

PANORAMA // Le secteur est pris entre le marteau d'un équilibre économique défini dans les années 1970 et l'enclume de changements profonds dans les tarifs des prothèses et les réseaux de santé. Le statu quo n'est pas tenable.

Les professionnels de la santé bucco-dentaire anticipent une remise à plat du système

Desserer l'étau financier autour des cabinets dentaires, tel est l'actuel combat des chirurgiens-dentistes. Mais l'épreuve est rude face aux différents gouvernements qui se sont succédé. Et, à l'heure où Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, s'appête à lancer au Parlement l'an prochain les débats sur la loi de santé, Emmanuel Macron, ministre de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique, veut imposer la mention du prix d'achat des prothèses dentaires dans le devis remis au patient. Objectif : en réduire le prix de vente.

Cette défense du pouvoir d'achat des Français est certes louable. « En revanche, c'est peut-être oublier le subtil équilibre économique des cabinets dentaires auquel l'Etat, depuis les années 1970, confie la santé bucco-dentaire de nos concitoyens », rappelle Catherine Mojaïsky, présidente de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Un secteur économique qui a pourtant son importance puisque, selon une étude de décembre 2013 menée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), on compte 40.833 chirurgiens-dentistes dont 90,4 % exercent en libéral. Soit une densité moyenne de 63,1 dentistes pour 100.000 habitants en France métropolitaine en 2013. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), cette filière pèse 10,3 milliards d'euros de chiffre d'affaires global (Comptes nationaux de la santé).

Précisément, l'équilibre financier des cabinets repose sur une double équation. A commencer par les tarifs « opposables » que doivent respecter les praticiens pour les soins de prévention, de conservation et de restauration des dents

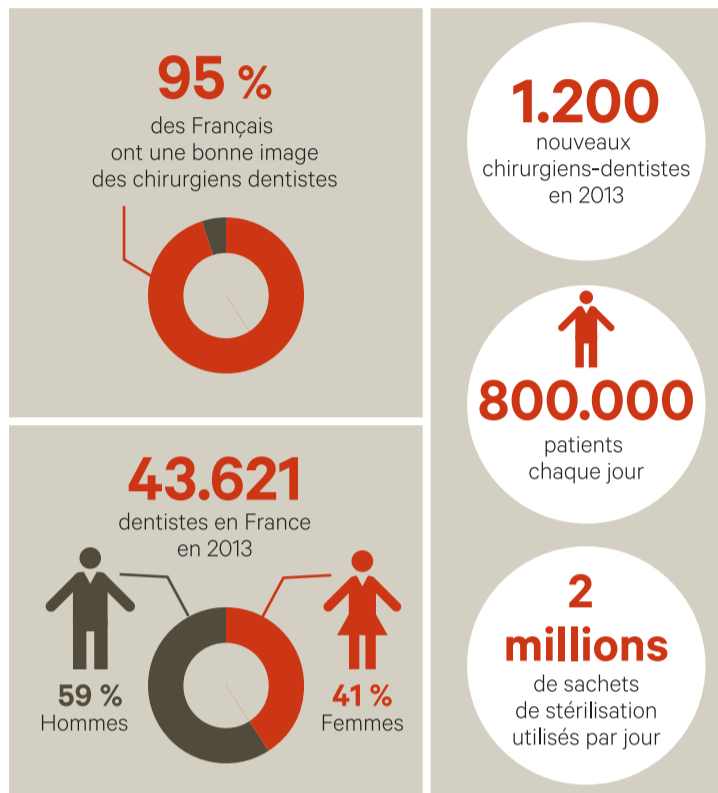
(traitement des caries, détartrage, extractions dentaires...). Fixés et remboursés à 100 % par l'assurance-maladie et les complémentaires santé, ces soins mobilisent en moyenne 70 % du temps de travail des chirurgiens-dentistes, mais ne génèrent que 30 % de leur chiffre d'affaires.

Les soins mobilisent en moyenne 70 % du temps de travail des chirurgiens-dentistes, mais ne génèrent qu'à peine un tiers de leur chiffre d'affaires.

En contrepartie, les actes prothétiques, en tarifs libres, génèrent plus de la moitié des recettes d'un cabinet pour 30 % du temps de travail.

En contrepartie, les actes prothétiques (ainsi que les actes d'orthopédie dento-faciale), en tarif libre, génèrent plus de la moitié des recettes d'un cabinet dentaire pour 30 % du temps de travail. D'où un relatif équilibre financier. En effet, une couronne céramo-métallique est ainsi facturée au patient 500 euros en moyenne par le chirurgien-dentiste. Alors que les honoraires du prothésiste sont en moyenne de 150 euros si elle est usinée par un laboratoire français, voire à peine 40 euros si elle vient de Chine. Or cette même prothèse est remboursée 75 euros par l'assurance-maladie. Au final, le patient paie un « reste à charge » de 240 euros,

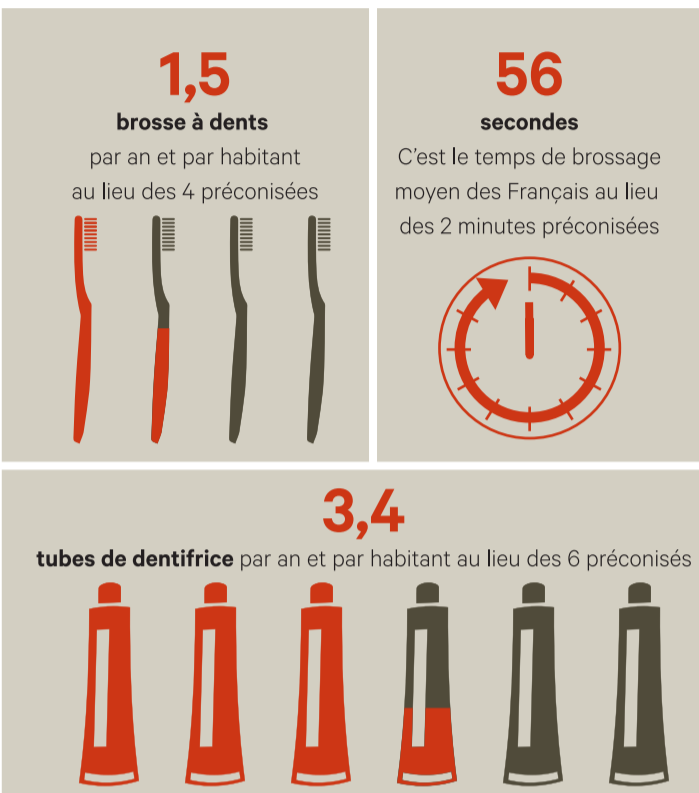
La profession en chiffres



selon une étude de l'observatoire citoyen des restes à charge en santé créé par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). C'est aussi ce reste à charge que veut réduire à 50 ou 75 euros les réseaux de santé mutualistes (Ipeca, Itelis, Kalivia, MAAF-MMA, MGEN, MGP, Santéclair, Sévane...) qui recensent près de 27.000 praticiens. « Cette baisse ne peut se financer que par une perte de qualité ou une augmentation des remboursements – or ce n'est pas la démarche des réseaux », commente Catherine Mojaïsky. Globalement, ces restes à charge sont jugés trop

bas pour pouvoir investir dans les évolutions majeures du métier comme la chirurgie mini-invasive, qui nécessite des scanners 3D (de 45.000 à 65.000 euros) ou des fraiseuses laser (près de 50.000 euros), sachant que les chirurgiens-dentistes du privé doivent financer eux-mêmes ce type d'équipement de haute technologie. Une chose est sûre : le système français de santé bucco-dentaire ne pourra pas durablement faire l'économie d'une remise à plat intégrale de son fonctionnement. — **Erick Hess**

Les Français et l'hygiène bucco-dentaire



« LES ECHOS » / SOURCE : ADF

Vérités et idées reçues sur le secteur en France

Certes, l'éducation à la santé bucco-dentaire recule en France et le remboursement des prothèses est insuffisant. Pour autant, la situation n'est pas forcément meilleure dans les autres pays de l'Union.

La France désinvestit en matière de prévention bucco-dentaire à l'école
VRAI Les actions de promotion de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire vont, en effet, concerner, pour les trois prochaines années seulement 20.000 enfants de ZEP contre 250.000 auparavant. « Les caries touchent davantage les enfants défavorisés », admet le Dr Christophe Lequart (UFSBD). La décision de l'Etat et de l'assurance-maladie de réduire les budgets des campagnes de prévention a donc heurté l'UFSBD, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et les syndicats dentaires. A tel point que, dans son projet de loi sur la santé publique, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a insisté sur la prévention. D'autant que cette mesure est peu onéreuse : « 10 euros par élève », signale le Dr Lequart.

Les soins dentaires sont plus chers en France que dans les autres pays européens
FAUX « La situation de la France est comparable à celle de l'Allemagne, de la Belgique et de la Suisse », explique

Daniel Hughes (CNSD). Mais les soins dentaires courants ainsi que les consultations (23 euros) sont un peu moins coûteux dans l'Hexagone. En Espagne, en Italie et en Europe de l'Est, les soins dentaires ne sont remboursés quasiment que par les assurances privées. « En Scandinavie, les soins sont très bien remboursés mais pas les prothèses », indique Sylvie Azogui-Lévy, chirurgien-dentiste. « Le coût des prothèses en France, autour de 500 euros pour une couronne céramo-métallique, de 1.000 à 1.200 euros pour les implants, est proche de celui de pays européens à niveau de vie comparable, mais il est le double de celui de la Hongrie », admet le Dr Hughes.

La part des prothèses dans les revenus des cabinets dentaires français est supérieure à la moyenne européenne.
VRAI « Les soins dentaires courants représentent 65 % de l'activité et 35 % du chiffre d'affaires des chirurgiens-dentistes français contre 50-50 en Allemagne, où les soins de base sont un peu mieux rémunérés », précise le Dr Hughes. Une revalorisation que souhaitent également les praticiens français.

La France compte de moins en moins de dentistes
FAUX La densité de chirurgiens-dentistes, 68 pour 100.000 habitants en 2012, classe la France dans la moyenne européenne. « Le nombre de jeunes dentistes formés



est passé de 800 à 1.200 par an récemment », souligne le Dr Hughes. Les 38.000 chirurgiens-dentistes français libéraux sont néanmoins mal répartis (densité de 93/100.000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur contre 43/100.000 en Normandie en 2012).

La France devient un pays à deux vitesses pour les soins bucco-dentaires
VRAI « Il serait plus juste de parler de soins à plusieurs vitesses, considère le Dr Azogui-Lévy. Les soins de

base sont pris en charge pratiquement à 100 %. En revanche, pour les prothèses, les riches peuvent choisir une mutuelle à bonne couverture. Tandis que les personnes à faibles revenus bénéficient de la CMU complémentaire, qui assure un panier de soins de base. Mais les personnes aux revenus supérieurs, qui ne peuvent s'acheter une mutuelle haut de gamme, sont mal couvertes. On observe aussi des écarts de prix de 20 % pour les prothèses entre zones rurales et grandes villes. » — **Dr Co. Tu.**

Dents et santé publique : quatre enjeux clés

La prévention joue un rôle majeur en matière de santé bucco-dentaire. Malgré certains progrès, les problèmes restent souvent négligés et mal pris en charge financièrement aux stades évolués.

UN IMPACT POTENTIEL SUR LA SANTÉ GÉNÉRALE
 Préserver sa denture est essentiel, pour bien manger, conserver l'estime de soi. La prévention doit être mise en place dès l'enfance pour éviter que ne s'accumulent des caries, sources d'infection puis d'atteinte du tissu de soutien de la dent. « Or cette maladie parodontale est associée à l'obésité, au diabète », explique Sylvie Azogui-Lévy, chirurgien-dentiste et maître de conférences à l'université Paris-VII. Il s'agit d'éviter une réaction en chaîne

MOINS DE CARIES, DAVANTAGE DE MALADIES PARODONTALES, DE PROTHÈSES ET D'IMPLANTS
 Grâce à la prévention, 56 % des enfants de moins de 12 ans étaient indemnes de carie en 2012 contre 12 % vingt-cinq ans plus tôt*. « Malgré tout, certains jeunes de milieux défavorisés continuent de concentrer les caries », déplore Sylvie Azogui-Lévy. Un adulte de plus de 35 ans sur deux présente aussi un problème parodontal. Les implants constituent, depuis quinze ans, une révolution thérapeutique. « En dépit d'un coût comparable, on en utilise néanmoins trois fois moins en France qu'en Allemagne », précise Daniel Hughes, président de la commission des conditions d'exercice de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD).

ÉDUCATION PRÉVENTION ET SOINS ORTHODONTIQUES CHEZ L'ENFANT
 Chaque année, 250.000 enfants bénéficiaient jusqu'ici d'actions éducatives concernant la santé bucco-dentaire en milieu scolaire dans le cadre du programme MT Dents, de l'assurance-maladie, qui prend en charge à 100 % consulta-



La prévention doit être mise en place dès l'enfance.

tions et soins chez le dentiste à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. A côté des caries, les soins orthodontiques doivent être pris en compte. « Hors ses aspects esthétiques, un mauvais alignement dentaire peut en effet accélérer l'apparition de caries », explique Sophie Dartevelle, présidente de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).

MUTUELLES ET SOINS PENDANT ET APRÈS LA VIE ACTIVE

« Les offres des mutuelles varient. D'où la nécessité de les comparer », rappelle Julien Fillaud, fondateur du site Mutuelle Conseil. Généralement, les mutuelles d'entreprise sont plus intéressantes que les mutuelles individuelles qu'il faudra parfois prendre à la retraite. Mais pas toujours. Les soins dits conservateurs (caries, détartrage, extraction...), déjà pris en charge à 70 % par l'assurance-maladie, sont en général remboursés en totalité par les mutuelles. « Pour les prothèses, le reste à charge est en revanche souvent important car peu de mutuelles remboursent au-delà du tarif de 200 % à 300 % de l'assurance-maladie, qui, en fait, est faible car les tarifs n'ont pas été revalorisés depuis vingt-cinq ans », ajoute Daniel Hughes de la CNSD. — **Dr. Co. Tu.**

*Source : Sylvie Azogui-Lévy, Thierry Rochereau, « La Santé de l'homme », n° 417, janvier-février 2012. « Promouvoir la santé bucco-dentaire », Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).



L'idée d'imposer la mention du prix d'achat des prothèses dentaires dans le devis que le chirurgien-dentiste remet à son patient provoque un tollé général chez les praticiens. Photo Lanier/RÉA

PANORAMA // Alors que le ministère de la Santé tente de réformer le secteur, les chirurgiens-dentistes se sentent stigmatisés par le gouvernement. Tour d'horizon des pommes de discorde.

Difficile dialogue entre le gouvernement et la profession

Augmentation du pouvoir d'achat des Français, généralisation du tiers payant, réseaux de soins, CMU-C, transparence du prix d'achat des prothèses dentaires... le gouvernement multiplie les projets de réforme dans le domaine de la santé. Avec de très louables intentions : « Il n'est pas acceptable que les Français les plus précaires diffèrent leurs soins faute d'argent », indique Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, en préambule de son projet de loi de santé qui sera discuté en 2015. Il y a urgence : les soins prothétiques ou d'orthodontie restent en « entente directe », sur devis, entre patient et praticien. Évalué à 27 % selon les Comptes nationaux de la santé (décembre 2012), le « reste à

charge » est trop élevé pour un nombre croissant de patients qui ne peuvent plus se l'offrir. Ainsi un Français sur trois a-t-il déjà renoncé à des soins médicaux, rapporte une étude d'Harris Interactive menée fin 2012. Et 60 % d'entre eux sacrifient les soins dentaires.

Plus de transparence

D'où l'idée, médiatiquement défendue sur M6 par Emmanuel Macron, ministre de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, d'imposer la mention du prix d'achat des prothèses dentaires dans le devis que le chirurgien-dentiste remet à son patient. Objectif : faire baisser la facture que paie le patient. Conséquence : tollé général chez les praticiens ! Lesquels perçoivent cette transparence des prix comme stig-

matisante. D'autant que la négociation conventionnelle de la loi hospital, patient, santé et territoire de 2009 avait déjà inclus le prix de vente de la prothèse (et non pas son prix d'achat) dans le devis. « De nombreux confrères se sont révoltés contre ces dispositions, mais ils ont fini par se plier à l'obligation, explique Catherine Mojaïsky, présidente de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Indiquer le prix d'achat ne se justifie pas. En effet, il convient de compter les actes associés à la prothèse. A savoir la conception, la préparation, l'empreinte, l'essayage, l'ajustage et la pose. »

Autre pomme de discorde, la loi Le Roux sur l'extension aux mutuelles des réseaux de soins, comme les réseaux mutualistes, qui a été vali-

dée en début d'année par le Conseil constitutionnel. Pour l'Ordre des chirurgiens-dentistes, cette extension bat en brèche trois principes : l'indépendance professionnelle, la liberté de choix de son praticien par le patient et la rupture d'égalité entre les professions de chirurgien-dentiste et de stomatologue. Lesquels exercent les mêmes actes, mais ne sont pas soumis aux mêmes règles. « Ces réseaux pratiquent une véritable publicité déguisée en imposant aux patients d'aller consulter chez tel praticien. Les plaintes commencent à affluer », s'insurge Philippe Denoyelle, président national de l'UJCD-Union dentaire. Pis : le praticien peut se voir imposer par les réseaux des produits, des équipements, des techniques ou des méthodes. — **Erick Hess**



INTERVIEW CATHERINE MOJAÏSKY

Présidente de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD)

« Il faut une réforme globale du secteur dentaire »

Le ministre de l'Économie veut redonner du pouvoir d'achat aux Français. En quoi cela touche-t-il votre profession ?
Rendre du pouvoir d'achat aux Français, c'était déjà l'obsession d'Arnaud Montebourg. Emmanuel Macron continue sur cette lancée avec le rapport remis le 3 octobre par Richard Ferrand, député du Finistère, sur les professions réglementées du droit et de la santé, à l'issue de la mission qui lui a été confiée par le Premier ministre. En quoi cela nous touche-t-il ? Bercy veut que le prix d'achat des prothèses dentaires figure dans le devis que le chirurgien-dentiste remet à son patient, en laissant croire que les prix baisseront. On revient cinq ans en arrière puisqu'un nouveau devis détaillé a été mis en place !

Quel problème cette transparence des prix d'achat pose-t-elle aux praticiens ?

Depuis vingt-six ans, la base de remboursement des soins et des prothèses est bloquée. La couronne dentaire est remboursée 75,25 euros. Même pas le prix du prothésiste. Quant aux soins dentaires, ils ont des « tarifs opposables », fixés par l'assurance-maladie et sont complètement pris en charge. Par exemple, 33,44 euros pour l'extraction d'une dent qui peut réclamer une heure de travail. Depuis vingt-six ans, la santé bucco-dentaire repose sur un équilibre économique fragile des cabinets entre les soins en tarif opposable (deux tiers du temps de travail, un tiers des recettes) et les prothèses (un tiers du temps de travail, deux tiers des recettes). C'est donc bien la prothèse qui permet de neutraliser la perte financière due aux

tarifs fixés. Par ailleurs, tous les investissements sont à la charge du praticien. Je viens par exemple de changer de fauteuil : 40.000 euros ! Afficher les seuls tarifs d'achat fausserait la réalité économique des cabinets !

La nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) est entrée en vigueur le 1^{er} juin. Quel en est l'impact ?
L'ancienne nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) avait soixante ans. Elle ne correspondait plus à nos actes d'aujourd'hui. Tandis que l'actuelle CCAM référence la quasi-totalité de nos actes. Comme les implants. Et, à côté des actes remboursables, il y a des tarifs. Dans un premier temps, en accord avec l'assurance-maladie, le changement s'est fait à périmètre financier constant. Nous pourrions commencer à parler de revalorisation de nos actes dans un second temps, dans une logique de gestion du risque par l'assurance-maladie. Celle-ci récoltera les données informatiques avec le code CCAM précis, afin de dresser des statistiques précises pour chiffrer et budgéter l'impact économique d'une éventuelle augmentation.

Quelle serait, pour vous, la réforme « idéale » du secteur ?

De façon simpliste, baisser le prix des prothèses, mais doubler, voire tripler les actes de soins. En revanche, cela suppose de savoir qui va payer : l'assurance-maladie ou les complémentaires santé ? On le voit bien : il faut une réforme globale du secteur dentaire. Personne n'a le courage de s'y attaquer. *Propos recueillis par E. H.*

USAGERS

« La prévention joue un rôle majeur »

Verbatim de Pierre-Albert Lefebvre, président de la Fédération française des diabétiques (FFD), qui regroupe 105 associations, 120.000 membres dont 1.500 bénévoles actifs.

« En France, on compte près de 3,5 millions de diabétiques. Et 90 % d'entre eux sont atteints du diabète de type 2, celui qui apparaît tardivement – vers 40 ou 50 ans. Mais, à l'horizon 2020, nous nous attendons à en dénombrier environ 6 millions ! Cette explosion est principalement due à une alimentation déséquilibrée et à un manque d'activité physique.

Au niveau bucco-dentaire, le diabète induit une mauvaise circulation sanguine en raison de l'obstruction des artérols qui irriguent la gencive. Ce qui risque de provoquer une certaine dégradation des dents. Les conséquences bucco-dentaires sont plus rapides avec le diabète de type 2, car il apparaît plus tardivement et de manière insidieuse. Dans le cas du diabète de type 1, le risque de mourir est d'emblée très élevé. Du coup, les patients sont mieux suivis et surtout plus en amont. Dans le cadre de leur suivi global, leur santé bucco-dentaire est mieux maîtrisée. Une chose est sûre : la prévention joue



Pierre-Albert Lefebvre.
Photo FFD

un rôle majeur. D'où l'importance des campagnes d'information sur le diabète et l'obésité à l'école, car une bonne alimentation et de l'activité physique préviennent 50 % des maladies chroniques. D'autant que notre fédération dispose de patients experts prêts à intervenir bénévolement. En revanche, nous n'avons pas reçu d'agrément national de la part de l'Éducation nationale. Nous nous débrouillons dans le cadre de relations personnelles au plan local. »

— **E. H.**

PROPOSITION

« Pour un panier minimum de soins et prothèses dentaires »

Verbatim de Philippe Denoyelle, président national de l'UJCD-Union dentaire, syndicat qui rassemble 5.000 adhérents chirurgiens-dentistes libéraux.

« Le projet de loi de santé présenté par Marisol Touraine prévoit d'améliorer l'accès aux soins en généralisant le tiers payant. Cette mesure est déjà une réalité pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU complémentaire (CMU-C), c'est-à-dire ceux qui ont droit à une complémentaire santé gratuite [dispositif qui prend en charge les dépenses de santé non couvertes par les régimes d'assurance-maladie obligatoire, NDLR]. En 2015, le projet de loi santé prévoit d'étendre le tiers payant aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS), puis à tous les Français en 2017. »

« Ce dispositif déresponsabilise »

« Nous sommes nombreux à estimer que ce dispositif déresponsabilise le patient et qu'il est

générateur d'une augmentation des dépenses. L'autre point qui suscite nos réserves concerne l'encadrement tarifaire des soins dentaires, optiques et audioprothétiques. Aujourd'hui, les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C bénéficient d'un droit à remboursement des prothèses dentaires dans la limite de tarifs fixés par l'arrêté du 28 mai 2014. Or ce dispositif va être aussi étendu aux bénéficiaires de l'ACS, soit 1 million de Français supplémentaires. Cela nous interpelle car nous allons être amenés à appliquer, pour une même qualité de prestation, des tarifs différents, selon que le patient sera en CMU, en ACS ou bénéficiaire d'une mutuelle. »

« Nous estimons que cette proposition d'encadrement tarifaire différencié des prothèses dentaires est contraire à l'égalité des soins et contribue à stigmatiser les bénéficiaires de la CMU. Voilà pourquoi nous proposons de mettre en place un panier de soins et prothèses dentaires essentiels et qui serait pris en charge en totalité par la collectivité. »

— **Eliane Kan**

Venez nous voir à l'ADF !
Niveau 2 - Stand 2L03

Une gamme de fauteuils complète pour répondre à tous les besoins.

PACIFIC

Un fauteuil monocoque pour votre confort de travail et celui de vos patients

PE8

Un fauteuil universel qui s'adapte à votre position de travail et à votre activité

K2

Un fauteuil compact et léger pour des espaces de travail aérés

Airel Quetin
Tél : 01 48 82 22 22
commercial@airel.com
www.airel-quetin.com

Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SNCH (0499) - Fabricant : Airel, France
Février 2014 - Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation

DÉCRYPTAGE // Les inégalités régionales s'aggravent. De nouvelles mesures ainsi que l'installation de dentistes étrangers pallient en partie ce problème, mais remettent en question un numerus clausus de plus en plus caduc.

La répartition des dentistes sur le territoire : l'enjeu de demain

En France, on ne peut pas parler de désert médical pour les soins dentaires. » Christian Couzinou, président de l'ordre des chirurgiens-dentistes, persiste et signe. « Le problème, c'est la répartition sur le territoire. »

La densité à l'échelle française est de 63 praticiens pour 100.000 habitants, similaire à la moyenne européenne. Mais certaines régions affichent un chiffre inférieur à 40. Et, selon le dernier rapport de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, publié en décembre 2013 : « Les dynamiques régionales semblent le plus souvent devoir conduire à un accroissement de ces inégalités régionales. »

Selon le rapport, les régions les moins dotées sont la Haute (39,4) et Basse-Normandie (39,5) ainsi que la Picardie (38,5). De manière générale, la densité de praticiens a diminué sur les dix dernières années. Tandis que les régions de Paca ou d'Ile-de-France ont une densité supérieure à 70. Mais jouer sur le numerus clausus, qui est pourtant passé de 977 à 1.200 en près de dix ans, ne semble pas être une solution envisageable. « La suppression du numerus clausus, comme le suggère le projet de loi Macron, serait une catastrophe, reprend Christian Couzinou. Nous manquons de place dans les universités pour former convenablement plus de docteurs. »

Aides à l'installation

Ces inégalités s'expliquent de différentes manières. La première étant la présence ou non d'une université où les futurs dentistes peuvent se former. « Les jeunes dentistes ont tendance à s'installer dans la région où ils ont été formés, explique Christian Couzinou. La formation dure au minimum six ans. Ces jeunes se sont donc construits leur vie sur place et préfèrent y rester. » Le problème, c'est que 7 régions françaises n'offrent pas de formation en dentaire. « Il y a un an, nous avons obtenu la mise en place d'une bourse d'1.200 euros par mois aux étudiants en formation, s'enthousiasme Christian Couzinou. Cela, à

condition qu'ils choisissent de s'installer dans une zone sous-dotée. Ils devront y rester le temps qu'ils ont touché la bourse. » De nouveaux fauteuils d'odontologie, permettant à des étudiants de poursuivre leur cursus, sont créés dans les CHU de régions où il n'existe pas de faculté dentaire, comme à Caen par exemple, mais l'état actuel des finances publiques ne permet pas une augmentation significative des places de formation. La sous-dotation de certaines zones s'aggrave donc au rythme du non-remplacement de praticiens qui partent en retraite. Pour juguler cette hémorragie, une aide à l'installation vient aussi d'être mise en place : 15.000 euros d'aide pour s'installer et un certain nombre d'exonérations de charges. « On

envisage aussi la mise en place d'une période de travail probatoire, lors de laquelle, à l'issue de leurs études, les jeunes dentistes seront obligés de travailler dans une zone sous-dotée pendant un an. »

Harmonisation des diplômes

En attendant, un phénomène non anticipé permet de pallier le manque de docteurs : l'installation de dentistes étrangers. En 2013 sur 1.430 inscrits à l'ordre, 371 sont issus d'un pays de l'Union européenne. Dont une majorité de Roumanie (195). En 2010, ils étaient 57. Leur installation a été grandement simplifiée par l'harmonisation des diplômes au niveau européen et la libre circulation des travailleurs datant de 2005. « Ce n'est pas un

problème en soit, mais cela fausse le numerus clausus, reprend Doniphann Hammer. D'autant qu'un autre phénomène se met en place progressivement, celui des Français qui partent étudier à l'étranger, en général après avoir échoué au concours français. Ces études à l'étranger sont en général délivrées par des écoles privées dont les frais d'inscription s'élèvent parfois à 9.000 euros l'année. Cela risque de créer une sélection par l'argent : les Français incapables de se payer ce type d'école se trouveront pour la plupart bloqués par le numerus clausus, quand les autres reviendront en France pour exercer après cinq ou six ans d'études suivant le pays, sans avoir été inquiétés. »

— Gabriel Nedelec



« La formation d'un chirurgien-dentiste coûte entre 150.000 et 200.000 euros à l'Etat », explique Christian Couzinou. Photo ONCD

Numerus clausus, low cost : le point sur des sujets qui fâchent

La Confédération nationale des syndicats dentaires et l'Ordre national des chirurgiens-dentistes s'inquiètent d'une « sélection par l'argent ».

● L'AFFLUX DE PRATICIENS ÉTRANGERS MET À MAL LE NUMERUS CLAUSUS

Doit-on supprimer le numerus clausus (NC) pour tenter de réduire le nombre de zones sous-dotées en praticiens au prix de la qualité de formation, faute de places supplémentaires dans les universités ? Le débat n'est pas encore tranché. En attendant, le NC est remis en question par l'afflux de chirurgiens-dentistes venus de l'étranger. En 2013, sur 1.430 primo-inscrits, 371 étaient d'origine étrangère. En 2008, ils étaient 71.

« Ce n'est pas un problème en soi, explique Daniel Hugues de la Confédération nationale des syndicats dentaires. Cela permet d'éviter la pénurie de chirurgiens anticipée du fait du blocage du NC. Mais cela provoque une désertification dans les

pays d'origine, à l'image de la Roumanie. » Un second phénomène est aussi à prendre en compte. De plus en plus de Français partent à l'étranger pour effectuer leurs études. Selon Daniel Hugues, « le risque grandit de voir apparaître une sélection par l'argent : les étudiants aisés auront la possibilité de partir à l'étranger pour se former, alors que les étudiants plus défavorisés seront bloqués par le numerus clausus et un concours de plus en plus difficile. Ces formations, dans des établissements privés, coûtent parfois plusieurs dizaines de milliers d'euros par an. »

● FACE AU LOW COST, LA PROFESSION RENVOIE L'ÉTAT À SES RESPONSABILITÉS

Les centres de soins dentaires low cost, apparus ces dernières années, défrayent encore la chronique. Réputés pour les tarifs attractifs de leurs prothèses notamment, la formule séduit une partie de la patientèle. Mais ces centres inquiètent les syndicats et l'Ordre, qui considèrent que ces institutions privilè-

gient le profit avant le soin. « Ils pratiquent essentiellement des soins qui rapportent, comme la pose de prothèses ou d'implants, affirme Christian Couzinou, président de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. Mais ils délaissent les soins conservateurs. Avec leur logique financière, il y a aussi un risque de surtraitement. On trouve souvent des hommes d'affaires à la tête de ces centres, pas des professionnels de santé. »

A l'origine du développement du low cost, il y a les tarifs élevés des soins du type prothèse et implant, que l'assurance-maladie rembourse très mal. « Les prix sont élevés, car les tarifs des soins conservateurs, qui représentent la majorité de notre travail, n'ont pas été revalorisés par l'assurance-maladie depuis 1988, reprend Christian Couzinou. L'Etat a libéralisé les tarifs sur les prothèses pour nous permettre de rééquilibrer nos comptes, sinon nous travaillerions à perte. Le véritable problème des tarifs élevés et donc des centres low cost c'est le désengagement de l'Etat. » — G. N.

« Les praticiens étrangers installés en France sont autant d'économies réalisées par l'Etat »

« Avec les coupes dans le budget de la santé, les hôpitaux universitaires sont saturés d'étudiants et ne peuvent pas ouvrir de nouvelles places pour en accueillir d'avantage. C'est un des blocages qui justifient le numerus clausus (NC). Des études de la DREES datées de 2007 ont montré que, si le NC n'était pas revalorisé par rapport au taux de 2005 (977), la densité générale des dentistes en France serait passée à 40 praticiens pour 1.000 habitants en 2030, contre 63 aujourd'hui. Le gouvernement a alors commencé à augmenter le NC pour éviter la pénurie. En 2013, il s'est porté à 1.200. Mais ces études n'avaient pas anticipé l'arrivée massive de dentistes étrangers, ni le phénomène de Français partant étudier dans un autre pays, avant de rentrer en France. Ces prévisions sont aujourd'hui obsolètes et le NC s'en trouve détourné. Ces détournements posent évidemment problème. Surtout lorsqu'ils sont poussés à l'extrême par certaines écoles privées étrangères qui tentent de s'installer directement en France pour recruter à la source. Mais, en même temps, ces praticiens formés à l'étranger sont autant d'économies réalisées par l'Etat français. La formation d'un chirurgien-dentiste coûte entre 150.000 et 200.000 euros à l'Etat, elle fait partie des plus chères parmi les formations médicales et paramédicales. »

Christian Couzinou, président de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes de France

« Suivre les avancées scientifiques pour renforcer la qualité des soins »

Le métier de chirurgien-dentiste évolue à la vitesse grand V, aussi bien technologiquement que sur les méthodes de soins. Jean-Patrick Druo et Joël Trouillet, secrétaires généraux de l'Association dentaire française, expliquent comment la profession fait tout pour s'adapter.

Vous soulignez l'investissement de votre profession dans la formation continue. A quoi correspond-elle concrètement pour des chirurgiens-dentistes ?

Joël Trouillet – La formation continue est à la fois un besoin et une obligation. Tout d'abord une obligation déontologique, elle a été par la suite inscrite aussi dans la loi Bachelot et elle concerne toutes les professions de santé dans le cadre du développement professionnel continu. Elle oblige tous les chirurgiens-dentistes à participer au moins à une action de DPC (développement professionnel continu) par an, qui doit être agréée par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Elle permet aux praticiens de suivre les évolutions techniques et médicales, mais aussi les avancées scientifiques afin de

délivrer à tous les patients des soins de qualité en toute sécurité.

Jean-Patrick Druo – D'autant que le métier évolue vite. Il y a dix ans, on parlait de chirurgie bucco-dentaire. Aujourd'hui, le terme consacré dans les textes est médecine bucco-dentaire. Car, au-delà de l'aspect connu de chirurgie réparatrice des tissus bucco-dentaires, nous nous positionnons de plus en plus comme de véritables médecins de la bouche et participons activement à la santé générale des patients, les pathologies buccales ayant des répercussions notables sur l'état général et certaines lésions buccales étant révélatrices de pathologies générales. Nous n'avons pas attendu les lois pour nous intéresser au développement technologique et médical du métier. C'est la conscience professionnelle des praticiens qui les pousse à suivre des conférences, à se former en ligne, à participer à des travaux pratiques. L'ADF fait en sorte de leur en fournir la possibilité.

Comment s'organise le développement professionnel continu à l'échelle nationale ?

J. T. – Officiellement, c'est l'OGDPC

INTERVIEW
JEAN-PATRICK DRUO
JOËL TROUILLET
Secrétaires généraux de l'Association dentaire française



qui s'en occupe. Ensuite, des organismes de formation et des sociétés scientifiques se chargent de délivrer tout au long de l'année les programmes de formation, agréés par l'OGDPC et répondant à des critères définis par la Haute Autorité de la santé. Mais, bien entendu, au-delà de ce caractère obligatoire, les chirurgiens-dentistes suivent de nombreuses autres formations volontairement et en assument le coût.

J.-P. D. – L'Association dentaire française fait partie de ces organismes de formation agréés depuis la mise en place de ces nouvelles obligations de formation. Par exemple, chaque mois, il est possible de suivre en ligne des conférences, de dialoguer avec les auteurs, d'obtenir des conseils, cela dans le cadre de formations DPC mais aussi dans le cadre de formations volontaires. De plus, lors du congrès de l'ADF, qui

est aujourd'hui le plus grand congrès dentaire d'Europe, 120 séances de formation sont proposées. Mais, du fait du poids structurel et administratif du cadre du développement professionnel continu (DPC), seules 9 séances auront l'appellation « séances DPC ».

Est-il possible de contrôler si ces formations sont bien

effectuées par tous les praticiens ?

J.-P. D. – Le DPC a été mis en place il y a deux ans, il remplace l'ancien système de formation : le CNFCO (Conseil national de la formation continue odontologique). Le contrôle a toujours été à la charge de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. Malheureusement, le manque de moyens n'a pas permis complètement sa mise en place. Aujourd'hui, le système a changé, mais le problème persiste : le Conseil de l'Ordre en a toujours la charge, le financement du DPC et de son organisation est de par la loi assuré par l'assurance-maladie, mais, au vu de la situation économique de cette dernière, le contrat n'est pas rempli, ni en termes de formation ni en termes de contrôle. En 2013, l'OGDPC a assuré le financement de 4.000 à 5.000 formations dans l'année pour 40.000 praticiens.

J. T. – Mais, encore une fois, les chirurgiens-dentistes ne se contentent pas seulement des formations de l'OGDPC ; j'en veux pour preuve le nombre d'inscrits au congrès de l'ADF l'année dernière : 8.000 praticiens. Les salles de conférences étaient pleines ; et il devrait en être de même cette année.

Propos recueillis par G. N.

SOINS À L'ÉTRANGER

Tourisme dentaire : une offre plus structurée, mais anecdotique

Les pays frontaliers comme l'Espagne ou l'Italie développent leur offre de soins prothétiques. Un secteur jusqu'alors occupé par la Hongrie et la Roumanie.

Cependant, ce phénomène reste d'une ampleur relative comparé à l'ensemble des soins dentaires remboursés par la France.

« Pourquoi ne pas allier tourisme et soins dentaires ? » Voilà ce que l'on peut lire, en français, sur les sites de centres de soins dentaires hongrois, espagnols ou encore turcs. La formule séduit puisque le Centre national des soins à l'étranger (CNSE), qui centralise au sein de l'assurance-maladie toutes les demandes de prise en charge des soins reçus à l'étranger, a recensé en 2013 plus de 21.000 dossiers qui ont profité des tarifs low cost de centres étrangers. « Le phénomène n'est pas nouveau », explique Mohamed Azgag, directeur du CNSE. Ce qui est plus étonnant, c'est l'offre structurée de soins prothétiques que ces destinations proposent depuis quelques années. Les centres installés en Hongrie, en Roumanie ou encore en Espagne sont au fait du système de remboursement français et des tarifs pratiqués. A tel point qu'ils ont intégré ces éléments à leurs calculs commerciaux. »

L'Italie rejoint pour la première fois la Hongrie, le Portugal et l'Espagne en tant que destination où la dépense des assurés dépasse le million d'euros. L'Italie profite de son statut transfrontalier, puisque la majorité des demandes de rem-



En 2013, l'assurance-maladie a remboursé 2,3 millions d'euros pour des soins dentaires effectués à l'étranger. Photo Hamilton/RÉA

boursement provient d'habitants des Alpes-Maritimes. Cependant, le pays propose une offre de soins prothétiques de plus en plus structurée.

Le même schéma s'applique à l'Espagne dont les dossiers sont adressés aux caisses d'assurance des départements frontaliers, mais dont l'offre prothétique progresse. De son côté, le Portugal jouit d'une place particulière, puisque les usagers reçoivent majoritairement des soins conservateurs, suggérant qu'une partie de la minorité lusophone de France associe vacances et soins dentaires.

Inquiétude pour le suivi

En Hongrie et en Roumanie, les patients viennent de la France entière et réalisent des dépenses moyennes beaucoup plus élevées : 1.557 euros pour la Hongrie, 1.242 pour la Roumanie, contre 640 pour l'Espagne. En effet, ces pays sont

privilegiés pour des soins prothétiques lourds. Les prix cassés s'expliquent par des prothèses à faible coût.

« La Turquie commence à se placer sur le créneau », affirme Doniphon Hammer de la Confédération nationale des syndicats dentaires. Sur Internet, le site Implantdentairturquie.com propose un devis contre une radio, une photo ou, à défaut, un schéma de mâchoire dont les dents manquantes ou problématiques sont à cocher.

« Sans remettre en question les compétences de nos confrères, on peut s'interroger : comment fait-on pour pratiquer des soins d'une telle ampleur en une semaine ? » demande Doniphon Hammer. A l'Association dentaire française, c'est le suivi qui inquiète le secrétaire général, Joël Trouillet. « On ne sait pas encore comment cela va se passer si des implants posent problème dans les prochaines années. »

De son côté, l'Ordre des chirurgiens-dentistes veut relativiser le phénomène. « C'est anecdotique », affirme Christian Couzinou, le président. Cela ne représente même pas 0,1 % de ce que rembourse l'assurance-maladie pour l'ensemble des soins dentaires dans et hors de France. Cela ne représente en rien une concurrence pour les praticiens français. »

En 2013, l'assurance-maladie a remboursé 2,3 millions d'euros pour des soins dentaires effectués à l'étranger, contre 2,63 milliards remboursés pour l'ensemble des soins dentaires.

— Gabriel Nedelec

MUTUELLES

Les complémentaires occupent le terrain délaissé par l'Etat

En s'associant à des praticiens, les mutuelles permettent de meilleurs tarifs et remboursements pour les patients.

Mais cette évolution se fait sans débat et dans une logique purement financière, regrette le syndicat CNSD.

Le rôle des mutuelles et des assurances complémentaires s'est renforcé dans le remboursement des soins de santé depuis cinq ans, en parallèle du désengagement de l'Etat. « Avant, l'assurance-maladie était majoritaire dans le remboursement du patient », raconte Thierry Soulié, secrétaire général de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Mais, en bloquant ses tarifs depuis 1988, les complémentaires ont dû prendre le relais. Ce sont elles, aujourd'hui, qui assurent la majorité du remboursement. »

Les complémentaires ont mis en place leurs propres réseaux de soins, s'associant à des chirurgiens-dentistes qui, contre une baisse de leurs tarifs, peuvent bénéficier des patients affiliés à cette mutuelle. Pour les patients, le remboursement est plus important lorsqu'ils se font soigner par le médecin vers lequel la complémentaire les envoie. Outre le détournement

de patientèle, le syndicat dénonce une gestion financière et non sanitaire des patients. « Les clauses de ces complémentaires impliquent parfois des restrictions. Les patients ont par exemple droit à seulement deux couronnes par an. La troisième sera beaucoup moins remboursée. Le risque, c'est la perte de chance thérapeutique. Car le malade aura tendance à attendre afin de pouvoir bénéficier d'un remboursement complet. Et cela avec toutes les complications que cela peut engendrer. » D'après Thierry Soulié, les réseaux commencent à imposer aux praticiens un certain type de matériel, traduisant des accords entre les complémentaires et les industriels. Thierry Soulié s'inquiète : « C'est toute la chaîne, de la production à la consommation du soin qui est en train d'être contrôlée. »

D'autant que la couverture par une mutuelle devrait se généraliser à tous les travailleurs en 2016, lorsque entrera en vigueur le dernier accord national interprofessionnel (ANI). Selon les professionnels, le risque serait de créer une Sécurité sociale bis, gérée par le privé. Pour l'Etat, il s'agit de faire sortir de sa dette publique une partie du fardeau des dépenses de santé. Mais, là encore, Thierry Soulié regrette qu'il n'y ait aucun débat sur ces questions.

— G. N.

AVIS D'EXPERT

Une filière dans l'attente de changements structurels

Manque de croissance, manque de courage politique, réticence des professionnels. La liste des obstacles à l'évolution de la filière bucco-dentaire est longue.

Pourtant, d'après Claude Le Pen, spécialiste des politiques économiques de santé à Paris Dauphine, des réformes s'imposent sous peine d'un épuisement du système.

Cela pourrait s'apparenter à un serpent qui se mord la queue. Les pouvoirs publics n'ont pas revalorisé les tarifs des actes conventionnés par l'assurance-maladie depuis 1988, obligeant les chirurgiens-dentistes à pratiquer la majeure partie de leur métier à perte, tout en équilibrant leurs revenus avec la pose de prothèses et d'implants. Mais cette pratique est prise pour cible à la fois par les patients, qui voient rouge lorsque leur dentiste leur présente un devis, et par le gouvernement qui préconise une « plus grande transparence » quant au prix de revient des prothèses, alors qu'il se désengage lui-même économiquement année après année. Le tableau est sombre, sans parler du contexte économique qui pousse difficilement à l'optimisme.

Mais, pour Claude Le Pen, spécialiste des politiques économiques de santé à Paris Dauphine, il est urgent

d'engager des réformes structurelles, « sous peine de voir le système finir par s'épuiser ». D'après lui, la filière bucco-dentaire subit les mêmes coups de rabot que les autres filières de la santé, toutes liées par l'assurance-maladie (AM). « Le but c'est de limiter la croissance des dépenses de l'AM. Mais, comme cette modulation est effectuée tous les ans via le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, les mesures ne sont préconisées que d'une année sur l'autre, sans vision au long cours. »

Mot d'ordre : l'optimisation

Selon Claude Le Pen, plusieurs directions ont déjà été prises. Parmi elles, on trouve l'encouragement des médicaments génériques ou la réforme du médecin traitant. « Le grand mot c'est la rationalisation, ce qui implique de rogner les libertés des professions de santé », affirme Claude Le Pen. L'Etat est persuadé qu'un certain nombre d'économies sont réalisables grâce à l'optimisation : des efforts de gestion, de productivité ou dans l'efficacité des dispositifs et du management. Mais, en France, on a souvent peur qu'un effort de gestion conduise inéluctablement à des logiques purement financières. »

De son côté, la filière bucco-dentaire fait un pas vers la rationalisation avec la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM). La nouvelle nomenclature, entrée en vigueur en juin, reconnaît tous les actes dentaires qui n'entraient pas encore dans le

giron de l'assurance-maladie depuis 1972. Mais cela n'a pas été accompagné d'une revalorisation des tarifs comme les chirurgiens-dentistes le réclamaient.

Assumer le rôle grandissant des mutuelles

Pour le spécialiste, il est donc peut-être temps d'assumer la prise d'importance des complémentaires santé dans le système. « L'Etat transfère beaucoup de dépenses aux assurances complémentaires en bloquant les tarifs opposables », explique Claude Le Pen. Dans le remboursement des patients, elles sont aujourd'hui majoritaires. Mais les pouvoirs publics leur imposent des tarifs, des prestations, un certain nombre de réglementations afin de garder en partie le contrôle. Pourquoi ne pas leur donner carte blanche ? Les assurances sont spécialisées dans la gestion du risque. Elles auront tendance à grandement financer la prévention quand elle est moins coûteuse que le soin. » Les assurances réclament l'accès aux données de santé des patients. Ce que refusent catégoriquement les chirurgiens-dentistes. « On n'a rien sans rien », commente encore Claude Le Pen. D'après le spécialiste, il y a peu de chance pour que de grandes réformes soient engagées dans un avenir proche. « L'Etat est dans une sorte d'attente messianique de la croissance, qui ne semble pas près de revenir. Je crains que la situation ne perdure et que la paupérisation du système ne s'aggrave. » — G. N.



LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET L'ADF, ENSEMBLE VERS L'AVENIR

ÉQUIPEMENTS // La France compte peu d'entreprises dans la fabrication d'équipements dentaires. Mais les quelques acteurs présents innovent et se battent à l'export, où ils s'imposent, pour certains.

Les industriels français combattifs

En France, 800.000 patients passent chaque jour la porte d'un cabinet dentaire. Ce sont près de 44.000 chirurgiens-dentistes qui travaillent au service de la santé bucco-dentaire, dont 95 % exercent en libéral. Tous collaborent avec les 17.000 prothésistes du secteur, répartis entre 4.000 laboratoires. Un univers de « petites mains » hautement qualifiées, dont le pouvoir d'achat en matériels et produits divers avoisine le milliard d'euros annuel (85 % environ concernent les cabinets).

Pour fournir ce marché, les acteurs de l'industrie et de la distribution dentaires sont nombreux. « 85 % des entreprises présentes en France sur ce créneau sont étrangères, majoritairement allemandes et américaines », détaille Henri Rochet, président du Comident, le comité représentant les industriels de la santé bucco-dentaire en France. Depuis peu, des distributeurs japonais arrivent ; des chinois aussi, mais majoritairement sur les consommables. « C'est un secteur peu affecté par la crise, dont la marge de progression reste significative. Créateur d'emplois et dynamique, il compte encore de vrais leaders français », précise-t-il.

Marché très concurrentiel

Le dernier fabricant français de fauteuils dentaires, par exemple, l'entreprise familiale Aïrel, basée à Champigny-sur-Marne, près de Paris (50 salariés, 10 millions d'euros de chiffre d'affaires), détient 15 % de ce marché. « Nous produisons 500 fauteuils par an, explique Lucie Rouleau, qui succédera bientôt à son père à la direction. Nous faisons face à des mastodontes étrangers, américains, allemands ou finlandais, qui sortent entre 3.000 et 5.000 fauteuils par an. » C'est donc sur ce marché très concurrentiel qu'Aïrel cherche à se démarquer par l'innovation, la technique et le design. « Nous avons un bureau d'études intégré et jouons beaucoup la carte du sur-mesure », poursuit la jeune femme. Connue pour son savoir-faire industriel dans le décol-

Les chiffres clefs

4.500

PERSONNES

C'est le nombre de personnes travaillant dans l'industrie et la distribution dentaires en France.

10 %

Le secteur est surtout composé de PME-PMI. Seulement 10 % d'entre elles réalisent un chiffre d'affaires annuel supérieur à 10 millions d'euros, alors que 55 % se situent à un niveau inférieur à 2 millions.

Source Comident

« 85 % des entreprises présentes en France sur ce créneau sont étrangères, majoritairement allemandes et américaines »

HENRI ROCHET
Comident

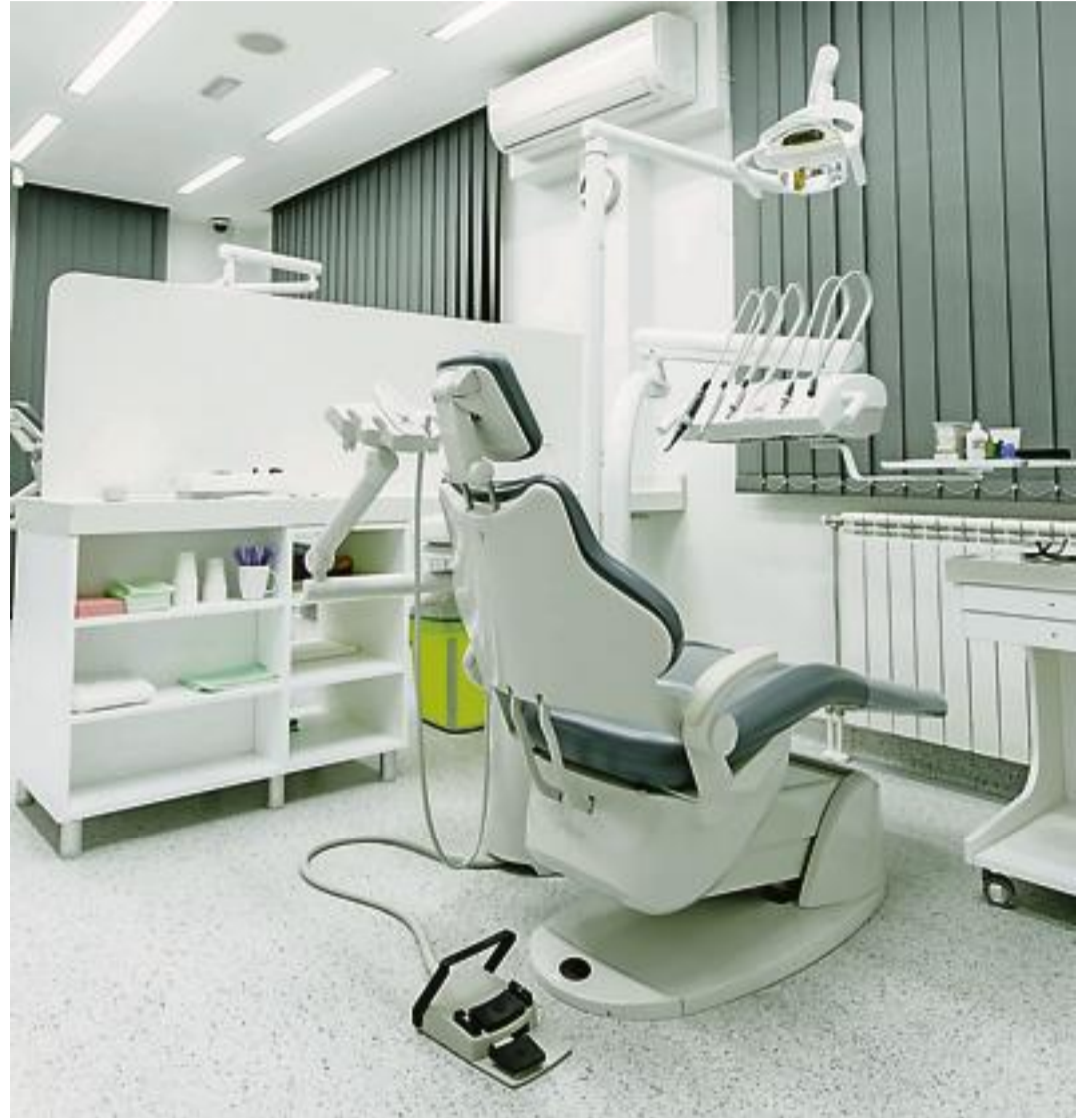
letage, la vallée de l'Arve a également permis l'émergence de deux grands acteurs de l'implantologie, Anthogyr et Euroteknika (lire papier ci-dessous), et ce même si la majorité des implants vendus en France sont importés. Dans cette niche, la croissance d'Euroteknika, repris en 2004 par le groupe GACD,

numéro un de la distribution dentaire en France et parmi les leaders en Europe (160 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2013, 600 salariés), prouve bien ce dynamisme.

Diversification lancée pour Septodont

« Il y a dix ans, pour contrer les fabricants d'implants qui ne souhaitaient plus passer par des distributeurs, j'ai été contraint de me lancer dans la production », explique Armand Stemmer, PDG de GACD. Depuis, le dirigeant n'a cessé d'innover. En 2010, il s'est lancé dans la conception de solutions numériques globales pour les cabinets dentaires. Sa dernière nouveauté, Lyra, sera présentée au prochain Salon de l'ADF : « C'est une solution CAD-CAM au fauteuil. Le praticien peut sortir directement votre prothèse céramique en un peu plus d'une heure dans son cabinet. C'est notre nouvel axe de développement, notamment vers les Etats-Unis », explique Armand Stemmer, qui estime que le numérique dentaire en est à ce qu'était le téléphone portable il y a quinze ans... Pour contrer le coût élevé de son équipement, GACD le propose à la location, se chargeant de la formation, de l'entretien et de la maintenance.

Dans un tout autre registre, la France excelle aussi. Le leader mondial du « pain control », Septodont, produit, en plus de nombreux autres consommables, 500 millions de cartouches anesthésiques par an, dont la moitié dans son usine de Saint-Maur-des-Fossés (Val-de-Marne). Avec ses 1.200 salariés, la PME familiale, fondée en 1932, réalise 200 millions d'euros de chiffre d'affaires, dont 90 % à l'export (Europe, Amérique du Nord). D'ici à 2016, elle consacrera 25 millions d'euros à l'extension de son site francilien, après y avoir installé un centre de R&D l'an dernier. « Nos concurrents sont de grands groupes français et américain, explique Olivier Schiller, président du directoire. Pour croître, il faut toujours innover et s'internationaliser. » La PME française regarde désormais du côté de l'Asie et de



Les acteurs de l'industrie et de la distribution dentaires sont nombreux. Depuis peu, des distributeurs japonais et chinois arrivent, majoritairement sur les consommables. Photo Shutterstock

l'Amérique latine. Surtout à partir de son centre de production canadien dans lequel 70 millions de dollars ont été investis ces cinq dernières années, Septodont commence à transposer son savoir-faire dans l'injectable à d'autres domaines que le dentaire, mais toujours dans la santé. « Investir en France et à l'étranger est totalement complémentaire. Il faut se rapprocher de nos marchés », conclut le dirigeant.

— Catherine Moal

Au pied du mont Blanc, Anthogyr et Euroteknika valorisent le savoir-faire régional

Dans la vallée de l'Arve, deux grands acteurs de l'implantologie grandissent dans un secteur très concurrentiel.

Spécialisé dans les implants et instruments dentaires, Anthogyr a ouvert, il y a un an, sa huitième filiale commerciale en Chine. La PME de Sallanches, en Haute-Savoie, souhaite conquérir un pays qui sera bientôt le premier marché dentaire d'Asie. Un beau challenge pour cette entreprise de 350 salariés, fondée en 1947 ! Déjà, après-guerre, la réputation de la vallée de l'Arve dans le façonnage de pièces métallurgiques de précision n'était plus à faire.

Après les graves crises de 2000 et 2008, le Syndicat national du décolletage (SNDEC) voit ses activités repartir, avec un chiffre d'affaires 2013 de 2 milliards d'euros (+1,7 %). D'ici à 2020, il vise même le milliard supplémentaire : « Nous sommes déjà à plus de 5 % de croissance sur le premier semestre de 2014 », se félicite Jérôme Akmouche, son directeur. Le SNDEC veut surtout croître, en passant de 42 à 50 % de ses ventes à l'export. Le médical, dont l'implantologie son axe stratégique de développement. Avec 60 % de son activité dans ce domaine, elle réalise aujourd'hui près de 70 % de ses ventes à l'international. « Les praticiens du monde entier sont très sensibles au savoir-faire français reconnu et à une politique de prix juste », indique Eric Genève, le PDG, qui invite le plus souvent possible

Un potentiel énorme

Anthogyr devrait réaliser un chiffre d'affaires de 40 millions d'euros cette année, contre 18 millions en 2010, époque où l'entreprise a fait de l'implantologie son axe stratégique de développement. Avec 60 % de son activité dans ce domaine, elle réalise aujourd'hui près de 70 % de ses ventes à l'international. « Les praticiens du monde entier sont très sensibles au savoir-faire français reconnu et à une politique de prix juste », indique Eric Genève, le PDG, qui invite le plus souvent possible



Anthogyr réalise 70 % de ses ventes à l'international. Photo DR

ses clients dans l'usine, située au pied du mont Blanc. « Ici, nous maîtrisons tout le cycle de vie des produits, y compris la R&D et le design. C'est un atout important dans un secteur très concurrentiel. »

En implantologie, le potentiel est énorme. En France, 450.000 implants ont été posés cette année, un chiffre bien loin du million atteint en Allemagne ou en Italie. Aussi, en France comme en Chine, sur ses deux premiers marchés, Anthogyr compte bien atteindre l'effet volume pour faire encore baisser les prix. C'est sur cette vague que glisse également Euroteknika, société rachetée en 2004 par le groupe GACD d'Armand Stemmer et dont l'usine se trouve aussi à Sallanches. « C'était incontournable pour nous d'être au cœur d'un savoir-faire local et régional », explique Jean Michaud, le directeur général. Bingo ! En dix ans, la société est passée de 6 à 100 salariés cette année et affiche un chiffre d'affaires de 12 millions d'euros, dont 25 % à l'international.

— C. Mo.

Comment le numérique bouleverse la pratique

Meilleur dialogue avec le patient ou les autres intervenants, résultats plus rapides, la technologie a beaucoup changé le métier de chirurgien-dentiste. Malgré tout, les professionnels entendent rester des soignants avant tout.

Comme partout, la profession n'a plus que ce mot à la bouche ! Dans tous les Salons ou congrès spécialisés, c'est à qui dévoilera sa dernière technologie... numérique. Dans le domaine dentaire, l'optimisation constante des compétences pousse inévitablement à utiliser des équipements de plus en plus sophistiqués. « Notre profession est très friande de nouveautés. En parallèle, la montée du numérique est exponentielle et inéluctable. C'est valable en France, comme partout ailleurs en Europe. La seule chose qui freine, c'est le prix », résume Paul Cattaneo, référent pour les nouvelles technologies au sein de l'Association dentaire française (ADF).

Aujourd'hui, la prise d'empreinte traditionnelle tend à disparaître. Après la radiographie extra ou intrabuccale passée de l'argentique à son équivalent numérique, la chaîne du tout-numérique se confirme, avec la caméra d'empreinte optique. « Très en vue dans les cabinets, c'est par là que l'innovation va s'imposer », confirme Didier Pichelin, président du comité technique de l'ADF. Car



L'optimisation constante des compétences pousse les praticiens à utiliser des équipements de plus en plus sophistiqués. Photo BSIP/AFP

ces nouveaux outils technologiques, outre d'être beaucoup plus maniables, intègrent tous des logiciels de traitement d'image. « Ils permettent un dépistage plus précoce des maladies bucco-dentaires ou un diagnostic plus sûr en amont d'une intervention », explique-t-il.

Des gestes de moins en moins invasifs

Dans le cas de la pose d'implants, par exemple, le praticien peut affûter son geste, de moins en moins invasif, comme il peut réaliser des

contrôles aux différents stades de soins avec des expositions aux rayons X moindres. « Sur les images 2D, par exemple, la superposition des structures peut masquer une infection. Ce problème n'existe pas avec des clichés en 3D », illustre l'expert, qui rêve déjà des futurs scanners faciaux en développement (reconstitution holographique de la tête du patient). Un seul prototype existe à ce jour, celui du fabricant allemand Sirona. « Mais, d'ici sept à huit ans, ils devraient se généraliser dans les cabinets, notamment pour la pra-

tiesthétique », estime-t-il. Le flux numérique permet également un véritable continuum entre le patient, son praticien et les autres intervenants en aval. Le fait de disposer d'images plus parlantes permet d'obtenir plus rapidement l'adhésion du patient au plan de traitement envisagé.

« Mon travail est d'être dans la bouche du patient »

« De plus en plus averti, il veut en effet participer aux soins et aux décisions thérapeutiques », confirme Régis Nègre, chirurgien-dentiste à Rodez (Aveyron). Ce que nous faisons en lui transmettant, d'abord, un certain nombre d'informations sur notre site Internet ; puis, au fauteuil, en lui montrant des supports visuels avec une tablette ou directement sur l'écran de l'ordinateur... » Le client prend alors conscience de ses pathologies ou des travaux de reconstruction envisagés.

Mais, malgré ces outils qui changent profondément leur façon de travailler, les chirurgiens-dentistes revendiquent tous la même chose : rester des soignants. « Mon travail est d'être dans la bouche du patient », insiste Régis Nègre, qui confirme qu'il aura toujours besoin d'un prothésiste « à l'ancienne ».

« Car, même s'il devient ingénieur informaticien, il doit rester un artiste pour personnaliser les travaux », ajoute Didier Pichelin.

— C. Mo.

CONJONCTURE // Longtemps épargné par la crise, le marché de la santé bucco-dentaire est en baisse de 1,5 % au troisième trimestre 2014. La concurrence fait toujours rage entre les grands groupes du secteur.

Des signes de fléchissement sur le marché de la santé bucco-dentaire

Traditionnellement, le marché de la santé dentaire est dynamique par rapport aux autres secteurs de l'économie. « La crise est estompée par le système social français, qui amortit l'impact sur l'industrie de la santé en général », explique Daniel Viard, secrétaire général de l'association Comident, qui réunit les industriels du secteur. Cependant, le troisième trimestre 2014 est en légère baisse, (-1,5 % par rapport à la même période l'année passée), pour un marché d'une valeur totale de 1,1 milliard d'euros. « C'est la première fois. Jusqu'à l'année dernière, le marché avait subi une petite inflexion, mais continuait de croître », reprend Daniel Viard, qui affirme que la filière accuse enfin le contrecoup de la crise. « Le marché de la santé bucco-dentaire fonctionne toujours en décalé par rapport au reste de l'économie. »

Ce sont les laboratoires de prothèses français qui sont le plus durement touchés, avec une baisse de leur activité de 3 % au troisième trimestre 2014. Les fabricants de matériel dentaire lourd, comme l'équipement des cabinets et des sièges, le matériel durable, sont, eux aussi, touchés plus fortement que les producteurs de matériaux consommables (pâtes pour carie, ustensiles à usage unique, anesthés-



Le marché de l'hygiène dentaire, en expansion jusqu'à l'année dernière, s'est stabilisé cette année, mais résiste encore. Photo Shutterstock

sies, etc.), aussi appelés produits de fauteuil. Le décrochage du marché de la prothèse par rapport au reste des soins est dû aux restrictions que s'imposent les patients en cette période de vaches maigres : implants et prothèses, mal remboursés et victimes de sous-évaluation des soins conservateurs, passent pour des soins de luxe.

Toujours des fleurons

Il est difficile pour un chirurgien-dentiste d'équiper exclusivement son cabinet en produits français. « Au maximum, il pourra acheter 10 % de son équipement made in France », assure Daniel Viard. Mais la France compte tout de même son lot de fleurons. Septodont est leader sur le marché de l'anesthésie, avec

un chiffre d'affaires de 200 millions d'euros par an, affirme Daniel Viard. Actéon, qui « conçoit, fabrique et distribue des dispositifs dentaires », fait près de 140 millions d'euros de chiffre d'affaires. Nicrominox a, lui, en se plaçant sur le secteur très spécialisé des accessoires de rangement et de stérilisation dentaire, « probablement acquis la position de leader mondial avec à peine 10 millions d'euros de chiffre d'affaires par an ». Toutes ces entreprises réalisent 80 % de leur chiffre d'affaires à l'exportation. L'essentiel du marché est tenu par des compagnies américaines, japonaises, allemandes et italiennes qui importent leurs produits directement dans l'Hexagone. Le marché de l'hygiène dentaire (brosses à dents, dentifrices, acces-

soires), traditionnellement porteur, pèse plus de 1,2 milliard d'euros dans l'Hexagone. S'il était en expansion (+3 % de croissance) jusqu'à l'année dernière, il s'est stabilisé cette année. « Le marché croît de 1 % en valeur et de 0,2 % en volume d'après les chiffres d'août », constate Frédérique de Hénaux, chef de produit chez Pierre Fabre. Mais c'est un marché qui se porte globalement bien. « La bataille de l'hygiène, les dentifrices représentent 50 % des échanges, suivis par les brosses à dents classiques. « Ce sont des produits d'hygiène de première nécessité. Ce n'est pas là-dessus que les gens vont faire des économies, même durant une crise », reprend Frédérique de Hénaux.

Mais là aussi la concurrence fait rage. Les professionnels considèrent que le marché français n'a pas encore atteint son potentiel maximal. Procter & Gamble, qui avait effectué de très grands investissements en 2013, avec son dentifrice Oral-B Pro-Expert, semble faire les frais du fléchissement du marché. « Ils avaient un stand de 200 m² au dernier congrès de l'ADF, ils en sont absents aujourd'hui », glisse un professionnel. Procter & Gamble refuse d'ailleurs aujourd'hui de parler de sa stratégie, « car nous sommes cotés en Bourse », nous explique-t-on. — **Gabriel Nedelec**

Vente en pharmacie : le soin comme argument stratégique

Si la démarche fournit une garantie de qualité grâce à l'appui des dentistes et des pharmaciens, certains laboratoires ne jouent pas le jeu jusqu'au bout.

Faire le choix de ne vendre ses produits d'hygiène bucco-dentaire qu'en pharmacie peut paraître réducteur, mais c'est aussi un choix stratégique et éthique. « Le marché de l'hygiène dentaire est un marché du soin, explique Frédérique de Hénaux, chef de produit chez Pierre Fabre. Les clients demandent de la qualité et de l'efficacité. Nous avons une vision médicale de ce secteur. Il n'y a donc, selon nous, aucun autre endroit où vendre nos produits qu'en pharmacie et en parapharmacie. »

Conseils de professionnels

S'associer avec une pharmacie permet de s'impliquer dans un triptyque médical : une collaboration entre les laboratoires, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. En envoyant des échantillons aux chirurgiens-dentistes, les laboratoires espèrent que les professionnels prescriront leurs produits, qu'ils auront pu, au préalable, tester. Et, en s'associant au réseau des pharmacies, ils comptent sur les conseils professionnels et médicaux que les propriétaires d'officine sont susceptibles d'apporter aux patients sous la forme de complément à l'ordonnance. « Le conseil d'un professionnel

agit comme une garantie de qualité sur les patients », affirme Frédérique de Hénaux. Mais, selon Jean-Luc Fournival, président de l'Union nationale des pharmacies de France, toutes les pharmacies ne se valent pas aux yeux de certains laboratoires. « Certains ont des pratiques discriminantes pour les petites structures, affirme-t-il. Ils refusent de vendre directement aux pharmacies qui ne passent pas des commandes assez conséquentes. Ces petites pharmacies sont obligées de passer par un grossiste, avec lequel elles n'auront pas des tarifs aussi intéressants que si elles négociaient directement avec le laboratoire. Cette différence est répercutée sur les acheteurs. C'est une logique de grande surface, pas une logique de santé tournée vers les patients. »

Des marchés différents

D'autant que l'idée selon laquelle les produits vendus en pharmacie sont plus chers qu'ailleurs est très répandue dans l'Hexagone. Ce qui a tendance à dissuader les clients d'acheter en officine, alors que le pouvoir d'achat des Français ne cesse de diminuer avec la crise économique. Mais les deux marchés sont difficilement comparables, veut croire Frédérique de Hénaux. « Le top des ventes de dentifrices en grande surface se fait sur des produits qui mettent en avant la blancheur. En pharmacie, il s'agit de la santé des gencives. Nous, nous avons fait le choix de nous concentrer sur le soin. » — **G. N.**

Vous n'avez plus aucune raison
d'aller voir ailleurs



Accès illimité au site,
aux applis mobiles
et au journal en pdf
la veille dès 22h30

Abonnez-vous
abonnement.lesechos.fr

Les Echos.fr

| place aux décisions |

PERSPECTIVE // La révolution numérique fait sentir ses effets à tous les échelons de la filière bucco-dentaire. L'enjeu aujourd'hui pour les professionnels, principalement libéraux, est de parvenir à financer ces équipements.

Le cabinet dentaire du futur

Le numérique fera de plus en plus partie intégrante de la vie de tous les acteurs de la filière bucco-dentaire, qu'il s'agisse des fabricants d'équipements – même le fauteuil va devenir un objet connecté – ou du chirurgien-dentiste et du prothésiste. Reste que

cette révolution coûte cher à ces praticiens, majoritairement installés en libéral...

Aussi voit-on aujourd'hui émerger de nouveaux concepts d'organisation, que prône l'Union nationale patronale des prothésistes dentaires (UNPPD) par exem-

Mutualiser les moyens industriels et permettre aux prothésistes de s'approprier les nouveaux savoir-faire.

ple pour les laboratoires de prothèses, avec la création de « coopératives artisanales de production ». Il en existe désormais six, au niveau régional, en France. Objectif : mutualiser les moyens industriels et permettre aux prothésistes de s'approprier

les savoir-faire en conception et fabrication assistées par ordinateur (CAO-CFAO), afin de maîtriser la qualité, les coûts et les délais de fabrication numérique de leurs armatures. Il en sera de même pour les chirurgiens-dentistes, qui vont aussi devoir se regrouper de

plus en plus à trois ou quatre pour disposer de plateaux techniques à la pointe, trop coûteux pour un seul d'entre eux. Ou alors les cabinets se spécialiseront, car il ne leur sera pas possible financièrement de s'équiper dans tous les domaines. — Catherine Moal

1 Une empreinte optique plus précise

Fini les pâtes au goût douteux dans la bouche... De l'empreinte manuelle en vue de réaliser une prothèse, le praticien opte de plus en plus pour une prise d'empreinte par caméra numérique. « *Nettement plus précise, cette solution évite de multiples manipulations, en simplifiant toute la chaîne de production* », explique Annamaria Counescol, directrice marketing chez 3M Espe. Fabricant de consommables depuis près de cinquante ans, le géant américain choisissait, l'an dernier, la France pour le lancement mondial du True Definition Scanner, sa nouvelle caméra intra-orale connectée pour enregistrer et visualiser directement les empreintes en cabinet.

2 Des tests salivaires pour une meilleure prévention

Mieux vaut prévenir que guérir ! Qu'il s'agisse d'une carie ou d'une maladie parodontale, par de simples tests réalisés en prélevant votre salive ou du fluide gingival, le chirurgien-dentiste peut connaître rapidement la présence et la quantité d'acides nocifs pour vos dents, comme des bactéries responsables de certaines maladies... Indolore, ce test permet de déterminer le risque carieux individuel (RCI) d'un patient. Un outil idéal pour identifier les populations à risques et proposer un traitement préventif individualisé, notamment chez les enfants. En France, 20 % des 3 à 17 ans qui souffrent de caries concentrent 80 % des infections (ADF).

3 Des radios en 2D et 3D

Le capteur numérique constitue le moyen le plus rapide d'acquérir des images radiographiques 2D de la mâchoire du patient, tout en offrant les avantages d'un système de radiographie sans film. Sa facilité et sa rapidité d'utilisation (l'image apparaît instantanément sur le moniteur) permettent de capturer et d'analyser des clichés, comme de les améliorer suivant le diagnostic. On voit également se multiplier le « cone beam 3D », technologie à mi-chemin entre le panoramique dentaire et le scanner, dans les cabinets plus spécialisés en implantologie, chirurgie buccale ou orthodontie

4 Des prothèses imprimées en 3D

Cette solution de flux de tâches peut partir du scannage des empreintes classiques ou des modèles en plâtre, au modèle numérisé ; jusqu'à la réalisation en cabinet, laboratoire ou usine, de prothèses unitaires ou de bridges, sur des dents naturelles ou des implants... Une fois le fichier informatique (STL) obtenu, la conception du modèle intègre le choix des matériaux (le Zircon s'impose de plus en plus), le dimensionnement des pièces et leur positionnement (CAD)... Ensuite, ces étapes passées, le modèle peut être usiné à partir du code de programmation (CAM) chez le prestataire choisi ou directement imprimé en cabinet pour de petites reconstructions (via des imprimantes 3D ou des unités d'usinage de type Cerec-Sirona).

« *Plus précise que la fabrication traditionnelle, cette technique limite aussi les poussières, un bienfait pour la santé de la profession* », explique-t-on au pôle d'innovation de l'Union nationale patronale des prothésistes dentaires (UNPPD). De nombreuses combinaisons sont possibles, intégrant ou pas les différentes étapes.

5 Un fauteuil sans crachoir et connecté

Même si cela fait déjà vingt-cinq ans qu'il existe, le fauteuil sans crachoir n'est pas encore présent dans tous les cabinets... « *Environ 50 % des dentistes en réclament encore ! Mais la tendance va vers sa suppression, car toutes les universités dentaires franciliennes l'ont oublié* », explique-t-on chez Airel, le dernier fabricant français de fauteuils dentaires. Et ce pour des questions d'hygiène et de contamination principalement. Reste que cet équipement, d'une durée de vie moyenne de quinze ans, pour un coût variant entre 30.000 et 60.000 euros, va devenir un objet connecté. Ce qui permettra d'effectuer des diagnostics à distance de l'équipement et d'organiser des visites de maintenance, préventives ou pas. C'est notamment là-dessus qu'Airel travaille.

6 Un cabinet accessible à tous

Comme pour tous les professionnels de santé, d'ici à la fin de l'année, le chirurgien-dentiste devra rendre son cabinet accessible au public de 5^e catégorie (handicapés notamment). « *C'est un gros sujet d'actualité, confirme Philippe Rocher, président de la commission des dispositifs médicaux au sein de l'ADF. Car, même si c'est déjà une obligation pour tout nouvel entrant dans la profession depuis 2007, il reste encore du travail à faire.* » Pour autant, depuis quelques mois, des agendas d'accessibilité programmée (AdAP) ont été mis en place pour permettre de bénéficier d'un délai supplémentaire, d'une durée maximale de trois ans. A condition qu'une lettre d'engagement dans les AdAP soit déposée avant la date butoir du 31 décembre, les praticiens auront ensuite un an pour déposer la liste de leurs travaux...

7 Un véritable travail d'équipe

« *Il n'y a plus un patron qui décide, lâche Henri Rochet, président du Comident. L'assistant(e) fait partie d'une équipe, à laquelle il faut aussi intégrer le prothésiste.* » Multitâche, il ou elle aide au fauteuil, à la préparation et à la stérilisation des instruments, à l'accueil des patients et gère toute la partie administrative (RDV, planning des interventions, traçabilité des matériels, etc.), participant ainsi totalement à la performance. « *Tout va ensemble : la technique, le travail en équipe, la communication avec les patients et les nouvelles technologies* », relève également Régis Nègre, chirurgien-dentiste à Rodez (Aveyron), la réussite du praticien étant liée à un management de plus en plus collaboratif.

8 Un parcours santé amélioré grâce au cloud

Pour faciliter le parcours de santé du patient, les réseaux de télécommunications se densifient. Dans le monde dentaire, les machines sont connectées entre elles via le Wi-Fi et de nombreux fichiers sont échangés grâce à des connexions VPN entre les différents acteurs de la chaîne... Orange Healthcare est l'un des partenaires de 3M Santé pour sa solution d'empreinte numérique : « *Il ne s'agit pas seulement de collecter et de faire circuler rapidement ces données à caractère personnel, il faut aussi les héberger et les sécuriser* », explique Benjamin Sarda, directeur marketing de la branche. Si aucune standardisation de ces échanges n'existe encore, il faudra mettre en place de nouveaux protocoles autour d'outils collaboratifs... A qui la main ? Pour l'instant, les industriels s'en inquiètent pour des questions d'interopérabilité. La profession pas encore. Orange Healthcare a déjà industrialisé deux composants (M2M, cloud).

