

**SFSCMFCO**

# **QUEL AVENIR POUR LA SPÉCIALITÉ MAXILLO-FACIALE EN FRANCE ?**

**FRÉDÉRIC BIZARD**  
ÉCONOMISTE

---

FÉVRIER 2022

« Seuls ceux qui ont la mémoire longue sont capables de penser l'avenir »

F Nietzsche

## Table des matières

<b>Synthèse</b> .....	<b>3</b>
<b>Partie I</b> .....	<b>6</b>
<b>Quel modèle de santé d'ici à 2030 ?</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1. Les 4 crises du modèle actuel</b> .....	<b>8</b>
1.1.1. Une crise d'efficacité .....	8
1.1.2. Une crise financière.....	9
1.1.3. Une crise de gouvernance .....	10
1.1.4. Une crise de confiance .....	11
<b>1.2. Un nouvel environnement depuis les années 2000 : La triple transition</b> .....	<b>12</b>
1.2.1. La transition démographique.....	12
1.2.2. La transition épidémiologique.....	14
1.2.3. La transition technologique.....	15
<b>1.3. Les contours du nouveau modèle</b> .....	<b>17</b>
1.3.1. Une nouvelle approche de la santé.....	17
1.3.2. Une nouvelle stratégie de gestion du risque.....	17
1.3.3. Une restructuration de la gouvernance, de l'organisation des soins et du financement .....	18
<b>Partie II</b> .....	<b>20</b>
<b>Les 5 défis de la spécialité maxillo-faciale</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1. Le défi identitaire</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2. Le défi des champs de compétences</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3. Le défi démographique</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4. Le défi du modèle économique</b> .....	<b>33</b>
2.4.1. Le contre-modèle médico-économique dentaire .....	33
2.4.2. Les failles du modèle économique maxillo-facial .....	37
<b>2.5. Le défi des modes d'exercice</b> .....	<b>40</b>
2.5.1. Mode d'exercice et lieu d'exercice .....	40
2.5.2. L'avenir du secteur 2 en suspens .....	42
<b>Partie III</b> .....	<b>44</b>
<b>4 recommandations pour construire un avenir solide pour la spécialité maxillo- faciale</b> .....	<b>44</b>
<b>3.1. Reconstruire une identité maxillo-faciale forte dans la médecine du XXIème siècle</b> .....	<b>45</b>
<b>3.2. Bâtir en modèle économique vertueux et durable pour la CMF</b> .....	<b>50</b>
3.2.1. Le futur système de santé : un seul financeur solidaire par prestation de santé....	51
3.2.2. Un système de régulation de la pertinence des actes par les pairs .....	54
3.2.3. Une revalorisation adaptée des actes courants .....	59
<b>3.3. Expérimenter un nouveau type de cabinet chirurgical plus efficient</b> .....	<b>62</b>
<b>3.4. Bâtir un nouveau modèle économique dentaire fondé sur la prévention primaire</b> .....	<b>68</b>
3.4.1. Instaurer un programme et un mode de paiement dédiés à la prévention primaire .....	68
3.4.2. Réévaluer les soins conservateurs et endodontiques.....	73
3.4.3. Un personnel dédié à cette prévention primaire : l'assistant dentaire qualifié de niveau 2 .....	74

## Synthèse

Notre système de santé traverse une crise profonde et multiforme. On constate une crise d'efficacité, financière, de gouvernance et de confiance. La France dispose d'atouts de grande valeur en santé, dont la qualité de ses professionnels de santé, son potentiel technologique et d'investissement.

Cette crise n'est donc pas une crise de ressources mais **d'inadaptation du modèle** à son environnement. Depuis 2000, on assiste à un changement radical de ce dernier lié à **une triple transition démographique, épidémiologique et technologique.**

Il est donc nécessaire d'instaurer **un nouveau modèle de santé** adapté à ce nouvel environnement. Ce nouveau modèle incarnera **une nouvelle approche** de la santé qui sera considérée comme une source de création de richesse, de réduction des inégalités sociales, de bien-être social et de rayonnement pour la France à l'étranger.

Il représentera une nouvelle stratégie de gestion du risque santé qui reposera **sur 3 processus** : du soin à la santé publique (santé globale), de l'offre à la demande (besoins de santé) et de la démocratisation de la santé. C'est en perspective de ce nouveau modèle que l'avenir de la spécialité de CMF doit être envisagé.

### **Les 5 défis de la spécialité maxillo-faciale**

Le premier défi est identitaire, du fait d'une évolution progressive **de la spécialité au cours du temps**. D'abord une discipline d'origine médicale, avec un lien avec la dentisterie, la spécialité a connu un virage chirurgical au moment des grandes guerres mondiales. Les années 80 ont marqué une dissociation entre une pratique chirurgicale plutôt complexe, dite maxillo-faciale et une pratique médico-chirurgicale courante dite stomatologique.

Puis est venu l'abandon de la stomatologie au profit de la chirurgie orale avec un DES commun à la filière médicale et odontologique. La faille originelle de cette filière a généré une confusion à ce niveau de la filière, à laquelle s'ajoute une non reconnaissance européenne du diplôme maxillo-facial.

Le deuxième défi tient **aux champs de compétences**, ces dernières étant comparables à des poupées russes entre la chirurgie orale (CO), la stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale (CMF). Pour chaque cercle concentrique, il existe un sujet d'empiètement de l'activité par d'autres spécialités. La montée en compétence des chirurgiens-dentistes est un sujet sur les actes courants. Elle pose une vraie menace pour le futur du fait de leur démographie massive. D'autres spécialités médico-chirurgicales comme l'ORL avec la compétence cervico-faciale viennent questionner la spécificité de la CMF. Il n'y a pourtant pas de fatalité à cette évolution.

La disparition de la stomatologie a été le miroir d'une baisse de **la démographie**, qui fait de la CMF une spécialité assiégée par d'autres spécialités beaucoup plus nombreuses. C'est en particulier le cas des chirurgiens-dentistes qui sont 42 031 en

2011 (en hausse de 5% en 10 ans), soit près de 40 fois plus nombreux que les médecins CMF dans leur ensemble. Ce défi démographique est une donnée à intégrer dans la réflexion prospective de la profession, elle n'est pas un problème en soi mais impose de faire des choix clairs pour l'avenir. Toute erreur stratégique peut poser une question existentielle à moyen terme de la spécialité.

Le quatrième défi est **économique** avec un modèle défaillant en CMF, qui s'ajoute au **contre-modèle économique en dentaire**. La spécialité se caractérise par un manque de reconnaissance de la valeur financière et économique des actes d'une part et par un déficit d'intégration d'une partie d'entre eux dans les nomenclatures à la base d'une prise en charge solidaire d'autre part.

Cette situation est préjudiciable pour la viabilité économique de l'activité libérale dans le temps, qui doit aujourd'hui prendre en compte une part significative d'actes hors nomenclature pour survivre. Cette situation s'ajoute à un modèle économique dentaire dont la logique financière est contradictoire avec la logique de santé publique.

Le dernier défi est celui des modes d'exercice puisque plus de 80% des CMF sont en exercice libéral dont nous venons de voir que le modèle économique est menacé à terme. L'encadrement de la liberté des honoraires depuis 2013, à laquelle vient de s'ajouter une forte restriction de l'accès au secteur 2 pour les jeunes médecins pose un voile sombre sur l'avenir de cet exercice dans la spécialité si rien ne change.

#### **Quatre recommandations stratégiques pour bâtir un avenir solide à la spécialité**

La première recommandation vise à répondre à reconstruire **une identité forte de la spécialité** dans la médecine française. Le bilan des dix ans d'expérience de la CO est globalement négatif. L'abandon partiel de la compétence dentaire par une partie de la spécialité se révèle préjudiciable. Nous recommandons de refondre les conditions d'accès à la CMF et à la CO afin **de retrouver l'ADN originel de la spécialité** et rebâtir une identité forte et reconnue internationalement. Il y a deux voies pour cela, la seconde faisant suite à un éventuel échec de la première.

La première option revient à réintégrer les UFR d'odontologie dans les UFR de médecine. C'est une voie de sortie par le haut pour tous les intervenants des organes du visage. Elle ne fait pas des chirurgiens-dentistes des auxiliaires de soins de la chirurgie maxillo-faciale et elle apporte une reconnaissance européenne au diplôme français de chirurgie maxillo-faciale du fait de **la double compétence médicale et dentaire**.

En cas d'échec de la proposition, la communauté maxillo-faciale pourrait se désengager totalement de la formation des chirurgiens-dentistes à la CO, ce qui mettra fin à cette dernière. Il faudrait alors redéfinir le DES de CMF en le rapprochant **de l'intitulé européen oral and maxillo-facial surgery (OMFS)**. La composante dentaire dans ce DES serait renforcée. Cette deuxième option permettrait aussi d'atteindre un objectif important qu'est la reconnaissance internationale du diplôme français de CMF.

La deuxième recommandation consiste en la construction d'un **modèle économique vertueux et durable pour la CMF**. Pour cela, la CMF est à considérer comme une spécialité essentielle de santé publique, qui vise à prévenir, diagnostiquer et soigner tout type de pathologie de la face et du cou accessible à tout citoyen.

Pour cela, l'exclusion d'une partie des actes du champ du financement solidaire n'est pas une option souhaitable dans la réflexion du futur modèle. Il faut que chaque citoyen ait accès à la spécialité sans obstacle financier engendrant un renoncement aux soins, comme pour l'ensemble des actes essentiels à la santé publique.

Le futur modèle économique de la spécialité doit aussi être cohérent avec l'évolution de l'identité et de la formation initiale envisagée dans nos recommandations. Ainsi, il doit permettre aux chirurgiens maxillo-faciaux de couvrir l'ensemble des actes des matriochkas, des plus courants aux plus complexes.

Le nouveau modèle économique pose plusieurs conditions pour sa mise en place effective. La première est systémique et passe par une refonte de l'architecture de financement dont la maturité politique est assez avancée, comme le débat sur la grande Sécu le démontre. Le nouveau système doit s'appuyer sur le principe d'un seul financeur assurantiel par acte, la sécurité sociale dans le cas de la CMF. Cela implique une revalorisation des tarifs sécu reflétant la réelle valeur des actes (coût de la pratique et coûts de la vie) et la gestion dynamique des prestations remboursées.

Une autre condition est l'amélioration de la pertinence des actes pour laquelle les CNP vont prendre une place prépondérante. Les enjeux économiques de cette régulation de la pertinence étant très élevés, la CMF a tout intérêt à être une locomotive dans cette évolution inéluctable de notre système de santé.

Notre troisième recommandation est **d'expérimenter un nouveau lieu d'exercice de la CMF qui réponde à deux objectifs** : optimiser la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients en CMF ambulatoire et baisser les coûts de production hors rémunération des soignants afin de mieux rémunérer les soignants.

Une modélisation de la hausse des tarifs CCAM des actes courants à un niveau suffisant pour permettre une rentabilité suffisante du cabinet médical est d'autant plus possible qu'elle est accompagnée d'une baisse du GHS de l'acte en hospitalisation. Pour rendre cela possible, il faut imaginer à moyen terme une évolution des lieux d'exercice vers des lieux de type office surgery. Ce raisonnement économique a déjà été appliqué avec succès pour l'extraction de 4 dents de sagesse, son extension nécessite de réfléchir à la transformation du lieu d'exercice.

Enfin, l'instauration d'un modèle économique vertueux et durable en CMF implique de **faire évoluer celui du dentaire vers un modèle assis sur la prévention**. Nous préconisons un programme de prévention primaire individuel et collectif, inspiré du modèle allemand. Ce nouveau modèle inclura une revalorisation significative des soins conservateurs et endodontiques tout en maîtrisant la dépense globale. La généralisation de l'assistant dentaire de niveau 2 accompagnera cette évolution.

## Partie I

### Quel modèle de santé d'ici à 2030 ?

La réflexion sur l'avenir de la spécialité maxillo-faciale exige de savoir dans quel système de santé la spécialité évoluera demain. Nous allons donc d'abord définir les contours du nouveau modèle avant d'analyser spécifiquement le devenir de la spécialité.

Il est commun de parler de notre système de santé comme d'un système à bout de souffle, en fin de cycle... pour parler de la crise actuelle. Face à une abondance de moyens humains, technologiques et financiers, la crise généralisée à tous les secteurs du soin (ville, hôpital médico-social) est un énorme gâchis.

L'hôpital connaît une crise existentielle, caractérisée par des tensions sociales au paroxysme et un vrai problème d'attractivité. Les soins de ville souffrent d'une désertification médicale inédite, liée à un secteur libéral qui a été affaibli sans alternative viable ou supérieure en service rendu en ville. Le secteur médico-social n'a pas été structuré à la hauteur des besoins et des enjeux.

L'industrie pharmaceutique française a largement perdu de sa compétitivité, les patients ont même des difficultés à obtenir les médicaments courants en pharmacie du fait de pénuries des stocks. Le temps d'accès au marché pour les innovations thérapeutiques est significativement plus long que dans des pays comparables, tels que l'Allemagne.

La compréhension de la crise actuelle n'est pas un acte de contrition ou un excès de pessimisme, **c'est un passage obligé pour reconstruire un système performant et répondre à la triple transition de l'environnement.**

La crise actuelle est avant tout une crise liée à **l'inadaptation d'un modèle de santé** conçue dans un monde qui s'est profondément transformé et qui nécessite une autre approche stratégique, médicale et économique. La crise de notre système de santé est **multiforme.**

D'abord, Nous allons analyser les composantes de cette crise multidimensionnelle pour tenter de mieux la comprendre. Ensuite, nous étudierons les changements structurels de l'environnement qui ont conduit à cet état de crise. Enfin, nous donnerons les contours du nouveau modèle de santé à instaurer en France pour répondre aux principaux défis contemporains et ajuster le modèle au nouvel environnement.

## 1.1. Les 4 crises du modèle actuel

### 1.1.1. Une crise d'efficacité

Un système de santé a vocation à optimiser l'état de santé de l'ensemble de la population, en réduisant les inégalités sociales, en maximisant la satisfaction globale des citoyens tout en maîtrisant le niveau des dépenses.

Avec un niveau de dépenses en santé de 11,3% du PIB contre 9,9% pour la moyenne des pays de l'UE 28 en 2018, la France dispose d'un haut niveau de dépenses. Cependant, nous verrons que la question n'est pas que la France dépense trop mais mal, avec une mauvaise allocation des ressources.

Ainsi, malgré ce niveau de dépenses, la France n'a pas réduit les inégalités de santé depuis 30 ans, dispose d'une mortalité prématurée parmi les plus élevées d'Europe et a vu l'espérance de vie sans incapacité des hommes stagnée depuis 10 ans.

C'est une crise d'efficacité si on en juge par l'évolution des inégalités sociales de santé et de l'espérance de vie en bonne santé. Malgré tous les progrès médicaux, notre pays n'a pas réussi à réduire les inégalités de santé entre les classes sociales et entre les territoires.

Pour les hommes encore aujourd'hui, **treize années d'espérance de vie séparent les 5 % les plus riches des 5 % les plus pauvres**. En 1980, l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier était de 6 ans, il est de 6,3 ans en 2018.

**Tableau 1 : Ecart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier depuis 1980.**

Espérance de vie des hommes à l'âge de 35 ans selon la catégorie sociale					
Unité : années					
	Hommes 1976-1984	Hommes 1983-1991	Hommes 1991-1999	Hommes 2000-2008	Hommes 2009-2013
Cadres sup.	41,7	43,7	45,8	47,2	49
Prof. interm.	40,5	41,6	43	45,1	46,7
Agric.	40,3	41,7	43,6	44,6	46,2
Artis., commer. et chefs d'entrep.	39,6	41	43,1	44,8	46
Employés	37,2	38,6	40,1	42,3	44,9
Ouvriers	35,7	37,3	38,8	40,9	42,6
Inactifs	27,7	27,5	28,4	30,4	33,1
Ensemble	37,8	39,2	40,8	42,8	44,5
Ecart entre cadres sup. et ouvriers	6	6,4	7	6,3	6,4

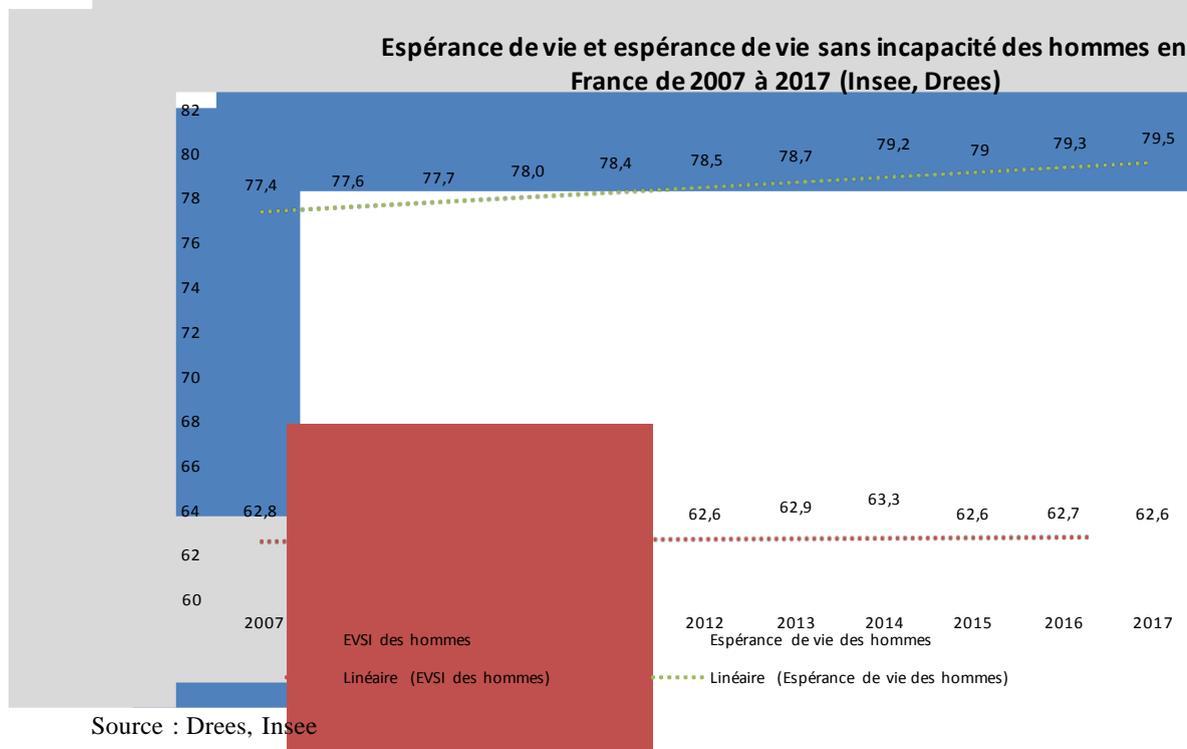
Lecture : compte tenu des niveaux de mortalité mesurés entre 2009 et 2013, un homme cadre de 35 ans pouvait espérer vivre en moyenne encore 49 années, soit jusqu'à 84 ans au total.

Source : Insee - © Observatoire des inégalités

Ces inégalités sont largement dues aux déterminants non médicaux de santé (comportements individuels, revenus, environnement) dont notre système de soins (et

non de santé) ne tient quasiment pas compte. Chez les hommes également en France, **les gains d'espérance de vie depuis dix ans sont entièrement des gains de vie avec incapacité.**

**Graphe 1 : Espérance de vie sans incapacité des hommes en France**



### 1.1.2. Une crise financière

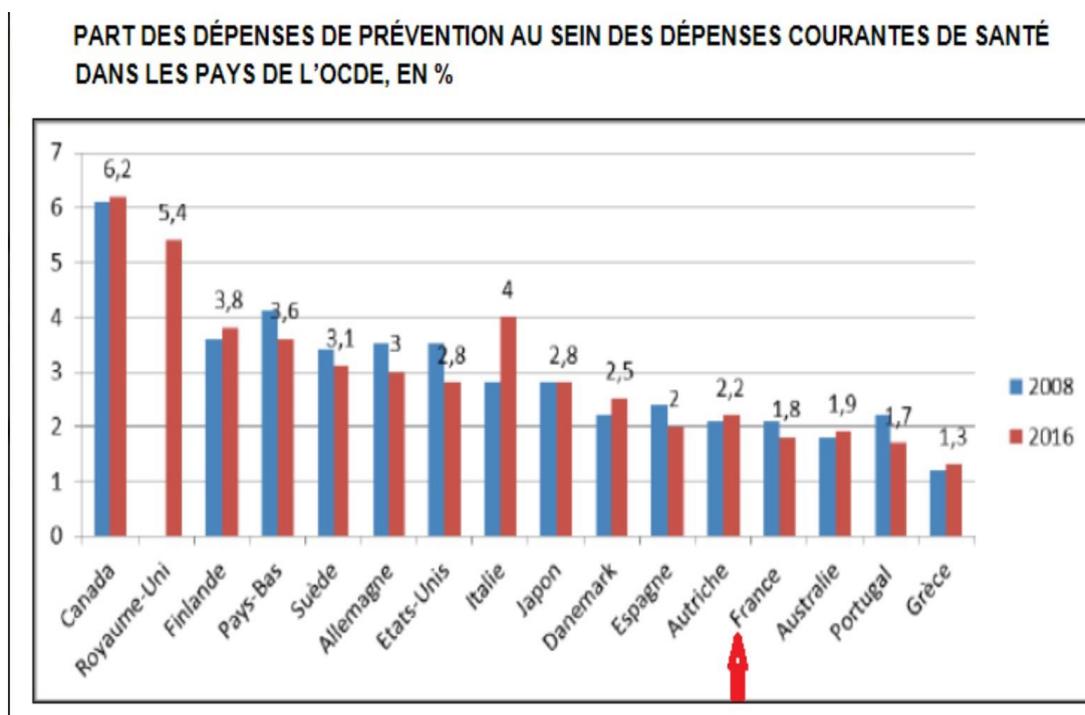
C'est une crise de nature économique si on en juge par le déficit chronique de l'assurance maladie depuis 30 ans et par la mauvaise allocation des ressources malgré une dépense globale plus élevée de 1,4 point de PIB que la moyenne des pays développés.

La France sous-investit dans la prévention et l'action sur les déterminants de santé (1,8% des dépenses totales de santé), sous-investit dans les soins ambulatoires et les innovations technologiques en santé (2% dans les NTIC des dépenses de l'hôpital au lieu des 5% recommandés). En revanche, le système génère de nombreuses dépenses improductives, dont des dépenses administratives élevées<sup>1</sup>.

La concentration croissante des remboursements de l'assurance maladie sur les patients souffrant d'affections de longue durée (13 millions patients ALD en 2018) exige une transformation de l'architecture de financement.

<sup>1</sup> La France dépense 15,7 milliards d'euros en coûts de gestion de la santé, soit près de 6 % de l'ensemble de santé, un record en Europe. Source : « Dépenses de santé 2018 », Drees 2019.

**Graphe 2 : Part des dépenses de santé dans la prévention dans l'OCDE**



Source : OCDE

L'assurance maladie est déficitaire sans interruption depuis 1988. Alors qu'un retour à l'équilibre était proche en 2019, avec un remboursement de la dette sociale terminée en 2024, la crise Covid est venue remettre en cause ce retour à l'équilibre avec un déficit de plus de 30 milliards d'euros en 2020. Hors impact Covid, l'assurance maladie est structurellement à nouveau déséquilibrée (de l'ordre 15 milliards d'euros du fait de certaines nouvelles dépenses, dont celles du Ségur de la santé de Juillet 2020).

### 1.1.3. Une crise de gouvernance

C'est aussi et surtout une crise de gouvernance dont les prémices de l'étatisation des soins sont apparues dès les ordonnances Juppé de 1996. La rupture par rapport au modèle de 1945, qui prônait une délégation de service public à une Assurance maladie pilotée par les représentants de ceux qui la finançaient, a été accélérée au moment de la loi HPST dite Bachelot de 2009.

Après avoir affaibli l'institution hospitalière en la sur-administrant et en éloignant les soignants du processus de décision, l'extension de la mainmise de l'État, via les agences régionales de santé, sur l'ensemble de l'offre de soins, a précipité le système dans un environnement ultra-bureaucratique.

Le système n'a pas de véritable pilote et agit avant tout par réaction aux événements. Cet excès de bureaucratie dans l'évolution du système, en particulier dans sa restructuration opérationnelle, asphyxie l'esprit d'innovation.

La centralisation de la gouvernance dans les mains de la technostructure induit un pilotage par des normes, souvent inadapté à la réalité médicale du terrain, qui fait perdre l'autonomie indispensable du personnel soignant dans la relation patient et dans l'organisation de son exercice.

Historiquement décentralisée dans les services pour les hôpitaux et dans la relation médecin patient (le colloque singulier) pour la ville, les lieux de décision (et de pouvoir) sont tous remontés **dans les mains de la technostructure**.

Cette étatisation sans élan et sans vision conduit à un système sans pilote **car les personnes qui dirigent le système ne sont pas celles qui ont la compétence, ni de santé publique, ni médicale ni économique**. Leur principale boussole est **comptable et budgétaire**, ce qui est rédhitoire dans une période nécessitant une refondation.

Cette évolution est contraire au besoin croissant **de démocratisation politique, sanitaire et sociale en santé qui nécessite de responsabiliser les parties prenantes** dans le pilotage opérationnel du système de santé

#### **1.1.4. Une crise de confiance**

Enfin, c'est une crise de confiance qui s'est installée entre les acteurs, nourrie par la dégradation **des performances qui met sous tension toutes les composantes du système**. Que ce manque de confiance provienne de l'État, de l'assurance maladie, du personnel administratif, des professionnels de santé eux-mêmes, il bloque le fonctionnement d'un système basé sur la contractualisation entre les acteurs.

A titre d'exemple, Opinion Way mesure tous les ans pour l'Institut Solidaris la satisfaction des Français pour leur système de santé. En 2019, 61,6% des Français jugent le système de santé de bonne qualité, soit 8 points de moins qu'en 2018 et 60,2% estiment que le système est bien adapté à leurs besoins, soit 5 points de moins qu'en 2018.

La confiance dans les professionnels de santé libéraux est liée à leur indépendance professionnelle et à leur responsabilité individuelle.

La refonte des institutions et de la gouvernance visera à rétablir une pleine confiance entre les acteurs.

## 1.2. Un nouvel environnement depuis les années 2000 : La triple transition

Tous les systèmes de santé des pays développés font face à un bouleversement sans précédent de leur environnement de trois ordres : **démographique, épidémiologique et technologique**. C'est la triple transition d'un monde vers un autre, comme cela a été le cas à la Renaissance.

Ce triple choc extérieur touche tous les risques sociaux et donc tous les modèles en charge de les gérer. C'est pour cela que la refondation du système de santé s'inscrit dans une transformation globale du modèle social.

### 1.2.1. La transition démographique

La transition démographique correspond à un vieillissement de la population, c.-à-d. à une hausse significative de la part de la population des plus de 65 ans. Ce premier choc est historique dans son intensité et prend toute son ampleur entre 2010 et 2030. Cette période correspond à l'entrée des baby-boomers à un âge de 65 ans et plus. À partir de 2030, ces mêmes baby-boomers auront plus de 85 ans, ce qui va fortement intensifier le risque de dépendance en France.

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays de l'OCDE, son intensité est variable d'un pays et d'un continent à l'autre. Il est très soutenu dans l'Union européenne, où la part des plus de 80 ans est passée de 1,5 % en 1960 à 5 % en 2010 et sera de 11 % en 2050. En France, la part des plus de 65 ans va passer, sur la période 2010-2050, de 17 % à 26 %, sachant que les plus de 60 ans représenteront un peu plus d'un tiers de la population en 2050, contre moins d'un quart en 2010.

Grâce à un taux de natalité plus élevé que la plupart des autres pays développés, la France a une situation démographique plus favorable que d'autres pays, se caractérisant aussi par une espérance de vie longue. Ce choc démographique risque en effet d'évoluer vers un déséquilibre générationnel sans précédent dans certains pays dont la part de la population de plus de 65 ans se rapprochera des 40 % en 2050. Ce sera le cas de l'Allemagne (33 %), de l'Espagne (36 %) et du Japon (39 %).

### Un double impact du vieillissement de la population

L'impact de ce vieillissement de la population sur le système de santé sera d'autant plus fort que les **pays n'adopteront pas la bonne stratégie de gestion du risque santé**. Tout dépendra **de la qualité de ce vieillissement** et de la capacité à faire évoluer les sources de financement des dépenses de santé. Le vieillissement en bonne santé, i.e. la capacité à maintenir le plus longtemps possible les individus en bonne santé devient

une priorité nationale de santé publique tout aussi importante que l'accès aux soins pour tous.

**Pour cela, le nouveau système de santé devra viser aussi bien les bien portants que les malades** et donc passer d'une gestion du risque santé en aval (attendre que les personnes tombent malades) à une gestion en amont dès le plus jeune âge.

À la question des conséquences du vieillissement de la population sur les systèmes de santé, la réponse dominante se concentre sur un accroissement considérable des dépenses. En réalité, le levier principal des dépenses est lié à l'innovation thérapeutique qui, par un double effet de substitution et de diffusion, génère des hausses potentiellement fortes de dépenses. **L'impact du vieillissement dépend de sa qualité, i.e. de l'évolution de la morbidité associée à ce vieillissement.**

Seul un objectif **de compression de la morbidité** (ou d'allongement de l'espérance de vie en bonne santé) permet de « **neutraliser** » **l'effet démographique**. Ainsi, une politique efficace de santé sur les déterminants de santé est gagnant-gagnant pour toutes les parties. Elle permet une population en meilleure santé, des dépenses de santé maîtrisées tout en étendant les innovations, une économie plus prospère, une réduction des inégalités sociales de santé et un bien-être des citoyens plus élevé.

Pour les systèmes financés par une sécurité sociale historiquement assise sur les revenus des actifs, tels que l'Allemagne et la France, le deuxième impact du vieillissement de la population est un déséquilibre entre la source originelle du financement (les revenus des actifs) et la source traditionnelle des dépenses (les seniors). Ce déséquilibre se traduit par un déficit chronique des comptes de l'assurance maladie.

Une extension de la base de financement s'impose donc pour compenser la baisse du ratio actifs/inactifs. C'est ce qui a été en partie réalisé en France en 2018 avec le transfert de 20 milliards d'euros des cotisations sociales qui reposaient uniquement sur les revenus du travail vers la contribution sociale généralisée (CSG) qui, comme son nom l'indique, repose sur une assise plus large de revenus, dont ceux liés au capital et aux revenus de substitution.

Cette évolution du financement est interprétée à tort comme justifiant la reprise en main de l'État des comptes et la fin de la démocratie sociale. En effet, le choix de la gouvernance de l'assurance maladie, avec un financement moins dépendant des cotisations, est un choix purement politique. Le financeur reste toujours le citoyen, et sa participation à la gouvernance du système est indispensable. **Il serait curieux de prétendre construire un nouveau système de santé centré sur le patient/citoyen et de l'exclure du pilotage de son financement.**

### **1.2.2. La transition épidémiologique**

La deuxième transition correspond à une évolution tout aussi radicale liée à **la nature du risque**, dans le cas présent, la maladie (le chômage dans le travail ou la paupérisation des personnes âgées pour les retraites). **L'allongement de la durée du risque en santé, avec la dominance des pathologies chroniques, change la donne stratégique.**

Il s'agit du passage d'un risque aigu à un risque chronique avec la chronicisation des pathologies qui allonge sensiblement la durée du risque. Alors que le combat du XX<sup>e</sup> siècle était la lutte contre des pathologies dites aiguës, le combat du XXI<sup>e</sup> siècle porte sur les pathologies chroniques. Aujourd'hui, 80 % des personnes meurent de pathologies chroniques en France, comme dans la plupart des pays développés. A ce risque dominant chronique s'ajoute le risque pandémique dont la crise de la Covid19 est venue nous rappeler avec perte et fracas son acuité.

Cette chronicisation des pathologies est certes liée à la disparition de plusieurs maladies infectieuses, grâce aux vaccins notamment, mais aussi et surtout aux progrès thérapeutiques qui ont transformé des pathologies aiguës en pathologies chroniques. C'est le cas de pathologies cardio-vasculaires et d'un nombre croissant de cancers. L'évolution des modes de vie de plus en plus sédentaires favorise l'obésité – elle-même facteur de risque de pathologies chroniques comme le diabète – et les troubles musculo-squelettiques à des âges de plus en plus jeunes.

L'allongement de la durée du risque en santé induit une évolution du pilotage de ce risque de deux ordres : qui le pilote et comment le piloter ? Alors que, dans le précédent système, le pilote principal était l'offreur de soins, c'est maintenant le demandeur, le citoyen-patient. Seul un engagement maximum de ce dernier dans la gestion de son risque, qui nécessite une motivation, mais aussi des capacités suffisantes en termes de connaissances et de moyens, permettra une gestion efficace du risque en santé au XXI<sup>e</sup> siècle. Le nouveau modèle de santé doit donc être piloté à partir **des besoins de santé et non plus à partir de l'offre de santé.**

Une pathologie chronique bouleversera globalement la vie de l'individu, dès son annonce et pendant toute sa durée. Le patient chronique doit adapter son comportement, sa vie personnelle et sa vie avec les autres en adéquation avec l'impact de sa maladie. Seule une approche holistique de la personne permet une prise en charge efficace. L'optimisation du bien-être n'est possible qu'en prenant en compte les capacités individuelles de chacun, l'humanité de chacun. **Une vision purement technico-scientifique qui fait du patient un objet de soin est inadaptée.**

Nous avons évoqué avec la transition démographique la gestion du risque santé dès le plus jeune âge en amont de la maladie, visant au maintien en bonne santé le plus longtemps possible. La gestion d'un risque long en santé implique aussi de prendre en compte la qualité de vie des patients, leur mode de vie et leur entourage, dans la gestion de la maladie.

L'enjeu n'est pas seulement la qualité du parcours de soins, s'assurer que le patient suive un protocole personnalisé de soins, mais aussi la qualité de vie des patients pendant ce parcours. Outre la prise en charge médicalisée des patients, la prise en compte de l'environnement des personnes et de leurs capacités individuelles devient fondamentale. C'est une autre dimension de l'approche personnalisée qui n'est pas que médicale.

Cet allongement du risque exige ainsi de permettre une personnalisation de la prise en charge du risque santé alors que le modèle du XX<sup>e</sup> siècle était largement uniforme et massifié. Sur la médecine 4 P (Préventive, Personnalisée, Participative, Prédicative) du concept du médecin américain Lee Hood, les deux transitions évoquées induisent 3 P sur 4, le dernier P (Prédicative) étant apporté avec la troisième révolution.

### **1.2.3. La transition technologique**

Si les deux premières transitions concernent la demande de santé, la troisième concerne aussi l'offre, avec une révolution technologique qui va considérablement améliorer l'arsenal thérapeutique (comme la génomique et les thérapies cellulaires), la pertinence des prises en charge (comme l'intelligence artificielle), la productivité des offreurs de soins et les capacités de la demande (numérisation, génomique).

Les révolutions technologiques applicables au secteur de la santé telles que la numérisation des données, le *big data*, l'intelligence artificielle ou les neurosciences repoussent les frontières de ce qui semblait possible en médecine à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. C'est la confluence de plusieurs révolutions (dite hyper révolution) qui fait de la santé un des secteurs les plus stratégiques au XXI<sup>e</sup> siècle en matière d'innovations et de potentiel de développement économique associé. La souveraineté et la puissance des nations sont aussi en jeu si on tient compte de la maîtrise des données de santé, des sources d'approvisionnement et de fabrication des futures innovations thérapeutiques.

Si la révolution génomique a été permise par la découverte de l'ARN et de l'ADN au cours du XX<sup>e</sup> siècle, ce sont bien les innovations technologiques, notamment en informatique et en électronique, qui ont conduit au séquençage de l'ADN, à la lecture puis à l'écriture du génome. Si elle ouvre le champ des possibles en médecine comme aucune autre révolution avant elle, faisant fantasmer les transhumanistes d'une victoire possible sur la mort, la révolution génomique nécessite une régulation éthique particulièrement efficace. Cette nouvelle régulation, qui s'applique aussi à la maîtrise budgétaire, implique de repenser les institutions de régulation en conséquence.

Cette transition technologique est le support du passage de l'ancien vers le nouveau monde. Elle doit permettre au nouveau système de santé de gérer avec succès les nouveaux enjeux, dont les transitions démographique et épidémiologique.

Les technologies peuvent être mal utilisées et générer une forme d'objectivation du patient ou au contraire permettre une prise en compte plus subjective, plus efficace dans l'optimisation de la qualité de vie de chacun. L'intégration des progrès technologiques dans le système est à réaliser en plaçant l'humain au cœur des transformations, aussi bien du côté soignant dans ses conditions de travail, dans sa relation avec le patient, que du côté patient dans son bien-être.

C'est le grand paradoxe de la situation actuelle de notre système de santé qui, malgré des innovations technologiques sans précédent, n'en fait pas bénéficier pleinement les parties prenantes et se trouve dans une situation de crise. Le progrès technologique ne se traduit pas suffisamment en progrès social. La modernisation des hôpitaux s'est ainsi traduite en France par une dégradation des conditions de travail des soignants et une perte d'attractivité des postes.

### 1.3. Les contours du nouveau modèle

#### 1.3.1. Une nouvelle approche de la santé

La santé est considérée dans le modèle actuel de santé dans sa dimension restrictive d'absence de maladie et comme une source de dépenses pour la Nation. Le nouveau modèle de santé incarnera une nouvelle approche de la santé qui va être considérée **comme une source de création de richesse, de réduction des inégalités sociales, de bien-être social et de rayonnement pour la France à l'étranger (soft power).**

La santé contribue à hauteur de 10,5% à la création de notre PIB chaque année et représente plus de 2,2 millions d'emplois, non délocalisables pour la plupart. C'est un secteur source d'innovations technologiques considérables qui mobilise chercheurs, start-ups et industries de pointe. Notre système de santé du XXème siècle a été très performant et réputé en partie grâce au dynamisme de notre recherche et de nos industries de santé. Le déclin industriel de la France a accompagné le déclin de notre système de santé. Il est capital de redevenir parmi les plus compétitifs au monde dans ce secteur industriel.

Cet affaiblissement de notre recherche et de notre industrie, constaté avec les vaccins anti-Covid 19, a affaibli la force diplomatique de la France dans le monde par rapport à notre rayonnement sanitaire. Cette dimension géopolitique de la santé est à prendre en compte dans le nouveau modèle.

La nouvelle approche de la santé sera aussi holistique, axant la notion de santé à partir de ses déterminants médicaux et non médicaux. Comme l'indique la définition de l'OMS, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie et/ou d'infirmité* ».

#### 1.3.2. Une nouvelle stratégie de gestion du risque

La nouvelle stratégie repose sur 3 piliers : **du soin à la santé, de l'offre à la demande et la démocratisation de la santé.** La considération holistique de la santé induit un modèle qui va être tout autant au service de la santé des bien-portants que des malades (action sur tous les déterminants de santé). Le système actuel est piloté à partir de l'offre de santé, le nouveau modèle le sera à partir de la demande, installant l'individu, l'utilisateur au cœur du modèle.

Un système centré sur l'individu usager et sur sa santé globale nécessite un processus de démocratisation sanitaire et sociale poussé. L'individu usager est informé et responsable de santé, acteur de sa vie et forcément un acteur à part entière du nouveau système de santé, que ce soit sa gouvernance, son organisation et son financement. Ceci en fera un système bien plus efficace aussi pour gérer les risques épidémiques.

### **1.3.3. Une restructuration de la gouvernance, de l'organisation des soins et du financement**

Pour répondre efficacement aux nouveaux enjeux évoqués précédemment, le nouveau modèle transforme la structure actuelle du système, que ce soit sa gouvernance, son organisation et son financement.

#### **Du service public hospitalier au service public territorial de santé**

Le modèle actuel de santé est marqué par son hospitalo-centrisme instauré par les ordonnances Debré de 1958. Nous avons vu que la triple transition impose d'évoluer vers une approche territoriale centrée **sur les besoins de santé des individus**.

Le prochain modèle sera structuré à partir d'un service public territorial de santé délivré par l'ensemble des professionnels de santé des secteurs publics et privés, qui auront une responsabilité populationnelle de la santé des personnes des territoires de santé.

Ces territoires de santé couvriront une population de 150 000 personnes, soit un nombre d'environ 450 dans le pays. Ils seront dotés des missions essentielles de santé publique et de soins et seront pilotés par un groupement territorial de santé, selon une base associative. Ce groupement sera composé de représentants de l'ensemble des acteurs locaux et aurait une fonction de dialogue, d'échange et de décision.

Cette territorialisation donnera une forte autonomie à ces acteurs locaux pour organiser les soins et la santé publique dans le territoire, tout en suivant le projet régional de santé, lui-même émanation d'une stratégie nationale de santé. Ce ne sera pas une entité administrative mais de résolution des questions concrètes et locales.

#### **Un Etat stratège et une délégation de service public**

L'Etat est réarmé dans sa capacité à avoir une vision stratégique de long terme. Une seule agence nationale de santé publique intégrée remplace la multitude d'agences existantes, l'administration est restructurée pour plus d'efficacité et le poids politique de la santé est équivalent à celui d'un ministère régalién.

*Une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans* définit les principaux objectifs de santé publique, la stratégie pour les atteindre et le budget global. Un plan d'investissement de 15 Mrds € dans le capital humain en santé est mis en place sur 5 ans.

Une politique de décentralisation donne aux collectivités territoriales de nouvelles missions de santé publique. La région est une collectivité de stratégie régionale et d'investissement dans des déterminants non médicaux de santé tels que le sport et l'environnement. Les départements deviennent le chef de file opérationnel de la prévention à tous les âges de la vie (et pas seulement dans la petite enfance et dans le grand âge).

Les agences régionales de santé sont centrées sur la santé publique, pour devenir des « *machines de guerre de santé publique* », ni plus ni moins. Les ARS deviennent des ARSP (agences régionales de santé publique). Le rôle des patients est professionnalisé en leur donnant un *statut de professionnel de la santé*, et une formation dans les départements de patients, créés dans chaque Université de médecine.

Un plan d'investissement de 15 Mrds€ sur 5 ans sera réparti en 10Mrds€ pour la prévention institutionnelle et 5 Mrds€ pour la prévention médicalisée. Ce plan sera compensé par une baisse des dépenses administratives (fusion des agences, un seul assureur par prestation) et par les gains de productivité dans la gestion des affections de longue durée, avec le contrat thérapeutique.

### **Une démocratisation sanitaire et sociale au cœur de la gouvernance opérationnelle**

La démocratisation de la santé s'appuie sur la démocratisation des institutions de gouvernance qui laisse une place de cogestion aux représentants des professionnels de santé et des patients dans l'assurance santé<sup>2</sup> (la sécurité sociale).

Cette assurance santé est responsable de la gouvernance de l'ensemble des professionnels de santé, et le financeur assurantiel unique de la plupart des prestations (les assureurs privés deviennent des financeurs supplémentaires et non plus complémentaires).

Les professionnels de santé ont une *responsabilité populationnelle* de santé, définie dans un *territoire de santé* identique pour tous, dans lequel ils assurent des missions de santé publique et de soins. On passe d'un service public hospitalier à un *service public territorial de santé*, délivré par les acteurs publics et privés du système.

### **Un nouveau modèle qui valorise la recherche et l'innovation**

Pour faire de la santé une source de croissance économique, la recherche médicale est renforcée avec une réorganisation institutionnelle et un budget annuel porté à 5Mrds € en 5 ans, la création d'une agence de l'innovation qui remplace les agences existantes et qui permettra d'avoir à la fois la transversalité nécessaire en matière de compétences et de pouvoir politique pour dynamiser la recherche, le développement, la production et l'accès au marché rapide des innovations.

La réindustrialisation du pays en santé passe par la création d'un Airbus de l'ARN messenger, visant à faire de la France un leader dans l'ingénierie du vivant. La restructuration des organisations passe par une numérisation massive bénéficiant aux soignants comme aux usagers.

---

<sup>2</sup> *L'assurance santé est la nouvelle appellation donnée à l'assurance maladie dans le nouveau modèle, pour prendre en compte l'approche holistique de la santé.*

## Partie II

# Les 5 défis de la spécialité maxillo-faciale

## 2.1. Le défi identitaire

Ce premier défi s'explique par une histoire marquée par plusieurs étapes de transformation de la spécialité d'origine qui était la stomatologie. Cette histoire a conduit à une situation assez confuse concernant les champs de compétences, et donc les champs d'activités pratiques effectifs des professionnels de la spécialité et de ceux de spécialités voisines.

### *Comprendre l'histoire pour construire l'avenir*

Le terme « *stomatologie* » est apparu pour la première fois dans l'ouvrage du docteur Edmond Andrieu intitulé : *traité complet de stomatologie*. Il y mentionne que la stomatologie (en grec *stoma*, la bouche ; *logos*, science) est l'étude de *la bouche et de ses maladies*.

### **Une discipline d'origine médicale, intégrant une composante dentaire**

En 1888, la *société de stomatologie* est créée sous l'égide du docteur Emile Magitot dont l'objectif est l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. Il fondera ensuite la *revue de stomatologie* en 1894.

L'école française de stomatologie, créée en 1909 par le Dr Paul Gires, a été intégrée en 1944 à la section faculté de médecine de l'Université de Paris. Elle forme alors les médecins désireux d'orienter et d'améliorer leur pratique médicale et chirurgicale au sein de la sphère bucco-dentaire.

L'origine de la discipline en France et en Europe continentale est donc **médicale avec un lien avec la dentisterie**. Il est à noter que dans les pays anglo-saxons (RU, USA), les praticiens étudient d'abord la chirurgie dentaire avant la valence médicale. La priorité est donnée à la connaissance médicale en France et en Europe continentale, et à la dentisterie dans les pays anglo-saxons.

### **Le virage chirurgical de la spécialité au moment des grandes guerres**

Les survivants de la première guerre mondiale ayant subi une ou plusieurs blessures au combat et affectés par des séquelles physiques graves au niveau du visage vont conduire à **la transformation de la spécialité de stomatologie et générer un virage chirurgical durable**. Le mutilé se sentait exclu en raison de ses longs séjours dans les hôpitaux, luttant pour sauver son visage, souvent source de pitié et de dégoût.

L'expression « *gueules cassées* » a été inventée par le colonel Picot, premier Président de l'Union des blessés de la face et de la tête, désigne les survivants de la Première guerre mondiale ayant subi une ou plusieurs blessures au combat et affectés par des séquelles physiques graves. L'émergence des gueules cassées a induit ce virage chirurgical avec les traumatismes de la face. Ces interventions se font essentiellement en centres hospitalo-universitaires car elles sont très complexes.

Aujourd'hui, ces interventions sont exclusives aux CHU et relativement rares. La France s'est distinguée avec quelques premières mondiales comme la greffe partielle

du visage en 2005 par l'équipe de chirurgie maxillo-faciale du Pr Devauchelle du CHU d'Amiens.

### **Une conservation de l'exclusivité médicale lors de l'internat en 1984 ....**

Le certificat d'études supérieures (CES) de stomatologie a été créé en 1949 et comprenait deux années d'études théoriques et pratiques. Il est supprimé en 1984 au profit du **diplôme d'études spécialisées (DES) en stomatologie** impliquant le passage obligatoire par le concours de l'internat de médecine pour tout médecin souhaitant devenir stomatologue.

Un enseignement en stomatologie est aussi inclus au sein du diplôme d'études spécialisées complémentaires de type II (DESC II) en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie créé en 1988. Ce DESC II confère le titre de chirurgien maxillo-facial et non de médecin stomatologue.

Les années 80 ont marqué **une dissociation** entre une pratique centrée sur des interventions chirurgicales complexes de la spécialité, dite maxillo-faciale, et une pratique médico-chirurgicale courante, dite stomatologique. Cette évolution va avoir tendance à déconnecter la chirurgie maxillo-faciale de la compétence dentaire d'une part et de l'activité courante stomatologique d'autre part, considérée comme moins noble par certains hospitalo-universitaires.

### **Avant l'abandon de la stomatologie au profit de la chirurgie orale en 2011**

Il s'en est ainsi suivi deux décennies plus tard un abandon de cette « *petite chirurgie orale* » par la spécialité de chirurgie maxillo-faciale à une nouvelle spécialité dite chirurgie orale en 2011, en remplacement de la stomatologie pour les médecins et de la chirurgie buccale pour les dentistes.

Outre la pression des dentistes pour créer une telle spécialité mixte odonto-médicale, les stomatologues de l'époque avaient beaucoup de difficultés à trouver des successeurs pour reprendre leur cabinet. Le virage de 1984 a eu tendance à focaliser les jeunes médecins sur l'activité purement chirurgicale maxillo-faciale aux dépens de la stomatologie, impliquant une chute de la démographie en stomatologie.

Depuis 2011, la stomatologie n'est plus une spécialité individualisée et n'a plus de diplôme spécifique par suite de la suppression de son diplôme d'étude spécialisée en 2011, entraînant le déclin de la population de médecins stomatologues en France.

Le nouveau diplôme de **DES en chirurgie orale (DESCO), créé en 2012**, nécessite une formation de 4 ans comme l'ancien DES de stomatologie mais il **a la particularité d'être commun à la filière médicale et odontologique**. Il est ouvert aux étudiants en médecine lors de l'ECN en fin de 6<sup>ème</sup> année et aux étudiants en chirurgie dentaire présentant l'internat d'odontologie en fin de cinquième année. Le chirurgien oral peut donc, suivant sa formation initiale, être médecin (Bac +10) ou chirurgien-dentiste spécialiste (Bac +9).

Si les deux voies conduisent au même diplôme, il n'en demeure pas moins qu'une voie forme **un médecin spécialiste de chirurgie orale et l'autre un chirurgien-dentiste non médecin spécialiste de chirurgie orale**. Il existe **une faille originelle** à cette

spécialité qui va amplifier la confusion des champs de compétences dans les intervenants de la sphère cervico-maxillo-faciale.

Le **DESC II en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie** correspond au dernier diplôme en vigueur incluant une formation en stomatologie, même si ce DESC-II ne confère pas à son détenteur un titre qualifiant de médecin stomatologue mais de chirurgien maxillo-facial. Cette spécialité médico-chirurgicale nécessite la détention préalable d'un DES en chirurgie générale d'une durée de 5 ans après l'ECN. Cette formation complémentaire qualifiante dure 3 ans et débute l'avant dernière année de l'internat en chirurgie générale, **soit un total de 12 années**.

Malgré la longueur de ces études en maxillo-facial, cette spécialité est la seule à ne pas bénéficier d'une équivalence européenne (et internationale). En effet, contrairement aux autres praticiens de ce domaine en Europe qui bénéficient d'un double cursus médical et odontologique (dans 19 pays sur 27), les chirurgiens maxillo-faciaux et les stomatologues français n'ont pas de formation odontologique complète.

Est-ce bien pertinent ? Douze années d'études supérieures sans reconnaissance européenne du diplôme en 2022.

Ainsi cette dernière évolution historique a créé une distorsion statutaire donnant les mêmes droits à un médecin et à un non médecin en chirurgie orale d'une part et n'a pas permis à la voie d'excellence de la spécialité de disposer d'une reconnaissance européenne d'autre part.

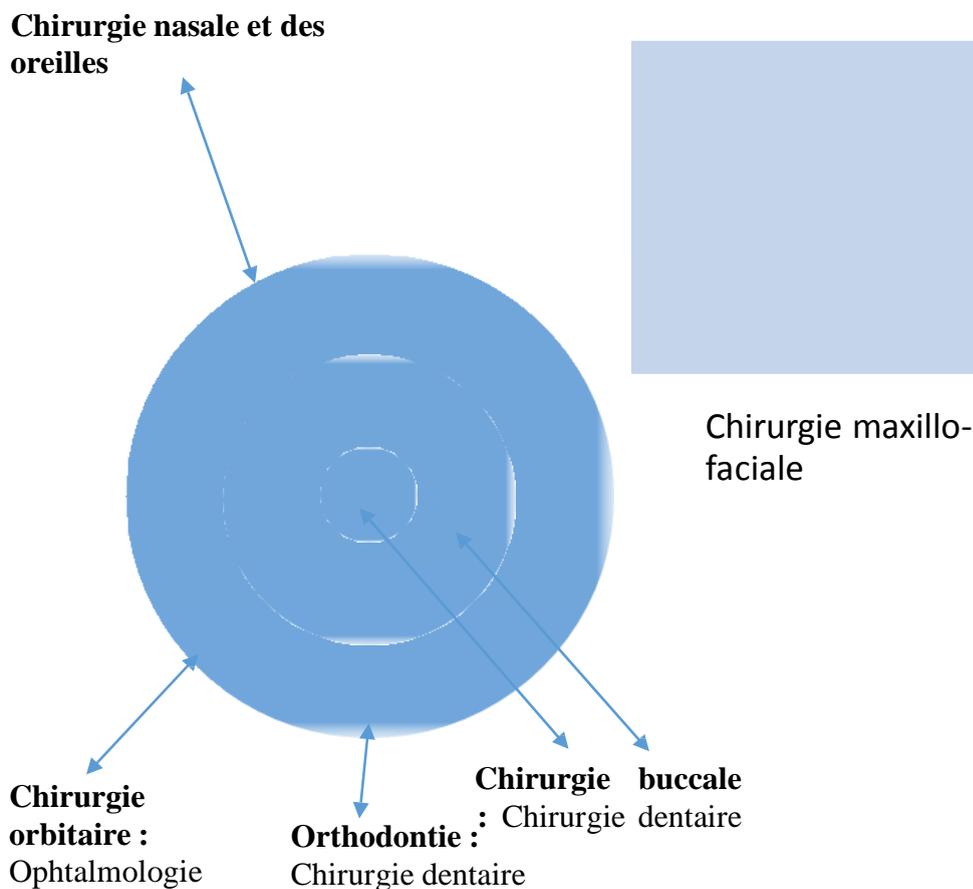
Il ne peut s'en suivre qu'un affaiblissement relatif de la spécialité.

## 2.2. Le défi des champs de compétences

Cette évolution historique a conduit à une situation assez confuse concernant les champs de compétences, et donc des champs d'activités pratiques effectifs des professionnels de la spécialité et ceux de spécialités voisines.

Le défi des compétences vient d'un contenu de compétences **en forme de poupées russes** qui la caractérise. On y trouve une matriochka centrale qui représente aujourd'hui la chirurgie orale, puis celle du milieu la stomatologie, et la plus grande à l'extérieur, celle la chirurgie maxillo-faciale.

### Schéma 1 : Les composantes de la chirurgie oro-maxillo-faciale



Source : Frédéric Bizard-Entretiens auprès de médecins des spécialités

Ce schéma montre que le cœur de compétences est **lié à la connaissance dentaire**, ce qui a été un peu laissé de côté par une partie de l'élite de la chirurgie maxillo-faciale qui voyait dans la dent la partie la moins noble de leur spécialité.

Pourtant, les interventions spécifiques voire exclusives à la chirurgie maxillo-faciale, comme la chirurgie orthognastique, exigent une bonne connaissance de la dent et de

l'orthodontie. La chirurgie maxillo-faciale est une spécialité d'organes qui s'occupe du visage dans toutes ses dimensions : les parties molles, le squelette qui les soutient et ses cavités (nez, bouche).

Parmi les spécialités médico-chirurgicales voisines, on constate l'existence d'un front composé de spécialités comme les ORL, les CPRE, les dermatologues qui empiètent sur une partie des organes de la chirurgie maxillo-faciale.

### *Contenu des formations et domaines d'intervention respectifs*

Les champs de compétence des différentes spécialités sont définis en théorie à partir du contenu des formations. Voyons en les contenus pour la CO et la CMF.

### **La chirurgie orale<sup>3</sup>**

La chirurgie orale est une spécialité chirurgicale jeune dans sa qualification mais dont la pratique est ancrée depuis longtemps. Avant sa création en 2011, elle se partageait entre les stomatologues et les chirurgiens maxillo-faciaux pour le versant médecine, et les chirurgiens-dentistes spécialisés en chirurgie buccale pour le versant odontologique. L'internat est accessible par les 2 filières médicales et dentaires et dure 4 ans, dont 3 semestres en service d'odontologie, 3 en maxillo-facial + 2 stages libres.

Dans les stages, il est étudié

#### Pour la partie médicale :

- De la pathologie de muqueuse buccale ;
- Du dépistage de lésions et tumeurs malignes ;
- Des douleurs oro-faciales ;
- Des pathologies de l'appareil manducateur ;
- Des pathologies de glandes salivaires.

#### Pour la partie chirurgicale :

- Des avulsions dentaires de tous types (enclavés, incluses, ectopique, surnuméraires) ;
- Des transplantations dentaires autogènes ;
- Des chirurgies à visée orthodontique, à visée pré-prothétique et pré-implantaire (des tissus mous et durs) ;
- De la chirurgie implantaire ;
- Des chirurgies du péri-apex, kystes et tumeurs bénignes des maxillaires ;
- De la traumatologie alvéolo-dentaire ;
- La gestion des communications bucco-sinusienne et bucco-nasale.

---

<sup>3</sup> Contenu de formation tiré du site futur interne. [Consulté le 17/12/2021](#)

## **Les domaines de compétences de la chirurgie orale sont donc les suivants :**

### Sur le plan chirurgical:

- Avulsions simples, complexes des dents incluses, enclavées, surnuméraires ou ectopiques et transplantations dentaires autogènes ;
- Chirurgie du périapex, kystes et tumeurs bénignes des maxillaires ;
- Chirurgie à visée orthodontique et orthognatique ;
- Chirurgie pré-prothétique des tissus mous et durs ;
- Chirurgie pré-implantaire et implantaire ;
- Traumatologie des bases maxillaires, des bases mandibulaire & alvéolo-dentaires ;
- Communications bucco-sinusiennes et bucco-nasales ;

### Sur le plan medical:

- Dermatologie buccale ;
- Dépistage des lésions et tumeurs malignes de la cavité buccale, des maxillaires et de la mandibule ;
- Douleurs oro-faciales ;
- Pathologies de l'appareil manducateur ;
- Pathologies des glandes salivaires.

## **La chirurgie maxillo-faciale**

Voyons maintenant la formation spécifique à la CMF, qui est exclusivement accessible par la voie des facultés de médecine.

### *Programme du DESC maxillo-faciale et stomatologie<sup>4</sup>*

*Enseignements (200 heures environ)*

#### Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologie en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ;

- Organisation, gestion, droit et responsabilité médicale en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

#### Enseignements spécifiques

---

<sup>4</sup> DESC de la faculté de médecine de Reims- Document consulté le 13/12/2021 [ici](#)

- Pathologies médicales stomatologiques et maxillo-faciales ; - Stomatologie chirurgicale ;
- Chirurgie pré-prothétique et implantologie ;
- Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- Traumatologie cranio-maxillo-faciale (parties molles et osseuses) ;
- Pathologie tumorale bénigne et maligne, y compris les tumeurs cutanées ;
- Pathologie médicale et chirurgicale des glandes salivaires ;
- Chirurgie reconstructrice cranio-maxillo-faciale ;
- Chirurgie orthognathique et orthopédie dento-maxillo-faciale ;
- Chirurgie plastique, esthétique et réparatrice maxillo-faciale ;
- Chirurgie des malformations cranio-faciales, y compris des fentes labio-maxillo-palatines.

### **Formation pratique**

6 semestres dans des services agréés pour le DESC de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

#### *Un empiètement de plusieurs spécialités sur le maxillo-facial*

Il y d'abord la question de la montée en compétence des chirurgiens-dentistes qui se forment en implantologie, en parodontologie et étendent ainsi leur champ d'origine d'intervention. Du fait de leur démographie, chaque champ nouveau d'intervention conquis par quelques chirurgiens-dentistes peut rapidement devenir un champ exclusif de la profession.

Il n'y pas de fatalité pour les chirurgiens maxillo-faciaux à se voir rogner progressivement plusieurs champs de compétence. A titre d'exemple, les chirurgiens plastiques se sont battus pour garder l'exclusivité sur les lipoaspirations qui étaient « lorgnées » par les médecins généralistes. Ils ont obtenu gain de cause.

Des spécialités médico-chirurgicales comme les ORL ont aussi tendance à empiéter sur le champ de compétences des CMF, notamment avec la compétence cervico-faciale, dont la distinction avec le maxillo-faciale peut être tenue. Ces empiètements sont d'un autre ordre que ceux des chirurgiens-dentistes car ils se réalisent entre confrères médecins, dont les relations sont en principe régulés par le code de déontologie. Cependant, c'est un fait que plusieurs spécialités se partagent une région relativement étroite du corps, la tête et le cou.

Le versant médical de la spécialité induit aussi des implications quasi naturelles d'autres spécialités dans la sphère buccale, dont celle des maladies cancéreuses de la bouche qui sont en partie du ressort des oncologues et des maladies bénignes qui peuvent résulter des dermatologues (maladie des muqueuses, stomatites).

### 2.3. Le défi démographique

La démographie est un critère déterminant pour apprécier la vitalité et l'avenir d'une spécialité médicale. S'il y avait bien un signe fort de la confusion qui règne dans la spécialité de chirurgie maxillo-faciale, c'est l'absence de capacité de suivre avec précision, selon des données officielles, le nombre de praticiens dans le temps.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins, pour des raisons non explicites, ne fournit pas dans son suivi démographique ni le nombre de chirurgiens oraux ni celui des chirurgiens maxillo-faciaux. L'Ordre des chirurgiens-dentistes suit le nombre de chirurgiens oraux et celui des orthodontistes.

Ce grand flou entretenu par le Conseil National de l'ordre est le signe d'un malaise dans la reconnaissance de certaines qualifications qu'il faudrait lever.

#### *David contre Goliath sur le plan démographique*

Les données officielles connues après la réforme de 2011 font état d'un nombre de **1170 chirurgiens maxillo-faciaux**, soit moins de 3% des spécialités reconnues pour intervenir proche ou dans les champs de compétence de la spécialité.

Sur le plan démographique comme sur le plan scientifique, il faut différencier le cas des chirurgiens-dentistes, avec lesquels les spécialistes CMF représentent moins de 3% et celui des autres médecins avec lesquels les CMF représentent 23%.

Les chiffres de la Drees du tableau suivant intègrent très probablement les chirurgiens oraux médecins et les stomatologues dans la spécialité CMF. Les données disponibles font état d'un **faible taux de féminisation**.

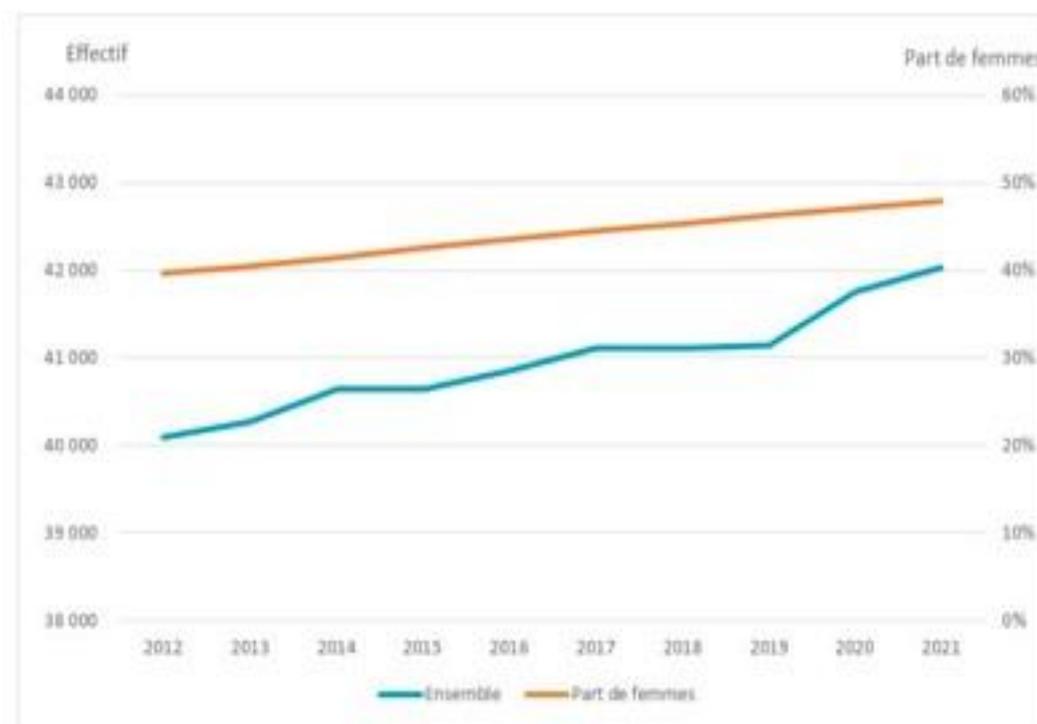
**Tableau 2 : Démographie des spécialités de la face et des dents**

2015 & 2021	Effectifs	Part du total	% Femmes
	N	%	% Femmes
<b>CMF</b>	<b>1 170</b>	<b>2,5%</b>	<b>19%</b>
<b>ORL</b>	<b>3 054</b>	<b>6,5%</b>	<b>23%</b>
<b>CPRE</b>	<b>869</b>	<b>1,8%</b>	<b>23%</b>
<b>Dentistes omnipraticiens*</b>	<b>42 031</b>	<b>89,2%</b>	<b>48%</b>
Dentistes spécialistes ODF	2 425	5,1%	
Dentistes spécialistes CO	210	0,4%	
Dentistes spécialistes MBD	95	0,2%	
<b>Total</b>	<b>47 124</b>		
* Données au 1/01/2021			
Sources: ASIP-Santé RPPS, traitements Drees			

L'analyse démographique doit se faire de façon dynamique pour apprécier la situation sur les dix prochaines années. Côté dentaire, la tendance démographique est clairement à la hausse avec une forte féminisation des effectifs.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, on comptait 42 031 chirurgiens-dentistes, contre 40 000 en 2012, soit une hausse de 4,8% sur la période (+0,5% par an). La part des femmes est passée de 40% en 2012 à 48% en 2021<sup>5</sup>.

**Graphe 3 : Effectifs de chirurgiens-dentistes en activité et part des femmes, de 2012 à 2021**



Champ > Chirurgiens-dentistes actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.  
Source > RPPS – exploitation DREES.

### **La disparition de la stomatologie a été en miroir d'une chute des nouveaux entrants**

Une des raisons ayant conduit à la substitution de la chirurgie orale à la stomatologie est la baisse drastique du renouvellement des départs de médecins stomatologues dans les années 2000.

Il est estimé que pour une trentaine de départs à la retraite chaque année de médecins stomatologues, on avait 2 à 3 nouveaux entrants dans la spécialité ce qui ne permettait ni une reprise des cabinets médicaux de stomatologie ni le renouvellement des générations à terme.

<sup>5</sup> « *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques* » - Dossiers de la Drees- N°76 - Mars 2021

D'après les chiffres récents, la spécialité CMF continuerait à perdre des effectifs, notamment du fait du départ en retraite des stomatologues. On observe un rajeunissement de la profession et une hausse du taux de féminisation, même si les médecins CMF restent plus âgés et deux fois moins féminine que la moyenne des autres médecins.

**Tableau 3 : Evolution des effectifs en CMF de 2016 à 2020**

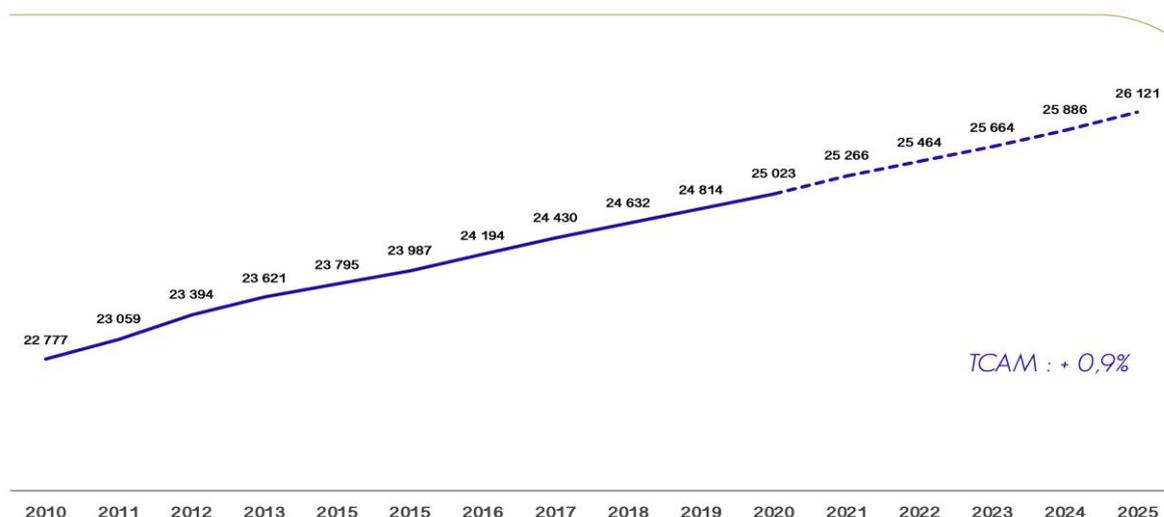
	2016	2020	TCAM
<b>Nombre</b>	1165	1034	-2,8%
<b>Densité (/100 000 hbttts)</b>	1,8	1,5	-4,2%
<b>Age moyen CMF</b>	56 ans	54 ans	
<b>Age moyen médecin</b>	52 ans	51 ans	
<b>Taux de féminisation CMF</b>	19%	24%	
<b>Taux de féminisation médecins</b>	44%	48%	

Source: Drees - CNOM

La spécialité CMF est une des 14 spécialités chirurgicales reconnues depuis la réforme du DES de 2017. L'évolution démographique à la baisse de cette spécialité n'est pas en phase avec l'ensemble de spécialités chirurgicales. Elle ne représente pas non plus **l'attractivité de la spécialité dont la quinzaine de postes ouverts à l'internat est très demandée par les étudiants.**

Entre 2010 et 2020, le nombre de spécialistes chirurgicaux (tous modes d'exercice confondus) est passé de 22 777 médecins en activité régulière à 25 023 médecins soit une augmentation de 10% en 10 ans. Selon une courbe de tendance linéaire, la projection des effectifs à l'horizon 2025 devrait continuer de croître pour atteindre 26 121 spécialistes chirurgicaux, soit un taux de croissance moyen annuel de + 0.9%

**Graphe 4 : Projection des effectifs de médecins spécialistes chirurgicaux en activité régulière jusqu'en 2025 en activité régulière (valeurs absolues)**

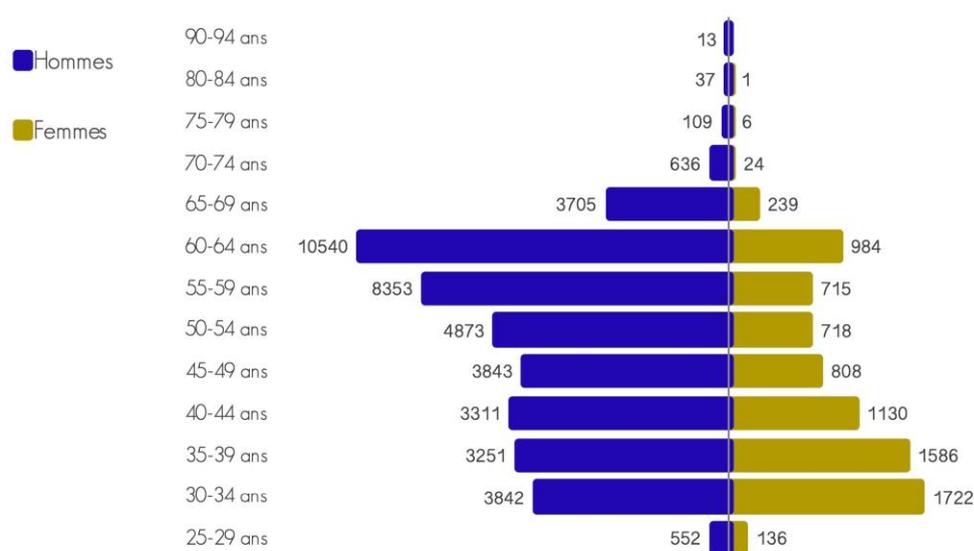


Source : Atlas démographique au 1<sup>er</sup> janvier 2020- CNOM

Le sujet de la féminisation de la profession est important pour mesurer l'évolution démographique des prochaines années. Selon le CNOM<sup>6</sup>, parmi, les classes d'âges les plus jeunes (moins de 40 ans), les femmes représentent 61% des effectifs.

Le constat de la féminisation se confirme quel que soit le groupe de spécialité mais reste majoritaire chez les spécialistes médicaux. Les femmes représentent 59% des moins de 39 ans chez les médecins généralistes, 63 % chez les spécialistes médicaux et 47 % chez les spécialistes chirurgicaux.

**Graphe 5 : Pyramide des âges des spécialistes chirurgicaux en activité régulière en 2020**



Source : Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2020 - CNOM

### *La démographie incertaine de la chirurgie orale*

En théorie, il était prévu dans les textes la parité i.e. que 15 places par an étaient attribuées aux étudiants en odontologie et 15 aux étudiants en médecine pour entrer dans le DES de chirurgie orale créé en 2011. Au fil du temps, les chirurgiens-dentistes ont fait passer leur nombre de places à 20 alors que le nombre de médecins formés à la chirurgie orale se réduisant à 13 par an. On serait donc autour **de 200 chirurgiens oraux diplômés du DESCO, dont 60% issus du dentaire et 40% du médical à ce jour.**

A cette voie il faut ajouter les chirurgiens oraux issus des commissions de qualifications ordinaires, qui seraient au nombre d'une vingtaine par an de médecins depuis 2017 soit moins d'une centaine aujourd'hui. Le chiffre n'est pas connu chez les dentistes, même

<sup>6</sup> Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2020 - CNOM

si le nombre semblerait sensiblement supérieur à celui des médecins, et la question de la base de la formation médicale conduisant à cette qualification n'est pas connue.

Au total, on compterait à ce jour au moins **400 chirurgiens oraux dont la moitié serait titulaire du DESCO et la moitié aurait été qualifié par les commissions ordinales**. Parmi ces 400, 40% auraient suivi un cursus médical initial. Il reste une réelle incertitude sur le nombre de dentistes qualifiés par la commission ordinale dentaire, qui pourrait être sensiblement plus élevé que la quantité pressentie.

## 2.4. Le défi du modèle économique

### 2.4.1. Le contre-modèle médico-économique dentaire

Si les soins conservateurs représentent l'activité dentaire prédominante en termes de volumes, les soins prothétiques restent majoritaires dans les honoraires. Les soins prothétiques pèsent en effet plus de la moitié des honoraires (53%) pour environ 15% des actes (13 millions sur 85,3 millions en 2015). A contrario, les soins conservateurs ont porté 35% de l'activité (30 millions d'actes) et seulement 15% du total des honoraires (1,5 milliard d'euros en 2015).

Les honoraires ont augmenté en moyenne de 1,7% en valeur nominale et de 0,6% en valeur réelle lors de la décennie 2010, pour atteindre 280 000 euros par dentiste en 2019. La part des dépassements a légèrement baissé de 51,7% à 50% des honoraires.

Quatre postes composent 88% des dépassements. A elles seules, les prothèses représentent près des deux tiers des dépassements d'honoraires, les traitements orthodontiques y contribuent pour 20%, les inlay/onlay cores pour 10% et l'implantologie pour 6%<sup>7</sup>. Ces chiffres sont des estimations de la sécurité sociale, cette dernière n'ayant pas une vision précise des soins non remboursés.

Avec un niveau moyen de charge du cabinet de plus **de 62% des honoraires**, le revenu brut moyen des dentistes en France était de **106 273 euros en 2019**.

**Tableau 4 : Honoraires annuels moyens et part des dépassements dans l'ensemble des honoraires des chirurgiens-dentistes**

K€, %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TCAM	TCAM réel
Honoraires annuels moyens *	241,1	248,5	238,6	255,2	253,5	264,0	268,7	271,0	274,7	280,3		
TCA en % des honoraires		3,0%	-4,0%	6,9%	-0,7%	4,2%	1,8%	0,8%	1,4%	2,0%	1,7%	0,6%
Part des dépassements (en %)	51,7	52,3	52,8	52,9	52,5	50,4	50,9	50,9	50,7	50,0		
Dépassements en M€	124,6	130,0	126,0	135,1	133,1	133,0	136,7	138,0	139,4	140,3	1,4%	0,3%

\* Praticiens actifs à part entière (ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année).

Champ > Soins de dentistes remboursés, France.

Source > CNAM.

Le modèle économique des cabinets dentaires est depuis plusieurs décennies un **contre-modèle sur le plan de la santé publique**. L'équilibre économique d'un cabinet dentaire impose aux chirurgiens-dentistes de multiplier les actes prothétiques les plus rémunérateurs pour compenser les actes conservateurs et de prévention réalisés à perte.

L'aberration du système est totale, tant en termes de santé publique qu'en termes de valorisation du métier. L'essentiel de l'activité en volume réalisée par le dentiste (prévention, soins conservateurs) est réalisé à perte. Ainsi, l'essentiel de l'activité

<sup>7</sup> Les comptes de la sécurité sociale-Juin 2016

indispensable pour maintenir durablement une santé bucco-dentaire saine est **réalisée à perte**.

### Des tarifs des soins conservateurs sensiblement inférieurs aux coûts de production

Avant la revalorisation tarifaire de 2018, qui ne change pas fondamentalement la donne, on observe que les principaux soins conservateurs sont tarifés sensiblement en-dessous du coût de production. Si on considère le coût de production des 7 actes conservateurs les plus courants, on constate que les chirurgiens-dentistes ne perçoivent aucune rémunération pour ces actes. Ils en autofinancent même près de la moitié des coûts.

**Tableau 5 : Evaluation des coûts de production des soins conservateurs et calcul de l'écart avec les tarifs**

mn, €	Composite 1 face	Composite 2 faces	Composite 3 faces	Traitement endodontique canal	Traitement endodontique canaux	Traitement endodontique 3 canaux	Détartrage (bouche entière)
Temps de réalisation en mn	25,2	32,6	39	38,6	49,8	73	30
Coût du temps de réalisation	30,30 €	39,20 €	46,89 €	46,41 €	59,88 €	87,77 €	36,07 €
Coût moyen des fournitures	15,17 €	16,26 €	17,08 €	26,51 €	35,20 €	43,89 €	10,00 €
Coût total de réalisation	45,47 €	55,46 €	63,97 €	72,92 €	95,08 €	131,66 €	46,07 €
Tarif de responsabilité	19,28 €	33,74 €	40,97 €	33,74 €	48,20 €	81,94 €	41,32 €
Ecart entre tarif et coût total	-26,19 €	-21,72 €	-23,00 €	-39,18 €	-46,88 €	-49,72 €	-4,75 €
Ecart entre tarif et coût total en %	-58%	-39%	-36%	-54%	-49%	-38%	-10%

Source: J. demoy-Inf Dent; 3, vol 99, 2017

### La réforme du 100% santé consolide le contre-modèle

La convention 2019-2023 signée le 21 juin 2018 comprend trois objectifs majeurs : améliorer l'accès aux soins dentaires en réduisant le reste à charge des patients, faire évoluer le modèle économique dentaire en valorisant mieux la prévention et les soins conservateurs, garantir une progression de la rémunération des chirurgiens-dentistes.

En 5 ans, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires (AMC) doivent consacrer 1,2 Mrd€ à la réforme. Un quart de cette somme (287 M€) doit revenir à une augmentation nette de la rémunération des CD et les trois-quarts (900 M€) à l'amélioration de l'accès aux soins des patients<sup>8</sup> :

- 417M€ pour les revalorisations des soins conservateurs ;
- 374M€ pour l'amélioration de la prise en charge des soins ;
- 108M€ pour le renforcement des actes de prévention notamment chez les enfants et les jeunes.

Des plafonds de prix opposables pour certains actes prothétiques réalisés sont mis en place progressivement. Certains actes seront pris en charge à 100% par l'AMO et

<sup>8</sup> Site de l'assurance maladie, [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr); Une convention qui réoriente la prise en charge et la rémunération des soins dentaires ; 26 juin 2018

l'AMC dans le cadre de la mise en œuvre du RAC 0. Tout patient nécessitant des soins prothétiques recevra de son CD plusieurs devis, selon 3 paniers de soins :

- Le **panier A dit « RAC 0 »**, concernant 45% des actes prothétiques effectués avant la convention<sup>9</sup> qui seront plafonnés et intégralement remboursés ;
- Le **panier B dit « tarifs maîtrisés »**, via des prix plafonnés, concernera 25% des actes effectués avant la convention, sans obligation pour les AMC d'une prise en charge intégrale ;
- Le **panier C dit aux « tarifs libres »** qui permettra à l'assuré de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (30% des actes réalisés avant convention), sans plafonnement.

Les tarifs proposés dans le panier de soins RAC 0 ou dans le panier à tarifs maîtrisés diffèrent selon la nature des matériaux utilisés et la localisation de la dent. La couronne céramo-métallique est ainsi plafonnée à 500€ pour les incisives et les premières prémolaires et à 550€ pour les deuxièmes prémolaires.

La présentation de l'AMO qui en fait un tournant dans la prise en charge des patients est malheureusement assez loin de la réalité. Il est intéressant de noter que l'AMO évoque « *une nouvelle ère qui réconcilie la vocation thérapeutique et la logique économique* »<sup>10</sup>. Il n'est donc pas question de modifier la logique principale du modèle médico-économique dentaire français, qui est de soigner et non de prévenir.

### **L'accord conventionnel est basé sur la recherche d'un équilibre comptable**

La non revalorisation des tarifs des soins conservateurs depuis plusieurs décennies a fait des tarifs français les tarifs plus bas d'Europe, conduisant à l'instauration d'un modèle économique qui a survécu **grâce aux tarifs libres des soins prothétiques**. Il était donc logique que la suppression de la liberté tarifaire, pour ce qui correspond aujourd'hui à 45% des soins prothétiques, se fassent en contrepartie d'une revalorisation des soins conservateurs.

On voit que la matrice centrale à la base de la construction de l'accord conventionnel est purement comptable et vise avant tout à démontrer aux CD qu'ils ne seraient pas perdant en termes de rémunération. Il n'est pas question de réfléchir à la mise en place d'un modèle de financement de la prévention primaire (sur lequel nous reviendrons en partie III) ni de faire de ces actes conservateurs des actes rentables. Le tableau suivant montre en effet que les nouveaux tarifs des soins conservateurs post-accord restent inférieurs aux coûts de production de ces actes par les CD.

<sup>9</sup> Source : Cnam ; données France entière, tous régimes 2017.

<sup>10</sup> Idem supra 10

**Tableau 6 : Ecart entre le coût de production et les tarifs des actes conservateurs après l'accord conventionnel (2021)**

mn, €	Composite 1 face	Composite 2 faces	Composite 3 faces	Traitement endodontique 1 canal	Traitement endodontique 2 canaux	Traitement endodontique 3 canaux	Détartrage (bouche entière)
<b>Temps de réalisation en mn</b>	25,2	32,6	39	38,6	49,8	73	30
<b>Coût du temps de réalisation*</b>	32,12 €	41,55 €	49,70 €	49,19 €	63,47 €	93,04 €	38,23 €
<b>Coût moyen des fournitures*</b>	16,08 €	17,24 €	18,10 €	28,10 €	37,31 €	46,52 €	10,60 €
<b>Coût total de réalisation*</b>	48,20 €	58,79 €	67,81 €	77,30 €	100,78 €	139,56 €	48,83 €
<b>Tarif prévu par la convention</b>	26,60 €	46,50 €	63,60 €	40,00 €	61,00 €	100,00 €	43,38 €
<b>Ecart entre tarif et coût total</b>	-21,60 €	-12,29 €	-4,21 €	-37,30 €	-39,78 €	-39,56 €	-5,45 €
<b>Ecart entre tarif et coût total en %</b>	-45%	-21%	-6%	-48%	-39%	-28%	-11%
Actualisation des coûts de production au taux d'inflation							
Source: J. demoy-Inf Dent; 3, vol 99, 2017/ Calculs Frédéric Bizard							

L'accord conventionnel ne visait pas la remise en cause du contre-modèle qui nécessite de faire le choix politique de repenser la profession de CD dans sa globalité (formation, organisation, financement, régulation). Il répondait à une pression plus ou moins entretenue de difficultés d'accès aux soins prothétiques (indicateur difficile à mesurer tant il est multifactoriel), qui a conduit à la promesse électorale de l'actuel Président de la République du zéro reste à charge.

## 2.4.2. Les failles du modèle économique maxillo-facial

La prise en compte des actes de stomatologie (CO) et de CMF par la nomenclature actuelle servant à la tarification des actes est à repenser complètement si on veut refaire de cette spécialité un point fort de santé publique. Il existe trois catégories d'actes du point de vue de la nomenclature :

- 1/ Les actes présents à la nomenclature<sup>11</sup> et tarifés ;
- 2/ les actes présents à la nomenclature et non tarifés ;
- 3/ Les actes hors nomenclature.

Le tableau suivant montre que les actes tarifés de la première catégorie sont majoritairement caractérisés par une sous-valorisation significative par rapport aux coûts de production. Sur 17 actes courants, on constate que 8 actes sont réalisés à perte, 7 actes ont des marges inférieures à 50% et seulement 2 ont une marge supérieure à 50%.

Comme pour le modèle dentaire, le système actuel implique que le chirurgien finance une partie du coût de production de nombreux actes par la réalisation d'une quantité suffisante d'actes rentables, des catégories 2 ou 3.

**Tableau 7 : Tarification de certains actes courants et coûts de production**

Code	Acte	Tarif sécu (1)	Durée en mn	Coût de production (2)	Marge brute	
					€	%
HBGD022	ext 1 dent par alvéolectomie	33,4	10	48,7	-15,3	-45,6%
HBGD039	ext 1 dent ankylosée	33,4	15	53,9	-20,5	-61,2%
LBFA023	curetage d' un kyste	46,9	15	53,9	-7,0	-14,9%
HBGD043	ext de 2 dents	50,2	15	53,9	-3,7	-7,4%
HBGD319	ext de 3 dents	66,9	20	60,1	6,8	10,2%
HBGD106	ext de 6 dents	117,0	45	85,3	31,8	27,2%
HBGD004	ext de 1 dents de sagesse	83,6	20	58,2	25,4	30,4%
HBGD025	ext de 2 dents de sagesse	125,4	30	68,6	56,8	45,3%
HBGD021	ext de 3 dents de sagesse	167,2	40	79,1	88,1	52,7%
HBGD038	extr de 4 dents de sagesse	209,0	50	98,8	110,2	52,7%
HBGD003	résection apicale 1 incisive	83,9	30	66,8	17,1	20,4%
HBGD002	résection apicale 1 prémolaire	98,4	30	66,8	31,6	32,1%
HBG004	résection apicale 1 molaire	132,1	45	81,5	50,6	38,3%
HBJD001	détartrage	28,9	10	49,6	-20,7	-71,6%
HAP001	frénectomie labiale	20,9	10	48,7	-27,8	-133,0%
GBHD035	ext 1 dent lactéale	25,0	10	48,7	-23,7	-94,8%
HBG037	extrt de 2 ents lactéales	30,0	10	48,7	-18,7	-62,3%
(1) CCAM						
(2) Coûts de production estimés hors rémunération du médecin						

Source: CCAM V55 - Calculs de Frédéric Bizard avec données de plusieurs cabinets médicaux- 01/2022

<sup>11</sup> La classification commune des actes médicaux (CCAM) est une nomenclature de la Sécurité sociale française regroupant le codage des gestes pratiqués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Elle est constituée des gestes techniques dans un premier temps puis, par la suite, des actes intellectuels cliniques.

La tendance actuelle est d'encadrer les tarifs des actes de la catégorie 2 et un groupe de travail a été créé pour réfléchir à la tarification des implants, qui font aujourd'hui partie de la catégorie 3. Si on ajoute à cette situation la suppression de la possibilité pour les docteurs juniors d'accéder au secteur 2 (voir 2.5.2) depuis la réforme de l'internat, on voit que l'équation économique devient de plus en plus insolvable pour l'exercice libéral de la spécialité.

### **Des GHS à l'hôpital mieux valorisés**

Si les tarifs de la CCAM des actes de CMF sont nettement sous-valorisés, on constate que les tarifs hospitaliers des actes sont assez bien valorisés, surtout dans le secteur public.

La différence de 126% en moyenne entre les tarifs du public et du privé s'expliquent en partie par la non comptabilisation des honoraires des médecins dans le GHS privé. Nous verrons en partie III que ces actes sont majoritairement réalisés dans le secteur privé.

De plus, l'évolution du modèle économique visant à mieux valoriser les honoraires des médecins tout en intégrant dans la nomenclature l'ensemble des actes courants va nécessiter de repenser les lieux d'exercice pour le privé.

**Tableau 8 : Tarifs hospitaliers des actes de CMF dans le public et dans le privé**

Code	Lib	DP	LibDP	GHM	LibGHM	GHS	TarifPub	TarifPri	Ecart Public/Privé	
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade	K008	Autres troubles de l'odontogénèse	03M10 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	0880	1 120,93	364,69	3,1	207%
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	K023	Carie dentaire stabilisée	03M11 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0881	644,49	311,29	2,1	107%
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	K023	Carie dentaire stabilisée	03M11 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0881	644,49	311,29	2,1	107%
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	K008	Autres troubles de l'odontogénèse	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
LBA023	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord	K092	Autres kystes de la mâchoire	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBD001	Détartrage et polissage des dents	K036	Dépôts (accrétions) sur les dents	03M11 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0881	644,49	311,29	2,1	107%
HAPA001	Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal avec plastie par lambeau local	K148	Autres maladies de la langue	03C17	Interventions sur la bouche, en ambulatoire	0678	1 223,57	477,56	2,6	156%
HAPD001	Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal	K148	Autres maladies de la langue	03M11 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0881	644,49	311,29	2,1	107%
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	K011	Dents enclavées	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD003	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surrénaire à l'état de germe	K010	Dents incluses	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD004	Avulsion d'1 troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe	K010	Dents incluses	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	K010	Dents incluses	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	K010	Dents incluses	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	K010	Dents incluses	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	K023	Carie dentaire stabilisée	03M11 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0881	644,49	311,29	2,1	107%
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	K023	Carie dentaire stabilisée	03M02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	0819	1 181,73	521,94	2,3	126%
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	K023	Carie dentaire stabilisée	03M11 T	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0881	644,49	311,29	2,1	107%
HBG8004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire	K046	Abcès périapical avec fistule	03M04 T	Oites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	0876	869,75	416,44	2,1	109%

Source : PMSI -2022

## 2.5. Le défi des modes d'exercice

La crise systémique de notre système de santé affecte tous les modes d'exercice. En tant que **spécialité médico-chirurgicale dotée d'un spectre très large d'interventions chirurgicales et médicales**, la spécialité est par essence diversifiée dans ses modes d'exercice.

Nous avons vu que son modèle économique est menacé en libéral du fait d'une valorisation des actes décalée par rapport aux coûts de la pratique. Quant au salariat, il est menacé par la perte d'attractivité de l'hôpital public qui se ressent d'autant plus que les effectifs de la profession sont faibles.

### 2.5.1. Mode d'exercice et lieu d'exercice

De façon générale, les modes d'exercice des médecins ont vu ces dix dernières années un recul de plus de 10% de l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié.

Parmi les 198 018 médecins en activité régulière, on recense en 2020<sup>12</sup> :

- **83 084 médecins libéraux** exclusifs, soit une baisse de 0.31% depuis 2019 et 10.68% depuis 2010 ;
- **93 695 médecins salariés** dont 67% sont hospitaliers, soit une baisse de 0.60% depuis 2019 et une augmentation de 11.68% depuis 2010 ;
- **21 077 médecins en exercice mixte** dont 68.2 % de libéraux-hospitaliers soit une baisse de 0.31% depuis 2019 et de 10.68% depuis 2010.

Si les médecins généralistes exercent majoritairement en ville et en libéral (56%), les spécialistes médicaux sont majoritairement salariés (61%). Les spécialistes chirurgicaux sont les plus équitablement réparties entre les 3 modes d'exercice du fait de la part importante de la chirurgie libérale, qui amène que près de deux-tiers exercent tout ou partie en libéral.

**Tableau 9 : Répartition par groupe de spécialités des médecins selon leurs modes d'exercice en activité régulière en 2021**

Groupe de spécialité	Divers	Libéral	Mixte	Salarié	Sans activité	Total
Médecins généralistes	0,1%	56,0%	6,6%	37,3%	0,0%	100,0%
Spécialistes chirurgicaux	0,1%	42,9%	21,4%	35,6%	0,0%	100,0%
Spécialistes médicaux (hors MG)	0,0%	27,5%	11,2%	61,2%	0,0%	100,0%
Total	0,1%	41,7%	10,5%	47,7%	0,0%	100,0%

Source : Atlas démographique – CNOM- 2021

<sup>12</sup> Source : Atlas démographique – CNOM- 2020

Concernant les spécialités médico-chirurgicales, on observe une forte dominance du mode d'exercice libéral. Plus de 80% des chirurgiens maxillo-faciaux, des chirurgiens plastiques, des ophtalmologues et des stomatologues exercent tout ou partie de leur exercice en libéral.

On peut s'étonner de la part élevée des chirurgiens oraux en salariat (64%), sachant que plus de 90% des actes se font en cabinet médical ou dentaire en ambulatoire. Ceci rejoint probablement les difficultés de décompte démographique évoqués précédemment. Une partie significative de ces salariés pourrait être des dentistes dans les centres de santé « dits associatifs ».

**Tableau 10 : Répartition par mode d'exercice et par qualification des médecins en activité régulière en 2021**

<b>Qualification</b>	<b>Part libérale</b>	<b>Part mixte</b>	<b>Part salarié</b>
<b>Chirurgie maxillo-faciale</b>	51%	30%	19%
<b>Chirurgie orale</b>	21%	15%	64%
<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique</b>	60%	26%	13%
<b>Dermatologie</b>	54%	19%	27%
<b>Ophtalmologie</b>	60%	21%	20%
<b>ORL</b>	42%	28%	30%
<b>Stomatologie</b>	70%	19%	11%

Source : Atlas démographique – CNOM- 2021

## **2.5.2. L'avenir du secteur 2 en suspens**

Les médecins peuvent choisir leur secteur d'activité en fonction de certains critères. Ces secteurs sont au nombre de 3 : deux sont dits conventionnés et le troisième est hors convention. La prise en charge par l'assurance maladie des frais inhérents à une consultation chez ces praticiens est conditionnée par le secteur dans lequel ils exercent.

Les conditions d'accès au secteur 2 sont inscrites dans **l'article 38.11 de la convention nationale des médecins généraliste set des médecins spécialistes** :

- Ancien chef de clinique des universités assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
- Ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008744 du 28 juillet 2008 ;
- Ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152501 et suivants du code de la santé publique ;
- Médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées ;
- Praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 61521 et suivants du code de la santé publique ;
- Praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152201 et suivants du code de la santé publique.

Le titre d'ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux est acquis après deux années de fonctions effectives.

Le titre d'ancien assistant des hôpitaux est acquis après deux années de fonctions effectives en cette qualité.

## **Un encadrement de la liberté d'honoraires depuis 2013**

La volonté des Pouvoirs Publics depuis le début des années 2010 est d'encadrer le dépassement d'honoraires des médecins de secteur 2, par un système de plafonnement des montants remboursés par les complémentaires santé d'une part et de niveau de remboursement et d'aides par la sécurité sociale d'autre part.

Après la mise en place du contrat d'accès aux soins en 2013, celui-ci a été remplacé par l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et par l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les médecins signataires s'engagent à :

- Réduire le reste à charge de leurs patients.
- Modérer leurs tarifs.
- Respecter le taux de dépassement d'honoraires moyen fixé (soit 100% de la BR).
- Développer leur part d'activité à tarif opposable (c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires).

Les contreparties pour les médecins adhérents sont les suivantes :

- La base de remboursement (BR) est alignée sur les tarifs des médecins conventionnés de secteur 1 ne pratiquant pas de dépassements.
- La convention médicale définit un système de prime en fonction du respect des engagements conventionnels. Autrement dit, plus l'activité à tarif opposable est importante, plus le montant de la prime du praticien est élevé.
- Une aide financière pour inciter les médecins à s'installer dans les régions souffrant de déserts médicaux.

Pour des spécialités comme la chirurgie maxillo-faciale dont les tarifs conventionnés sont souvent inférieurs aux coûts de la pratique, cette logique de plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires a été une fragilisation supplémentaire de la solvabilisation de leurs honoraires.

### **La réforme de l'internat de 2016 met en péril l'avenir du secteur 2 pour les nouvelles générations**

Un autre affaiblissement est venu de la réforme de l'internat débattue lors de la négociation conventionnelle de 2016 et inscrit dans les textes dans un arrêté du [21 avril 2017](#).

A l'issue des deux phases de montée en compétences – une phase socle puis une phase d'approfondissement –, les étudiants en phase 3 – dite de consolidation – pourront accéder au statut de docteur junior. La durée des études en qualité de docteur junior courra sur un ou deux ans, selon la spécialité. Les premières nominations de docteurs juniors sont intervenues en novembre 2020.

Il s'avère que de jeunes médecins ne font plus deux années de clinicat, comme le prévoit le statut des chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux (article 26-5 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers de CHU), mais se voient imposer une seule année de clinicat accolée à une année en qualité d'assistant des hôpitaux.

Dans cette hypothèse, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait considéré, en mars 2017, que ces médecins, qui ont effectivement exercé des fonctions d'assistant des hôpitaux pendant deux ans, pouvaient accéder au secteur 2 et en avait immédiatement informé le ministère de la santé. Celui-ci a rejeté, en décembre 2017, une telle possibilité et l'a fait savoir à la CNAMTS.

Il existe donc aujourd'hui une réelle menace sur la capacité d'accès au secteur 2 des futurs médecins. Sachant que l'exercice libéral de la chirurgie maxillo-faciale est très dépendant du secteur 2, nous verrons en partie III les solutions de sortie de cette situation.

## Partie III

# 4 recommandations pour construire un avenir solide pour la spécialité maxillo-faciale

### 3.1. Reconstruire une identité maxillo-faciale forte dans la médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle

Nous avons vu en partie 2.1 que la spécialité de chirurgie maxillo-faciale provenait d'une spécialité à l'origine médicale, dotée d'une composante dentaire, la stomatologie. Les racines de la discipline en France et en Europe continentale, sont donc médicales, avec un lien avec la dentisterie.

Si les anglo-saxons (RU, USA) ont privilégié la connaissance dentaire à la connaissance médicale, les Européens continentaux ont plutôt fait l'inverse. La mise en retrait de la compétence dentaire dans la spécialité chirurgie maxillo-faciale peut être considérée aujourd'hui comme une exception française.

#### *Un abandon de l'ADN de la spécialité en deux temps*

Une première rupture avec le passé a eu lieu dans les années 80 avec la dissociation entre une pratique centrée sur des interventions chirurgicales complexes de la spécialité, dites maxillo-faciales, et une pratique médico-chirurgicale courante, dite stomatologique.

En arrière-plan de cette évolution, certains chirurgiens maxillo-faciaux actuels évoquent un certain dédain d'une partie de l'élite hospitalo-universitaire de l'époque pour l'organe dentaire, qui était considéré comme « sale », voire un peu dégradant pour des médecins.

Alors que d'autres pays considèrent que la dent est un organe parmi les autres qui doit être traité avec une approche globale, la France a fait le choix en 1968 de scinder le monde dentaire du monde médical. Les dentistes en Allemagne sont en effet considérés comme des médecins de la dent (Zahnartz = médecin de la dent), pas en France.

Les années 80 sont dans la continuité de la séparation complète des études dentaires avec les études médicales dans des UFR (Unité de formation et de recherche) distinctes. La conséquence de cette dissociation a été une moindre attractivité de la spécialité de stomatologie par les jeunes internes les années suivantes, la spécialité « noble » étant devenue la chirurgie maxillo-faciale.

Il s'en est suivi des difficultés pour trouver des successeurs aux médecins stomatologues, générant un double problème économique et sanitaire. La valeur des cabinets médicaux ne pouvait que diminuer, face à la baisse des candidats à la reprise. La disponibilité de la ressource médicale pour traiter les besoins de stomatologie se réduisait alors que de plus en plus de dentistes aspiraient à en faire.

C'est ainsi que la deuxième rupture avec le passé est intervenue en 2011 avec l'abandon pure et simple de la stomatologie comme spécialité médicale suite à la suppression du DES de stomatologie. Le nouveau DES de chirurgie orale démarre en 2012 et est accessible dans les mêmes conditions à la filière odontologique et à la filière médicale.

Cette spécialité de chirurgie orale est réglementée par un arrêté du 31 mars 2011 qui a été modifié par celui du 18 octobre 2017<sup>13</sup>.

*Un bilan plutôt négatif de la chirurgie orale une décennie plus tard*

Le bilan dix ans après l'instauration de la chirurgie orale est plutôt négatif. Sur le plan démographique, la prise de pouvoir des dentistes reflète le malaise de la communauté médicale vis-à-vis de cette nouvelle spécialité. Ce malaise se répercute dans une cohabitation globalement difficile entre la communauté médicale et dentaire (CNP...).

Il est reconnu que les actes de chirurgie orale (cf. paragraphe 2.2) pratiqués sur des patients aux multiples comorbidités nécessitent un diplôme médical, et donc des compétences médicales qui manquent aux dentistes chirurgiens oraux.

De même, il semble que cet « *abandon* » de la connaissance dentaire aux chirurgiens-dentistes et aux chirurgiens oraux n'ait pas renforcé l'identité de la spécialité de chirurgie maxillo-faciale, qui se voit confrontée à une concurrence croissante d'autres spécialités médico-chirurgicale sans compétence sur les dents (ORL, Ophtalmologie, CPRE...).

L'argument des dentistes pour créer la chirurgie orale était que leur force démographique allait garantir la bonne couverture de l'ensemble des besoins de santé en chirurgie orale. Or, ce point ne s'est pas non plus vérifié. D'abord, certains chirurgiens-dentistes diplômés du DES de chirurgie orale préfèrent rester chirurgiens-dentistes pour pouvoir poser des prothèses ou réaliser d'autres actes jugés plus lucratifs dans le champ de la dentisterie.

Ensuite, les actes de la chirurgie orale les plus réalisés par les chirurgiens-dentistes sont la chirurgie la plus lucrative comme l'implantologie et la chirurgie pré-implantaire. Les actes les plus complexes comme les pathologies de la muqueuse, les cancers buccaux, la chirurgie des bases osseuses sont largement délaissés par les dentistes.

Enfin, l'absence de reconnaissance européenne du diplôme français de chirurgie maxillo-faciale reste une faille à la fois sur le plan du prestige international de la spécialité et de la capacité d'exercer à l'étranger pour les praticiens français.

Face à cette situation, nous recommandons de refondre les conditions d'accès à la chirurgie maxillo-faciale et à la chirurgie orale dans un objectif **de retrouver l'ADN de la spécialité pour bâtir une identité forte et reconnue internationalement.**

---

<sup>13</sup> Arrêté du 18 octobre 2017 fixant la réglementation applicable à la formation commune à la médecine et à l'odontologie délivrée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale et modifiant l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie. [Accessible ici](#)

### *Redéfinir les conditions d'accès à la spécialité maxillo-faciale*

Suite au bilan évoqué précédemment, il nous semble incontournable de remettre à plat les conditions d'accès à la spécialité maxillo-faciale. Cette remise à plat implique de trouver un consensus avec la communauté dentaire pour redéfinir de nouvelles règles durables et réellement appliquées.

Nous proposons une méthodologie de négociation qui comporte une première option de nature systémique. Elle est très restructurante aussi bien pour les dentistes que pour les médecins de la spécialité maxillo-faciale. Elle est clairement d'intérêt général et tire vers le haut la médecine française en général.

En cas d'échec de cette option, nous proposons une deuxième option qui serait activée immédiatement et qui viserait à renforcer l'avenir de la chirurgie maxillo-faciale à court et long terme en France.

#### Proposition 1 : Réintégrer les (16) UFR d'odontologie dans les UFR de médecine (attachés à l'un des 29 CHU).

Cette option mettrait un terme à au schisme de 1968 qui a vu la dissociation des études de médecine et celles d'odontologie, avec la création d'UFR d'odontologie distinctes des UFR de médecine. Cette réforme entraînerait la création d'UFR des sciences de la santé qui incluraient la médecine, l'odontologie, la maïeutique, la pharmacie et des professions paramédicales (orthophoniste, orthoptiste...).

La médecine et l'odontologie auraient un tronc commun d'un nombre d'années à déterminer, suivi d'un internat en odontologie pour les futurs dentistes. Dans ce nouveau schéma de formation, les chirurgiens maxillo-faciaux auraient tous une base médicale commune, suivie d'un DES en chirurgie maxillo-faciale intégrant une composante dentaire appuyée.

Cette hiérarchisation des enseignements est justifiée par le fait que les dentistes gagneraient à être de véritables médecins des dents et au fait qu'il est plus simple d'acquérir des compétences spécifiques sur un organe (la dent) après avoir étudié l'ensemble de l'anatomie humaine que l'inverse.

C'est une voie de sortie par le haut pour tous les intervenants des organes du visage. Elle ne fait pas des chirurgiens-dentistes des auxiliaires de soins de la chirurgie maxillo-faciale et elle apporte une reconnaissance européenne au diplôme français de chirurgie maxillo-faciale du fait de **la double compétence médicale et dentaire**.

Si cette option est la plus ambitieuse pour l'intérêt général, il n'est pas sûr que les esprits soient mûrs dans la communauté dentaire pour la soutenir. Certaines tendances comme le rapprochement physique des UFR dentaire et de médecine à Marseille et dans d'autres villes montrent qu'il existe une prise de conscience de créer une unicité de lieu pour former les futurs professionnels de santé. On y a mis la médecine, l'odontologie et la maïeutique. Les avantages économiques sont indéniables et le droit au remords est plus facile à gérer.

Certains universitaires du secteur dentaire sont aussi à la recherche d'inscrire la spécialité dans un enjeu fort de santé publique et de redorer l'image des dentistes auprès des Pouvoirs Publics comme du grand public. On observe une volonté des chirurgiens-dentistes de se rapprocher du monde médical mais aussi une certaine réticence à fusionner la formation avec la médecine.

La décision du gouvernement de créer 8 nouvelles facultés d'odontologie à la rentrée 2022 – à Caen, Poitiers, Amiens, Rouen, Dijon, Besançon, Tours et Grenoble - pour permettre de former 7 265 étudiants à la rentrée 2022, soit une hausse de 14% de la capacité d'accueil, pourrait être une fenêtre d'opportunité pour faire avancer cette proposition.

Si cette première proposition était refusée par les dentistes et/ou les Pouvoirs publics, du fait qu'une majorité de responsables du dentaire ne souhaiteraient pas du cursus médical pour devenir dentiste, nous proposons cette deuxième option.

Proposition 2 : Désengagement des PU-PH de chirurgie maxillo-faciale de la formation des chirurgiens-dentistes à la CO qui mettra fin à la spécialité chirurgie orale pour les dentistes

En cas d'échec de la première proposition, les médecins spécialistes maxillo-faciaux ont une arme pour ne pas se retrouver acculer à subir la situation. Il s'agirait de trouver un accord unanime dans la communauté médicale concernée pour cesser toute formation médicale aux étudiants dentaires souhaitant se former à la chirurgie orale en CHU.

Comme le stipule l'article 3 de l'arrêté du 31 mars 2011 instituant la création de la chirurgie orale, cette formation doit se réaliser dans les CHU et des établissements de santé liés par convention avec le CHU de rattachement des étudiants :

*« La formation est organisée par les unités de formation et de recherche (UFR) d'odontologie ou de médecine des universités accréditées à délivrer le diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale. Elle est dispensée dans des UFR, dans des lieux de stage agréés, conformément à la réglementation en vigueur, au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des établissements de santé liés par convention avec le centre hospitalier universitaire de rattachement des étudiants ou auprès de praticiens agréés-maîtres de stage ».*

Cette option peut être activée très rapidement, dès la rentrée prochaine. Les internes en odontologie ne sont plus formés dans les services de chirurgie maxillo-faciale. Dans ce scénario, il pourrait être tentant de rétablir la spécialité de stomatologie, en la considérant uniquement comme une spécialité médicale. Tous les médecins diplômés du DES de chirurgie orale sont requalifiés médecin stomatologues par les commissions de qualification ordinaires.

Notre recommandation serait de redéfinir le DES de chirurgie maxillo-faciale en le rapprochant de l'intitulé européen *oral and maxillo-facial surgery (OMFS)*.

L'intégration du mot oral incarne cette volonté de renforcer la connaissance/composante dentaire dans les études des chirurgiens maxillo-faciaux.

Les internes médecins seraient formés en odontologie par des universitaires qui ont la compétence en odontologie, qui sont encore en nombre. Cette évolution serait le signe d'une réhabilitation de la formation dentaire dans le cursus médical. L'avenir de la spécialité maxillo-faciale sera d'autant plus solide que les praticiens seront compétents pour réaliser dans les meilleures conditions des actes les plus courants aux actes les plus complexes.

Il est indéniable que certains actes de chirurgie orale et même de chirurgie orthognatique nécessitent une bonne connaissance dentaire. Si les praticiens maxillo-faciaux sont tous reconnus par le Grand public et par les Pouvoirs Publics comme étant les spécialistes de la face, y compris les dents, le défi des champs de compétence (paragraphe 2.2) sera largement relevé.

La spécialité sera d'autant plus forte qu'elle maintiendra dans son giron la plupart des actes courants historiquement réalisés par les stomatologues. Cela revient à maintenir les 3 matriochkas du schéma 1 dans le giron maxillo-facial.

### **Une reconnaissance internationale du futur (double) diplôme**

Cette deuxième option permettrait aussi d'atteindre un autre objectif important : la reconnaissance du diplôme français de OMFS dans tous les états-membres de l'Union européenne et dans d'autres pays comme le Canada, la Suisse et les pays anglo-saxons qui ont le double diplôme. Cette reconnaissance internationale rejaillira à tous les niveaux de la spécialité, de la base à son sommet.

C'est une garantie de maintenir un haut niveau d'attractivité sur le long terme parmi les futurs étudiants qui seront de plus en plus tentés par une mobilité internationale. C'est aussi une facilitation des échanges internationaux dans les domaines de la recherche.

### 3.2. Bâtir en modèle économique vertueux et durable pour la CMF

Nous avons vu précédemment (paragraphe 2.4.2) que le modèle économique de la spécialité actuelle était largement défaillant. Lorsque les actes sont tarifés par la sécurité sociale, ces tarifs sont largement déconnectés des coûts de la pratique et des coûts de la vie. De nombreux actes n'ont pas de tarifs et certains ne sont même pas dans la nomenclature.

Si certains praticiens pensent que la situation actuelle est préférable car elle donne une plus large liberté tarifaire pour augmenter leurs revenus, c'est une situation négative en matière de santé publique.

La spécialité maxillo-faciale doit permettre de prévenir, diagnostiquer et soigner tout type de pathologie de la face chez tout citoyen. **C'est une spécialité stratégique en matière de santé publique.** Toute mesure d'avenir pour la profession doit viser à ce que ça le soit dans la pratique.

La chirurgie orthognatique peut être indiquée pour corriger les anomalies des mâchoires et des os du visage. Ces anomalies peuvent conduire à des difficultés masticatoires, des problèmes d'élocution, des troubles fonctionnels, des défauts esthétiques ou même créer des problèmes respiratoires comme l'apnée du sommeil.

Même si cette chirurgie a souvent des effets spectaculaires sur l'apparence et l'esthétique du visage, il ne s'agit pas pour autant d'une chirurgie esthétique. L'intervention vise avant tout à corriger des problèmes fonctionnels (mastication, élocution, respiratoire).

L'exclusion d'une partie des actes du champ du financement solidaire n'est pas une option souhaitable dans la réflexion de l'avenir de la spécialité. **Pour que la spécialité maxillo-faciale soit un secteur fort en santé publique, il faut que tous les citoyens y aient accès sans obstacle financier.**

Pour réussir cette inclusion, l'ensemble du système de financement de la santé est à repenser d'une part et l'efficacité des prises en charge des patients est à améliorer d'autre part. L'amélioration de l'efficacité passe pour toutes les spécialités par une optimisation de la pertinence des soins pour laquelle le système français est en train d'évoluer vers une meilleure régulation de la qualité. La spécialité maxillo-faciale devrait être motrice en la matière.

Une réflexion sur le lieu d'exercice de la chirurgie ambulatoire, qui générerait une baisse des coûts de production des actes courants est souhaitable pour revaloriser la valeur de la prestation intellectuelle et technique en chirurgie maxillo-faciale. Que ce soit l'optimisation de la pertinence des actes ou la baisse du coût de production, des outils de maîtrise des dépenses en compensation de la hausse sensible de la valeur des actes de la spécialité sont à trouver.

Le futur modèle économique de la spécialité doit être cohérent avec l'évolution de l'identité et de la formation initiale envisagée dans nos recommandations. Ainsi, il doit permettre aux chirurgiens maxillo-faciaux de couvrir **l'ensemble des actes des matriochkas évoqués en partie 2, des plus courants aux plus complexes.**

## Le cas des dentistes

Nous verrons infra (paragraphe 3.4) la nécessité pour les dentistes de mettre en place un modèle économique vertueux qui s'appuie sur la prévention et passe aussi par une revalorisation des actes et l'intégration de certains actes comme l'implantologie dans les nomenclatures.

Outre les Pouvoirs Publics, il semble qu'une partie non négligeable des chirurgiens-dentistes restent aussi à convaincre sur la mise en place de tarifs sur des actes aujourd'hui non tarifés. **Cela pose une vraie question de santé publique quant à la qualité de la santé bucco-dentaire en France.**

Cela pose aussi une question éthique sur le fait que « *la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* » (article 19 du code de déontologie – Art R 4127-19 du CSP). Cette situation nuit à l'image de la profession dentaire qui peut être perçue par le grand public comme étant trop à la recherche du profit financier. La financiarisation à outrance de nombreux centres de santé dits associatifs est aussi une dérive qui fait suite à un modèle économique défaillant.

### 3.2.1. Le futur système de santé : un seul financeur solidaire par prestation de santé

Le débat lancé en 2021 par le Gouvernement<sup>14</sup> sur l'instauration d'une Grande Sécurité est révélateur de la maturité politique d'une réforme de l'architecture du système de financement. Sauf à remettre en cause les fondamentaux du modèle français en santé (et d'aller vers un modèle à l'anglaise ou à l'américaine), **il existe une seule voie d'évolution du financement à l'échelle macro-économique en santé.**

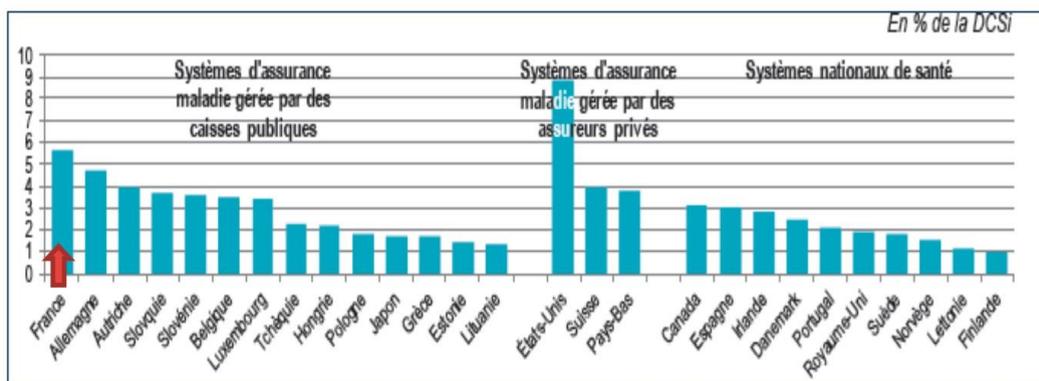
Notre système de financement à deux étages quasi généralisé sur l'ensemble des services de santé renchérit considérablement le coût du financement, affaiblit la qualité de la couverture du risque et en fait un système peu redistributif dans sa composante complémentaire.

Les coûts administratifs du système sont les plus élevés au monde après celui des USA, avec des coûts administratifs de plus de 15 milliards d'euros en 2018, soit 5,6% des dépenses totales contre 2,8% en moyenne dans les pays développés.

### Grphe 4 : Coûts administratifs des systèmes de santé

---

<sup>14</sup> La Grande sécu ou comment adapter notre système de sécurité sociale- Pre-rapport de Hcaam – France info-19/12/2021- [ici](#)



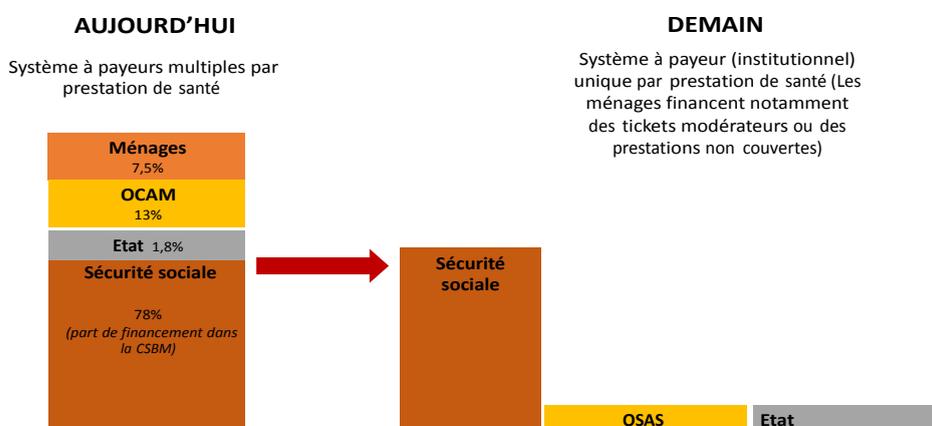
Source : Drees Les dépenses de santé en 2019, Edition 2020

Note : Les groupes de pays mentionnés dans le graphique sont classés en fonction du système d'assurance dominant. Rien n'empêche que dans un même pays plusieurs systèmes puissent coexister. La DCSI est la dépense courante de santé au sens international. Elle correspond à la consommation finale de services sanitaires et de biens médicaux, qu'ils soient individuels (comme une consultation médicale) ou collectifs (comme une campagne de prévention). Elle exclut tout ce qui n'est pas de la consommation, notamment les dépenses d'investissement ou les revenus de remplacement (comme les indemnités journalières). La DCSI est le seul agrégat harmonisé au niveau international.

Afin de baisser les coûts de gestion de notre système de financement, d'en améliorer l'efficacité et l'équité, une nouvelle architecture de financement s'impose et se structurera à partir du principe d'un seul assureur par prestation de santé. Aujourd'hui, l'Assurance Maladie finance 78% de la consommation de soins et biens médicaux contre une part de 13,2% pour les assureurs privés. Ces derniers sont présents dans la quasi-totalité des secteurs du soin pour financer les tickets modérateurs et une partie des honoraires libres.

**Le passage à un financeur unique par prestation de santé** nécessite de décroiser les paniers de services en distinguant ceux qui sont financés par la sécurité sociale de ceux financés par les assureurs privés. Ces derniers deviennent **des organismes d'assurance supplémentaire d'assurance santé (OSAS)** et non plus complémentaires (OCAM).

### Schéma 2 : Evolution du système de financement dans le nouveau modèle



Source : Institut Santé- Frédéric Bizard

Concernant les champs de prise en charge de l'assurance privée supplémentaire, ce sera essentiellement les secteurs pour lesquels ils sont aujourd'hui majoritaires dans le financement : l'optique, les prothèses dentaires, les prothèses auditives et les médicaments à service médical rendu faible. La prise en charge en Allemagne des prothèses dentaires et des transports sanitaires par les assureurs privés est un exemple de répartition des paniers de soins.

Les quelque 450 organismes d'assurance santé qui exercent sur le marché de la santé devraient commercialiser un contrat homogène standard qui garantisse un niveau de prestations minimum défini par les Pouvoirs publics. Ce contrat servirait de référentiel pour le marché en termes de prix, de garantie et de services. Chaque assureur commercialiserait ce contrat, avec la liberté de proposer toute autre garantie en plus de ce référentiel. Ils seraient incités à financer des services de prévention et de promotion de la santé, dont des services de e-santé, pour se différencier de la concurrence.

Ce financement supplémentaire par les assureurs privés serait structuré **selon une logique mutualiste solidaire à affiliation individuelle uniquement.**

### **Revalorisation des tarifs sécu et ticket modérateurs non remboursables**

Pour appliquer cette nouvelle architecture, il sera indispensable de **fixer des tarifs reflétant la réelle valeur des actes et d'avoir une gestion dynamique des prestations remboursées pour prioriser l'innovation.** C'est la raison pour laquelle cette réforme structurelle du financement serait l'opportunité pour la spécialité maxillo-faciale de voir l'ensemble de ses tarifs revaloriser selon une méthodologie commune à l'ensemble des actes.

Nous avons vu précédemment que l'accès au secteur 2 était sérieusement menacé pour les jeunes médecins et que le remboursement des dépassements d'honoraires était strictement encadré, à un niveau qui ne permet pas de trouver un modèle économique solidaire viable en maxillo-facial.

La nouvelle architecture de financement conserverait la logique du ticket modérateur qui compose le modèle français depuis 1945, dont le montant est à redéfinir en fonction des prestations de santé concernées (probablement autour de 10%). En revanche, ce ticket modérateur ne serait plus remboursable par un assureur et serait à la charge des patients, pour jouer son rôle originel de modérateur de consommation de soins. Toutes les conditions d'exonération de ce ticket modérateur – affections de longue durée, faibles revenus, grossesse... - seraient conservés.

Un bouclier sanitaire serait instauré pour éviter tout renoncement aux soins pour des raisons financières. Mis en place en 2004 en Allemagne, il consiste à plafonner le reste à charge pour les ménages à 2% de leur revenu brut annuel, sur l'ensemble des prestations de santé servies sur 12 mois.

### 3.2.2. Un système de régulation de la pertinence des actes par les pairs

La réforme structurelle du financement des dépenses de santé entrainerait une meilleure efficacité de ce financement, incluant davantage de ressources dédiées au remboursement de soins mieux valorisés. Cependant, l'amélioration de la pertinence des soins **est une autre clé de voute dans le futur modèle de santé**.

Annoncée en septembre 2018 comme une des grandes priorités de la stratégie nationale de santé (masanté2022<sup>15</sup>), la Ministre de la santé, Agnès Buzyn, s'appuyait alors sur le chiffre de 30% de dépenses de l'Assurance maladies liées à des actes non pertinents.

Plusieurs propositions ont été insérées dans ce programme : développement de l'ambulatoire, diminution des opérations inutiles et des actes redondants, développement des modes de tarification centrés sur la pertinence des soins allant jusqu'à octroyer des bonus et des intéressements aux établissements de santé qui répondront aux objectifs de qualité, de pertinence et d'efficience.

#### *La pertinence des soins : un concept multiforme*

Plusieurs définitions existent sur la notion de pertinence des soins.

##### *Ministère de la santé*

« Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes nationales et internationales ».

##### *Haut Conseil de santé publique (HCSP)*

« Un soin est pertinent s'il correspond aux besoins du patient et à sa sécurité, et qu'il est conforme aux données de la science et aux recommandations de bonnes pratiques ».

##### *Haute autorité de santé (HAS)*

« La pertinence correspond à l'idée que le bénéfice attendu d'un acte pour la santé est largement supérieur aux risques, ce qui justifie de réaliser cette procédure plutôt que d'autres alternatives ».

Ces différentes définitions reprennent l'idée de définition de bonnes pratiques et de conformité des actes à ces recommandations. La HAS implique plusieurs dimensions pour l'analyse de la pertinence des actes :

- La balance entre les bénéfices et les risques ;
- La probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus, par comparaison avec d'autres traitements ;
- La qualité de l'intervention de santé ;

---

<sup>15</sup> [Ma Santé 2022, ici](#) – Stratégie nationale de santé présentée par le Gouvernement en Septembre 2022

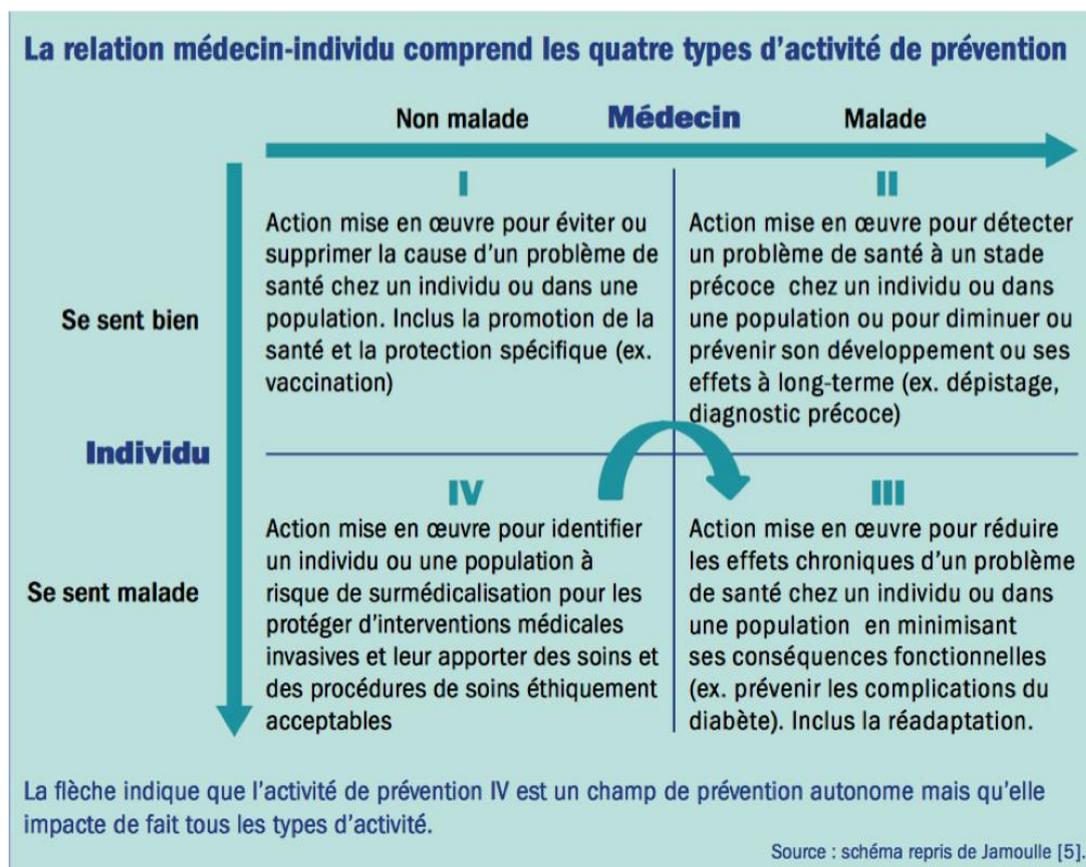
- La prise en compte des préférences des patients, ce qui implique une information partagée ;
- La prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

Cette notion de pertinence des soins s'inscrit dans une logique historique d'une médecine fondée sur les preuves. Ce principe de « **primum non nocere** » s'est transformé au XX<sup>ème</sup> siècle en démarches structurées en faveur de la qualité des soins et de la gestion des risques associés aux soins.

On parle de **prévention quaternaire** pour évoquer l'ensemble des activités de santé visant à éviter ou à atténuer les conséquences de l'intervention insuffisante, inutile ou excessive du médecin et du système de santé. Elle est définie comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins et médicalement acceptables.

Le schéma suivant montre que l'activité de prévention IV est un champ de prévention autonome mais qu'elle impacte de fait tous les types d'activité.

### Schéma 6 : Les quatre types d'activité de prévention



## **Des enjeux économiques importants**

La pertinence concerne aussi bien la sur-prescription, la surmédicalisation de la naissance à la mort que la sous-prescription que le suivi trop strict de recommandations.

Les enjeux économiques sont majeurs :

- 30% à 50% des patients chroniques (4 à 6.5 millions de patients ALD en France) ne recevraient pas les soins conformes aux recommandations (BMJ, 2013, 346) ;
- 20 à 30% des soins seraient non nécessaires voire dangereux (JAMA, 2012 ;307) ;
- 20% des dépenses de santé en moyenne dans l'OCDE seraient inutiles (Etude OCDE, 2017).

Le levier de la pertinence des soins est donc bien un enjeu important pour envisager de revaloriser l'ensemble des actes et mettre à jour la nomenclature des actes de maxillo-facial, comme ceux de l'ensembles des spécialités.

Pour la spécialité maxillo-faciale, la négociation avec l'Assurance Maladie serait facilitée si elle était reconnue comme une locomotive dans **la mise en place de procédures d'optimisation de la pertinence des actes.**

De façon générale, le futur modèle de santé accompagnera le professionnel médical sur la question de la pertinence des soins en développant un cadre institutionnel de gouvernance de la qualité de sa pratique médicale. Ce cadre est essentiel pour accompagner le professionnel dans un environnement médical plus complexe, pour garantir aux usagers un haut niveau de qualité et de sécurité en santé et pour optimiser l'efficacité du système.

## **La place prépondérante des CNP dans la future régulation des pratiques**

Créée en 1997, la Fédération des spécialités médicales (FSM) regroupait initialement les sociétés savantes de la plupart des spécialités d'exercice reconnues par l'Ordre national des médecins. Pendant 10 ans, la FSM a mené de nombreuses réflexions transversales sur la méthodologie, l'organisation, la labellisation et l'évaluation des actions de formation médicale continue, puis sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Depuis 2008, la FSM a fait évoluer ses statuts et ses objectifs pour mettre la gouvernance au service de la qualité des pratiques et des soins. Dans cet objectif, elle est parvenue à réunir l'ensemble des composantes de chaque spécialité médicale dans des **Conseils nationaux professionnels (CNP)**, dont la gouvernance est strictement paritaire entre les modes d'exercice, et dont la FSM coordonne les travaux.

Grâce au regroupement des professionnels issus des différents organismes représentatifs de la spécialité, une double gouvernance scientifique et professionnelle,

dont le champ de compétences est celui de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques professionnelles, est également instituée.

Cette nouvelle gouvernance des pratiques médicales sera à articuler avec les parties prenantes « naturelles » de cette activité. C'est le cas du Conseil de l'Ordre, qui est le seul à disposer d'un pouvoir de sanctions professionnelles vis-à-vis de ses membres. C'est aussi le cas de la haute Autorité de santé qui élaborent, avec les sociétés savantes, des recommandations de bonnes pratiques.

Face à l'importance croissante du rôle des CNP dans cette activité de régulation des pratiques, il apparaît indispensable que la spécialité maxillo-faciale clarifie les champs de compétences entre les chirurgiens-dentistes et les médecins maxillo-faciaux pour les années à venir.

Selon l'arrêté de 20 août 2019<sup>16</sup>, il existe un CNP de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie, un CNP de chirurgie orale et un CNP des chirurgiens-dentistes.

Le CNP de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et celui de Chirurgie Orale réunissent l'ensemble des structures scientifiques, universitaires, syndicales et de formation continue de chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie afin de coordonner leurs actions, prévoir l'évolution de la discipline, rechercher les moyens nécessaires à son adaptation, agir pour informer et faire connaître la discipline dans toutes ses conditions d'exercice actuelles et contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le CNP et de Chirurgie Orale Médicale est l'interlocuteur privilégié de la profession.

Les membres fondateurs du CNP de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie sont les suivants :

- Le Collège Hospitalo-Universitaire Français de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie (CHUFCMFS) ;
- Le Collège des Médecins Spécialistes en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale (CMSCMFF) ;
- L'Union des Médecins Spécialistes en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale (UMSSCMF) ;
- L'Association Française des Jeunes Chirurgiens Maxillo-Faciaux (AFJCMF) ;
- La Société Française de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale (SFSCMF) ;
- La Société Médicale d'Orthopédie Dento-Maxillo-Faciale (SMODMF).

Le Syndicat National de Chirurgie Maxillo-Faciale est membre du CNP.

Au titre des chirurgiens-dentistes, l'arrêté de 2019 définit 3 CNP :

- Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes.
- Conseil national professionnel de médecine bucco-dentaire.

---

<sup>16</sup> Arrêté du 20 août 2019 portant liste des CNP pouvant conventionner avec l'Etat en application de l'article D 4021-1-1 du CSP, [ici](#)

- Conseil national professionnel d'orthopédie dento-faciale et orthopédie dento-maxillo-faciale.

La difficulté de faire vivre le CNP de chirurgie orale, dont il n'existe aucune trace numérique, illustre tous les problèmes de cohabitation évoqués précédemment entre les médecins et les dentistes de la spécialité, entre les responsables universitaires des deux professions. Elle renforce la nécessité de mettre en place la réforme proposée.

### 3.2.3. Une revalorisation adaptée des actes courants

Dans le cadre de cette réforme structurelle du financement de la santé, de la bonne régulation de la qualité et de l'adaptation du lieu d'exercice, une revalorisation des actes au juste tarif devient possible, pour la spécialité maxillo-faciale comme pour l'ensemble d'autres spécialités.

Le tableau suivant évalue la part de la rémunération des médecins libéraux dans la réalisation de 10 actes courants, en prenant comme hypothèse que ces actes sont réalisés en établissement privé. Pour un coût global pour l'assurance maladie, on observe que la part de rémunération des médecins est d'un tiers du coût total.

C'est bien la preuve que pour des actes courants les coûts de la structure hospitalière privée sont largement dominants et pèsent sur la capacité de mieux rémunérer les médecins. C'est également le cas pour les structures publiques.

**Tableau 11 : Modélisation économique avec 10 actes courants en établissement hospitalier (en euros)**

Code	Acte	Tarif sécu (1)	Durée en mn	Coût de production (2)	GHS Privé	Volume 2019	Coût Sécu avec GHS seul	Coût Sécu avec Rém médecin au tarif	Part rem médecin	Coût Total sécu
HBGD022	ext 1 dent par alvéolectomie	33,44	10,00	32,46	311,29	16 264	5 062 821	543 868	11%	5 606 689
HBGD039	ext 1 dent ankylosée	33,44	15,00	35,93	521,94	1 984	1 035 529	66 345	6%	1 101 874
LBFA023	curetage d' un kyste	46,89	15,00	35,93	521,94	12 105	6 318 084	567 603	9%	6 885 687
HBGD043	ext de 2 dents	50,16	15,00	35,93	311,29	17 533	5 457 848	879 455	16%	6 337 303
HBGD319	ext de 3 dents	66,88	20,00	40,05	311,29	5 769	1 795 832	385 831	21%	2 181 663
HBGD106	ext de 6 dents	117,04	45,00	56,84	521,94	2 656	1 386 273	310 858	22%	1 697 131
HBGD004	ext de 1 dents de sagesse	83,60	20,00	38,81	521,94	238	124 222	19 897	16%	144 119
HBGD025	ext de 2 dents de sagesse	125,40	30,00	45,76	521,94	31 703	16 547 064	3 975 556	24%	20 522 620
HBGD021	ext de 3 dents de sagesse	167,20	40,00	52,71	521,94	39 540	20 637 508	6 611 088	32%	27 248 596
HBGD038	extr de 4 dents de sagesse	209,00	50,00	65,88	521,94	193 970	101 240 702	40 539 730	40%	141 780 432
<b>TOTAL</b>						<b>321 762</b>	<b>159 605 880</b>	<b>53 900 232</b>	<b>34%</b>	<b>213 506 112</b>

(1) CCAM  
 (2) Coûts de production estimés hors rémunération du médecin  
 Source: CCAM V55 - PMSI - Calculs de Frédéric Bizard - 01/2022

En supposant que l'évolution des lieux d'exercice permettait de faire baisser les GHS hospitalier de 30% dans le scénario 1 et de 50% dans le scénario 2, nous allons modéliser la hausse potentielle des tarifs CCAM. Notons que cette baisse des GHS est possible à travers soit une restructuration des structures privées existantes soit une relocalisation des actes dans des structures dédiées spécialisées (voir 3.4)

#### Scénario 1 : Modélisation de la hausse des tarifs CCAM suite à une baisse de 30% des GHS hospitaliers privés

Le tableau suivant montre que si le GHS baisse de 30%, l'assurance maladie dispose d'un gain de l'ordre de 43 millions d'euros sur les 10 actes courants, selon le volume constaté en 2019, soit 20% du coût total.

Si on prend comme hypothèse que seule 50% de la valeur de la baisse des GHS est utilisée pour revaloriser les tarifs CCAM, on obtient une revalorisation moyenne de 74% des actes. Après revalorisation à ce montant des actes, on constate que l'AMO réalise des économies de 24 millions soit 11% du coût total.

**Tableau 12 : Modélisation économique avec 10 actes courants financés à l'aide d'un GHS ambulatoire égal à 70% du GHS hospitalier**

Code	Acte	Tarif sécu (1)	Durée e mn	Coût de production (2)	GHS Privé	Volume 2019	GHS ambulatoi	Coûts AMO si 90% d rèctes sont réalisés GHS ambulatoire	Gain pour AMO vs GHS hospiti	Rem medecin scena 1 (3)	Hausse des tarifs CCAM	
HBGD022	ext 1 dent par alvéolectomie	33,44	10,00	48,7	311,29	16 264	218	4 239 727	1 366 962	24%	80,13	140%
HBGD039	ext 1 dent ankylosée	33,44	15,00	53,9	521,94	1 984	365	822 281	279 593	25%	111,73	234%
LBFA023	curetage d' un kyste	46,89	15,00	53,9	521,94	12 105	365	5 179 805	1 705 883	25%	125,18	167%
HBGD043	ext de 2 dents	50,16	15,00	53,9	311,29	17 533	218	4 863 684	1 473 619	23%	96,85	93%
HBGD319	ext de 3 dents	66,88	20,00	60,1	311,29	5 769	218	1 696 788	484 875	22%	113,57	70%
HBGD106	ext de 6 dents	117,04	45,00	85,3	521,94	2 656	365	1 322 837	374 294	22%	195,33	67%
HBGD004	ext de 1 dents de sagesse	83,60	20,00	58,2	521,94	238	365	110 579	33 540	23%	161,89	94%
HBGD025	ext de 2 dents de sagesse	125,40	30,00	68,6	521,94	31 703	365	16 054 913	4 467 707	22%	203,69	62%
HBGD021	ext de 3 dents de sagesse	167,20	40,00	79,1	521,94	39 540	365	21 676 469	5 572 127	20%	245,49	47%
HBGD038	extr de 4 dents de sagesse	209,00	50,00	98,8	521,94	193 970	365	114 445 442	27 334 989	19%	287,29	37%
	<b>TOTAL</b>	<b>93,3</b>				<b>321 762</b>		<b>170 412 524</b>	<b>43 093 588</b>	<b>20%</b>	<b>162,12</b>	<b>74%</b>

(1) CCAM  
(2) Coûts de production estimés hors rémunération du médecin  
(3) Hypothèse d'une hausse des tarifs CCAM équivalente à 50% de la baisse du GHS hospitalier  
Source: CCAM V55 - PMSI - Calculs de Frédéric Bizard - 01/2022

### Scénario 2 : Modélisation de la hausse des tarifs CCAM suite à une baisse de 50% des GHS hospitaliers privés

Dans un scénario plus offensif sur la baisse du GHS de 50%, l'AMO réalise des économies équivalentes à 72 millions d'euros sur l'ensemble de ces 10 actes, soit 34% du coût total.

Dans une hypothèse de hausse des tarifs CCAM à hauteur de 50% de la baisse du GHS, la revalorisation équivaut à 123% de hausse des tarifs. Suite à cette hausse des tarifs, l'assurance maladie économise 40 millions d'euros, soit 19% du coût total.

**Tableau 13 : Modélisation économique avec 10 actes courants financés à l'aide d'un GHS ambulatoire égal à 50% du GHS hospitalier**

Code	Acte	Tarif sécu (1)	Durée e mn	Coût de production (2)	GHS Privé	Volume 2019	GHS ambulatori	Coûts AMO si 90% d actes sont réalisés GHS ambulatoire	Gain pour AMO vs GHS hospiti	Rem medicir scena 2 (3)	Hausse des tarifs CCAM	
HBGD022	ext 1 dent par alvéolectomie	33,44	10,00	48,7	311,29	16 264	156	3 328 419	2 278 269	41%	111,26	233%
HBGD039	ext 1 dent ankylosée	33,44	15,00	53,9	521,94	1 984	261	635 886	465 988	42%	163,93	390%
LBFA023	curetage d' un kyste	46,89	15,00	53,9	521,94	12 105	261	4 042 549	2 843 138	41%	177,38	278%
HBGD043	ext de 2 dents	50,16	15,00	53,9	311,29	17 533	156	3 881 271	2 456 031	39%	127,98	155%
HBGD319	ext de 3 dents	66,88	20,00	60,1	311,29	5 769	156	1 373 538	808 124	37%	144,70	116%
HBGD106	ext de 6 dents	117,04	45,00	85,3	521,94	2 656	261	1 073 308	623 823	37%	247,53	111%
HBGD004	ext de 1 dents de sagesse	83,60	20,00	58,2	521,94	238	261	88 219	55 900	39%	214,09	156%
HBGD025	ext de 2 dents de sagesse	125,40	30,00	68,6	521,94	31 703	261	13 076 441	7 446 179	36%	255,89	104%
HBGD021	ext de 3 dents de sagesse	167,20	40,00	79,1	521,94	39 540	261	17 961 717	9 286 878	34%	297,69	78%
HBGD038	extr de 4 dents de sagesse	209,00	50,00	98,8	521,94	193 970	261	96 222 116	45 558 316	32%	339,49	62%
	<b>TOTAL</b>	<b>93,31</b>				<b>321 762</b>		<b>141 683 466</b>	<b>71 822 646</b>	<b>34%</b>	<b>207,99</b>	<b>123%</b>
<small>(1) CCAM</small>												
<small>(2) Coûts de production estimés hors rémunération du médecin</small>												
<small>(3) Hypothèse d'une hausse des tarifs CCAM équivalente à 50% de la baisse du GHS hospitalier</small>												
<small>Source: CCAM V55 - PMSI - Calculs de Frédéric Bizard - 01/2022</small>												

### Un modèle partiellement appliqué sur les dents de sagesse

Les deux scénarios ne sont pas purement théoriques puisque le raisonnement qui les sous-tend a été utilisé pour l'évolution du tarif de l'extraction de 4 dents de sagesse. Dans l'avenant N°7<sup>17</sup> de la convention nationale entre les médecins libéraux du 25 août 2016, il a été négocié un forfait supplémentaire de 125 euros pour la réalisation de cet acte en cabinet médical :

« En outre, afin de favoriser la prise en charge en ambulatoire de l'extraction des dents de sagesse les partenaires s'accordent pour créer un supplément de 125 € pour l'acte d'avulsions de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisé en ambulatoire sous anesthésie locale (HBGD038) ».

**Tableau 14 : Evaluation des coûts de prise en charge de l'extraction des dents de sagesse**

	Acte	Tarif	GHS Privé	Volume	Coût sécu		Economie	Avenant 7	Coût sécu après avenant	Economie
					Avec GHS	Sans GHS				
						€	€	€	€	
HBGD004	ext de 1 dents de sagesse	83,6	521,94	238	144 119	19 897	-124 222	83,6	144 119	0
HBGD025	ext de 2 dents de sagesse	125,4	521,94	31 703	20 522 620	3 975 556	-16 547 064	125,4	20 522 620	0
HBGD021	ext de 3 dents de sagesse	167,2	521,94	39 540	27 248 596	6 611 088	-20 637 508	167,2	27 248 596	0
HBGD038	ext de 4 dents de sagesse	209	521,94	193 970	141 780 432	40 539 730	-101 240 702	334	64 785 980	-76 994 452
	<b>Total</b>				<b>189 695 766</b>	<b>51 146 271</b>	<b>-138 549 495</b>		<b>112 701 314</b>	<b>-76 994 452</b>
							<b>-73%</b>			<b>-41%</b>

Source: CCAM V55 - PMSI - SML - Calculs de Frédéric Bizard - 01/2022

Le tableau précédent montre que les coûts pour l'AMO baissent de 76 M€ soit 43% avec l'application d'un tel forfait.

<sup>17</sup> Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant N°7 de la convention du 25 août 2016, [disponible ici](#)

### 3.3. Expérimenter un nouveau type de cabinet chirurgical plus efficient

Pour rendre possible l'évolution du modèle économique autorisant une meilleure rémunération de l'acte technique et intellectuel tout en maîtrisant les dépenses totales de la spécialité, il faut réfléchir à des structures chirurgicales moins coûteuses en charges fixes.

La dernière composante du nouveau modèle économique en maxillo-facial est ainsi l'expérimentation d'un nouveau type de lieu d'exercice qui réponde à deux objectifs :

- **Optimiser la qualité et la sécurité dans la prise en charge** des patients en chirurgie ambulatoire maxillo-faciale ;
- **Baisser le coût fixes de production hors rémunération des soignants** des actes de chirurgie afin de mieux rémunérer les soignants.

La pratique courante des médecins maxillo-faciaux est de disposer d'un cabinet médical en dehors ou au sein de l'établissement hospitalier et d'avoir un accès aux blocs opératoires de cet établissement ou de plusieurs établissements sur des créneaux horaires déterminés.

Si cette organisation fonctionne bien pour les praticiens, il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas économiquement optimale car elle n'utilise pas de structures intermédiaires entre l'hôpital et le cabinet de ville, qui existent dans d'autres pays et qui sont adaptées à de la chirurgie et à de la médecine ambulatoire courante.

#### **Le cabinet chirurgical ambulatoire ou office surgery**

L'office surgery, ou littéralement chirurgie en cabinet, désigne l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés dans un cabinet libéral, par opposition aux opérations faites au bloc dans des établissements de santé. Cette pratique est applicable à plusieurs spécialités chirurgicales dont la chirurgie maxillo-faciale.

La question de la chirurgie en cabinet a pris beaucoup d'importance dans certains pays, amenant l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) à se positionner sur le sujet dès 1999, avec des messages de prudence :

- Comité Exécutif de la Corogne en octobre 1999 :

*"L'IAAS est consciente du développement de la chirurgie en cabinet. Elle conseille à ses membres et à ceux qui peuvent chercher son conseil de définir des guides nationaux pertinents de bonne pratique en matière de sécurité avant de démarrer un quelconque programme de chirurgie en cabinet. De plus l'IAAS désire souligner la tendance générale à l'augmentation des litiges médicaux. Elle prévient donc qu'elle ne pourra soutenir un médecin, un chirurgien-dentiste, une infirmière ou un directeur qui participerait à un acte de chirurgie en cabinet sans s'appuyer sur une réglementation nationale agréée."*

- Éditorial en 2000 par les 3 anciens présidents<sup>18</sup> :

« *Le temps est venu de promouvoir la vraie chirurgie ambulatoire (...) Un cabinet médical [qui pratique des actes de chirurgie] doit disposer d'un niveau d'équipement et de personnel équivalent à celui dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire. Alors, de fait, il devient un centre de chirurgie ambulatoire autonome.* »

On distingue trois niveaux en fonction de l'importance de la surveillance post opératoire, des patients et des actes :

- **Niveau 1 le plus simple** : anesthésie topique, locale, blocs digitaux ; actes mineurs ; patients ASA 1,2 et + ou – 3 ;
- **Niveau 2 intermédiaire** : sédation et anesthésie locale, sédation et analgésie ; actes mineurs ou majeurs ; patients ASA 1,2, 3 et + ou – 4 avec accompagnement du patient ;
- **Niveau 3 le plus complexe** : anesthésie régionale ou générale ; actes mineurs ou majeurs ; patients ASA 1,2, 3 et + ou – 4.

Les bénéfices de l'office surgery sont partagés entre tous les intervenants :

- **Pour le patient** : plus simple, rapide et sécuritaire, moins stressant et plus satisfaisant ;
- **Pour l'établissement** : flux plus élevés, moins de personnel, libération de vacations opératoires mais valorisation plus faible (en partie compensé par le volume si la demande est suffisante) ;
- **Pour le chirurgien** : pas de problème d'accès au bloc, continuité des soins (PEC globale), flux plus rapides, moins d'infection car passage plus court, valorisation potentielle des actes meilleure (car GHS plus faibles) ;
- **Pour la collectivité** : dépenses réduites, accès facilité, adéquation des plateaux médicotechniques aux besoins.

### Une clarification des actes dits « frontières »

L'accès à un plateau technique peut représenter une vraie difficulté pour certains chirurgiens. L'office surgery permet de mieux distinguer ce qui se fait strictement au bloc opératoire des autres interventions, faisables en externe, sans bloc opératoire.

Toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville via des consultations ou des actes externes ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS. C'est le principe de base.

Toutefois, pour des raisons de sécurité liée à la pratique d'actes nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie, et justifiant le recours à une équipe paramédicale dont la coordination est assurée par un médecin, il est possible aux établissements de facturer un GHS.

---

<sup>18</sup> Jarrett PE, De Lathouwer C, Ogg TW. *The time has come to promote true day surgery. Ambulatory Surgery 2000; 8(4): 163–164*

Le problème est que la frontière (d'où le nom d'actes frontière pour définir ces actes) entre une prise en charge relevant d'une hospitalisation et une prise en charge relevant de la médecine de ville ou de l'activité externe est parfois difficile à établir. D'autant plus que, au vu du nombre important de situations cliniques qui peuvent se présenter, il n'existe pas une liste exhaustive d'actes frontière. Dans ces conditions, l'établissement va donc devoir appliquer les principes généraux avec bon sens pour décider de facturer ou pas un acte frontière.

### **Garantir la sécurité des soins**

Il faut souligner que les vraies études comparatives des indicateurs de qualité (taux de complications...) entre « *l'Office-Based* », les *Free standing centers* et les unités de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux sont peu nombreuses. A titre d'exemple, selon une étude de 2016 réalisée par Gupta<sup>19</sup> sur 183 914 interventions étudiées, le taux de complications en office surgery est faible qu'en chirurgie ambulatoire et en chirurgie conventionnelle.

Il n'en demeure pas moins que la sécurité doit rester la principale préoccupation. Tous les patients ne peuvent pas être éligibles à l'office surgery. Des consignes pre et post-opératoires précises sont à établir, avec des indicateurs d'évaluation des pratiques et des risques, par besoin de transparence avec les patients, les assureurs du risque médical et les payeurs.

### **Une brèche juridique en France pourrait accélérer leur mise en œuvre**

En France, l'absence de développement des centres autonomes ou des « *Free standing centers* » risque de ramener la question de la chirurgie en cabinet au premier plan.

D'abord, l'avis du **Conseil d'État n°423313, dans sa décision du 22 juillet 2020**<sup>20</sup>, marque une étape déterminante. Elle confirme que « *sont soumis à autorisation les actes chirurgicaux qui (...) nécessitent une anesthésie (...) ou le recours à un secteur opératoire (...) prévoyant notamment une zone opératoire protégée propre à garantir la réduction maximale des risques de nature infectieuse* » tout en indiquant que « *ces actes peuvent être pratiqués dans le cadre d'une activité alternative à l'hospitalisation, au sein de structures qui ne sont pas nécessairement des établissements de santé, à la condition toutefois que cette activité ait été autorisée par l'ARS et satisfasse aux conditions précisées notamment par les articles D 6124-301-3 et suivants du CSP* ».

Le Conseil d'Etat décide donc dans l'article 1 de son avis « *l'intervention de l'association de chirurgie en soins externes est admise* ».

Ensuite, la publication récente en France du **décret n° 2021-454 du 15 avril 2021**<sup>21</sup> va,

<sup>19</sup> Gupta V et al. Is Office-Based Surgery Safe? Comparing Outcomes of 183,914 Aesthetic Surgical Procedures Across Different Types of Accredited Facilities. *Aesthetic Surgery Journal* 2017; 37(2): 226-235

<sup>20</sup> Conseil d'État. Décision n° 423313, lecture du 22 juillet 2020, [disponible ici](#)

<sup>21</sup> Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires

du fait de la « brèche » juridique qu'il créé en modifiant le Code de la santé publique, replacer le sujet de la chirurgie du cabinet au centre des débats (ouvert il y a une quinzaine d'années en France avec la question de la chirurgie de la cataracte en cabinet libéral).

En effet, ce décret autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé. Ces 70 000 curetages annuels pratiqués actuellement au bloc opératoire dans un établissement de santé sont dans le champ de l'instruction ministérielle du 28 septembre 2015<sup>22</sup> qui définit le nouveau périmètre de la chirurgie ambulatoire et donc de la chirurgie. Ces curetages bénéficient actuellement à la prise en charge hospitalière d'un suivi chirurgical compte tenu du risque hémorragique et anesthésique lié à la pratique de l'anesthésie.

Ensuite, on peut aussi noter que des actes comme **l'implantologie dentaire et l'endodontie sont déjà pratiqués en cabinet**, alors que ces actes effectués sous anesthésie locale ne sont pas dénués d'un risque infectieux ou hémorragique.

Il en résulte donc que l'activité de chirurgie peut potentiellement se pratiquer **en dehors d'un établissement de santé, dès lors qu'elle est autorisée par l'ARS et qu'elle satisfait certaines conditions.**

Les conséquences peuvent être d'ordre multiple : qualitatif et sécuritaire, juridique, organisation sanitaire, économique, budgétaire... parmi elles, la question sécuritaire apparaît au premier plan.

La HAS envisageait possible le développement français d'environnements différenciés de complexité croissante. Elle propose 3 niveaux d'environnement (aménagement des locaux, équipement et personnel), dans le cadre d'une démarche de maîtrise des risques et de garantie de la qualité des soins :

- Niveau 1 le plus simple assimilable à un cabinet médical technique avec asepsie simple, sans présence de tiers et pour la réalisation d'actes techniques de type ORL, dentaire ou dermatologique.

- Niveau 2 intermédiaire avec asepsie renforcée, zone de récupération non de type SSPI et personnel de surveillance du patient au cours et au décours de l'acte, il approuverait le recours à un anesthésiste sur site.

- Niveau 3 le plus complexe correspondant au niveau d'environnement actuel réglementaire des unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

La chirurgie de cabinet, telle que prévue dans l'évolution réglementaire française, pourrait correspondre **au niveau d'environnement de type 2 sans présence d'un anesthésiste sur site**, mais avec la présence de personnel dédié et formé à la surveillance des patients. Dans tous les cas une convention de repli avec un

---

*de grossesse instrumentales en centre de santé, JORF n°0091 du 17 avril 2021*

<sup>22</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

établissement est aussi nécessaire dans l'éventualité de complications.

Ainsi, il faudrait réglementer la chirurgie au cabinet en proposant un niveau d'environnement technique adéquat permettant la maîtrise des risques et garantissant la qualité des soins.

Compte tenu de l'avis du Conseil d'État n°423313 du 22 juillet 2020 et du décret n°2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des IVG instrumentales en centre de santé, une brèche juridique s'est ouverte par rapport à la seule autorisation de la pratique de la chirurgie en établissement de santé dans le Code de la santé publique, permettant de fait une pratique autorisée de chirurgie de cabinet.

Le retour d'expériences étrangères, avec certains pays pratiquant près de 20% de chirurgie de cabinet, incite à encadrer fortement cette pratique compte tenu de potentiels risques de morbi- mortalité, en mettant en place :

- une réglementation, une procédure d'accréditation et/ou des *guidelines*, avec notamment un niveau d'environnement technique adéquat (asepsie renforcée, zone de récupération, personnel formé et dédié, ...)
- des études comparatives de résultats entre les prises en charge en cabinet de ville (*Office- Based*), en centre indépendant de chirurgie ambulatoire (*free standing center*) et en unités de chirurgie ambulatoire hospitalières.

### **Plusieurs spécialités, dont la chirurgie maxillo-faciale, sont éligibles**

En chirurgie orale, on constate que les chirurgiens-dentistes ont un certain avantage car ils pratiquent déjà en quelque sorte l'office surgery dans leur cabinet. Il existe cependant une problématique de sécurisation des parcours de soins.

A l'avenir, il serait ainsi souhaitable que les chirurgiens maxillo-faciaux disposent d'un lieu d'exercice adapté et dédié à la chirurgie ambulatoire, qui permette **de diminuer les coûts de production tout en garantissant un haut niveau de sécurité des soins.**

Dans la chirurgie maxillo-faciale, une part significative de l'activité serait potentiellement éligible, sachant que ce sera aux sociétés savantes d'en décider :

- **Chirurgie orale**, notamment les avulsions orales et les implants ;
- **Plastique faciale**, notamment pour les injections ;
- **Orthopédie maxillo-faciale**, qui se réalise à l'hôpital quand elle est traumatique ou en cas de malformation, ; les pathologies articulaires pourraient être traitées en office surgery ;
- **Carcinologie** : probablement pas éligible à l'office surgery.

Parmi les autres spécialités chirurgicales éligibles à l'office surgery, on peut citer :

- **Orthopédie** : en particulier la chirurgie de la main ;
- **Chirurgie plastique et esthétique** : le développement des installations autonomes de chirurgie esthétique (IACE) ouvre la porte à l'office surgery ;

- **Ophthalmologie** : la chirurgie du cristallin et la chirurgie de la cataracte pourraient y être éligible ;
- **Gynécologie** : les hystérosopies diagnostiques, la thermo coagulation endométriales, la petite chirurgie de la vulve, l'ablation de la chambre implantable sont des exemples d'actes potentiellement éligibles ;
- **Vasculaire** : les pathologies veineuses (superficielles et profondes), les accès vasculaires pour hémodialyse, les artériopathies oblitérants des membres inférieurs seraient potentiellement éligibles.

### **Un impact sur la structuration des hôpitaux**

Nous avons évoqué dans la partie I la nécessité d'une refondation de notre système de santé qui impactera l'ensemble des composantes du système, dont l'hôpital. La mise en place de ces structures intermédiaires entraînerait une concentration de l'hôpital sur les actes chirurgicaux complexes dans certaines spécialités médico-chirurgicales dont la chirurgie maxillo-faciale.

### 3.4. Bâtir un nouveau modèle économique dentaire fondé sur la prévention primaire

De la même façon que la réorganisation des champs de compétence et de la formation initiale de la spécialité maxillo-faciale impacte celle de la dentisterie, il en est de même de l'évolution du modèle économique. Les mesures précédentes devraient s'accompagner d'une évolution du modèle économique en dentaire dont nous esquissons ci-après les contours du futur modèle.

#### 3.4.1. Instaurer un programme et un mode de paiement dédiés à la prévention primaire

Le modèle allemand offre un bon exemple de réussite de mise en place d'un modèle de services dédiés à la prévention bucco-dentaire. Les programmes de prévention en Allemagne ciblent particulièrement les enfants, les personnes âgées et handicapées et les personnes à faibles revenus.

La **prévention individuelle** distingue deux catégories d'âge :

- Les enfants de 0 à 72 mois ayant droit à 9 consultations sur cette période ;
- Les enfants de 6 à 18 ans ayant droit à deux visites par an chez le dentiste.

La **prévention collective** est destinée aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans. Une à quatre fois par an, les dentistes dispensent des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, effectuent des dépistages de caries et peuvent aussi réaliser des traitements au fluor si nécessaire. Il est estimé qu'au moins 80% des enfants allemands jusqu'à 12 ans participent à ce programme.

Pour les personnes âgées et handicapées, une prise en charge des frais de déplacement permet aux dentistes de consulter dans les lieux de résidence des patients.

L'impact favorable de ce modèle sur la santé bucco-dentaire des Allemands a été très net. Ces programmes ont été mis en place à partir de la fin des années 80. Partant d'une situation plus défavorable que la France en 1989, avec un indice CAO<sup>23</sup> chez les enfants de 12 ans de 4,9 contre 4,2 pour la France, cet indice était de 0,5 en 2014, soit l'un des meilleurs au monde<sup>24</sup>.

On pourrait citer aussi les modèles danois et suédois qui sont aussi aujourd'hui à dominance préventive.

**La négociation conventionnelle entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance maladie de 2018** n'a ni instauré de financement pour la prévention primaire ni permis de rendre les soins conservateurs suffisamment rentables pour compenser la perte de marge sur les soins prothétiques.

Il devrait s'en suivre inévitablement une **hausse des volumes de soins prothétiques et/ou une dégradation de la qualité pour comprimer les coûts de production**. C'est

---

<sup>23</sup> L'indice CAO comptabilise le nombre de dents adultes Cariées, Absentes et Obturées d'un individu

<sup>24</sup> BZAEK [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung\\_DMS\\_V.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf)

ce qui s'est passé au Canada à la fin des années 2000 suite à la fixation de plafonds irréalistes<sup>25</sup>.

Pour instaurer un modèle médico-économique préventif performant, il est nécessaire de déterminer un cahier des charges le plus précis et complet possible sur les principaux besoins de prévention de la population. Le modèle allemand peut servir de base de référence, en intégrant aussi ce qui se fait et ce qui a déjà été proposé par certaines institutions en France.

#### *L'échec du programme M'T dents*

Les Pouvoirs Publics ne sont pas restés inactifs pour tenter d'instaurer un modèle préventif, mais comme souvent l'approche par **petits pas privilégiée à celle des grands pas en avant** se traduit par une absence d'impact systémique. Le programme *M'T dents* n'a pas eu d'impact significatif ni sur les comportements individuels ni sur le modèle médico-économique des dentistes.

D'abord, le cœur du modèle préventif tourne autour de la prévention primaire qui est largement ignoré par le programme *M'T dents*. La prévention collective est très faible. Aucune action de dépistage dans le milieu scolaire n'est réalisée à l'échelon national. Il consiste en une visite de dépistage prise en charge à 100% par la sécurité sociale chez les femmes enceintes et chez les enfants de 6,9,12,15 et 18 ans.

Ensuite, le taux de participation à ces visites dépistage n'étant que de 35%<sup>26</sup>, l'impact quantitatif est trop faible. A titre de comparaison, 43% des Français consultent au moins une fois un dentiste dans l'année<sup>27</sup>. Si on ajoute à cela que les populations défavorisées socio-économiquement y participent moins que les populations aisées, on voit que le programme manque sa cible.

Enfin, le rythme trisannuel de visites est inadapté à une prise en charge préventive efficace qui consiste en une visite annuelle chez le dentiste à partir de 6 ans.

#### *Instaurer un parcours prévention (collective) hors du cabinet dentaire*

Le Val-de-Marne a mis en place dès 1991 un programme de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 1 à 11 ans, qui comprend des actions de sensibilisation chez les femmes enceintes. Tout au long de l'année, les dentistes du département interviennent auprès des différents publics. Dans les crèches et les centres PMI départementaux, les jeunes enfants et leurs familles sont sensibilisés aux bons gestes d'hygiène bucco-dentaire.

---

<sup>25</sup> Trésor Eco 2008 p.6-7 <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/326885>

<sup>26</sup> CNAM 2012

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/29052013\\_DP\\_\\_MT\\_dents\\_VDEF.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP__MT_dents_VDEF.pdf)

<sup>27</sup> DREES 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

En école primaire, des actions ludiques de prévention sont proposées auprès de 20 000 enfants scolarisés en grande section de maternelle, CP, CM1 dans les 18 villes conventionnées avec le département.

Au collège, dans le cadre du projet « *Mordre la vie à pleine dents !* » des animations sont organisées dans les classes de 6ème ou 5ème. Elles permettent notamment de faire le lien entre l'alimentation des adolescents et adolescentes et la santé bucco-dentaire. Chaque année plus de 3 000 collégiens et collégiennes sont concernés par ce dispositif.

Enfin, les dentistes du département effectuent des formations au sein des centres de formation professionnelle. L'objectif est de sensibiliser les équipes professionnelles travaillant auprès des jeunes enfants, des adolescentes et des adolescents, au sein des crèches, centres de PMI, associations, milieux scolaires, instituts médico-éducatifs – (IME), etc.

Ce programme contribue à la bonne santé bucco-dentaire des habitants du département. 74,5% des 5-6 ans et 80,1% des enfants âgés de 12 ans ont une bonne santé dentaire selon les chiffres 2015 du département.

Dans le nouveau modèle de santé esquissé en première partie, **les départements sont amenés à devenir la cheville ouvrière de la prévention à tout âge** (et pas seulement pour les PMI). Ce type de prévention bucco-dentaire collectif devrait être généralisée à tous les départements.

En termes de financement, cette prévention collective pourrait être financée par les départements, avec des subventions de la région si besoin. La stratégie de prévention collective bucco-dentaire doit être nationale, avec une déclinaison régionale en fonction des spécificités locales. L'opérateur est le département.

#### *Instaurer un parcours prévention (individuelle) dans le cabinet dentaire*

L'objectif de la prévention individuelle chez l'enfant est **de prévenir les caries et les maladies parodontales** afin d'optimiser la qualité de vie de chacun. Pour les premières, il s'agit de préserver l'organe dentaire et toutes les fonctions. Pour les secondes, il s'agit de maintenir une bouche fonctionnelle avec le plus grand nombre possible de dents naturelles et de prévenir des conséquences des parodontopathies sur les pathologies générales.

Cette prévention est à réaliser à tout âge mais celle des caries est impérieuse pendant l'enfance (5-18 ans) et celle des parodontopathies sur la population du jeune adulte (20-30 ans).

Parmi les réflexions déjà engagées sur le sujet, nous reprendrons celle du syndicat FSDL présentée le 10 novembre 2017 lors de la dernière négociation conventionnelle<sup>28</sup>. Elle semble faire largement consensus et même si certains pourraient souhaiter l'amender, elle représente une base de travail robuste.

---

<sup>28</sup> *Présentation FSDL datée du 10/11/2017, intitulée « Prévention, qualité, pertinence ».*

Le syndicat distingue **une consultation principale** préventive carie ou paro d'une durée d'1h30 et **une consultation de suivi annuel** (2 à 4 fois 30mn). La consultation principale comprend les actions suivantes : anamnèse, bilan radio, enquête alimentaire, éducation à la santé orale, enseignement à l'hygiène orale, actes techniques associés (fluoration/sealant, détartrage).

La consultation de suivi annuel comprend l'anamnèse, le bilan radio, l'évaluation des acquis et des modifications de comportements de santé orale (alimentation, hygiène orale), les actes techniques associés (fluoration/sealant, détartrage).

Les cibles à privilégier sont les 5/18 ans (11,58 millions de personnes en 2020) et les personnes souffrant d'une ou plusieurs affections de longue durée (13,4 millions de personnes en 2019). Pour les premières, l'objectif est de disposer de 28 dents saines et fonctionnelles à 18 ans dans 10 ans. Pour les secondes, il s'agit de diminuer les conséquences des pathologies buccales sur les maladies systémiques.

En prenant en compte les coûts horaires de fonctionnement d'un cabinet, la FSDL propose **un forfait de 300 euros par patient pour la consultation prévention principale et de 240 euros par an par patient** pour la consultation de prévention de suivi.

La fréquence suggérée est de **une fois tous les 5 ans** pour la consultation principale de prévention carie ou pro et **un forfait par an** (2 à 4 visites en fonction des moyens) entre 2 consultations principales.

**Tableau 14 : Evaluation du montant de l'investissement de la prévention bucco-dentaire en euros selon des taux de recours de 50% et 80%**

Acte	Ans	Démographie Tx	Recours	N actes	Coûts
Prev Princip	<b>5</b>	795 049	50%	397 525	119 257 350
Suivi	<b>6</b>	801 336	50%	400 668	96 160 320
Suivi	<b>7</b>	818 973	50%	409 487	98 276 760
Suivi	<b>8</b>	824 266	50%	412 133	98 911 920
Suivi	<b>9</b>	844 412	50%	422 206	101 329 440
Prev Princip	<b>10</b>	836 610	50%	418 305	125 491 500
Suivi	<b>11</b>	841 774	50%	420 887	101 012 880
Suivi	<b>12</b>	833 484	50%	416 742	100 018 080
Suivi	<b>13</b>	847 250	50%	423 625	101 670 000
Suivi	<b>14</b>	828 874	50%	414 437	99 464 880
Prev Princip	<b>15</b>	828 224	50%	414 112	124 233 600
Suivi	<b>16</b>	825 535	50%	412 768	99 064 200
Suivi	<b>17</b>	824 243	50%	412 122	98 909 160
Suivi	<b>18</b>	830 859	50%	415 430	99 703 080
<b>TOTAL</b>		<b>11 580 889</b>		<b>5 790 445</b>	<b>1 463 503 17</b>
<b>Prev Princip</b>				<b>1 229 942</b>	<b>368 982 45</b>
<b>Suivi</b>				<b>4 560 503</b>	<b>1 094 520 72</b>
Acte	Ans	Démographie Tx	Recours	N actes	Coûts
Prev Princip	<b>5</b>	795 049	80%	636 039	190 811 760
Suivi	<b>6</b>	801 336	80%	641 069	153 856 512
Suivi	<b>7</b>	818 973	80%	655 178	157 242 816
Suivi	<b>8</b>	824 266	80%	659 413	158 259 072
Suivi	<b>9</b>	844 412	80%	675 530	162 127 104
Prev Princip	<b>10</b>	836 610	80%	669 288	200 786 400
Suivi	<b>11</b>	841 774	80%	673 419	161 620 608
Suivi	<b>12</b>	833 484	80%	666 787	160 028 928
Suivi	<b>13</b>	847 250	80%	677 800	162 672 000
Suivi	<b>14</b>	828 874	80%	663 099	159 143 808
Prev Princip	<b>15</b>	828 224	80%	662 579	198 773 760
Suivi	<b>16</b>	825 535	80%	660 428	158 502 720
Suivi	<b>17</b>	824 243	80%	659 394	158 254 656
Suivi	<b>18</b>	830 859	80%	664 687	159 524 928
<b>TOTAL</b>		<b>11 580 889</b>		<b>9 264 711</b>	<b>2 341 605 07</b>
<b>Prev Princip</b>				<b>1 967 906</b>	<b>590 371 92</b>
<b>Suivi</b>				<b>7 296 805</b>	<b>1 751 233 15</b>

Source : Calculs Frédéric Bizard- Septembre 2021 – Démographie au 1<sup>er</sup> janvier 2020

Quel que soit le financeur des soins prothétiques, la couverture assurantielle de ces soins devra obligatoirement inclure **un système de bonus/malus très incitatif** en fonction de l'observance des enfants du programme de prévention.

Le coût d'instauration d'un tel programme bucco-dentaire dédié aux enfants et adolescents est compris entre **1,4 et 2,4 milliards d'euros par an**, dont 25% pour la consultation de prévention principale et 75% pour les consultations de suivi. Ce coût représente un investissement dédié à améliorer l'état de santé bucco-dentaire des Français. Sur le court terme, il doit se traduire par une baisse progressive des besoins en soins conservateurs. Sur le long terme, les besoins en soins prothétiques baisseront ce qui doit compenser la hausse des coûts en soins préventifs.

Cette dernière affirmation est tirée de l'expérience allemande qui a démontré que le modèle préventif générerait une baisse significative des besoins en soins prothétiques.

### **La rentabilité du programme de prévention inclut les coûts indirects d'une mauvaise santé bucco-dentaire**

L'impact économique d'une mauvaise santé bucco-dentaire intègre les coûts liés à la perte de productivité des actifs, les arrêts de travail générés par les pathologies dentaires, ainsi que les coûts des pathologies générées par cette mauvaise santé. L'organisation mondiale de la santé a estimé qu'en Europe Occidentale, les coûts indirects de la mauvaise santé bucco-dentaire **représentaient 56,5% des coûts directs<sup>29</sup>, soit 6,7 Mrds€ en 2019 en France.**

L'impact économique du programme de prévention individuelle représente, selon le taux de recours, 20% à 35% des coûts indirects, ce qui semble très raisonnable. La compensation des coûts du programme de prévention par une baisse des coûts indirects est plausible.

En effet, la baisse de ces coûts indirects dans un contexte de bonne prévention santé bucco-dentaire est quasi mécanique. La mise en place d'un programme de prévention individuelle bucco-dentaire chez les patients ALD serait aussi utile pour augmenter l'impact sur ces coûts indirects.

**Tableau 15 : Evaluation des coûts indirects et totaux de la santé bucco-dentaire**

ME, %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 vs 2010	TCAM
Dépenses globales/ Coûts directs	9999	10289	10490	10606	10600	10774	11108	11325	11498	11786	18%	2,0%
Coûts indirects	5649	5813	5927	5992	5989	6087	6276	6399	6496	6659	18%	2,0%
Coûts totaux	15648	16102	16417	16598	16589	16861	17384	17724	17994	18445	18%	2,0%

Source: Les dépenses de santé en 2019-Edition 2020- Drees- OMS pour coûts indirects- Claculcs F Bizard

<sup>29</sup> Righolt 2018 [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034517750572?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

### **3.4.2. Réévaluer les soins conservateurs et endodontiques**

Nous avons vu en partie II que les tarifs des soins conservateurs sont nettement en-dessous des coûts de revient, même après la revalorisation de la dernière convention. Il est reconnu que les actes conservateurs sont efficaces pour diminuer le recours à des actes coûteux comme les prothèses.

Outre leur valeur inférieure au prix de revient, ils sont **3 à 4 fois plus inférieurs** aux tarifs pratiques en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suède<sup>30</sup>.

La réévaluation des soins conservateurs en France à hauteur de la moyenne des tarifs européens coûterait de l'ordre de 1,5 milliard d'euros sur une année entière d'application. Nous avons vu antérieurement qu'un modèle vertueux de prévention primaire et secondaire générerait mécaniquement une baisse des soins curatifs coûteux.

Il serait pertinent de proposer une revalorisation progressive sur 5 ans visant à atteindre des tarifs cibles à l'issue de cette période sur les soins conservateurs et les traitements endodontiques. Cette mesure serait accompagnée d'un suivi annuel de la consommation de soins curatifs et des économies générées sur ce segment.

L'évolution du modèle économique tel que proposée est une condition indispensable pour évoluer vers un modèle préventif. Cependant, ce basculement ne se fera que si un projet global est instauré comprenant la mise en place d'assistants dentaires de niveau 2 et une évolution organisationnelle des cabinets.

---

<sup>30</sup> *Tarifs France (CCAM), Tarifs allemands calculés sur la base de la nomenclature BEMA-Z 2016, pour une valeur arrondie de 1 point = 1 euro. (KZBV, 2016) et sur la nomenclature GOZ (PKV,2014), Tarifs suédois issus de la nomenclature suédoise (REFERENSPRISER FÖR DET STATLIGA TANDVÅRDSSTÖDET TLVFS2015 :1) - Coût de revient des soins en France : J. DEMOY, Quels sont les coûts réels des acte sconservateurs etendodontiques?Inf.Dent;3,vol.99,2017*

### **3.4.3. Un personnel dédié à cette prévention primaire : l'assistant dentaire qualifié de niveau 2**

Le basculement vers un modèle préventif implique nécessairement la reconnaissance d'un nouveau métier. C'est en discussion en France depuis plusieurs années et existe déjà dans 23 pays sur les 27 de l'UE et en Suisse. Même s'il faut laisser la libre organisation de son cabinet dentaire à chaque chirurgien-dentiste, avec la possibilité pour ce dernier de réaliser les actes de prévention, le bon modèle économique nécessite un acteur moins qualifié et moins coûteux.

L'entrée en vigueur de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles de janvier 2016 aurait dû accélérer la mise en place en France des assistants dentaires de niveau 2. Il n'y a toujours pas de consensus large sur le contenu de la formation et les missions précises que pourraient exercer cet assistant dentaire de niveau 2.

De façon générale, le nombre d'assistants dentaires par dentiste est parmi les plus faible en France des pays européens. Avec 0,5 assistant dentaire par dentiste, la France est loin de l'Allemagne (2,6), de l'Italie (2,1), des Pays-Bas (2,2) et même du Royaume-Uni (1,5)<sup>31</sup>.

Outre l'absence d'un financement dédié à la prévention, qui est une condition sine qua non pour faire émerger le métier d'assistant dentaire de niveau 2, **c'est la notion d'équipe dentaire** qui doit se développer davantage en France. **Ceci implique une meilleure répartition des tâches entre les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires pour générer un gain médical significatif** et permettre aux premiers de se concentrer sur les actes nécessitant une plus grande technicité. Ce transfert de compétences permettrait probablement aussi de prendre plus de patients.

Pour être largement accepté par les chirurgiens-dentistes libéraux et pour renforcer la place de ces derniers dans la santé préventive bucco-dentaire en France, il semble impératif que ces assistants dentaires de niveau 2 restent **sous la responsabilité du chirurgien-dentiste, sans possibilité d'exercice libéral de cette profession** pour éviter les dérives (bar à sourire...).

---

<sup>31</sup> CED 2015

## **Frédéric BIZARD**

**Frédéric Bizard** est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé.

Il est Professeur d'économie à l'ESCP et à Dauphine. Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il conseille des gouvernements étrangers sur leur politique de santé, notamment des pays émergents.

Il est expert auprès du Sénat français depuis 2015 pour les questions de protection sociale et de santé.

Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation de notre système de santé.

[www.institut-sante.org](http://www.institut-sante.org)

### ***Derniers livres :***

*« L'autonomie solidaire en santé », Editions Michalon, Octobre 2021*

*« Et alors ! La réforme globale de la santé, c'est pour quand ? », Fauves, 2019- Prix BFM du meilleur livre de l'économie de l'année 2020*

*Protection sociale : Pour un nouveau modèle, Editions Dunod, 2017*

*Politique de santé : réussir le changement, Editions Dunod  
, Septembre 2016*

Blog : [www.fredericbizard.com](http://www.fredericbizard.com)