. Bien sûr, le secteur privé assurantiel lorgne depuis des décennies sur le financement de l'Assurance maladie en France. Cela ne constitue qu'une des étapes du lent mais inexorable processus de privatisation du financement de la santé (ONCD 125, 2014).

On assistera à la création dans de nouveaux pays et au développement, dans les pays déjà ancrés dans le mouvement, de cliniques privées consacrées à la délivrance de soins destinés aux populations étrangères. Le tourisme médical intereuropéen va s'intensifier et des pôles de spécialité vont apparaître dans certains pays. Certaines destinations deviendront alors incontournables pour certains types de soins, à l'image de la Hongrie pour le secteur de l'odontologie. Compte tenu des exigences de qualité auxquelles doivent répondre les fournisseurs de soins, particulièrement afin d'obtenir un agrément ou une certification, l'écart entre les pays développés et les pays en développement tend à se réduire (Tremblay, 2012).

Quant aux effets du tourisme médical et dentaire, ils sont plus importants et plus nombreux pour les pays qui reçoivent des patients étrangers. D'abord, il favorise le développement économique ce qui peut servir à financer une partie du système de santé. Le tourisme médical peut permettre d'améliorer les infrastructures, d'obtenir des équipements de qualité qui peuvent être utilisés pour soigner la population locale. Ce développement des structures médicales des pays émergents peut entraîner une diminution de la « fuite de cerveaux » (Tremblay, 2012).

Néanmoins, les retombées profiteraient davantage aux fournisseurs de soins qu'aux gouvernements et, par extension, à la population et aux moins fortunés. La crainte d'exacerber les inégalités en santé par la création d'un système parallèle fait partie des dangers éventuels. Les populations locales n'ont pas nécessairement la capacité de payer des soins dans les cliniques privées. Ainsi, la qualité de l'offre de soins serait améliorée, mais pas l'accès des citoyens. On assistera à un passage de praticiens spécialistes du secteur public au secteur privé, dont celui réservé aux touristes-patients. Les États devraient s'en prémunir avec des stratégies nationales bien ciblées afin d'amoindrir les effets négatifs et éviter d'accroître les inégalités de l'accessibilité aux services médicaux de qualité pour les patients locaux (Tremblay, 2012).

7.4 Avenir et impact de l'offre de santé low-cost local et étrangère dans les pays industrialisés

En France, selon certains auteurs, faute d'initiatives, c'est la seule logique marchande à court terme qui prévaudra, avec des conséquences sur la qualité de notre système de soin. L'alternative est simple : soit ce sera l'essor de solutions innovantes associant structures publiques et privées autour de valeurs socialement et médicalement responsables, soit l'irruption massive du low-cost médical. Pour ces auteurs c'est la partie qui se joue

actuellement en sourdine dans le secteur de la santé. Au-delà des questions de santé, elle dessine un projet de société dont il faut parler (42).

Les chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral craignent des répercussions sur leur activité avec une possible perte de la clientèle impactant le volume de travail et les revenus. Ce qui révèle le Scan CMV Médiforce, portant sur les professionnels libéraux, réalisé par CMV Médiforce en 2014. Une crainte partagée, de manière quasi-unanime par les praticiens. Il s'agit donc certainement du domaine qui est le plus touché, puisque les soins dentaires concernent quantitativement plus de patients. Néanmoins, estimer le nombre de patients s'adressant à l'étranger est quasiment impossible à estimer, puisque l'on se trouve dans le domaine privé (Evrard et coll., 2011).

Il est à craindre également une tendance à la spécialisation des chirurgiens-dentistes au détriment de l'omnipraticien, une fuite des praticiens français, allemands ou britanniques vers les pays de l'Europe de l'Est (fuite déjà observable) et plus localement un détournement des praticiens vers les cabinets low-cost qui offrent un confort certain au regard des contraintes inhérentes à l'exercice libéral (Anido Freire, 2010 ; Bouchard, 2009).

La diminution des frais de santé pour les patients présente un avantage économique certain pour les assurances maladies complémentaires. De ce fait, elles favoriseront probablement l'organisation de voyages médicaux-touristiques et les centres low-cost (au travers de partenariat) et pousseront leurs assurés à bénéficier de ces prestations pour réduire la facture de leurs remboursements (Cousseau, 2009 ; Evrard et coll., 2011 ; Anido Freire, 2010).

7.5 Evolution : chiffres et prévisions

Naïade Anido Freire a rappelé les prévisions sur le tourisme médical. Le volume dégagé par le tourisme médical mondial restera marginal ($\leq 5\%$) du moins à court terme. Selon la CNSE, en 2013, la part que représentent les soins dentaires réalisés à l'étranger et remboursés par l'Assurance maladie est de 0,087 % (CNSE, 2013 ; ONCD 130, 2014). Il est certain qu'il y a de plus en plus d'offres sur internet, mais on ne peut pas conclure à une évolution croissante du tourisme médical. On ne connaît pas vraiment les capacités d'accueil supplémentaires des hôpitaux étrangers. Supposer que globalement le tourisme médical va s'accroître à court terme, implique la création ou le développement de nouveaux services hospitaliers opérationnels nécessitant une période de gestation à long terme. Une évolution lente et peut-être quasi linéaire semble plus raisonnable (Anido Freire, 2010).

Il serait surtout important de réduire les écarts existant aujourd'hui entre la législation, les pratiques médicales et les souhaits de certains patients ou simples citoyens qui ne changeront pas à court terme par rapport à la situation actuelle. Tout citoyen devrait savoir qu'aller se faire soigner à l'étranger contribue à maintenir ou à aggraver des inégalités sociales, à l'échelle locale et internationale (Anido Freire, 2010 ; Tremblay, 2012).

CONCLUSION

Un système de soins qui permet aux centres de soins de réaliser des marges nettes sur des options thérapeutiques conduit et conduira inéluctablement vers des dérives (Flahault, 2013). Cela dit, condamner sévèrement ces pratiques n'est pas juste en soi, ils sont le plus criant exemple du profond mal être de la société au sens large et des failles du système de santé français précisément. Ce travail a démontré qu'il était difficile de prendre parti. Néanmoins des solutions existent et les décideurs doivent garder à l'esprit que l'exercice de la médecine bucco-dentaire ne doit pas être ou devenir une activité de production de soins à la chaîne (Soulié, 2013).

L'intégration à l'UE convergera progressivement vers une harmonisation des niveaux de vie entre les pays membres, qui fera écho à une harmonisation des honoraires de soins. Les patients européens seront alors amenés à s'éloigner davantage (Maroc, Tunisie, Thaïlande etc.) à la recherche d'offres de soins toujours plus attractives.

Du côté de l'offre de soins low-cost local, si aucune mesure ni aucun encadrement ne sont mis en œuvre, les risques de dérives s'accroîtront à mesure que les centres dentaires low-cost se multiplieront, au détriment des cabinets libéraux mais aussi des patients. Pour autant, ils ne constitueront pas une solution à long terme puisque les honoraires augmenteront avec l'inflation mais les ressources financières des patients elles stagneront. De plus, ils ne permettront pas de pallier le principal problème d'accès inégal à l'ensemble des thérapeutiques dentaires dont le choix repose essentiellement sur les ressources financières.

Une chose est certaine, l'avenir concurrentiel créé par les marchés de la santé à l'échelle mondiale ne cessera de confronter la profession à ces problèmes économiques, éthiques et de santé publique. De même, les déficits des cabinets dentaires, à ceux des patients, en passant par ceux des mutuelles et ceux de la Sécurité Sociale, représentent autant de menaces qu'il faudra affronter conjointement et qui confronteront les chirurgiens-dentistes d'aujourd'hui à des choix difficiles.

Toutefois et pour finir par une note d'optimisme, il existe et existera toujours des critères, inhérents à la relation de soin, sur lesquels nombre de patients ne transigeront jamais : la relation de confiance, la proximité, la disponibilité et le suivi, offertes par son chirurgien-dentiste traitant.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGRANTI M, ARDOUIN JL, BOUILLARD F, CONDEMIN P, CALLERE A. *Systèmes de santé la concurrence est ouverte*. I.D. L'Information Dentaire. 2007 ; 89 (7) : 300-301.
- American Dental Association - Crest/Oral-B - GFK Roper Public Affairs & Media. *Survey : the public speaks up on oral health care* [en ligne]. 2008 [consulté le 6/09/13]. Disponible : <http://www.crest.com/ada-webcast/surveyfindings.pdf>
- AMADIEU JF. *Le poids des apparences : beauté, amour et gloire*. Paris : Odile Jacob ; 2002. 224p.
- AMZALAG A, DARDENNE P, EURIN B. *Codes de la relation dentiste-patient*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2007. 125p
- ANIDO FREIRE N. *L'essor du tourisme médical: joindre l'utile à l'agréable ?*. CRISC. [en ligne]. 2010 [consulté le 10/03/2013] ; (26) : 10-62. Disponible : http://www.iscparis-recherche.com/fileadmin/templates/iscparis2/Recherche/CRISC_26.pdf
- ASAI RG, JONES KD. *Am I obligated to treat a patient whose need for emergency care stems from dental tourism ?*. Journal American Dental Association. 2007 ; 138 (7) : 1018-9.
- BAIL JN. *Santé et mondialisation: quels impacts pour la France ?*. Montrouge : J. Libbey Eurotext ; 2008. 127 p.
- BARRERE P. *Des factures qui font mal*. L'Est Républicain. 2013-11-26 : IG36.
- BARROWMAN RA, GRUBOR D, CHANDU A. *Dental implant tourism*. Australian Dental Journal. 2010 ; 55 (4) : 441-445.
- BARTHELEMY M. *Les cabinets dentaires « LOW COST » sont une menace réelle pour l'équilibre de notre exercice professionnel* [en ligne]. Libéral Dentaire. 2012 ; (Mai) : 8. Disponible : <http://www.fsd.fr/wp-content/uploads/2014/02/LD-Mai-2012.pdf>
- BAULIG C, WEIBLER-VILLALOBOS U, KÖRNER I et coll. *Evaluation von Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlichprothetischer Versorgungen im (Nicht-EU-) Ausland*. Deutsche zahnärztliche Zeitschrift. 2004 ; 59: 230-235.
- BENETTI J, GROUD H. *Les finances publiques nationales et locales face à la crise*. Paris : L'Harmattan ; 2012. 152 p.
- BERY A, DELPRAT L. *Droits et obligations du chirurgien-dentiste*. Hericy : Editions du puits fleuri ; 2006. 424 p.

- BERY A. *Responsabilité civile : aspects éthiques et juridiques*. EMC - Médecine buccale. 2008 : 1-10.
- BOITEUX A, HENRARD JC, LETOURMY A. *La santé en Europe*. Paris : la Documentation française ; 1994. 367 p.
- BOUCHARD, COIL. *National Periodontal and Systemic Examination Survey (NPASES I)*. 2006.
- BOUCHARD FO. *Le tourisme dentaire: un miroir aux alouettes ?*. Thèse d'exercice d'odontologie. Université Paul Sabatier ; 2009, 143p.
- BOUCHER Y, COHEN E. *Urgences dentaires et médicales : Conduites à tenir - Prévention chez le patient à risque*. Paris : Editions Cdp ; 2007. 379p
- BOULENGER S, VAILLANCOURT F. *Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec : mesure, conséquences et moyens pour les réduire* [Rapport de projet]. Montréal : Centre Interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2013. 56 p. Disponible : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-17.pdf>
- BURKE FJ. *The perils of dental tourism*. Dental Update. 2007 ; 34 (10) : 605–6.
- CADU C. *Pourquoi les Français ont une dent contre leurs dentistes*. Marianne. 2011 ; (731) : 62-67.
- CANALES MT, KASISKE B.L, ROSENBERG ME. *Transplant Tourism: Outcomes of United States Residents Who Undergo Kidney Transplantation Overseas*. Transplantation. 2006 ; (82) : 1658 -1661.
- CHAMBRE DES METIERS D'ALSACE. *Les prothèses «low-cost» plombent la prothèse dentaire*. La Gazette des métiers. 2008 ; (Novembre) : 13-17.
- CARMAGNOLA D, FILIPPUCCI L, CELESTINO S et coll. *A survey on the experience with dental tourism in a sample of Italian patients*. Minerva Stomatol. 2012 ; 61(1-2) : 11-20.
- CHASLES V. *Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion généralement appelée « tourisme médical »* [en ligne]. Géoconfluences. 2011 : [consulté le 25/06/13] 9 p. Disponible : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm>
- CHIOMENTO A. *Les Soins dentaires transfrontaliers au sein de l'Union Européenne ou approche juridique du « tourisme dentaire »*. Thèse d'exercice d'odontologie. Université Paris Diderot ; 2009, 98p.
- CLINIC. *Les centres low cost au menu*. Clinic. 2013 ; 2 : 9.

- CMV Médiforce - BNP Paribas. 3ème édition du Scan CMV-Médiforce « *sur le moral des professionnels libéraux* ». 2014.
- CNOM - IPSOS. *Enquête : les conséquences des usages d'internet sur la relation patients-médecins*. [en ligne]. 2010 [consulté le 6/09/13]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982>
- CNRS Info. *La protection sociale en Europe, une communauté d'enjeux mais des trajectoires diverses*. CNRS info. 2001 ; (393).
- CNSD. *Campagne d'affichage 25 ans de blocage du SPR et du TO*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2013 ; (1591) : 4-5.
- CNSD. *La santé paie le prix fort*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2013 ; (1578-1579) : 5-7.
- CNSD. *Les classements, les libellés, les codes des actes*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2014 ; (1619-1620) : 5.
- CNSD. *Lettre ouverte au président de la FNCS. Tous les syndicats dentaires unis contre le low cost*. Le Chirurgien Dentiste de France. 2013 ; (1578-1579) : 10-11.
- CNSD. *Low cost l'Ordre espagnol lance une campagne d'affichage*. Le Chirurgien-dentiste de France. 2013 ; (1596) : 16.
- CNSE. *Rapport d'activité*. 2011.
- CNSE. *Rapport d'activité* [en ligne]. 2013 [consulté le 01/09/2014]. Disponible : <https://www.santeclair.fr/blog/wp-content/uploads/2014/08/Rapport-activit%C3%A9-CNSE-2013.pdf>
- Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes en France par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.
- Code de Déontologie des médecins en France par le Conseil national de l'Ordre des médecins.
- COMBE E. *Le low-cost*. Paris : La Découverte ; 2011. Qu'est-ce que le low cost ? p. 3-7.
- COUSSEAU C. *Tourisme médical*. Petit Futé Mag. 2009 : 104-109.
- COUZINOU C. *Boussoles*. La Lettre. 2014 ; (125) : 3.
- COUZINOU C. *Régulation*. La Lettre. 2013 ; (123) : 3.
- Crest - Oral-B. *4^{ème} Sondage annuel : les beaux sourires des Canadiens de Crest et Oral-B*. 2012.

- CROOKS V, SNYDER J, JOHNSTON R et coll. *Perspectives sur la participation des Canadiennes et des Canadiens au tourisme médical* [Rapport de recherche final : département de géographie]. Burnaby : Université Simon Frase ; 2011. p. 8-12. Disponible : <http://www.sfu.ca/medicaltourism/PerspectivessurlaparticipationdesCanadiennesatdesCanadiensautourismemedical.pdf>
- CROOKS VA, SNYDER J. *Tourisme médical : ce que les médecins de famille canadiens doivent savoir*. Canadian family physician. 2011 ; 57 (5) : 151-153.
- DE DIVONNE AC. *La mondialisation de la production de prothèses dentaires déstabilise le secteur et pourrait poser problème*. Clinic. 2009 ; 30 : 10-11.
- DE DIVONNE AC. *Offre de soins : la solution des centres de santé*. Clinic. 2013 : 11-14.
- DE DIVONNE AC. *Un rêve de volonté*. Clinic. 2010 ; 31 : 3.
- DELOITTE. *L'évolution du tourisme médical au Canada : Explorer les nouvelles frontières* [en ligne]. 2008 [consulté le 14/06/14] : 3. Disponible : http://www.deloitte.com/assets/DcomCanada/Local%20Assets/Documents/Public%20Sector/ca_fr_ps_evolution_medical_tourism_052511.pdf
- DENTAL SUISSE. *Tourisme dentaire : le piège ?* [en ligne]. Dental Suisse. 2009 [consulté le 6/12/13] ; (4) : 8-13. Disponible : http://www.dental-suisse.ch/numero/dental_04_web.pdf
- DESPRES C, NAIDITCH M. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*. 2006. DIES, Rapport pour le fonds CMU.
- DESPRES C et coll. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*. 2009. IRDES, Rapport pour le Fonds CMU.
- DURIEZ M, LEQUET-SLAMA D. *Les systèmes de santé en Europe*. Paris : Presses universitaires de France ; 1998. 127 p.
- ELKAÏM S. *Chirurgiens-dentistes et prothésistes : une relation bouleversée par la mondialisation*. Clinic. 2008 ; 29 : 12-15.
- ESNARD L. *Le boom de la chirurgie à prix réduit*. Téoros. 2005 ; 24 (3) : 25-29.
- Europ Assistance - Cercle Santé Société - CSA. *Baromètre annuel Paneuropéen Cercle Santé Europ Assistance : la relation et les pratiques des citoyens européens à l'égard de leurs systèmes de santé*. 2010.

Europ Assistance - Cercle Santé Société - CSA. *Baromètre annuel paneuropéen Cercle Santé Europ Assistance : la relation et les pratiques des citoyens européens à l'égard de leurs systèmes de santé*. 2011.

Europ Assistance, Cercle Santé Société, CSA. *Baromètre Paneuropéen sur la relation et les pratiques des citoyens européens à l'égard de leurs systèmes de santé*. [en ligne]. 2007 [consulté le 8/02/14]. Disponible : <http://www.cerclesantesociete.fr/spip.php?article93>

Europ Assistance - CSA. *Baromètre Santé & Société : 7ème vague du baromètre* [en ligne]. 2013 [consulté le 8/02/14]. Disponible : <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2013/opi20131014-barometre-europ-assistance-2013-26-aout.pdf>

Europ Assistance - CSA. *Baromètre Santé & Société : 7ème vague du baromètre* [en ligne]. 2013 [consulté le 8/02/14]. Disponible : <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2013/opi20131014-barometre-europ-assistance-2013-26-aout.pdf>

EuroPharmat - AFSSAPS. *Guide de traçabilité des dispositifs médicaux* [en ligne]. 2007 : [consulté le 22/01/2014] 34 p. Disponible : http://www.europharmat.com/documents/guide_tracabilite/Guidetra%C3%A7abilit%C3%A9.pdf

EVEILLARD P. *Soins dentaires L'Europe de l'Est casse les prix*. Le concours médical. 2007 ; 129 (7/8) : 229.

EVRAUD A, JARLBORG M, GAUTHIER M, CONSTANTHIN P. *Tourisme médical immersion en communauté*. [Rapport de médecine]. Université de Genève ; 2011. 116 p. Disponible : http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2010_2011/travaux/11_r_tourisme.pdf

FARIC A. *Etude des facteurs facilitateurs et freinateurs influençant la relation médecin-malade lors de l'évocation par le patient d'informations de santé prises sur Internet : étude qualitative réalisée en Charente auprès de 13 médecins généralistes* [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2013. 92 p. Disponible : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/234bf912-1529-43f3-9a15-5c773797492d>

FASQUELLE D. *Rapport d'information déposé par la commission chargée des affaires européennes sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* [en ligne]. Assemblée nationale ; 2008 [consulté de 25/02/2014]. 85 p. N°1308. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i1308.asp>

FAY B, REYNAUD S. *No low cost*. Paris : Éd. du Moment ; 2009. 221 p.

- FEGHALI M, ITIC J. *La chirurgie parodontale pour pérenniser la prothèse*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2013 ; (1590) : 20-22.
- FLAHAULT A. *Réflexions du Professeur Flahault*. I.D. L'Information Dentaire. 2013 ; (6) : 36
- FOUCHE G. *Soins dentaires à l'étranger : impacts sur la relation chirurgien-dentiste / patient* [Mémoire de master 2 Recherche en éthique]. Paris : Université Paris Descartes ; 2012. 102 p. Disponible : http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/sites/default/files/m2_fouche.pdf
- GALVIS-NARINOS F, MONTELMARD A. *Le système de santé des Etats-Unis*. Pratiques et Organisation des Soins. [en ligne]. 2009 [consulté le 10/12/2013] ; 40 (4) : 309-315. Disponible : www.cairn.info/bases-doc.univ-lorraine.fr
- GANDJIZADEH-GHOUCHANI MP. *Traitement occluso-esthétique et compromis en secteur antérieur : à propos d'un cas* [Thèse d'exercice d'odontologie]. Nice ; Université de Nice, 2013. 65 p. Disponible : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/91/29/11/PDF/2013NICED012.pdf>
- GARDON-MOLLARD G, MOULIN P. *L'essayage en prothèse fixée plurale dento-portée*. Stratégie prothétique [en ligne]. 2008 [consulté le 18/02/2014] ; 8 (1) : 1-10. Disponible : <http://www.idweblogs.com/wp-content/uploads/2013/05/Essayage-en-PF.pdf>
- GOGUIKIAN RATCLIFF B, SUARDI F. *L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées*. Psychothérapies. 2006 ; 26 (1) : 37-49.
- Groupe Pasteur Mutualité - Viavoice. *Baromètre : les préoccupations des professionnels de santé*. 2014.
- Groupe Pasteur Mutualité - ViaVoice. *2^{ème} vague du Baromètre sur « la côte de confiance des Français à l'égard des professionnels de santé »* [en ligne]. 2011 [consulté le 19/02/14]. Disponible : <http://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiqués-de-presse/940-la-confiance-des-français-a-l-égard-des-professionnels-de-santé.html>
- Groupe Pasteur Mutualité - ViaVoice. *2^{ème} vague du Baromètre sur « la côte de confiance des Français à l'égard des professionnels de santé »* [en ligne]. 2011 [consulté le 19/02/14]. Disponible : <http://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiqués-de-presse/940-la-confiance-des-français-a-l-égard-des-professionnels-de-santé.html>
- GUILLIEN R. *Lexique des termes juridiques*. Paris : Dalloz ; 1990. p. 487.
- HEMM E. *Prise en charge des soins reçus à l'étranger*. I.D. L'Information Dentaire. 2007 ; 89 (7) : 311-313.
- HUWART JY, VERDIER L. *Les essentiels de l'OCDE La mondialisation économique Origines et conséquences: Origines et conséquences*. OECD Publishing. 2012 : 174 p.

- IFOP. *Enquête : les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires*. 2013.
- IGAS. *Rapport sur « les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain »* [en ligne]. 2013 : [consulté le 30/03/14] 138 p. Disponible : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
- INDEPENDENTAIRE. *La révolution du low cost*. Indépendentaire. 2012 ; (100) : 78-85.
- INSEE. *Enquête emploi : Le taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) et principaux indicateurs sur le marché du travail*. 2014.
- IRDES. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2006*. Paris : IRDES ; 2008. 236 p.
- JACOTOT D. *Les ressorts d'une décision judiciaire contre un centre de santé*. La Lettre. 2014 ; (124) : 25 - 29.
- JACOTOT D. *Pas de concession judiciaire sur le devoir d'information!*. La Lettre. 2012 ; (111) : 29 - 30.
- JALMA – IFOP. *L'observatoire de l'accès aux soins enquête auprès des français et des professionnels de santé*. 2011.
- JOSS A, CHRISTENSEN MM, JAKOB S, OBERHOLZER G et coll. *Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn)*. Acta Med Dent Helv 1999; 4 :77-85. .
- JUSOT F, WITTEWER J. *L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective*. Regards croisés sur l'économie. 2009 ; 1 (5) :102-109.
- KHELIFA A. *Mondialisation des soins et tourisme médical* [en ligne]. Institut Montparnasse. 2013 : [consulté le 25/04/2013] 112 p. Disponible : <http://www.institut-montparnasse.fr/mondialisation-des-soins-et-tourisme-medical/>
- L'HERRON R. *Santé low-cost ou santé publique?*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2012 ; (1517) : 1.
- L'INFORMATION DENTAIRE. *La FMCD défend-elle le système low-cost ?*. I.D. 2013 ; (16/17) : 8.
- L'INFORMATION DENTAIRE. *Les syndicats dentaires s'unissent contre le low-cost!*. I.D. 2013 ; (23/24) : 9.
- LAMBERT DC. *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*. Paris : Éd. du Seuil ; 2000. 521 p.
- LAMY G. *Dentexia les victimes du dentiste low cost*. Lyon Capitale. 2014 ; (731) : 60-64.

- LE BORGNE C. *Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner*. Les Tribunes de la santé. 2007 ; 15 (2) : 47.
- LE GALL C. *Le low cost passe à l'offensive*. La gazette santé sociale. 2013 ; (95) : 2-5.
- LEHMANN N. *Un passeport social*. Clinic. 2009 ; 30 : 2.
- LEPUT S. *Le tourisme médical: opportunité ou menace pour le système de santé Français?* [Mémoire de licence Management de la santé]. Paris : IUT Paris Descartes ; 2007. 38 p. Disponible : https://moodle.iut.parisdescartes.fr/pluginfile.php/3088/mod_folder/content/0/Sandrine_Leput.pdf?forcedownload=1
- LIFFRAN H. *Une mine d'or dans la mâchoire des pauvres*. Le Canard enchaîné. 2012 ; (4767) : 4.
- LOTFI B. *Le tourisme médical : un enjeu stratégique pour la Tunisie* [en ligne]. 2012 : [consulté le 25/06/13] 16 p. Disponible : http://www.ctee.tn/wp-content/uploads/jes2012_tourisme_medical.pdf
- MACIF Mutualité. *Sondage OpinionWay : les Français et les restrictions de dépenses en matière de santé* 2012 <http://www.faire-face.fr/media/01/00/1658776228.pdf>
- MATELLY S. *Le tourisme, un objet géopolitique*. La Revue internationale et stratégique. 2013 ; 90 (2) : 57-69.
- Estat-Médiamétrie. *La fréquentation des sites internet français*. 2012.
- MENVIELLE L, MENVIELLE W. *Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager*. Téoros. 2010 ; 29 (1) : 109-119.
- MILLET-BARTOLI F. *La beauté sur mesure : psychologie et chirurgie esthétique*. Paris : Odile Jacob ; 2008. 250 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS - DGS/DHOS - CTINILS. *Définition des infections associées aux soins*. 2007. 11p.
- MOULLE F, DUHAMEL S. *Frontières et santé: genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. Paris : L'Harmattan ; 2010. 286 p.
- NATIONS UNIES. *Les tic et le tourisme dans une optique de développement* [en ligne]. Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement ; 20 septembre 2005. 17 p. [consulté le 24/07/2013]. Disponible sur: http://unctad.org/fr/Docs/c3em25d2_fr.pdf
- NGUYEN-THANH V. *Les principaux services de téléphonies sanitaire et sociale en France*. La santé de l'homme. 2004 ; (373) :49-50.

NI RIORDAIN R, MCCREARY C. *Dental patients' use of the Internet*. British Dental Journal. 2009 ; 207 (12) : 583-586.

NIZZOLI U. *Qualité des services ou qualité des soins?* [en ligne]. Psychotropes. 2003 ; 9 (1) : 109-117. Disponible : http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=PSYT_091_0109

O'CONNELL B, O'SULLIVAN M. *Have teeth will travel : dental tourism - informing the public*. Journal of the Irish Dental Association. 2007 ; 53 (4) : 180-182.

Obea - Infraforces. *Sondage : les Français face aux dépenses de santé*. Santé Magazine, 2012 ; (Janvier).

OCDE. *Inégalités dans les consultations de dentistes*. Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE [en ligne]. 2013 [consulté le 11 juin 2014]. Disponible : http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013/inegalites-dans-les-consultations-de-dentistes_health_glance-2013-61-fr#page5

OFFNER D, MUSSET AM, THIEL MJ. *Vers un sourire standard : limites et risques d'un esthétisme normalisé*. Ethique et Santé. 2012 ; 9 (1) : 22-28.

ONCD. *Centres de soins : l'Ordre en appelle à l'Igas*. 2012 ; (111) : 5-7.

ONCD. *Fin d'écran publicitaire pour les low cost*. La Lettre. 2013 ; (123) : 4-8.

ONCD. *Les étudiants favorables au principe d'une année de tutorat*. La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. 2010 ; (91) : 10-11.

ONCD. *Les vrais chiffres du tourisme dentaire*. La Lettre. 2014 ; (130) : 5-8.

ONCD. *Santé buccale : le prix du low cost*. La Lettre. 2012 ; (106) : 13-14.

ONCD. *Tourisme dentaire : bien gérer la reprise de soins*. La Lettre. 2010 ; (87) : 10-11.

ONCD. *Tourisme dentaire, terre d'aventures... à l'étranger et en France*. La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. 2008 ; (92) : 5-7.

ONCD. *Trois « correspondants » condamnés*. La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. 2014 ; (130) : 9-10.

ONCD. *Une actualisation du passeport implantaire*. La Lettre. 2012 ; (111) : 18-25.

ONCD. *Une émission sur France 2 .Tourisme dentaire et télé : un journalisme au rabais*. La Lettre. 2008 ; (66) : 9.

ONCD. *Un rapport pour muscler l'exercice libéral*. La Lettre. 2011 ; (95) : 5 11.

- ONCD. *Vers un contrôle des centres dentaires suspects*. La Lettre. 2013 ; (121) : 14-16.
- ONDPS. *Etats des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes* [en ligne]. 2013 [consulté le 14/06/14]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps,132.html>
- OR Z. *Les systèmes de soins en Europe*. MACSFinfo. 2013 ; (25) : 8-11.
- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Vers une meilleure intégration d'Internet à la relation médecins-patients* [en ligne]. 2010 [consulté le 6/09/13]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982>
- ORGANISATION MONDIALE DU TOURISME. *Baromètre du tourisme mondial*. [en ligne]. 2013 [consulté le 24/07/2013] ; (11) : 1 Disponible : <http://mkt.unwto.org/en/barometer>.
- ÖSTERLE A, BALAZS P, DELGADO J. *Travelling for teeth : characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary*. British Dental Journal. 2009 ; 206 (8) : 425-428.
- PEREZ R. *Analyse de la crise financière ou crise de l'analyse financière ?*. Management & Avenir. 2010 ; 35 (5) : 168-192.
- PERRIN C. *Tourisme médical: quelles garanties pour les patients ?*. Le Concours Médical. 2007 ; 129 (3/4) : 102-103.
- PETRASOVA A. *La protection sociale dans l'Union européenne*. Statistiques en bref. [en ligne]. 2007 [consulté le 24/07/2013] ; (99) : 1-12. Disponible : <http://www.melchior.fr/11-Protection-sociale-et-soli.9547.0.htm>
- PIANEZZA P. *La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise*. Tribunes de la santé. 2012 ; 36 (3) : 67-72.
- PIRNAY P. *Soins « low cost » ou soins « low right »*. I.D. L'Information Dentaire. 2012 ; (23) : 30-31.
- PIRNAY P, VALCARCEL J, LELIEVRE N. *Je suis chirurgien-dentiste, mais je ne soigne pas les caries!*. I.D. L'Information Dentaire. 2014 ; (1) : 30-34.
- Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de Sécurité Sociale, JOUE L 166 du 29 avril, p. 1.).
- REMI P. *Face aux attaques : la CNSD contre-attaque*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2013 ; (1599) : 10-12.

- RENAHY E, PARIZOT I, LESIEUR S et coll. *WHIST: Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet* [en ligne]. L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale ; 2007 [consulté le 24/07/2013]. Disponible : http://www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf.
- ROSA H. *Aliénation et accélération*. Paris : La Découverte ; 2012. 154 p.
- ROSENWEG D. *Affluence chez les dentistes low-cost*. Aujourd'hui en France : 2012-11-28 ; 3.
- ROUGET A. *Ces centres low-cost qui font grincer des dents*. Prothèse Dentaire Française Actualités. 2014 ; (1/2014) : 19-22.
- ROUSSET G. *Comment nommer la personne prise en compte par le système de santé?* .Recherches en Communication. [en ligne]. 2011 [consulté le 24/07/2013] ; 32 (32) : 103-117. Disponible : www.cairn.info/bases-doc.univ-lorraine.fr
- SAGUE L. *Avenant n°3 et Charte avec les Complémentaires*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2013 ; (1585) : 5-8.
- SANIEZ M. *La chirurgie dentaire dans l'union européenne des 25*. Thèse d'exercice d'odontologie. Université de Lille 2 ; 2006, 212f.
- SANTI M, NGUYEN V. *Le business model du low cost : comprendre, appliquer et contrecarrer*. Paris : Eyrolles ; 2012. 360 p.
- SOCIETE SUISSE D'ODONTO-STOMATOLOGIE. *Traitements dentaires : bas coût ou qualité*. Infodents [en ligne]. 2009 [consulté le 24/07/2013] ; (1/09) : 1-2. Disponible : <http://www.svmd.ch/docs/sso/infodents/Info-Dents-09-1.pdf>
- SOULIE, T. *Les origines du low-cost*. Le Chirurgien-Dentiste de France. 2013 ; (1578-1579) : 8-9.
- TECHNOLOGIE DENTAIRE - IFOP. *Enquête auprès de dentistes libéraux*. Echantillon national représentatif [en ligne]. 2010 [consulté le 22/01/2014]. Disponible : http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=1316
- TERRINI A, SARGUE L. *Le low-cost a quel prix?*. Le Chirurgien-dentiste de France 2012 ; (1517) : 21-24.
- TERRINI A. *Un déficit de consentement éclairé*. Le Chirurgien Dentiste de France. 2012 ; (1553) : 34-35.
- TEUBNER E, ROHNER D, HAMMER B et al. *Réhabilitation interdisciplinaire par prothèse fixe d'un maxillaire supérieur édenté avec résorption marquée de la crête alvéolaire*. Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie. 2009 ; 119 : 363-374.

- TREMBLAY M. *Tourisme médical : quel rôle pour l'État?* Québec : Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation : ENAP ; 2012. 21 p.
- TURNER L. *Le «tourisme dentaire» : enjeux liés à l'obtention de soins dentaires à l'étranger.* Journal - Association dentaire canadienne. 2009 ; 75 (2) : 117-119.
- UFSBD-WEBDENTISTE-IFOP. *Enquête : les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires.* 2013.
- UZEL A. *Consentement.com.* Clinic. 2012 : 19.
- VACQUIN M. *La responsabilité: la condition de notre humanité.* Paris : Autrement ; 1994. p 10.
- VASSAL JP. *Les centres de santé dentaire en question.* I.D. L'Information Dentaire. 2013 ; (16/17) : 22-25.
- WALKER H, BROOKER T, GELMAN W. *Abdominal wall reconstruction following removal of a chronically infected mid-urethral tape.* Int Urogyneco J. 2009; 20 (10) : 1273–1275.
- WARMUTH C; *les vrais chiffres du tourisme dentaire.* Le Chirurgien-Dentiste de France.2012 ; (1539) :19-21.
- WEIL B. *Un défaut de consentement éclairé.* Le Chirurgien-dentiste de France. 2012 ; (1553) 34-35.
- WURTH A. *Le low cost, une dérive commerciale de l'offre de soin.* Libéral Dentaire. 2012 ; (Mai) : 8.

EMISSIONS TELEVISEES

- Ils font bouger la France. « Ils cassent les prix».* [Emission télévisée]. 2008. France 2. 105mn.
- 66 Minutes. Low Cost : aubaine ou arnaque ?* [Emission télévisée]. 2014. M6. 80mn.
- Reportages. Le tourisme dentaire en Hongrie.* [Emission télévisée]. 2008. Tfl. 20mn.

SITOGRAPHIE

1. PIERRU F. *Mais pourquoi la France détient-elle le quasi record européen du nombre d'individus renonçant à se soigner pour des raisons financières?* [en ligne]. 2013 [consulté le 15/03/14]. Disponible : <http://www.atlantico.fr/decryptage/mais-pourquoi-france-detient-elle-quasi-record-europeen-nombre-individus-renoncant-se-soigner-pour-raisons-financieres-frederic-871800.html>
2. HOUSSAYE M. *Y-a-t-il une dictature de la beauté aujourd'hui?* [en ligne]. 2009 [consulté le 29/05/13]. Disponible : <http://www.cafes-citoyens.fr/comptes-rendus/518-y-a-t-il-une-dictature-de-la-beaute-aujourd-hui>
3. Le blog de femmesenmouvement.over-blog.com. *Le culte de la beauté et la tyrannie des apparences...* [en ligne]. 2010 [consulté le 7/06/13]. Disponible : <http://femmesenmouvement.over-blog.com/article-le-culte-de-la-beaute-et-tyrannie-des-apparences-47580407.html>
4. Knowtex. *La tyrannie de la beauté* [en ligne]. 2013 [consulté le 7/06/13]. Disponible : http://www.knowtex.com/nav/la-tyrannie-de-la-beaute_6008
5. CHARTIER F. *Techniques de vente et de prospection commerciale* [en ligne]. 2005 [consulté le 7/06/13]. Disponible : <http://www.frederic-chartier.com/ressources-en-ligne/index.php?2005/12/31/31-le-sourire-commercial-dans-la-vent>
6. TOUATI B. *De l'impact de l'esthétique* [en ligne]. [consulté le 29/05/13]. Disponible : <http://bernardtouati.wordpress.com/6-editoriaux-francais/de-limpact-de-lesthetique/>
7. DE LA BROSSE S. *Les stratégies du sourire* [en ligne]. 2007 [consulté le 30/05/13]. Disponible : <http://www.parismatch.com/Actu/Sante/Toutes-les-derniA-res-techniques-pour-sA-offrir-une-bouche-de-rAave-135973>
8. DESAUNAY C. *Le low-cost, la nouvelle norme commerciale?* [en ligne]. 2012 [consulté le 04/04/13]. Disponible : <https://www.futuribles.com/fr/viewer/pdf/549/>
9. MARC JP. *Crise économique et crise financière : essayons de comprendre!* [en ligne]. 2008 [consulté le 11/06/13]. Disponible : <http://www.agoravox.fr/actualites/economie/article/crise-economique-et-crise-46390>
10. Wikipédia. *Crise économique mondiale des années 2008 et suivantes* [en ligne]. 2013 [consulté le 11/06/13]. Disponible : http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Crise_%C3%A9conomique_mondiale_des_ann%C3%A9es_2008_et_suivantes&oldid=106135570
11. CARBONELL J. *Bilan sur la crise économique en France* [en ligne]. 2012 [consulté le 13/06/13]. Disponible : <http://www.tas-consultoria.com/blog-fr/crise-economique-france/>

12. La Toupie. *Définition de crise* [en ligne]. c2006-2014 [consulté le 13/06/13]. Disponible : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Crise.htm>
13. BOUVIER Y. *La santé : un bien de consommation comme un autre?* [en ligne]. c2014 [consulté le 19/06/13]. Disponible : <http://www.capaweb.com/la-sante-un-bien-de-consommation-comme-un-autre/>
14. BUMRUNGRAD INTERNATIONAL HOSPITAL. *Bienvenue à L'hôpital International Bumrungrad - Bangkok, Thaïlande* [en ligne]. c2014 [consulté le 23/07/13]. Disponible : http://www.bumrungrad.com/en/about-us/bumrungrad-languages/bumrungrad-intro_french
15. YouVox Voyage. *Le boom européen des compagnies low-cost* [en ligne]. 2011 [consulté le 25/07/13]. Disponible : <http://www.voyage.youvox.fr/Le-boom-europeen-des-compagnies,5938.html>
16. LALIBERTE M. *La «low-cost mania» – Le marché fait sa loi* [en ligne]. 2004 [consulté le 25/07/13]. Disponible : <http://veilletourisme.ca/2004/06/17/la-%c2%ablow-cost-mania%c2%bb-le-marche-fait-sa-loi-3e-partie/>
17. Le Routard. *La révolution low-cost* [en ligne]. c2014 [consulté le 24/07/13]. Disponible : http://www.routard.com/guide_dossier/id_dp/33/ordre/2.htm
18. Haute Autorité de Santé. *La certification des sites Internet santé de novembre 2007 à juillet 2013* [en ligne]. 2013 [consulté le 10/10/13]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_334538/fr/la-certification-des-sites-internet-sante-de-novembre-2007-a-juillet-2013
19. *La protection sociale* [en ligne]. [consulté le 10/02/14]. Disponible : <http://libertariens.chez-alice.fr/procso.htm>
20. CNP Assurances. *La diversité des systèmes de protection sociale en Europe : système français* [en ligne]. 2001 [consulté le 10/02/14] Disponible : http://preprod.cnp.fr/Risque-Prevoyance/Magazine/art_600.htm
21. FNCS. *Amalgames dentaires, low-cost ou business class?* [en ligne]. 2013 [consulté le 3/03/14]. Disponible : <http://www.fncs.org/medias/communiqués-de-presse/Communique%20FNCS%20-%20Amalgames%20dentaires%20-%20LOW%20COST%20ou%20BUSINESS%20CLASS.pdf>
22. I.D. *Doubler les tarifs de soins pour modérer ceux de la prothèse* [en ligne]. I.D. L'Information Dentaire. [consulté le 03/05/2014]. Disponible : <http://www.information-dentaire.fr/011-271-Doubler-les-tarifs-de-soins-pour-moderer-ceux-de-la-prothese.html>
23. DENTALESPACE. *Interview de Harold L'Hermite, chirurgien-dentiste à propos de la nouvelle CCAM bucco-dentaires.* 2014 [en ligne]. [consulté le 28/08/2014]. Disponible : <http://www.dentalespace.com/dentiste/news/descri-193-interview-harold-lhermite-chirurgien-dentiste-propos-nouvelle-ccam-bucco-dentaires.htm>

24. PIQUET C. *Les dentistes aussi désertent certaines régions* [en ligne]. 2012 [consulté le 15/06/14]. Disponible : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/03/15/17766-dentistes-aussi-desertent-certaines-region>
25. BESSE AG. *Dentifree, « l'Easy-Jet » des implants dentaires, attend ses premiers patients à Lambersart* [en ligne]. 2013 [consulté le 14/03/14]. Disponible : <http://m.lavoixdunord.fr/region/dentifree-l-easy-jet-des-implants-dentaires-ia22b49742n1518835>
26. Association dentaire française. *L'esthétique est-elle limitée par l'éthique?* [en ligne]. 2003 [consulté le 18/06/14] Disponible : <http://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/publications/quintessence/detail/596?view=quintessence>
27. AMERICAN HOSPITAL OF PARIS. *Accréditation et certification* [en ligne]. [consulté le 25/06/13]. Disponible : <http://www.american-hospital.org/fr/hopital-americain-de-paris/qualite-des-soins/accreditation-et-certification.html>
28. Néosanté. *Quelle est l'importance des dents blanches à votre apparence?* [en ligne]. c2011-2014 [consulté le 29/05/13]. Disponible : <http://www.neosante.org/importance-apparence-a03756816.htm>
29. DUVAL S. *Veille info tourisme - Tourisme médical* [en ligne]. 2010 [consulté 20/06/2014 août 2014]. Disponible : <http://www.veilleinfotourisme.fr/tourisme-medical-62939.kjsp>
30. Patient Sans Frontières. *Tourisme Dentaire* [en ligne]. 2014 [consulté le 27/06/13]. Disponible : <http://www.patientsansfrontieres.fr/tag/tourisme-dentaire/>
31. Assurance maladie. *À l'étranger* [en ligne]. 201? [consulté le 25/02/14]. Disponible : http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/a-l-etranger/index_paris.php
32. Le portail de référence pour l'Esace de Liberté, Sécurité et Justice. *Droits des patients : soins transfrontaliers. La directive européenne est adoptée* [en ligne]. 2011 [consulté le 3/04/14]. Disponible : <http://europe-liberte-securite-justice.org/2011/01/20/droits-des-patients-soins-transfrontaliers-la-directive-europeenne-est-adoptee/>
33. Assurance maladie. *Remboursement de soins médicaux à l'étranger* [en ligne]. 2012 [consulté le 25/02/14]. Disponible : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-paris/vous-informer/soins-medicaux-a-l-etranger_paris.php
34. VitalEurope. *Implant dentaire - soin dentaire à Paris et Hongrie Budapest* [en ligne]. c2014 [consulté le 22/02/14]. Disponible : <http://www.vitaleurope.fr/?gclid=COjFveSp3bwCFQKWtAodYHMAvQ>
35. *Une information citoyenne au service d'une identité européenne* [en ligne]. [consulté le 25/02/2014]. Disponible : zotero://attachment/624/

36. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Soins de santé transfrontaliers - Point de contact national (PCN)* [en ligne]. 2013 [consulté le 25/02/14]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/soins-de-sante-transfrontaliers-point-de-contact-national-pcn.html>
37. L'Europe est à vous. *Soins non programmés*. [en ligne]. 2013 [consulté le 25/02/14]. Disponible : http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/payments-reimbursements/index_fr.htm
38. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. *Tourisme dentaire : l'ordre défère les praticiens jouant le rôle d'intermédiaire devant les juridictions professionnelles* [en ligne]. 2010 [consulté le 27/09/13]. Disponible : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=254&tx_ttnews%5BbackPid%5D=4&cHash=afbcd11053
39. Parlement européen. *Droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* ***II [en ligne]. 2011 [consulté le 25/02/2014]. Disponible : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0007+0+DOC+XML+V0//FR&language=FR>
40. ANDRE-CHAIGNEAU D. *Le low-cost révolutionne le quotidien des consommateurs*. [en ligne]. 2013 [consulté le 08/03/14]. Disponible : <http://www.toute-la-franchise.com/vie-de-la-franchise-A9381-le-low-cost-revolutionne-le-quotidi.html>
41. VINCENT C. *Low-cost: le nouveau modèle* [en ligne]. 2013 [consulté le 8/03/14]. Disponible : <http://www.lesechos.fr/entreprises-secteurs/grande-consommation/actu/0202721696191-low-cost-le-nouveau-modele-563217.php>
42. BOTERO CM. *Attention, voici la « médecine low-cost » !* [en ligne]. 2011 [consulté le 8/03/14]. Disponible : <http://lecercle.lesechos.fr/economie-societe/social/sante/221140340/attention-voici-medecine-low-cost>
43. FERARD E. *Médecine low-cost : la santé en danger ?* [en ligne]. 2011 [consulté le 03/03/14]. Disponible sur: http://www.maxisciences.com/soin-m%e9dical/medecine-low-cost-la-sante-en-danger_art19949.html
44. COUSTEAU P. *Lyon, nouvelle capitale des centres dentaires low-cost ?* [en ligne]. [consulté le 15/03/14]. Disponible : http://www.comdepresse.fr/Lyon-nouvelle-capitale-des-centres-dentaires-low-cost_a2112.htm
45. IDO SANTE & PIERRE BRASSARD. *Les Services "à la carte"* [en ligne]. [consulté le 15/05/14]. Disponible : <http://www.ido-sante.fr/>

46. DE LINARES J. *Soins low-cost : panique chez les dentistes* [en ligne]. 2013 [consulté le 3 mars 2014]. Disponible : <http://tempsreel.nouvelobs.com/economie/20130103.OBS4405/soins-low-cost-panique-chez-les-dentistes.html>
47. SCHITTLY R. *Soins dentaires : à Lyon, l'ouverture de cabinets low-cost dérange* [en ligne]. 2012 [consulté le 15/03/14]. Disponible : http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/03/09/soins-dentaires-a-lyon-l-ouverture-de-cabinets-low-cost-derange_1655410_3224.html
48. DE FOUCAUD I. *Des dentistes low-cost tentent leur chance en France* [en ligne]. 2012 [consulté le 4/03/14]. Disponible : <http://www.lefigaro.fr/conso/2012/01/31/05007-20120131ARTFIG00584-des-dentistes-low-cost-tentent-leur-chance-en-france.php>
49. PERRIN E. *Soins dentaires : quelles sont les villes françaises les plus chères ?* [en ligne]. 2010 [consulté le 20/07/ 2014]. Disponible : http://www.maxisciences.com/chirurgien-dentiste/soins-dentaires-quelles-sont-les-villes-francaises-les-plus-cheres_art9369.html
50. Allocpam. *Médecins spécialistes : les délais d'attente découragent les patients* [en ligne]. 2011 [consulté le 20/03/14]. Disponible : <http://allocpam.fr/actualite/medecins-specialistes-les-delais-attente-decouragent-les-patients-139.html>
51. BARTNIK M. *Les délais d'attente chez le médecin sont dissuasifs* [en ligne]. 2011 [consulté le 20/03/14]. Disponible : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/10/20/14773-delais-dattente-chez-medecin-sont-dissuasifs>
52. Le Petit Bleu. *Dentistes : parfois cinq mois de délais !* [en ligne]. 2013 [consulté le 20/03/14]. Disponible : <http://www.ladepeche.fr/article/2013/04/24/1612676-dentistes-parfois-cinq-mois-de-delais.html>
53. Doctissimo. *Long délais d'attente avt soin d'une dent cassée...* [en ligne]. 2013 [consulté le 20/03/14]. Disponible : http://forum.doctissimo.fr/sante/dents/delais-attente-cassee-sujet_156808_1.htm
54. *Delai pour rendez-vous dentiste : discussion* [Internet]. [en ligne]. 2012 [consulté le 20/03/14]. Disponible : <http://www.justacote.com/discussions/delai-pour-rendez-vous-dentiste-15991/>
55. Linternaute. *Mentir comme un arracheur de dents : signification et origine de l'expression* [en ligne]. 2013 [consulté le 20/03/14]. Disponible : <http://www.linternaute.com/expression/langue-francaise/95/mentir-comme-un-arracheur-de-dents/>
56. Capitaldents. *Les particularités de la relation dentiste-patient* [en ligne]. c2014 [consulté le 23/03/14]. Disponible : <http://www.capitaldents.com/12/psychosociologie/psychologie/>

57. Blog des Chiens Debout. *Intox sur les dentistes* [en ligne]. 2013 [consulté le 23/05/14]. Disponible : <http://dupouretducontre.canalblog.com/archives/2013/11/27/28594506.html>
58. AZRIA E. *L'humain face à la standardisation du soin médical* [en ligne]. 2012 [consulté le 21/03/14]. Disponible : <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation.html>
59. ROUILLON F. *La médecine se meurt...* [en ligne]. 2011 [consulté le 15/03/14]. Disponible : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/09/23/la-medecine-se-meurt_1576687_3232.html
60. FSDL. *Centres Dentaires Low-cost* [en ligne]. 2012 [consulté le 03/03/2014]. Disponible sur: <http://www.fsdl.fr/?p=1800>
61. HON Fondation La Santé sur Internet. *HON Fondation La Santé sur Internet* [en ligne]. 2013 [consulté le 12/10/13]. Disponible : http://www.hon.ch/index_f.html
62. Syndicat interhospitalier du Limousin Poitou-Charente. *La HAS abandonne la certification HON des sites internet* [en ligne]. 2013 [consulté le 12/10/13]. Disponible : <http://www.silpc.fr/actualites/la-has-abandonne-la-certification-hon-des-sites-internet>
63. Haute Autorité de Santé. *Vers une évolution de la certification des sites santé* [en ligne]. 2013 [consulté le 12/10/13]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante
64. Addentis centre de santé dentaire. *La santé dentaire pour tous* [en ligne]. [consulté le 19/03/2014]. Disponible: <http://www.addentis.fr/>
65. Dentexia la santé dentaire pour tous. *Accueil* [en ligne]. c2014 [consulté le 19/03/14]. Disponible : <http://www.dentexia.fr/>
66. Dentalvie la santé dentaire pour tous. *Centre de soins dentaires* [en ligne]. [consulté le 19/03/14]. Disponible : <http://dentalvie.fr/Cabinet.aspx>
67. Dental Tribune International. *Centres dentaires low-cost : Pascal Steichen s'explique* [en ligne]. 2013 [consulté le 4/03/14]. Disponible : http://www.dental-tribune.com/articles/news/france/13188_centres_dentaires_low_cost_pascal_steichen_sexplique.html
68. Fasseo. *Chirurgie esthétique étranger - Fasseo facilite votre voyage chirurgie esthétique* [en ligne]. [consulté le 27/02/14]. Disponible : <http://www.fasseo.com/>
69. Helvetic clinics. *Pourquoi choisir notre clinique dentaire ?* [en ligne]. 2013 [consulté le 19/03/14]. Disponible sur : <http://www.helvetic-clinics.eu/clinique-dentaire-hongrie/pourquoi-clinique-dentaire-budapest.html>

70. CNSD. *Soins à l'étranger* [en ligne]. 2012 [consulté le 27/02/14]. Disponible : <http://www.cnsd.fr/actualite/focus-sur/tourisme-dentaire>
71. Smilepartner : vos soins dentaires sur mesure. *Accueil* [en ligne]. [consulté le 7/12/13]. Disponible : <http://www.smilepartner.fr/index.html>
72. Eurodentaire : les parcours de soins. *Soins dentaires en Hongrie : découvrez notre expertise et les dentistes de nos cliniques dentaires*. 2012 [consulté le 7/12/13]. Disponible : <http://www.eurodentaire.com/>
73. Oodys smilmaker. *L'implant dentaire* [en ligne]. [consulté le 3/10/13]. Disponible : <http://tourisme-soins-dentaires.com/vos-soins-dentaires/implants-dentaires/>
74. Medical Tours Company. *On parle de Medical Tours Company !* [en ligne]. c2009-2014 [consulté le 8/11/13]. Disponible : <http://www.voyageimplant.com/la-presse-en-parle.html>
75. Esthetik Dental Barcelona. *Vos soins dentaires à Barcelone* [en ligne]. c2010 [consulté le 7/12/13]. Disponible : <http://www.esthetikdentalbarcelona.fr/>
76. CLEVERLEX CABINET D'AVOCATS. *URPS Chirurgiens-dentistes d'IDF c/ Centres dentaires Low-cost Dossier n°2012.0033-BEB/VIC* [en ligne]. [consulté le 5/01/14]. Disponible : http://www.fsdl.fr/wp-content/uploads/2012/10/Pages-de-Consultation_Centres_Dentaires_Low_Cost_12.06.12pages1a8.pdf
77. Tribunal de grande instance de Perpignan. *Jugement rendu le 10 septembre 2013 entre le Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes des Pyrénées orientales, ... et l'Association Centre de soins dentaires Dentalvie, ... Association Centre de soins dentaires Pro'dent ou Prodent* [en ligne]. 2013 [consulté le 26/05/14]. Disponible : http://www.eugenol.com/attachments/0011/9565/Dentalvie_JUGEMENT_DU_10_SEPTEMBRE_2013_02_.pdf
78. EditionsCdp.fr. *Centres low-cost, l'Ordre « s'en occupe »* [en ligne]. 2013 [consulté le 4/03/14]. Disponible : <http://www.editionsmdp.fr/actualites/actualites/actualites-professionnelles/centres-low-costl-ordre-s-en-occupe.html>
79. STEICHEN P. *Centres de soins dentaires* [en ligne]. c2014 [consulté le 04/03/14]. Disponible : <http://www.pascal-steichen.fr/index.php/dentaire/centres-dentaires>
80. Wikipédia. *Taylorisme* [en ligne]. [2014 ; consulté le 04/03/14]. Disponible : <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Taylorisme&oldid=101632921>
81. FNCS. *Amalgames dentaires, low-cost ou business class?* [en ligne]. 2013 [consulté le 3/03/14]. Disponible : <http://www.fncs.org/medias/communiqués-de-presse/Communique%20FNCS%20-%20Amalgames%20dentaires%20-%20LOW%20COST%20ou%20BUSINESS%20CLASS.pdf>

82. DE FOUCAUD I. *Des dentistes low-cost tentent leur chance en France* [en ligne]. 2012 [consulté le 15/03/14]. Disponible : <http://www.lefigaro.fr/conso/2012/01/31/05007-20120131ARTFIG00584-des-dentistes-low-cost-tentent-leur-chance-en-france.php>
83. Conseil national de l'Ordre des Médecins. *La déontologie médicale et son environnement juridique* [en ligne]. 2004 [consulté le 19/04/14]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-deontologie-medicale-et-son-environnement-juridique-719>
84. Voyages Dentaire médiation et accompagnement. *Voudriez-vous avoir les dents belles et saines au prix abordable ?* [en ligne]. c2008-2014 [consulté le 19/02/14]. Disponible : <http://www.voyagesdentaire.com/>
85. GUERIN M. *Tourisme dentaire, voyage à risques* [en ligne]. 2012 [consulté le 19/02/14]. Disponible : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/tourisme-dentaire-voyage-a-risques_1195484.html
86. Dental Tribune International. *Les low-cost aux bancs des accusés* [en ligne]. 2013 [consulté le 8/03/2014]. Disponible : http://www.dental-tribune.com/articles/news/france/13046_les_low_cost_aux_bancs_des_accuses.html
87. Holodent. *Dentiste low-cost à Paris* [en ligne]. 2012 [consulté le 3/03/14]. Disponible : <http://www.holodent.com/article-dentiste-cabinet-dentaire-low-cost-paris-98041783.html>
88. SOUALHI H, YAMANI AE, El OOUALI R et coll. *Prothèse fixée et santé parodontale*. [en ligne]. [consulté le 28/05/2014]. Disponible : http://www.fmdrabort.ac.ma/wjd/V2N3/2_PROTHESE%20FIXEE%20ET%20SANTE%20PARODONTALE%20final.htm
89. Société Française de Chirurgie Orale. *Info du patient* [en ligne]. c2014 [consulté le 19/04/2014]. Disponible : <http://societechirorale.com/fr/sfco/info-du-patient#.U6vZYkCnqus>
90. CareVox. *Chirurgie esthétique et tourisme médical : à vos risques et périls...* [en ligne]. 2013 [consulté le 27/05/2014]. Disponible : <http://www.carevox.fr/forme-beaute/article/le-tourisme-medical-a-vos-risques>
91. FERRET A. *Dentistes low-cost : vraie arnaque ou bonne affaire?* [en ligne]. 2012 [consulté le 15/04/2014]. Disponible : http://www.lepoint.fr/sante/dentistes-low-cost-vraie-arnaque-ou-bonne-affaire-01-03-2012-1436613_40.php
92. BEBE A. «*L'intelligence relationnelle au service de la reconquête*» [en ligne]. [consulté le 31/01/2014]. Disponible : <http://www.conqueteclients.com/PDF/HUB.pdf>

93. Viva presse. *Tourisme médical, les dentistes de l'Est cassent les prix* [en ligne]. c2003-2013 [consulté le 30/11/2013]. Disponible : http://www.viva.presse.fr/Tourisme-medical-les-dentistes-de_4727.html
94. DUVAL-ARNOULD D. *La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002* [en ligne]. 2002 [consulté le 07/12/2013]. Disponible : http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html
95. EuroPharmat. *Guide de traçabilité des dispositifs médicaux* [en ligne]. 2007 [consulté le 22/01/2014]. Disponible : http://www.euro-pharmat.com/documents/guide_tracabilite/Guidetra%C3%A7abilit%C3%A9.pdf
96. Haute Autorité de Santé. *Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments* [en ligne]. 2011 [consulté le 01/06/2014]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf
97. Comprendre choisir.com. *Traçabilité des soins : principe et infos sur la traçabilité des soins* [en ligne]. c2007-2014 [consulté le 22/01/2014]. Disponible : <http://rfid.comprendrechoisir.com/comprendre/tracabilite-des-soins>
98. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. *Traçabilité des dispositifs médicaux* [en ligne]. 2014 [consulté le 22/01/2014]. Disponible : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/tracabilite-des-dispositifs-medicaux.html>
99. Smile Partner : vos soins dentaires sur mesure. *Tourisme dentaire : partez en sécurité avec Smile Partner* [en ligne]. [consulté le 03/10/2013]. Disponible : <http://www.smilepartner.fr/voyage-dentaire-demarche.html>
100. Novacorpus. *Accueil* [en ligne]. c2014 [consulté le 25/01/2014]. Disponible : <http://www.novacorpus.fr/>
101. MARCHAND P. *Chirurgien-dentiste : la notion de consentement éclairé* [en ligne]. 2011 [consulté le 28/01/2014]. Disponible : <https://www.macsfr.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/responsabilite-par-professionnel-sante/dentiste-information-patient-consentement-eclairer.html>
102. Hexaconso blogueur associé. *Prothèse dentaire low-cost, attention danger!* [en ligne]. 2010 [consulté le 05/03/2014]. Disponible : http://www.marianne.net/Prothese-dentaire-low-cost-attention-danger-_a199822.html

103. EUSTACHE I. *Le tourisme médical ne cesse de se développer*. 2007 [consulté le 14/05/2014]. Disponible : <http://www.e-sante.fr/tourisme-medical-ne-cesse-se-developper/actualite/422>
104. Santé Voyages. *Tourisme médical, Prévention et risques sanitaire en voyage* [en ligne]. [consulté le 01/06/2014]. Disponible : <http://www.astrium.com/espace-medecins/risques-et-situations/tourisme-medical.html>
105. AGACHI A. *Quel avenir pour la dentisterie libérale?* [en ligne]. 2011 [consulté le 05/02/2014]. Disponible sur: <http://www.coefi.fr/comptes-rendus/avenir-de-la-dentisterie-liberale>
106. CNSD. *Tarifs dentaires en Europe : la France championne... du moins cher!* [en ligne]. 2013 [consulté le 14/02/14]. Disponible : <http://www.cnsd.fr/actualite/news/637-tarif-dentaire-en-europe-la-france-championne-du-moins-cher>
107. AKHAND A. *Captivating signs* [en ligne]. 2012 [consulté le 18/04/2014]. Disponible : <http://www.captivatingsigns.com/blog/?Tag=informative%20posters>
108. WN. *Dental Consumables Market Dental Implants* [en ligne]. 2013 [consulté le 18/04/2014].
Disponible : http://article.wn.com/view/2013/10/30/Dental_Consumables_Market_Dental_Implants_Crowns_Bridges_Bio/
109. FEITH P. *Dental Implants: Go Ahead. Bite Me* [en ligne]. [consulté le 18/04/2014].
Disponible : <https://www.behance.net/gallery/947222/Dental-Implants-Go-Ahead-Bite-Me>
110. Dailynews. *Special Advertising sections* [en ligne]. [consulté le 18/04/2014]. Disponible :
<http://newspaperads.nydailynews.com/SS/Page.aspx?sstarg=&facing=false&secid=136145&pagenum=14&adid=2968228>)
111. *Outlived Ad of the day: Dental tourism in Moldova* [en ligne]. 2014 [consulté le 18/04/2014]. Disponible : <http://out-lived.tumblr.com/>
112. GRANDJEAN C. *Une approche critique de la démarche qualité dans les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales* [en ligne]. [consulté le 08/09/2014]. Disponible : <http://www.oedipe.org/fr/actualites/lademarchequilite>)
113. Centre Médical Atlas. *Accueil* [en ligne]. [consulté le 08/09/2014]. Disponible : <http://www.centre-medical-atlas.com/>
114. SHAH S. *Safari scalpel à New Delhi, ou les périls du tourisme médical* [en ligne]. 2012 [consulté le 14/05/2014]. Disponible : <http://www.monde-diplomatique.fr/2012/12/SHAH/48473>

115. MARKETING CLINIQUE DENTAIRE [en ligne]. [consulté le 14/05/2014] Accueil.
Disponible : <http://www.marketingcliniquedentaire.com/>

ANNEXES

Annexe 1: Tableau comparatif des tarifs pratiqué en Europe (Source : CNSD, 2013) (106)

	All.	Autriche	Belg.	Danemark	Esp.	France	Gr ^e -Bretagne	Hongrie	Italie	Luxem.	Pays-Bas	Portugal	Suède	Tchéquie
CONSULTATIONS														
Diagnostic rapide*	16					Gratuit	40			10	13			
Consultation (†)	33	49	21,31	31		21				28			70	114
Radiographie panoramique	58	70	38	120	60	27,83		50		60	62		52	32
Radiographie rétroalvéolaire	20	13	11	7		7,98				24	15		6	14
SOINS DE PREVENTION														
Anesthésie***	18					Gratuite	40	20		10	13			
Détartrage	90	72	27,46	38	80	28,92	45	50	75	28	78	80	38	115
Fluorisation	30					Hono. Libres								
Scellement de allonges	60	39	13	31		21,69								
SOINS CONSERVATEURS														
Coffrage pulpaire indirect	21					Gratuit				14	15			
Amalgame 1 face	74	37	29,41	31	55	16,87		66		33			58	45
Amalgame 2 faces	106	61	44,12	43	80	26,92				42			65	91
Amalgame 3 faces	194	82	50,83	64		46,97	63						90	108
Mondrillage	19					Gratuit					21			25
Collage	16					Gratuit								
Composite 1 face**	80	70	40,90	56	55	16,87		65	175				74	60
Composite 2 faces**	106	100	55,61	70	80	28,92	107	80	250		34		109	60
Composite 3 faces**	155	134	70,32	80	125	40,97	200	80		135	44		143	60
Obturation 1 face dent de lait						16,87								
Obturation 2 faces dent de lait						28,92								
Obturation 3 faces dent de lait						40,97								
Reconstitution foulée à avravage						79,53								
ENDODONTIE														
Test de vitalité	6					Gratuit								
Pese du champ opératoire	6,41					Gratuit								
Ouverture de la dent	9					Gratuit								
Extrapolon du contenu canalair (par canal)	14					Gratuit								
Allègèe canalair	36					Gratuit								
Desinfection canalair	9					Gratuit								
Obturation canalair (par canal)	39					Gratuit								
Traitement canalair (1 carax)	110	88	80,80	47		33,74		100		55			384	58
Traitement canalair (2 caraux)	140	123	100,94	93		48,20		198		97	190		384	115
Traitement canalair (3 caraux)	160	188	132,37	140	170	84,94	200	297					324	173
Parasement provisoire						Gratuit								
CHIRURGIE														
Extraction simple**	81	64	35,81	55	30	33,44		45					86	48
Extraction avec alveolotomie	70					33,44		120						
Extraction dent ectopique						167,20				346				
Extraction dent incluse	150	150	89	134		83,90		170		165			163	148
Amputation radiculaire	38					Hono. Libres								
Hémistase	43					49,20								
Soins post extraction	17					Gratuit								
Incision abcès	33					Gratuit								
Implant	600					Hono. Libres		700						
Pili or implantaire						Hono. Libres		200						
PROTHESE FIXEE														
Couronne provisoire	26					Hono. Libres		20						
Couronne coulée	500					Hono. Libres								
Couronne ceramo-metallique	600					Hono. Libres		206						
Couronne ceramo-ceram (sur base Zircono)	720					Hono. Libres		300						
Couronne CFAO (CEREC)						Hono. Libres		230						
Rescèlement d'une couronne	23					Hono. Libres								
Retouche occlusale	6					Hono. Libres		390						
Facette						Hono. Libres		220						
Inlay ceramique	280					Hono. Libres								
Element intermediaire de bridge	400					Hono. Libres								
PROTHESE AMOVIBLE														
Appareil partiel provisoire	220					Hono. Libres		200						
Appareil partiel norme	700					Hono. Libres		540						
Attachement						Hono. Libres		850						
Plaque base metallique						Hono. Libres		280						
Rebasage	170					Hono. Libres		100						
DIVERS														
Courrière ocululaire	306					Hono. Libres		429						

Nota bene : Les tarifs du tableau sont fondés sur une observation des prix les plus fréquemment pratiqués. En France, comme cité en amont, les tarifs des prestations sont imposés par la Sécurité Sociale ou sont à honoraires libres.

Annexe 2 : Tableau comparatif des tarifs selon les pays destinataires (Source : Bouchard FO, 2009)

PAYS	CCM	IMPLANT	TRAITEMENT CANALAIRE
Hongrie	205	700	100-297
Pologne	180	900	—
Roumanie	80	950	45
Turquie	180	1010	85
Tunisie	180	950	65-105
Costa Rica	—	900	
Thaïlande	300	1200	81-241
Inde	140	850	90

Annexe 3 : *Liste des États membres de l'UE/EEE*

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne (y compris les îles Baléares et Canaries), Estonie, France (métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane française, la Réunion), Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède (33).

Annexe 4 : Formulaire S3125 « Soins reçus à l'étranger - Déclaration à compléter par l'assuré »

cerfa
 n° 12267*03 (articles L. 332-3, 2° alinéa et R. 332-2 à R. 332-6 du Code de la sécurité sociale)
soins reçus à l'étranger
déclaration à compléter par l'assuré(e)
(IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives décrites au verso)

PERSONNE AYANT RECU LES SOINS ET ASSURÉ(E)

• **personne ayant reçu les soins**
 nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 n° d'immatriculation _____ ou date de naissance _____
 adresse habituelle *(si différente de celle de l'assuré(e))* : _____

• **assuré(e)** *(à remplir si la personne ayant reçu les soins n'est pas l'assuré(e))*
 nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 n° d'immatriculation _____

• **nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e)** *(à compléter dans tous les cas)*
 nationalité : française ressortissant UE/EEE/Suisse autre préciser :
 n°, voie, rue ... : _____
 code postal _____ commune _____ email (facultatif) : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DES SOINS
 activité salariée *(joindre un justificatif)* pensionné(e) étudiant(e)
 indemnisé(e) par le Pôle Emploi *(joindre un justificatif)* autre situation préciser :

CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR À L'ÉTRANGER
 adresse pendant le séjour à l'étranger : _____
 localité : _____ pays : _____
 dates du séjour : du _____ au _____
 motif du séjour : congés payés dans le pays d'origine tourisme détachement professionnel autre

ÉVÉNEMENTS À L'ORIGINE DES SOINS *(préciser : chute, blessure, urgence médicale, intervention chirurgicale, soins chroniques, soins ponctuels...)*

NATURE DES SOINS ET MONTANT DES DÉPENSES

• **les soins reçus sont en rapport avec :**
 une maladie une affection de longue durée une maternité un accident du travail ou une maladie professionnelle date _____
 un accident causé par un tiers date _____ s'agit-il de soins prévus avant le départ? oui non

• **le détail des soins** *(joindre obligatoirement les factures originales acquittées pour tous les soins. Pour ceux suivis de * joindre également les prescriptions médicales)*

soins ambulatoires	montant de la dépense <i>(indiquer l'unité monétaire)</i>
consultation au cabinet médical <input type="checkbox"/> } le médecin était un généraliste <input type="checkbox"/> un spécialiste <input type="checkbox"/> déplacement du médecin <input type="checkbox"/> } <i>indiquer la spécialité :</i>	
soins dentaires <input type="checkbox"/> préciser la nature :	
prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	
acte(s) de chirurgie <input type="checkbox"/> préciser la nature :	
pharmacie* <input type="checkbox"/>	
examen(s) de laboratoire* <input type="checkbox"/>	
radiologie <input type="checkbox"/> citer les parties du corps radiographiées :	
acte(s) de kinésithérapie* <input type="checkbox"/>	
actes infirmiers* <input type="checkbox"/>	
autre(s) soin(s)* <input type="checkbox"/> préciser la nature :	
frais de transport* <input type="checkbox"/> moyen de transport, trajet et km :	
hospitalisation <input type="checkbox"/> du _____ au _____ préciser le service :	

POUR LES SOINS RECUS DANS L'UE/EEE/SUISSE, répondre obligatoirement aux questions ci-dessous en cochant les cases adéquates

1. Pour les soins qui ont été pratiqués dans l'UE/EEE et la Suisse, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la législation :
 française du pays du séjour

2. Y a-t-il eu une prise en charge partielle des soins dans le pays de séjour ? oui non

ATTESTATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

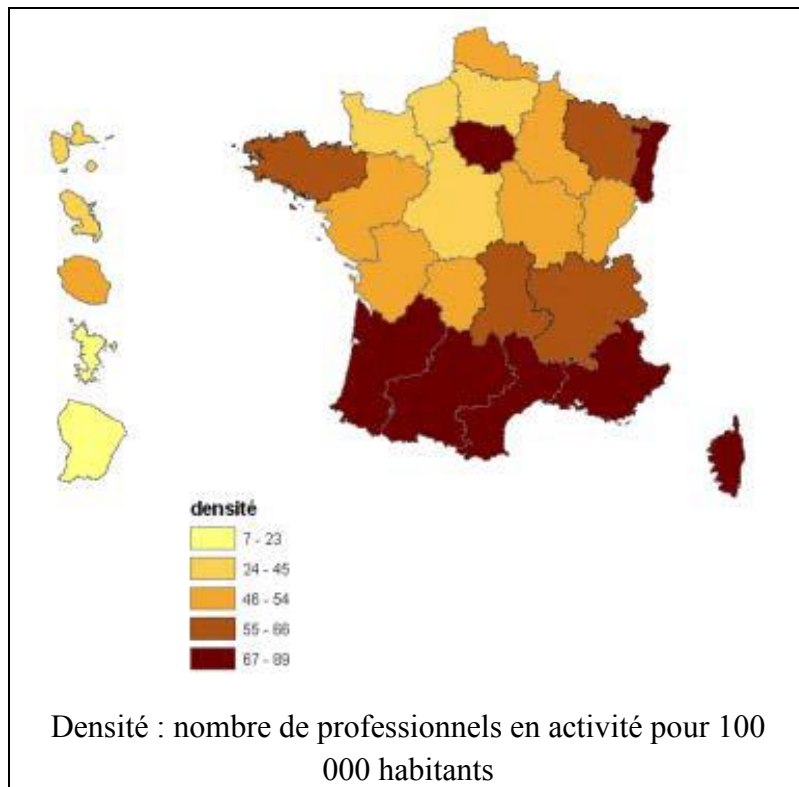
Je déclare joindre les originaux des factures dûment acquittées en ma possession pour justifier ma demande de remboursement.
 J'atteste sur l'honneur que la somme totale réglée s'élève à : *(indiquer l'unité monétaire)*

Fait à _____, le _____ signature de l'assuré(e) _____ impossibilité de signer

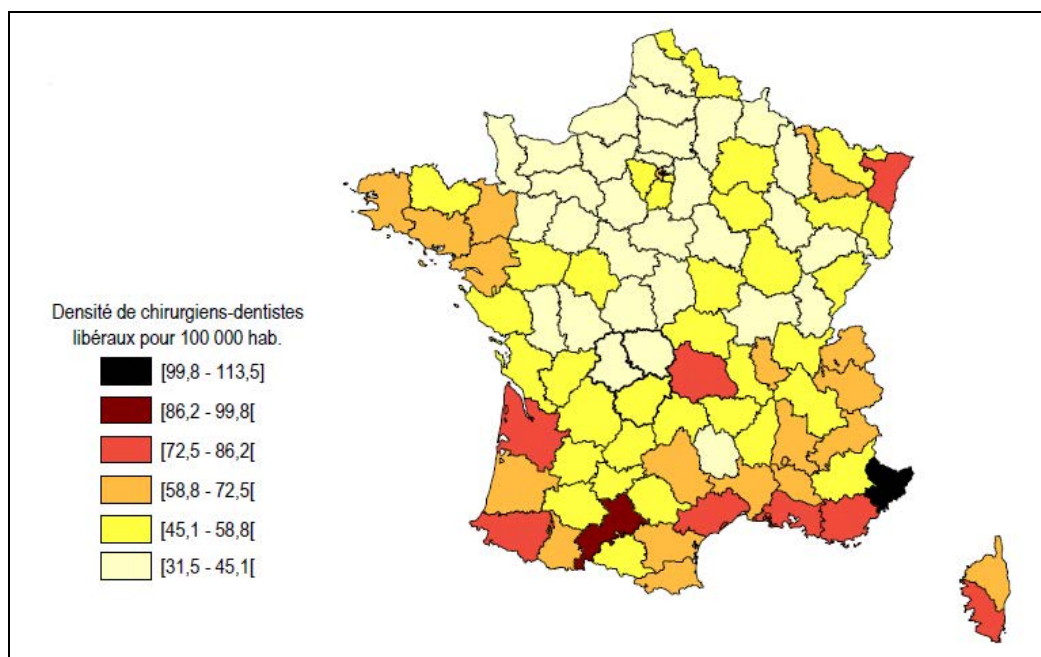
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines pécuniaires, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)
 Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
 En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et le cas échéant

CNSE S 3125b

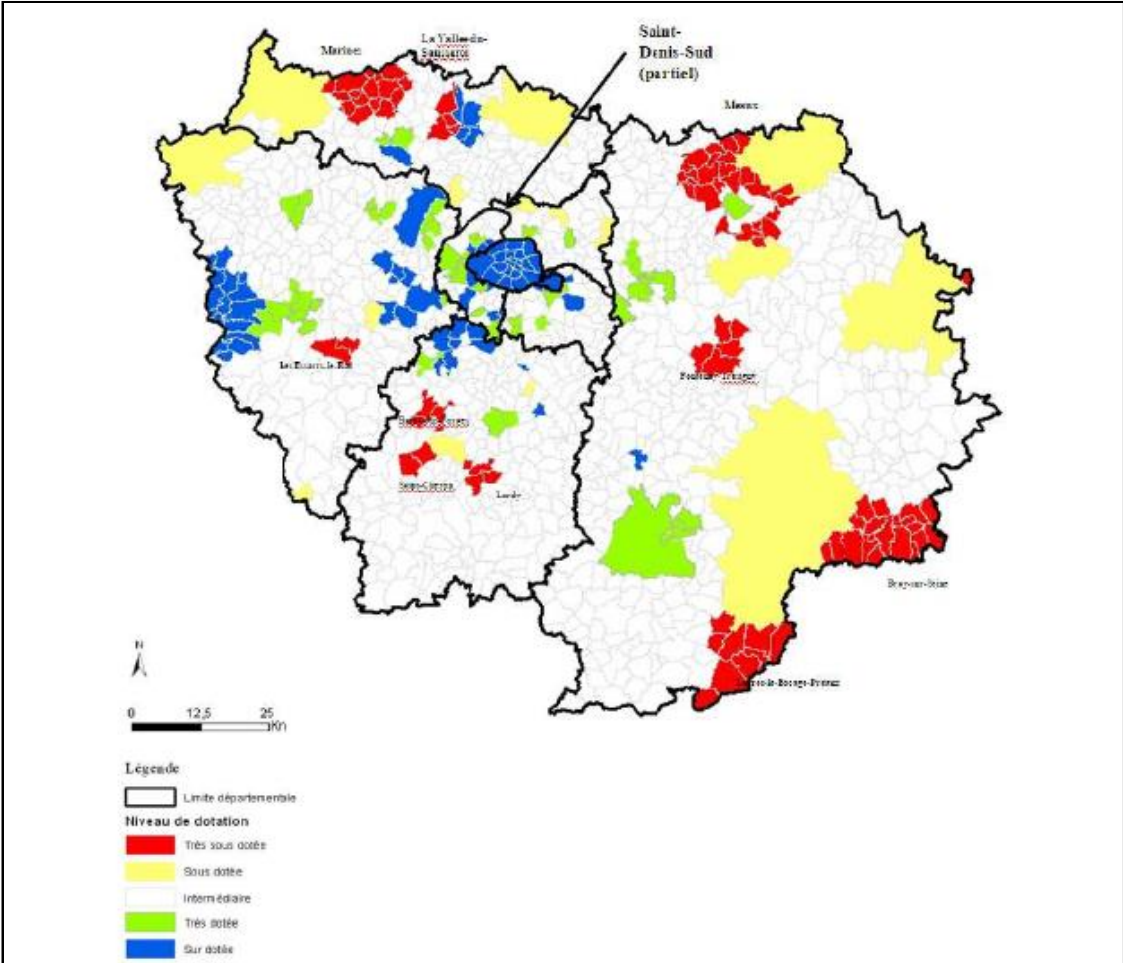
Annexe 5 : Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1er janvier 2013(ONDPS – État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes, 2013)



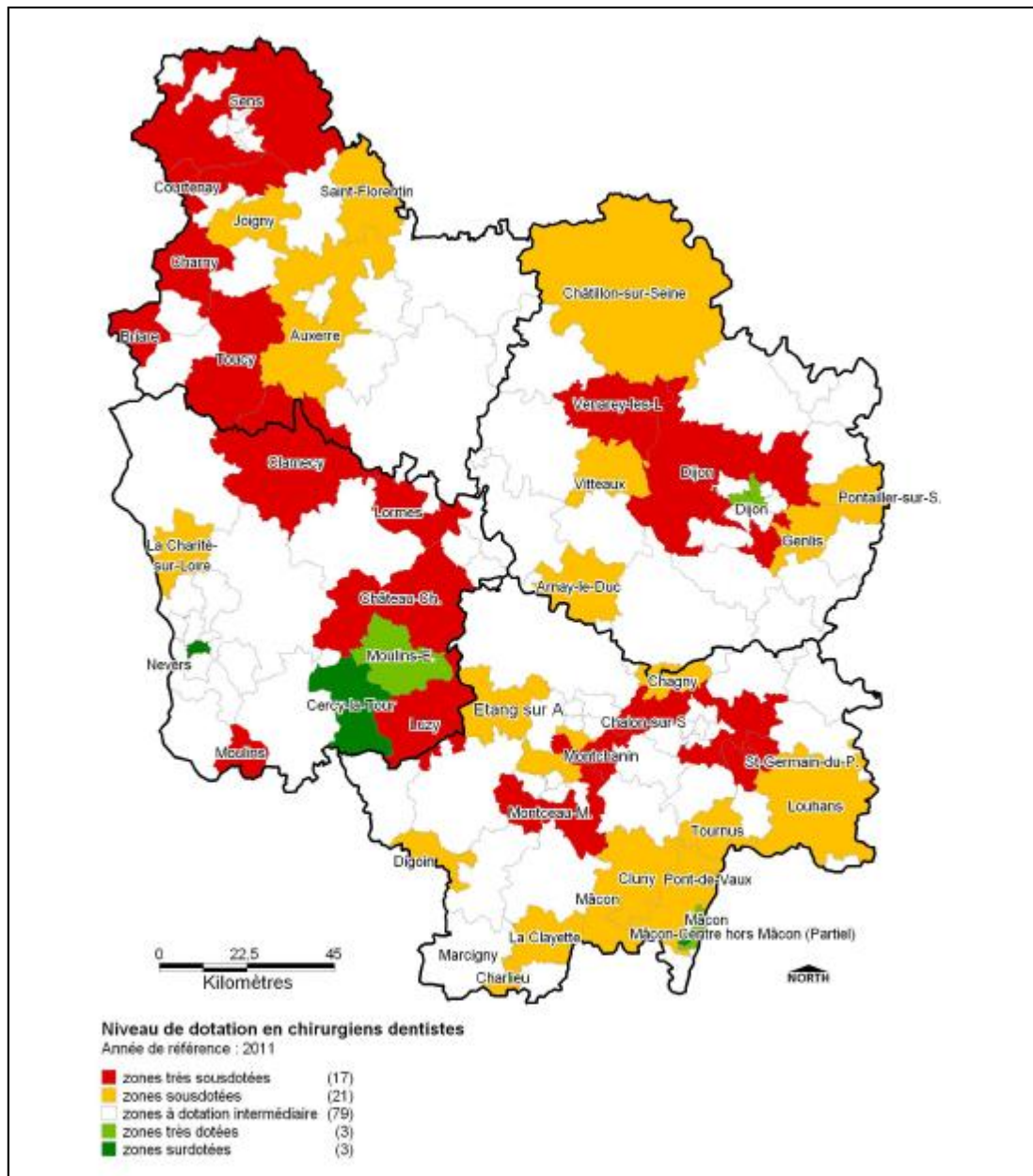
Annexe 6 : Densité de chirurgiens-dentistes libéraux au 01.01.2012 en France selon les départements (Source : ORS du Limousin, 2012)



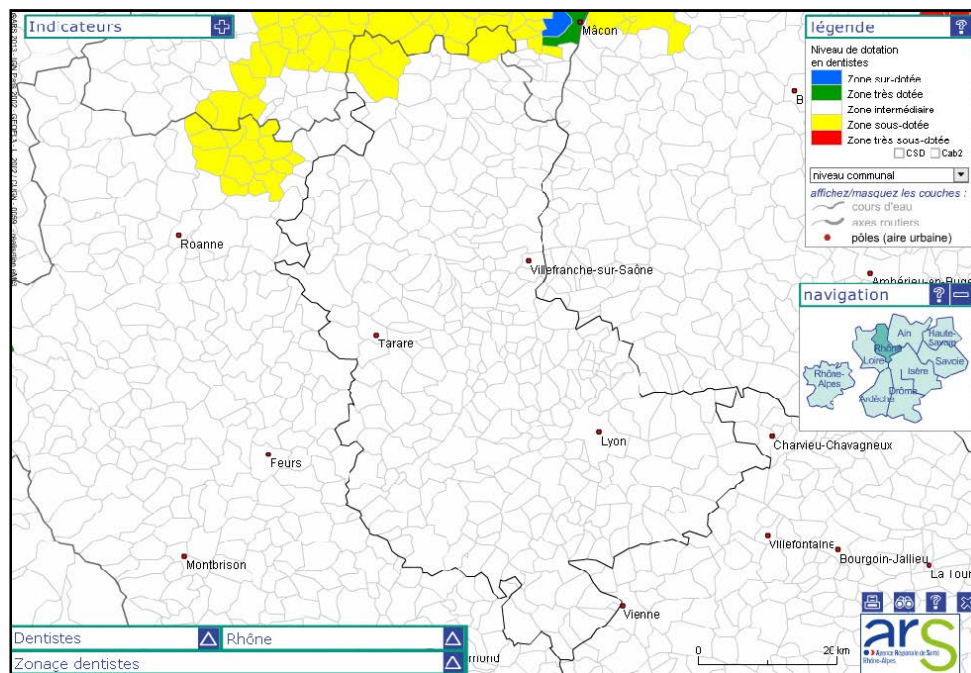
Annexe 7 : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en chirurgiens-dentistes libéraux en Ile-de-France (Source : CNAMTS, 2011)



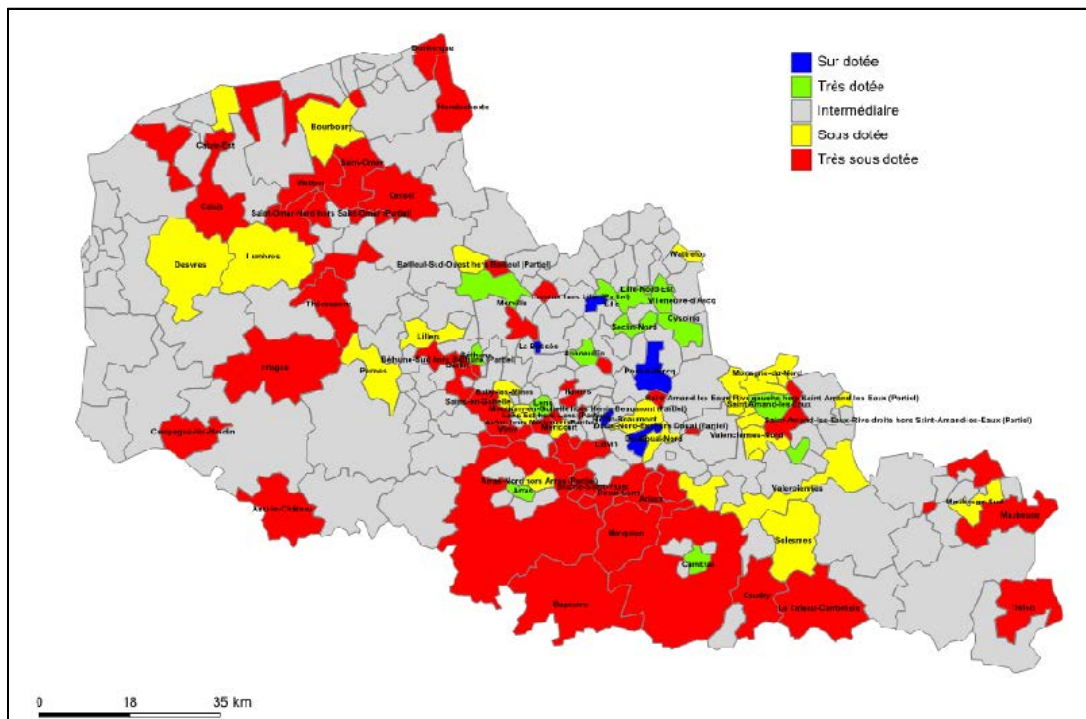
Annexe 8 : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en chirurgiens-dentistes libéraux en Bourgogne (Source : ARS Bourgogne, 2013)



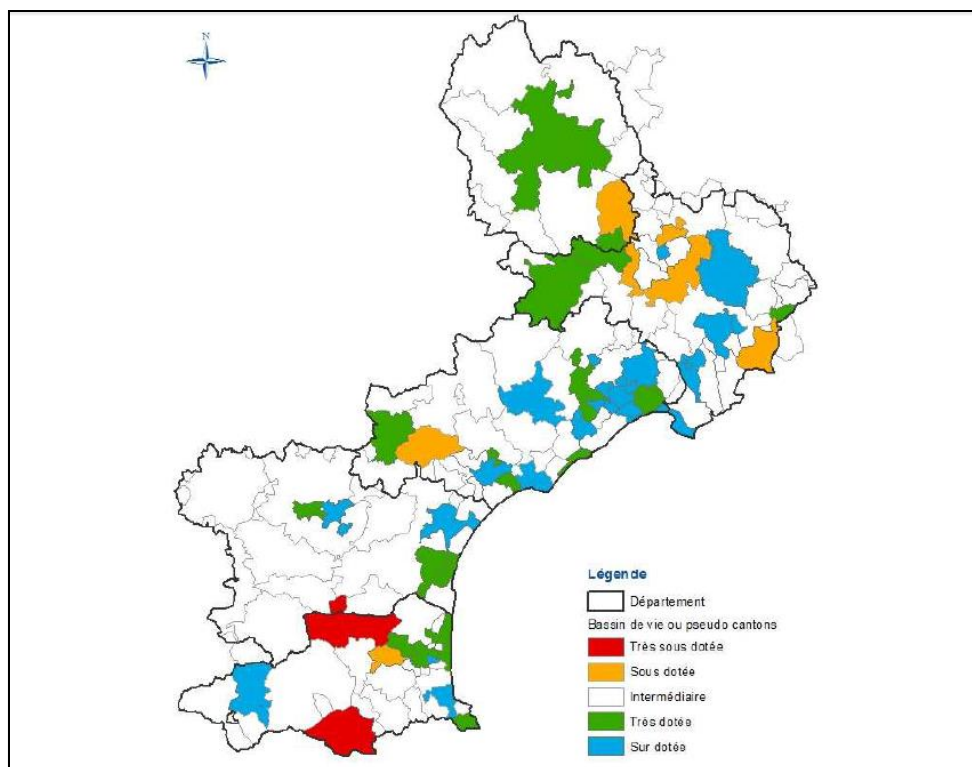
Annexe 9 : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en chirurgiens-dentistes libéraux en Rhône-Alpes (Source : ARS, 2013)



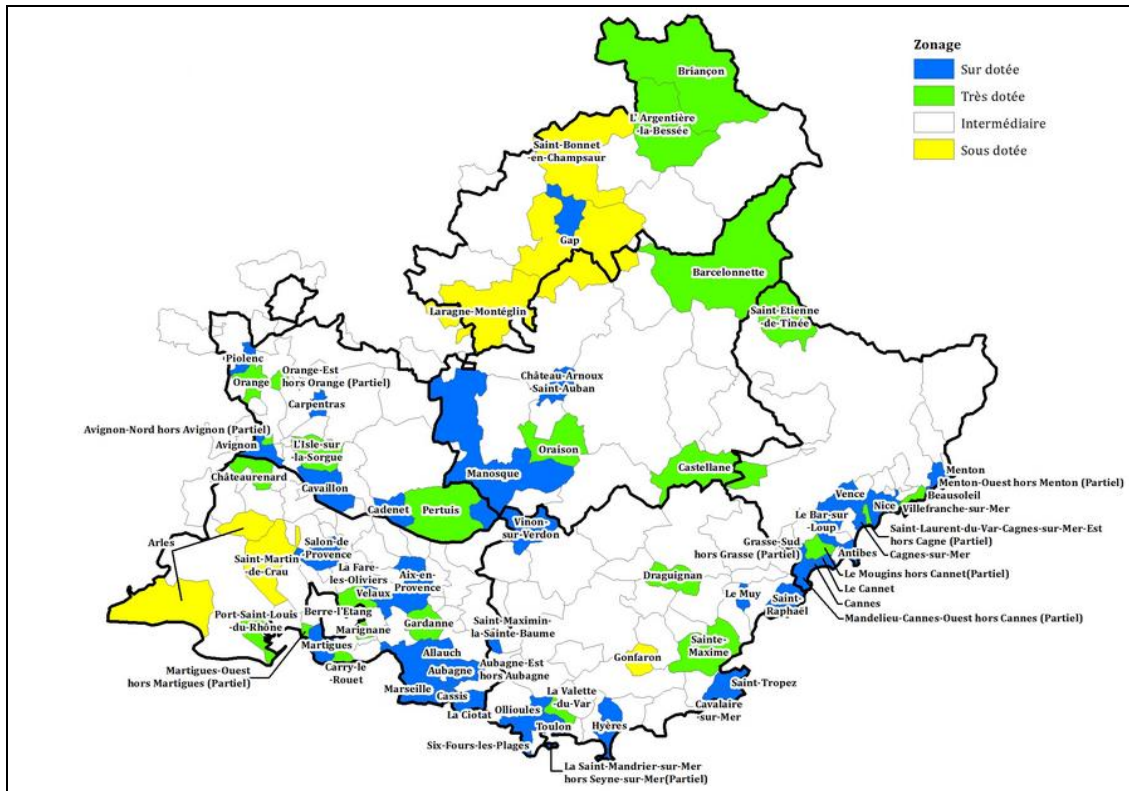
Annexe 10 : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en chirurgiens-dentistes libéraux dans le Nord-Pas-de-Calais (Source : ARS Nord-Pas-de-Calais, 2011)



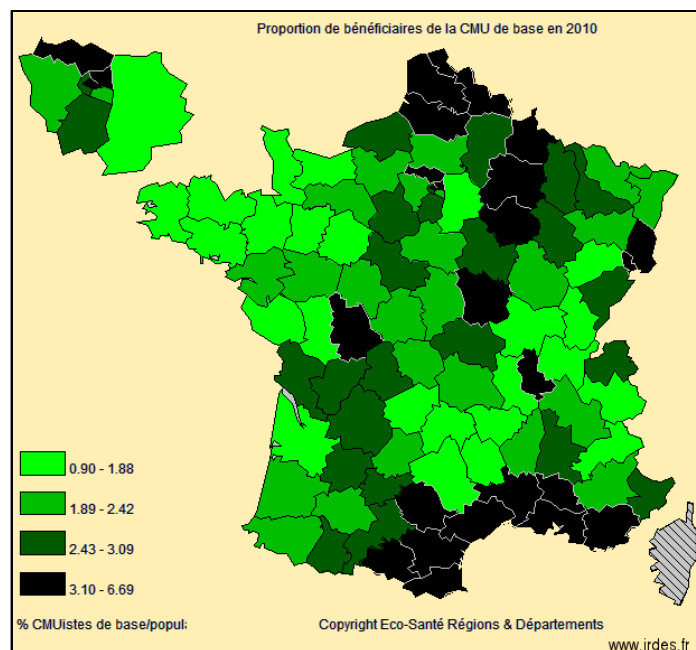
Annexe 11 : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en chirurgiens-dentistes libéraux en Languedoc-Roussillon (Source : ARS Languedoc-Roussillon, 2013)



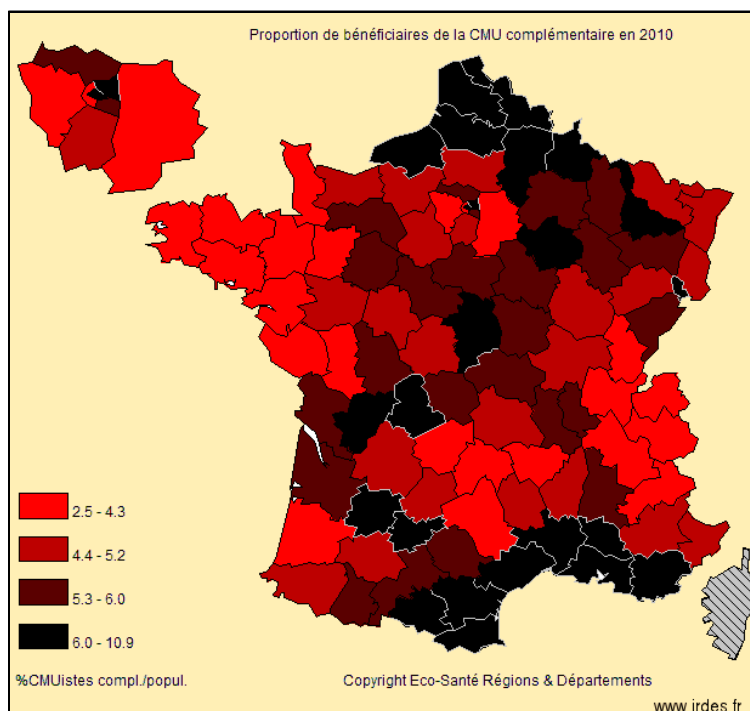
Annexe 12 : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en chirurgiens-dentistes libéraux en *Provence-Alpes-Côte d'Azur* (Source : ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2013)



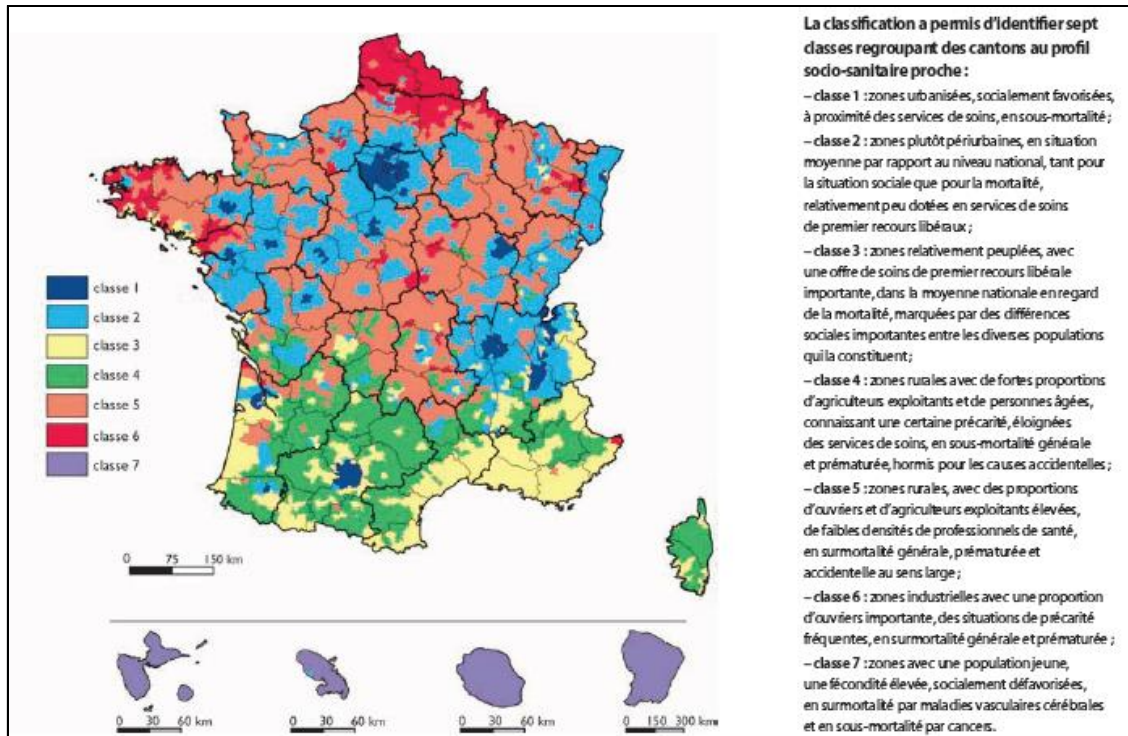
Annexe 13 : Proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2010 (Source : Irdes, 2010)



Annexe 14 : Proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2010 (Source : Irdes, 2010)



Annexe 15: La France en sept classes (Source : Trugeon et coll., 2011)



Annexe 16 : Démarche d'obtention d'un devis chez Medical Tours Company (74)

Vos chargées de suivi francophones sont à votre disposition, du lundi au vendredi entre 07h00 et 20h00 (appel gratuit depuis un fixe dans le cadre des offres ADSL classiques).

Medical Tours Company s'engage à protéger la confidentialité de vos données. Celles-ci ne seront jamais diffusées à des tiers.

Pour obtenir un devis, les étapes ci-dessous sont à suivre.

- 1. Enregistrement en ligne**
 - ✓ Compléter le formulaire à droite
- 2. Accompagnement personnalisé**
 - ✓ Dès votre enregistrement, une coordinatrice francophone vous sera attribuée et vous proposera de choisir un chirurgien-dentiste près de chez vous
 - ✓ Elle vous accompagnera pendant toutes vos démarches
 - ✓ Elle sera à votre écoute et répondra à toutes vos questions
 - ✓ Elle vous proposera des solutions adaptées à vos demandes et assurera un suivi personnalisé de votre dossier
 - ✓ Suite à votre enregistrement, vous serez contacté dans les plus brefs délais par votre coordinatrice.
- 3. Consultation préparatoire**
 - ✓ Afin d'établir un plan de traitement adapté à votre cas, vous aurez la possibilité d'effectuer une consultation chez le chirurgien-dentiste que vous aurez choisi, ou bien nous faire parvenir une radiographie panoramique et/ou un plan de traitement réalisé en France.
- 4. Devis**
 - ✓ Suite à cette consultation le devis préliminaire pourra être établi et vous sera communiqué

Nom: *

Prénom: *

Age: *

Pays: *

Téléphone: *

Email: *

Code Postal: *

Implant: * Choisir

Message: *

(*) Informations obligatoires

Ana-Maria POPESCU
0040 348 730 847

Mihaela TIBRIAN
0040 348 807 978

Iulia SANDA
0040 348 807 977

Simona TANASOIU
0040 348 433 854

Madalina Pauna
0040 348 730 846

Annexe 17 : Le suivi des patients soignés à l'étranger selon les chirurgiens-dentistes français
(Source : Fouche, 2012)

Assurez-vous ou assureriez-vous le suivi de patients ayant recouru à des soins à l'étranger?

63% répondent non, 34% oui, 3% ne se prononcent pas

Pourquoi ?

Réponses citées dans les 63% qui répondent ne pas assurer dans le présent ou le futur le suivi de ces patients :

« C'est tjrs pour extraire les piliers porteurs de granulomes apicaux , il est difficile d annoncer que le bridge complet est partiellement à extraire.....et je n aime pas me retrouver ds cette situation. » « Je n'assure pas le suivi de soins que je n'ai pas pratiqués ou de soins pratiqués par des praticiens avec lesquels je ne peux pas être en contact. » « Problèmes de responsabilité par rapport aux actes effectués, et ceux à venir. » « Le patient pourrait se retourner contre moi en cas de problème, et donc, rechercher le remboursement de l'ensemble des actes par mon assureur. » « Il doit être difficile de définir l'origine des problèmes si on touche à un travail plus ou moins récent, et surtout réalisé à l'étranger. » « Responsabilité s'il s'agit d'une retouche de prothèse amovible, ça peut aller, si problème sur implant ou sur une dent pilier de bridge non... » « Si des problèmes surviennent que ce soit suite à des soins réalisés dans un autre cabinet, ils seront repris (sans aucun problème) mais très souvent repris à zéro... pour des questions de responsabilités sur l'ensemble de la restauration que je ne souhaite pas assumer. » « Responsabilité. » « Seul le praticien qui a effectué le travail est responsable du suivi. Si échec il vaut mieux retourner voir le responsable. » « Responsabilité+++ » « Ce n'est pas logique. » « J'informe les patients avant. » « Parce que ma responsabilité professionnelle ne s'étend pas aux soins que je n'ai pas réalisés notamment en implantologie. » « En cas de problèmes j'explique au patient que la responsabilité du suivi thérapeutique incombe au seul praticien exécutant... je refuse de prendre le risque de voir ma responsabilité engagée dans ce cadre. » « Si je peux ne pas le faire oui à cause de la responsabilité. » « Chacun doit assumer ses responsabilités aussi bien les soignants que les soignés. » « Problème de responsabilité et de suivi d'un soin que je n'ai ni indiqué ni réalisé. » « Sauf pour reprendre à zéro, responsabilité, que faire en cas de complications à +/- long terme qui paie ? » « Question de responsabilité, sauf dans le cas de patients ayant séjourné longtemps à l'étranger pour raisons familiales ou professionnelles. »

Réponses citées dans les 34% ayant répondu assurer ce suivi :

« Cela n'influence aucunement mon approche du patient. » « Obligation de soin, je ne refuse pas de les soigner mais je refuse la responsabilité des conséquences. » « Ma voiture est fabriquée à l'étranger et le suivi est assuré en France. C'est idem avec les patients mais avec une nécessité 46 d'information et des précautions supplémentaires. » « Pour le seul bien du patient (je suis hostile au refus de soin) mais s'il s'agit de soins implantaires une lettre de décharge s'impose (pb d'assurance responsabilité civile). » « On ne peut pas refuser de soigner un patient que l'on soigne depuis des années sous prétexte qu'il est allé se faire soigner à l'étranger. » « Quand ils reviennent déçus de la prestation qu'ils ont eu et qu'ils sont prêts à y mettre le prix pour un service de qualité, je suis là. » « Tout le monde doit pouvoir accéder aux soins. » « Je ne me vois pas refuser de les recevoir même s'ils ont eu recours à des soins prothétiques à l'étranger... Surtout si ce sont des patients que j'ai l'habitude de suivre »

Annexe 18: Fiche de prescription et de traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure (98)

FICHE DE PRESCRIPTION ET DE TRAÇABILITÉ DE DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR MESURE N°																															
Identification du praticien											Identification du patient							Identification du laboratoire													
											Nom :																				
											N° de code patient :																				
											Date :																				
Cadre réservé au praticien																															
Description précise du (des) dispositif(s) médical (aux) sur mesure – Désignation des matériaux constitutifs (normes et références)														Numéro(s) d'identification du (des) dispositif(s) médical (aux) sur mesure										Informations spécifiques							
																								<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Praticien Instruction et différentes étapes d'élaboration														Laboratoire Travail effectué – Désignation des matériaux constitutifs (normes, références) – Numéros des lots des matériaux constitutifs - Commentaires																	
Date de mise en bouche : mise en service														Restrictions d'utilisation éventuelles du fournisseur des matériaux constitutifs																	
Cachet du praticien																															
Exemplaire destiné exclusivement au praticien																															

Annexe 19a : Version actuelle du passeport implantaire avec le volet chirurgical et le volet prothétique (Source : ONCD 111, 2012)

 Passeport Chirurgie implantaire	
Chirurgien-dentiste Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Téléphone _____ Mail _____	Préparation du site implantaire Greffe osseuse(s) <input type="checkbox"/> Autogène(s) Date _____ <input type="checkbox"/> Allogreffe(s) Date _____ <input type="checkbox"/> Xéno greffe(s) Fabricant/ Mandataire _____ N° de lot _____ <input type="checkbox"/> Hétéro greffe(s) Type matériau/ origine _____ Position <input type="checkbox"/> avec membrane <input type="checkbox"/> résorbable <input type="checkbox"/> non résorbable <input type="checkbox"/> sans membrane <input type="checkbox"/> PFP
Patient Nom _____ Prénom _____	Pose chirurgicale Implant(s) Pour immédiate (après extraction) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date _____ Dénomination _____ Fabricant / Mandataire _____ Téléphone _____ N° de lot _____ Position Longueur _____ Diamètre _____ Composition <input type="checkbox"/> Titane (préciser) <input type="checkbox"/> Autre
Observations 	Greffe osseuse(s) <input type="checkbox"/> Autogène(s) Date _____ <input type="checkbox"/> Allogreffe(s) Date _____ <input type="checkbox"/> Xéno greffe(s) Fabricant/ Mandataire _____ N° de lot _____ <input type="checkbox"/> Hétéro greffe(s) Type matériau/ origine _____ Position <input type="checkbox"/> avec membrane <input type="checkbox"/> résorbable <input type="checkbox"/> non résorbable <input type="checkbox"/> sans membrane <input type="checkbox"/> PFP
	Mise en charge <input type="checkbox"/> immédiate <input type="checkbox"/> différée Date mise en service /ortho-intégration _____ Date _____
	Pilier(s) transgingival(aux) Dénomination _____ Fabricant/ Mandataire _____ Téléphone _____ N° de lot _____ Composition <input type="checkbox"/> Titane (préciser) <input type="checkbox"/> Autre Date _____

Annexe 19b : Version actuelle du passeport implantaire avec le volet chirurgical et le volet prothétique (Source : ONCD 111, 2012)

 <p>ONCD Ordre National des Chirurgiens-Dentistes</p> <p>Passeport Prothèse supra implantaire</p>	
<p>Chirurgien-dentiste</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>Mail _____</p>	<p>Pilier(s) prothétique(s)</p> <p>Mise en charge <input type="checkbox"/> immédiate <input type="checkbox"/> différée</p> <p>Date mise en service / date d'intégration _____</p> <p>Date _____</p>
<p>Patient</p> <p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p>	<p>Pilier(s) prothétique(s)</p> <p>Position implant(s) _____</p> <p>Dénomination _____</p> <p>Fabricant / Mandataire _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>N° de lot _____</p> <p>Composition <input type="checkbox"/> Titane <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____</p> <p>Date _____</p>
<p>Observations</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	<p>Couple(s) de serrage</p> <p>Date _____</p>
	<p>Prothèse(s) supra-implantaire(s)</p> <p>Prothèse(s) fixée(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Scellée(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Trans-visée(s)</p> <p>Position implant(s) _____</p> <p>Date _____</p> <p><input type="checkbox"/> Scellée(s) <input type="checkbox"/> provisoire <input type="checkbox"/> permanent</p> <p>Ciment</p> <p>Dénomination _____</p> <p>Fabricant / Mandataire _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>N° de lot _____</p> <p><input type="checkbox"/> Labortaire</p> <p><input type="checkbox"/> monobloc</p> <p><input type="checkbox"/> usiné</p> <p><input type="checkbox"/> Assistée (par ordinateur) (Type fournisseur) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Couple(s) serrage _____</p>
	<p>Matériaux</p> <p><input type="checkbox"/> métal</p> <p><input type="checkbox"/> alliage (type) _____</p> <p><input type="checkbox"/> zircone</p> <p>Dénomination _____</p> <p>Fabricant / Mandataire _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>N° de lot _____</p> <p>Date _____</p>
	<p>Connexion(s)</p> <p>Dent(s) naturel(s) _____</p> <p>Date _____</p>
	<p>Prothèse(s) adjointe(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Barre de connexion</p> <p><input type="checkbox"/> Attachement(s)</p> <p>Fabricant / Mandataire _____</p> <p>Dénomination _____</p> <p>Date _____</p>

Cahier Local 04 **CHALON** LE JOURNAL DE SAÔNE-ET-LOIRE Mercredi 19 juin 2013

SANTÉ. Un centre dentaire Dentexia vient de s'installer à Chalon.

280 m² pour les dents

Un centre dentaire vient de s'installer à Chalon dans le medic center. Un nouveau lieu qui cherche à optimiser les coûts.

Nous ne sommes pas low-cost. Il y a un côté péjoratif et nous ne faisons pas d'économie sur la qualité. Nous ne faisons pas venir les couronnes d'ailleurs, nous les fabriquons sur place. » Dominique Goedert, adjoint de direction et responsable du développement, cherche à mettre les choses au clair tout de suite face aux critiques que Dentexia peut recevoir à travers la presse.

À Chalon, l'entreprise, fondée par Nicolas Aïmar et Pascal Steichen, vient d'ouvrir son 8^e centre dentaire en France la semaine dernière.

Un traitement global
Pourtant, c'est bien le coût



Dentexia s'est installé au Medic center en face de l'hôpital. Photo G.J.

des soins qui est mis en avant par Dentexia. « Nous sommes moins chers que certains libéraux et cela s'explique par notre organisation dans le travail. Nous cherchons à optimiser notre organisation en faisant notamment du traitement d'actes », précise-t-il. Le traite-

ment d'actes, ce sont des séances plus longues qui évitent la multiplication de rendez-vous, les soins sur un même secteur de bouche et une prise en charge des pathologies avant qu'elles ne se développent trop. « Nous commençons toujours par faire une radio panorami-

que. Cela nous permet de voir l'état de la bouche de nos patients », poursuit-il. La prise en charge se fait selon un protocole précis que tous les dentistes ont appris.

Une autre organisation
Pour l'instant, un seul den-

« Nous commençons par faire une radio panoramique. Cela permet de voir l'état de la bouche de nos patients. »

Dominique Goedert, adjoint de direction

tiste pratique dans le centre. À terme, ils seront trois dit omni praticien et un dentiste implantologue. « Chacun a une assistante dentaire qui reste auprès du patient et une assistante administrative », décrit-il. Question personnel, il faut ajouter un prothésiste. Le centre aura également une salle de chirurgie et la stérilisation est assurée sur place. Soit en tout, une quinzaine de personnes dans le centre.

GREGORY JACOB

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Versements nets des ménages pour des soins dentaires, 2011	24
Figure 2 : Probabilité d’une consultation de dentiste au cours des 12 derniers mois, par niveau de revenu, 16 pays de l’OCDE, 2009 (ou année la plus proche)	25
Figure 3 : Réponses à la question posée : « Comment jugez-vous l’organisation de votre système de santé : mauvais, moyenne, bonne, très bonne ou excellente ? »	26
Figure 4 : Question posée : « Selon vous, le système de santé actuel garantit-il l’égalité d’accès aux soins médicaux pour tous les citoyens ? »	27
Figure 5 : Besoins insatisfaits de soins dentaires, par quintile de revenu, pays européens en 2011	30
Figure 6: Devis conventionnel unique	32
Figure 7 : Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1 ^{er} janvier 2013	33
Figure 8 : Progression comparée des effectifs des quatre professions médicales	34
Figure 9 : Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013	35
Figure 10: Évolution du numerus clausus des études en odontologie depuis 1971	36
Figure 11: Situation des régions en fonction de la densité de praticiens et de leur niveau d’activité conventionnelle	37
Figure 12: Nombre d’actes remboursés par an et par habitant	37
Figure 13 : Région de formation par rapport à la région d’exercice en fonction de l’âge	38
Figure 14: Évolution du tourisme médical au cours des âges	45
Figure 15 : Les flux de patients liés au tourisme médical	47
Figure 16 : Une offre médicale sophistiquée, des pays spécialisés	50
Figure 17 : Chiffre d’affaire engendré par les patients étrangers en Hongrie	56
Figure 18: Les destinations du tourisme dentaire en Europe en 2007	57
Figure 19 : Provenance des patients européens participant au tourisme dentaire en Europe en 2010	57
Figure 20 : La carte européenne d'Assurance maladie (CEAM).....	62
Figure 21: Seize centres dentaires low-cost installés en France au 1 ^{er} juillet 2013	68
Figure 22 : Média et désinformation sur les honoraires des chirurgiens-dentistes	79
Figure 23 : Centre dentaire low-cost Dentexia	87
Figure 24 : Centre dentaire low-cost Dentalvie	88
Figure 25 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires	93
Figure 26 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires dans divers pays	93
Figure 27 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires	94
Figure 28 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires	94
Figure 29 : Encart publicitaire pour des prestations de soins dentaires	95
Figure 30 : Salle de soins d’un centre esthétique dentaire situé au Maroc	103
Figure 31 : Vue extérieure d’un centre esthétique dentaire situé au Maroc	104
Figure 32 : Salle d’attente et salle de soins de la clinique dentaire Helvetic Clinics Budapest située.....	104
Figure 33 : Le montage juridique des centres dentaires low-cost « Dentexia » : des sociétés autour d’une association 1901	111
Figure 34 : Radiographie panoramique dentaire post-interventionnel	131
Figure 35: Un cas de prothèse conjointe mal réalisé qui rend difficile l’hygiène bucco-dentaire	131
Figure 36 : Mise en évidence du nombre d’implants en bouche supports de prothèses et des images radioclares autour des implants (résorptions osseuses) à l’aide d’une radiographie panoramique dentaire	132

Figure 37 : Implants, prothèses maxillaire et mandibulaire après déposes sous anesthésie générale	132
Figure 38a : Mise en évidence des implants maxillaires et mandibulaires à l'aide d'une radiographie panoramique dentaire	133
Figure 39 : Page relative aux urgences du site internet du centre de soins dentaires de Moulin géré par l'association Addentis à Bondy	136
Figure 40 : Page relative aux urgences du site principal de l'association Dentexia	136
Figure 41 : Page relative aux urgences du site internet du centre de soins dentaires de Chalon-sur-Saône géré par l'association Dentexia	137
Figure 42 : Page relative à la prise de rendez-vous du site internet d'un des centres de santé de l'association Cosem située au 15 Rue de l'Atlas à Paris	137
Figure 43 : Page relative aux urgences du site du centre de soins dentaires géré par l'association Dentalvie	138
Figure 44 : Organisation du voyage médico-touristique chez Medical Tours Company	166
Figure 45 Exemples d'informations figurant sur le site internet de Dentexia pouvant s'assimiler à de la publicité	185
Figure 46 : Exemples d'informations figurant sur le site internet de Dentalvie similaires à celles retrouvées sur le site de Dentexia	185

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de dossiers et montant total des soins effectués chez des patients français dans les pays hors Union européenne.	52
Tableau 2 : Nombre de dossiers et montant total des soins effectués chez des patients français dans les pays de l'Union européenne	52
Tableau 3 : Classement des pays par nombre de dossiers, par montant moyen perçu par dossier et par montant total perçu pour l'ensemble des dossiers.	53
Tableau 4 : Répartition géographique des centres dentaires low-cost en France en 2013 suivants 6 paramètres	70
Tableau 5 : Exemples de supports promotionnels (tout média confondu) aux nouvelles pratiques dentaires.....	96
Tableau 6 : Grille comparative proposée par Oodys, organisateur de séjours de soins dentaires	98

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
1 Le contexte : pourquoi l'odontologie est sensible à ces deux phénomènes en France ?.....	6
1.1 La demande esthétique	6
1.2 Le contexte économique.....	11
1.2.1 La conjoncture économique actuelle	11
1.2.2 Conséquences de la crise	13
1.2.3 Crise économique et santé	13
1.3 La santé dans la mondialisation.....	15
1.4 Evolution du mode de vie	16
1.5 Le système de santé.....	20
1.5.1 Les différents systèmes de protection sociale.....	20
1.5.2 Le système social français	23
1.5.3 La pénurie de professionnels de santé et la désertification	33
1.5.4 Les Critères sociaux.....	39
1.5.5 Évolution des besoins de santé	41
2 Réalité de pratiques controversées	43
2.1 Définition du tourisme médical.....	43
2.2 Histoire des tourisms médical et dentaire	44
2.3 Généralités.....	45
2.4 Les différents types de tourisme de santé.....	48
2.5 Quelques chiffres concernant le tourisme médical et dentaire	49
2.6 Les pays destinataires du tourisme dentaire.....	55
2.6.1 La Hongrie, eldorado de la dentisterie.....	55
2.6.2 Les autres pays	56
2.7 Le remboursement intracommunautaire et dans les pays hors de l'UE	57
2.7.1 Hors espace économique européen.....	58
2.7.2 Pour les soins reçus dans un état de l'UE-EEE et en Suisse, la réglementation diffère.....	58
2.7.3 Prise en charge et remboursement des soins inopinés lors de séjour touristique.....	59
2.7.4 La prise en charge et remboursement des soins programmés	59
2.7.5 Que dit la directive européenne sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers?	60
2.7.6 Cheminement pour un patient en quête de soins dentaires dans un autre pays membre.....	61
2.8 Définition et origine du low-cost	63
2.9 Santé et low-cost.....	66

2.10	Odontologie et low-cost	67
3	Les facteurs influençant la nouvelle démarche de soins du patient	74
3.1	Le facteur financier.....	74
3.2	Rapidité des soins.....	75
3.3	Mécontentement des filières traditionnelles et mauvaise image de la profession.....	78
3.4	Une relation de service.....	81
3.5	Alternative au tourisme dentaire.....	83
4	Comment le message est-il véhiculé ? Comment sont recrutés les patients ?	85
4.1	La santé « un bien de consommation »?.....	85
4.2	Stratégies marketing et réduction des risques et des craintes perçus par les patients.....	85
4.3	L'environnement de soins	87
4.4	Tourisme dentaire et intermédiaire.....	88
4.5	Les divers supports d'informations.....	89
4.5.1	Internet	89
4.5.2	Reportages télévisés	91
4.5.3	Les autres médias.....	92
4.5.4	Les sites prestataires de soins dentaires	96
4.6	Le message véhiculé par les acteurs de ces nouvelles pratiques.....	97
4.6.1	Les prix attractifs.....	97
4.6.2	La question du choix.....	99
4.6.3	Une offre de soins de confiance.....	99
5	La Forme d'exercice	102
5.1	Les cabinets dentaires à l'étranger	102
5.1.1	Le medical planner	102
5.1.2	Les cliniques dentaires.....	103
5.1.3	Le personnel	105
5.1.4	Les chirurgiens-dentistes.....	105
5.1.5	L'équipe dentaire.....	106
5.1.6	Les autres membres.....	106
5.2	Les cabinets low-cost.....	107
5.2.1	Le statut	107
5.2.2	Conditions d'ouverture d'un centre de santé	108
5.2.3	Montage juridique des centres dentaires dits « low-cost ».....	109
5.2.4	Parcours d'un créateur du concept dans le secteur dentaire en France	111
5.2.5	Conditions d'interventions de l'ARS.....	112
5.2.6	Parallèle entre les bases d'un produit low-cost lambda et la santé.....	112
5.2.7	Le fonctionnement d'un cabinet low-cost	114
5.2.8	Le public visé.....	117
5.3	Pourquoi une telle différence de prix ?	119
5.3.1	Pourquoi une telle différence dans les cliniques étrangères ?	119

5.3.2	Pourquoi une telle différence de prix dans les cliniques low-cost ?	120
6	Les limites de ces pratiques	123
6.1	La déontologie de l'exercice de la médecine bucco-dentaire en France	123
6.1.1	L'exécution des soins	123
6.1.2	La relation entre chirurgien-dentiste et patient	149
6.1.3	Les responsabilités des chirurgiens-dentistes en France	158
6.2	Les contrôles par les autorités de santé	179
6.2.1	Le low-cost	179
6.2.2	Le tourisme dentaire	181
6.3	La publicité et sa réglementation	181
6.3.1	Le tourisme dentaire et les intermédiaires	182
6.3.2	Réglementation inégale en terme de publicité entre les pays de l'UE	183
6.3.3	Les centres dentaires low-cost en France	183
6.3.4	Les poursuites judiciaires	188
7	Discussion : des solutions ?	191
7.1	Encadrer les centres de soins dentaires low-cost basés en France	191
7.2	Améliorer la pratique libérale de la profession	191
7.3	Mesures pour cadrer le tourisme dentaire	193
7.4	Avenir et impact de l'offre de santé low-cost local et étrangère dans les pays industrialisés	198
7.5	Evolution : chiffres et prévisions	199
	CONCLUSION	200
	BIBLIOGRAPHIE	201
	EMISSIONS TELEVISEES	212
	SITOGRAFIE	213
	ANNEXES	224
	LISTE DES FIGURES	241
	LISTE DES TABLEAUX	243
	TABLE DES MATIÈRES	244

ASSILI Sonia – Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost

Nancy : 2014 - 246 pages - 46 figures -6 tableaux - 20 annexes

Th. Chir.-Dent. : Université Lorraine : 2014

Mots-clés : Tourisme dentaire, centres dentaires low-cost, marketing, médiatisation, crise économique, système de santé, accès aux soins, éthique, santé publique.

Résumé : Dans de nombreux pays développés, les patients cherchent des alternatives aux soins dentaires devenus difficiles d'accès pour de multiples raisons. Parallèlement, la mondialisation n'épargne aucun secteur, si bien que nous assistons à la commercialisation de la santé. Le patient tend à devenir un consommateur de soins et le praticien un délivreur de soins. L'offre de soins à l'étranger et aujourd'hui dans des centres dentaires dits « low-cost » apparaissent comme une opportunité pour certains patients. Ils s'inscrivent dans le contexte actuel de déficit de la Sécurité Sociale, de réorganisation des systèmes de santé publique et privée, d'évolution des mœurs et de vieillissement de la population sur fond de crise économique, dans de nombreux pays industrialisés. Un défi est donc à relever en France : améliorer le rapport qualité/prix des soins dans tomber dans la dérive d'une dentisterie à deux vitesses. Notre travail a pour ambition d'explorer le contexte dans lequel sont nées les deux offres de soins que sont le tourisme dentaire et l'exercice dit « low-cost », leur fonctionnement, les motivations des patients ainsi que les limites découlant de ces pratiques particulièrement les questions juridique, d'éthique et de santé publique.

ASSILI Sonia – Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost

Th : Chir-Dent : Nancy : 2014

Examineurs de la Thèse :

Pr. C. STRAZIELLE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLEMENT</u>	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. V. MOBY	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. E. MORTIER	Maître de Conférences des Universités	Juge

Adresse de l'auteur :

ASSILI Sonia
29, rue d'Alsace
54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY

Jury : Président : J-M. MARTRETTE – Professeur des Universités
Juges : C.CLEMENT – Maître de Conférences des Universités
V.MOBY – Maître de Conférences des Universités
E.MORTIER – Maître de Conférences des Universités

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle ASSILI Sonia**

né(e) à: **CASABLANCA (Maroc)**

le **21 août 1987**

et ayant pour titre : « **Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost** ».

Le Président du jury



J.M. MARTRETTE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 6580.

NANCY, le - 9 JUIL. 2014

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT

