



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien dentiste

TOME II ANNEXES

Établi par

Laurence ESLOUS

Daniel NIZRI

Frédérique SIMON-DELAVELLE

Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2013 -

RM2013-096P

Sommaire

ANNEXE 1 : LES SOINS BUCCO-DENTAIRES	5
ANNEXE 2 : QUELQUES ELEMENTS HISTORIQUES SUR L'EVOLUTION DE LA PROFESSION DE CHIRURGIENS DENTISTES.....	7
ANNEXE 3 : LES TAUX DE CHARGES DES PROFESSIONS DE SANTE	9
ANNEXE 4 : SYNTHÈSE DES DÉCISIONS DE LA CHAMBRE NATIONALE DISCIPLINAIRE (DERNIER TRIMESTRE 2012)	11
ANNEXE 5 : SYNTHÈSE DES DÉCISIONS DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES (DERNIER TRIMESTRE 2012)	15
ANNEXE 6 : STATISTIQUES DE LA CHAMBRE NATIONALE DISCIPLINAIRE ET DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES.....	33
ANNEXE 7 : PORTE-INSTRUMENTS ROTATIFS ET QUALITE DE L'EAU DES UNITS, ELEMENTS D'EXPLICATION.....	35
ANNEXE 8 : BILAN DE LA FORMATION PRATIQUE UNIVERSITAIRE DES CHIRURGIENS DENTISTES OMNIPRATICIENS	39
ANNEXE 9 : LES ACTEURS DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	41
ANNEXE 10 : ETUDES D'EVALUATION DES PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX	43
ANNEXE 11 : NOTE DE LA DREES A LA MISSION.....	53
ANNEXE 12 : BILAN DE L'EXPERIMENTATION MENE EN COTE D'OR SUR L'AIDE PERSONALISEE A LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	65
ANNEXE 13 : PRIX MOYEN DES DIFFERENTS TYPES DE PROTHESES A LA SORTIE DES LABORATOIRES (SOURCE : UNPPD POUR LA MISSION).....	75
ANNEXE 14 : LETTRES MINISTERIELLES AUTORISANT LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES (SOURCE : REVUES PROFESSIONNELLES OU SYNDICALES).....	81

ANNEXE 1 : LES SOINS BUCCO-DENTAIRES

- [1] Chez l'adulte on trouve 32 dents définitives, réparties également sur maxillaire et mandibule (4 incisives, 2 canines, 4 prémolaires, 6 molaires par arcade dentaire). Chaque dent est définie par des chiffres qui permettent de préciser son identité et son appartenance à un des quatre quadrants.
- [2] La dent, organe vivant, est composée d'une couronne et d'une ou plusieurs racines incluses dans l'os alvéolaire qui compose avec la muqueuse gingivale et le ligament alvéolodentaire le parodonte.
- [3] La couronne est composée de l'extérieur vers l'intérieur de l'émail (minéralisée et dure), de la dentine (moins minéralisée) et de la pulpe (innervée et vascularisée).
- [4] La dent est recouverte d'une fine pellicule, la plaque dentaire, qui se dépose naturellement sur sa surface et associe salive, débris alimentaires et flore microbienne. Elle peut constituer à terme une masse adhérente à la dent, le tartre, visible en sus gingival ou invisible en sous gingival, dans les sillons gingivo-dentaires et les poches parodontales.
- [5] Les pathologies bucco-dentaires les plus fréquentes sont les caries et les parodontopathies.
- [6] Les caries sont des cavités dues à la transformation par la flore microbienne des débris alimentaires et tout particulièrement des sucres en acides qui détruisent l'émail. Ces caries, indolores tant qu'elles ne concernent que l'émail deviennent douloureuses lorsqu'elles traversent la dentine et atteignent la pulpe.
- [7] Sans traitement elles évoluent toujours vers la totalité de la dent jusqu'à sa destruction totale et peuvent atteindre les dents adjacentes.
- [8] Les parodontopathies, gingivites puis parodontites, peuvent évoluer sans traitement à la mobilisation puis à la perte de la dent. Les principales étiologies sont les bactéries de la plaque dentaire, le tartre mais aussi les variations hormonales (femme enceinte), la prise de certains médicaments (cœur, épilepsie, greffe), le tabagisme, le diabète et le stress.
- [9] Les soins dentaires se décomposent en soins conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et l'orthodontie.
- [10] Les soins conservateurs intéressent l'émail, la dentine (dentisterie restauratrice) et la pulpe (endodontie). Il peut s'agir de l'élimination de la plaque dentaire et du tartre pour prévenir le risque de carie et de parodontopathies.
- [11] Il peut aussi s'agir de la suppression des tissus pathologiques et de leur substitution par des matériaux afin de restituer à la dent sa morphologie et sa physiologie.
- [12] Les cavités de restauration dentaire sont classées en cavités simples (une seule face), cavités composées de deux faces et cavités composées de trois faces et plus.
- [13] Les matériaux utilisés pour l'obturation de la cavité peuvent être métalliques ou composites.
- [14] Lorsque la pulpe est atteinte, dans la majorité des cas elle ne peut être conservée vivante et doit être retirée tant au niveau de la couronne dentaire que des racines selon une technique strictement codifiée (traitement endodontique) associant radiographie préopératoire, anesthésie, mise en place de moyens permettant l'asepsie, trépanation de la dent, recherche des canaux, ablation et nettoyage des débris pulpaux, mise en forme des canaux, radiographie de vérification, obturation canalair et radiographie de contrôle de l'obturation.

- [15] Les soins chirurgicaux sont les extractions dentaires indiquées lorsque la dent ne peut être conservée au motif de la maladie carieuse ou parodontale mais aussi à la suite d'un traumatisme ou d'un choix thérapeutique pré prothétique ou orthodontique, la chirurgie des apex des racines en cas de granulomes ou kystes, la chirurgie gingivale dans le cadre du traitement de la maladie parodontale et la chirurgie de régularisation osseuse après extractions multiples et avant réparation prothétique.
- [16] Les soins prothétiques ont pour but la restauration des dents, le remplacement des dents manquantes, le rétablissement ou l'amélioration de la mastication, de l'esthétique, de la phonation, du confort du patient.
- [17] Deux techniques sont utilisées: la prothèse conjointe ou prothèse fixe (scellée sur les dents restantes ou implants) et la prothèse adjointe ou prothèse amovible.
- [18] Les prothèses conjointes peuvent être des inlay ou incrustations (bloc métallique coulé, en résine ou en céramique et alors de la couleur des dents, scellé à l'aide d'un ciment dans une cavité aux parois de laquelle il s'adapte en reproduisant l'anatomie occlusale de la dent et ses rapports avec les dents voisines), des onlay ou incrustations recouvrantes (bloc métallique coulé, en résine, ou en céramique recouvrant tout ou partie de plusieurs faces d'une dent en rétablissant les rapports de contiguïté et d'antagonisme), des inlay core ou faux moignons (reconstitution métallique coulée restaurant tout ou partie de la couronne naturelle d'une dent. Les canaux radiculaires qui ont été obturés lors du traitement conservateur sont utilisés comme ancrage. En l'absence de parallélisme de ces canaux il est complété d'une clavette. Il constitue un faux moignon pour la réalisation d'une couronne prothétique), des couronnes ou coiffes prothétiques de revêtement (métalliques, céramo-métallique ou céramo-céramiques) ou de substitution (« dent à pivot ») et des bridges.
- [19] Les prothèses adjointes peuvent être complètes ou partielles, métalliques ou en résine.
- [20] L'implantologie participe aux soins prothétiques par la pose d'une racine artificielle dans l'os alvéolaire en remplacement de la racine d'une dent extraite. L'implant peut servir de support à une prothèse conjointe, au maintien d'une prothèse conjointe ou éviter, lors de la pose d'un bridge, la taille des dents saines adjacentes.
- [21] La prise en charge par l'assurance médicale obligatoire est inégale selon les traitements : les traitements conservateurs et chirurgicaux bénéficient de tarifs opposables, les traitements prothétiques relèvent, à partir d'un tarif de base remboursable d'une entente directe entre le praticien et le patient et de nombreux actes dont la prophylaxie, la majeure partie de la parodontologie et l'implantologie sont hors nomenclature.

ANNEXE 2 : QUELQUES ELEMENTS HISTORIQUES SUR L'EVOLUTION DE LA PROFESSION DE CHIRURGIENS DENTISTES

- [22] Cette évolution peut expliquer la singularité des chirurgiens dentistes, professionnels de santé toujours peu intégrés aux professions médicales et ne participant qu'exceptionnellement au parcours de soins de leurs patients.
- [23] Alors que le 18^{ème} siècle est une période brillante pour l'odontologie française avec des travaux et des publications importantes, les réformes concernant les soins faites par les différents régimes politiques de la Révolution française ignorent les dentistes alors que les docteurs en médecine et en chirurgie deviennent des officiers de santé. Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle et la création d'écoles et la promulgation d'un statut pour les dentistes s'est installé un plan de clivage entre les médecins dentistes, officiers de santé qui souhaite la médicalisation de leur exercice et les dentistes qui sont formés par compérage et réclament l'autonomie de leur profession. A partir de 1880 et jusqu'en 1965 le dentiste est formé par des écoles privées, sous convention avec les facultés de médecine (1892), selon une maquette fixée par décret (1909) pour des étudiants ayant le niveau du baccalauréat (avant 1932 le brevet simple était exigible) puis le certificat d'études physiques, chimiques et biologiques (PCB en 1949). Depuis 1965 cette formation est dispensée dans des écoles nationales de chirurgie dentaires (ENCD), transformées en unités d'enseignement et de recherche (UER) en 1968¹ puis en unités de formation et de recherche² (UFR) et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) avec un premier cycle commun avec les études médicales. Elle est sanctionnée par un doctorat en chirurgie dentaire délivré par les facultés.
- [24] Le choix a été fait de ne pas intégrer la profession de chirurgiens-dentiste dans celle de stomatologiste. Le 11 juin 1966 est créé par décret le doctorat d'Etat en sciences odontologique, et le parlement vote en juin 1971 la création du doctorat d'exercice en chirurgie dentaire et accorde en juin 1972 une capacité pleine et entière aux chirurgiens dentistes.
- [25] Le chirurgien dentiste est depuis 1978 un professionnel de santé³ habilité à pratiquer l'art dentaire (ou médecine dentaire) appelé dentiste par convenance. Omnipraticien, il prend en charge les pathologies acquises ou congénitales de la bouche, des dents, des gencives, des maxillaires et des tissus attenants.

¹ Loi d'orientation de l'enseignement supérieur du 12 novembre 1968 dite loi Edgar Faure.

² 16 UFR d'odontologie, (Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Nantes, Nice, Paris V et VII, Reims, Strasbourg, et Toulouse) assurent la formation des étudiants dans 15 régions, les services d'odontologie de Dijon et de Limoges étant respectivement rattachés aux UFR de Lyon et Bordeaux.

³ Certaines publications les classent dans les professions médicales (cf. IRDES).

- [26] La formation des chirurgiens dentistes comporte maintenant six années d'études pour ceux qui choisissent le troisième cycle court et huit années (voire neuf) pour ceux qui choisissent (sur concours) le troisième cycle long. Elle est encadrée par l'arrêté du 27 septembre 1994 modifié. L'internat qui existe depuis 1995 a connu une réforme récente⁴ et propose trois spécialités qualifiées⁵ : l'orthopédie dento-faciale (trois ans), la médecine bucco-dentaire (trois ans) et la chirurgie orale (formation de quatre ans commune à la médecine et à l'odontologie)⁶. Cette dernière spécialité donne lieu à un recours de l'Ordre national des médecins devant le Conseil d'Etat⁷.
- [27] L'obtention du diplôme d'Etat de chirurgien dentiste ouvre également la possibilité à d'autres formations, les certificats d'études supérieures (CES) dont la liste est fixée par l'arrêté du 27 juillet 2010 et les diplômes d'université (DU) qui sont habituellement suivis par des professionnels déjà en exercice.
- [28] Le certificat d'études cliniques spécialisé en odontologie (CECSMO)⁸ a vocation à disparaître du fait de la création de la spécialité en orthopédie dento-faciale. Par lettre en date du 24 février dernier, les directeurs d'UFR en odontologie ont été informés par le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) du non-renouvellement des habilitations à délivrer ce certificat.

⁴ Décret n°2011-22 du 5 janvier 2011 et l'arrêté du 17 novembre 2011.

⁵ Ces qualifications sont aussi accessibles à tout praticien dont les formations et l'expérience professionnelle seront reconnues comme suffisantes par la commission de qualification.

⁶ Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie.

⁷ Décision du CE du 19 octobre 2012 : il est sursis à statuer sur la requête présentée par le Conseil national de l'ordre des médecins jusqu'à ce que la Cour de justice de l'Union européenne se soit prononcée sur plusieurs questions dont celle-ci : l'exigence de spécificité de la profession de praticien de l'art dentaire posée par l'article 36 de la directive 2005/36/CE fait-elle obstacle à la création d'une formation qualifiante de 3^{ème} cycle universitaire commune aux étudiants en médecine et en art dentaire ?

⁸ Le CECSMO était réglementé par l'arrêté du 4 août 1987.

ANNEXE 3 : LES TAUX DE CHARGES DES PROFESSIONS DE SANTE

Tableau 1 : Comparaison des taux de charges des différentes professions de santé selon la source fiscale

Exercices clos en 2011	Nombre d'entreprises	Recettes	Total des charges	Taux de charge (total des charges/recettes)
Chirurgiens dentistes	32 051	8 214 487	4 920 276	59,90%
Laboratoire d'analyses non annexé a une pharmacie	755	600 821	421 269	70,12%
Vétérinaires	5 678	2 073 475	1 424 944	68,72%
Anato-cytopathologistes	100	44 853	26 947	60,08%
Psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes	10 058	373 021	209 360	56,13%
Podologue	307	11 965	6 506	54,38%
Stomatologiste	801	250 628	134 473	53,65%
Pédicure	9 243	522 081	279 165	53,47%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	2 654	1 905 450	1 010 761	53,05%
Endocrinologie et métabolisme	312	34 046	17 883	52,53%
Médecine nucléaire	28	10 865	5 688	52,35%
rééducateur	519	35 526	18 559	52,24%
Médecine physique et de la réadaptation	90	4 069	2 088	51,31%
Gynécologue médical	2 227	369 051	185 822	50,35%
Dermato-vénérologue	2 819	485 442	244 113	50,29%
Sage-femme	3 156	167 116	83 787	50,14%
Activités médicales et paramédicales diverses (néphrologie, rééducation, réadaptation, acuponcture, puériculture, ostéopathe, etc.)	11 745	882 251	434 111	49,20%
Orthoptiste	1 921	96 115	47 259	49,17%
autres activités de santé humaine	561	23 219	11 285	48,60%
Gynécologue-obstétricien	2 088	408 039	196 744	48,22%
Rhumatologue	1 526	269 180	128 579	47,77%
Chirurgie viscérale et digestive	36	3 947	1 856	47,02%
Oto-rhino-laryngologiste	1 657	341 748	160 368	46,93%
Masseur-kinésithérapeute	52 555	4 268 092	1 989 914	46,62%
Orthophoniste	14 694	759 586	353 633	46,56%
Clinique et maison de santé (services médicaux exclusivement)	49	20 410	9 404	46,08%
Neurologues	383	64 810	29 529	45,56%
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	29	6 220	2 820	45,34%
Pédiatre	2 315	308 153	139 542	45,28%
Ophthalmologiste	3 773	1 061 242	476 644	44,91%
Chirurgien de chirurgie générale	2 891	865 741	387 277	44,73%
Gastro-entérologue exerçant la proctologie	231	54 838	24 441	44,57%

Pneumologie	716	151 472	67 123	44,31%
Neuropsychiatre	4 791	558 059	241 108	43,20%
Gastro-entérologie et hépatologie	1 044	264 221	113 977	43,14%
Autres activités des médecins spécialistes	129	17 933	7 717	43,03%
Neurochirurgien	152	45 234	19 371	42,82%
chirurgien orthopédique et traumatologie	773	233 340	98 427	42,18%
Médecin généraliste, omnipraticien	55 146	8 041 926	3 381 906	42,05%
Docteur, étudiants médecine, remplaçants	17 923	2 205 074	923 282	41,87%
Cardiologue	3 300	864 214	356 560	41,26%
Urologue chirurgical	292	97 271	39 674	40,79%
Santé publique et médecine social	23	925	371	40,11%
Infirmière	71 188	5 569 727	2 171 725	38,99%
Médecine biologiste	61	5 381	2 004	37,24%
Urologue médical	186	59 211	21 739	36,71%
Chirurgie thoracique et cardio vasculaire	12	914	329	36,00%
Médecine interne	36	4 806	1 581	32,90%
Oncologie Médicale	15	1 371	442	32,24%
psychiatre	232	23 364	7 446	31,87%
Chirurgie vasculaire	17	2 940	918	31,22%
radiothérapie	26	18 389	5 571	30,30%
Néphrologues	155	34 962	10 096	28,88%
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale	2 020	850 296	244 632	28,77%

Source : Données DGFIP pour la mission

ANNEXE 4 : SYNTHÈSE DES DÉCISIONS DE LA CHAMBRE NATIONALE DISCIPLINAIRE (DERNIER TRIMESTRE 2012)

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1917	18/10/2012	CD	Litige entre deux CD (propos diffamatoires)	Rejet - PACA	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1918	18/10/2012	CD	Litige entre collaborateurs	Blâme - PACA	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1931	21/11/2012	Patient	Remise en cause de la qualité d'un traitement orthodontique	Rejet et demande d'expertise - LR	Amende de 150€ infligée à la plaignante pour recours abusif	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1952/1955	27/11/2012	2 CD	Litige entre deux CD	Blâme - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1968	21/11/2012	Patient	Contestation de la qualité d'un traitement prothétique	Rejet de la plainte et amende de 1500€ infligée à la plaignante - PACA	Limitation du montant de l'amende à 750€	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1975	31/12/2012	CD	Défaut d'assurance de responsabilité civile professionnelle	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien-dentiste pendant 6 mois dont 3 avec sursis	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1978	21/11/2012	CD	Litige entre deux CD (propos diffamatoires)	Rejet - Rh-Alpes	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1986	18/10/2012	Patient	Un non-respect de la NGAP (cumul d'une cotation d'une consultation et d'un autre acte pendant une même séance de soins)	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien dentiste pendant 1 mois avec sursis - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
			Empreintes réalisées par une assistante			
			Divers faits non vérifiés			
1987	18/10/2012	Patient	Un non-respect de la NGAP (cumul d'une cotation d'une consultation et d'un autre acte pendant une même séance de soins)	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien dentiste pendant 1 mois avec sursis - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
			Radiographie réalisée par une assistante			
			Divers faits non vérifiés			

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1989	31/12/2012	CD	Litige entre deux CD	Rejet - Nd-PdC	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
1991	04/12/2012	Patient	Remise en cause du niveau de précision des devis fournis	Rejet - LR	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien-dentiste pendant 8 jours	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
			Non respect de l'article R4127-232 du CSP (obligation d'agir avec correction et aménité envers le patient)			
			Refus de communiquer des éléments techniques au nouveau praticien choisi par le patient			
2002	18/10/2012	CD	Litige avec le conseil départemental de l'ordre du Bas-Rhin (irrégularité de la situation professionnelle du CD, propos diffamatoires)	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien-dentiste pendant 2 mois avec 1 mois de sursis - Alsace	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien-dentiste pendant 1 mois avec 15 jours de sursis	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
2013	04/12/2012	Patient	Remise en cause de la qualité d'un traitement orthodontique + litige financier	Rejet - Bourgogne	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
2021	21/11/2012	CD	Litige entre collaborateurs	Rejet - Aquitaine	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
2034	04/12/2012	CD	Réalisation de soins défectueux et non prise en compte de la douleur consécutive	Interdiction d'exercer la profession de chirurgien dentiste pendant 3 mois - Centre	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
			Déclaration mensongère à l'ordre à l'occasion d'un changement de département (SAS avait prononcé une interdiction de donner des soins aux assurés de 2 ans dont un avec sursis et une obligation de remboursement de 10 358,84€)			
2043	31/12/2012	CNOCD	Extraction systématique des dents devitalisées	Relève d'un praticien de l'incapacité d'exercer la profession de chirurgien dentiste résultant de la peine de radiation du tableau de l'Ordre - PACA	Rejet	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
2049	31/12/2012	CD	Litige entre CD (élections au conseil de l'Ordre)	Rejet - Champagne-Ardenne	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
				Païement du docteur B au docteur J de la somme de 1 500€ au titre de l'article L761-1 du code de justice administrative		
				Païement du docteur J au docteur B de la somme de 3 000€ au titre des frais irrépétibles		
2050	31/12/2012	CD	Litige entre CD (élections au conseil de l'Ordre)	Rejet - Champagne-Ardenne	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
				Païement du docteur B au docteur P de la somme de 1 500€ au titre des frais irrépétibles		
				Païement du docteur P au docteur B de la somme de 3 000€ au titre des frais irrépétibles		
2051	31/12/2012	CD	Litige entre CD (élections au conseil de l'Ordre)	Rejet - Champagne-Ardenne	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
2052	31/12/2012	CD	Litige entre CD (élections au conseil de l'Ordre)	Versement de la somme de 2 000€ du docteur B au docteur V au titre de l'article L761-1 du code de justice administrative - Champagne-Ardenne	Rejet	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
				Amende de 1 000€ infligée au docteur B pour recours abusif		
				Païement du docteur V au docteur B de la somme de 3 000€ au titre des frais irrépétibles		
2053	31/12/2012	CD	Litige entre CD (élections au conseil de l'Ordre)	Rejet - Champagne-Ardenne	Rejet	Affichage dans les locaux de la chambre disciplinaire
				Païement du docteur B au docteur L de la somme de 2 000€ au titre de l'article L761-1 du code de justice administrative		
				Païement du docteur L au docteur B de la somme de 3 000€ au titre des frais irrépétibles		

ANNEXE 5 : SYNTHÈSE DES DÉCISIONS DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES (DERNIER TRIMESTRE 2012)

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1350/1351/1352	18/10/2012	CPAM/CD/ELSM	Non-respect des conditions de cotation ou de facturation des actes	Blâme avec publication - Centre	"Les premiers juges ont fait une appréciation très insuffisante de la gravité des faits reprochés au praticien"	Affichage dans les locaux de la CPAM
			14 cotations d'actes non-constatés ou non-réalisés			
			Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : radiographies absentes ou de mauvaise qualité, soins endodontiques de mauvaise qualité ou non-réalisés avant soins prothétiques			
			Fautes, abus, fraudes au titre de l'article L145-1 du CSS			
1370	25/10/2012	CD	Facturation de 57 actes non-médicalement justifiés c'est-à-dire réalisés sur des dents ne présentant pas de lésions carieuses ou peu délabrées	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 1 an assortie du sursis pour la période excédant 9 mois - IdF	"Ampleur et exceptionnelle gravité des agissements du Dr B consistant à réaliser des actes non médicalement justifiés"	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Réalisation de 21 couronnes prothétiques non justifiées			
			116 facturations d'actes non réalisés par le chirurgien-dentiste lui-même			
			Fautes, abus, fraudes au titre de l'article L145-1 du CSS			
				7 942,28€ de remboursement	7 403,63€ de remboursement	

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1372/1373	20/09/2012	CD/ELSM	Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : défaut d'adaptation cervicale de couronnes, couronne largement débordante, perte de la restauration prothétique	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 3 mois assortie du sursis pour la période excédant 6 semaines - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Réalisation de radiographies inadaptées entraînant une exposition accrue du patient aux rayonnements	10 200,99€ de remboursement		
			Fautes, abus, fraudes au titre de l'article L145-1 du CSS			
1375/1379	18/10/2012	CD/ELSM	Dévitalisation non justifiée de 4 dents chez une patiente (rapport d'expertise)	Blâme avec publication - PdL	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 1 mois	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Reconstitution coronaire avec ancrage intra canalaire sans indication			
			Remplacement d'amalgame dans un but esthétique			
			Mauvaise exécution de soins ou diagnostic défectueux			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1380	18/10/2012	CD	<p>80 facturations d'actes non-réalisés par le chirurgien-dentiste lui-même dont 50 couronnes. 16 des 23 assurés concernés étaient bénéficiaires de la CMU</p> <p>Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : à 298 reprises pour des traitements endocanalaire, des restaurations coronaires, des prothèses. 63 foyers septiques sur des dents traitées par le praticien, 62 foyers septiques sous des réhabilitations prothétiques</p> <p>Délabrement de 24 dents saines ou peu détériorées ayant engendré 45 actes non médicalement justifiés</p> <p>Non-respect de la réglementation relative à la cotation des actes à 181 reprises</p> <p>Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS</p> <p><i>"L'ampleur des actes fictifs facturés qui témoigne des conditions frauduleuses dans lequel [le professionnel] exerce sa profession, grave insuffisance professionnelle sur le plan thérapeutique, violation systématique de la réglementation en matière de cotation des actes. Perception d'honoraires indus d'un montant considérable d'autant plus condamnable que</i></p>	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 4 mois - LR	Confirmation du jugement de première instance (nota : l'appel étant interjeté par le chirurgien dentiste, la peine prononcée en deuxième instance ne peut être plus sévère)	Affichage dans les locaux de la CPAM

			<i>résultant de soins donnés à des bénéficiaires de la CMU."</i>			
1383	15/11/2012	CD	Délégation de tâches à des assistantes dentaires (radiographies, empreintes, collage ou recollage d'attaches,...) Cotations inappropriées de téléradiographies Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 6 mois assortie du sursis pour la période excédant 3 mois - Rh-Alpes	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 3 mois assortie en totalité du sursis	Non précisées
N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1388	20/09/2012	ELSM	Réalisation d'actes non médicalement justifiés mettant en jeu la santé bucco-dentaire des patients Non respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : traitements endodontiques et prothétiques défectueux. Devis prévoyant la réalisation de 23 inlays core et de 23 couronnes à un bénéficiaire de la CMU présentant des dents quasiment toutes saines. Non communication	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 2 mois assortie du sursis pour la période excédant 1 mois - Auvergne 2 830,47 € de remboursement	Confirmation du jugement de première instance Confirmation du jugement de première instance Le praticien ayant	Affichage dans les locaux de la CPAM le cas échéant

			de radiographies		demandé sa radiation du tableau de l'Ordre qui est intervenue le 31/12/2011, cette sanction prendra effet à compter du jour où l'intéressé reprendra son activité	
			Non respect des obligations conventionnelles de fourniture des devis			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
1389	13/09/2012	CD	Complicité dans l'exercice illégal de l'art dentaire	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 9 mois, assortie du sursis pour la période excédant 6 mois - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM le cas échéant
			Non respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : traitements endodontiques et prothétiques défectueux. Mise en danger de la santé bucco-dentaire de patients			
			Non présentation à 195 reprises des radiographies préopératoires demandées par le service du contrôle médical			
			Facturation d'actes non cotables et sur-cotation d'actes de soins conservateurs			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
			<i>"Infraction particulièrement grave constituée par l'utilisation clandestine d'une personne exerçant illégalement en France. Très nombreuses et sérieuses défaillances thérapeutiques. Obstacle à l'exercice du contrôle du service médical. Irrégularités répétées de cotation"</i>			

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1390	13/09/2012	CD	<p>Facturation à 201 reprises d'actes non réalisés. Essentiellement pour des patients bénéficiaires de la CMU</p> <p>Cotations inappropriées de prothèses adjointes partielles. Cette irrégularité n'a été observée que pour des assurés bénéficiaires de la CMUC pour lesquels la cotation SPR 60 entrainement le paiement au praticien d'un forfait de 300€</p> <p>Double facturation d'actes prothétiques</p> <p>Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS</p>	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 6 mois assortie du sursis pour la période excédant 4 mois - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
1391	13/09/2012	CD	<p>Obturations coronaires défectueuses à 75 reprises, traitements endodontiques insuffisants à 53 reprises, défaut d'adaptation cervicale de prothèses à 11 reprises, prothèses adjointes de qualité insuffisante à 7 reprises</p> <p>Caractère défectueux de la conduite thérapeutique adoptée à 41 reprises (radiographies inexploitable, traitement endodontique insuffisant, absence de remise en état de la cavité buccale avant traitement prothétique)</p> <p>Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS</p>	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 6 mois, assortie du sursis pour la période excédant 3 mois - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1393	15/11/2012	CD	Facturation à 215 reprises d'actes dont la réalisation effective n'a pas été constatée	Interdiction de donner des soins aux assurés pendant 1 an assortie du sursis pour la période excédant 4 mois - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Non respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : absence de contrôle radiographique pour 80 traitements endodontiques, traitements endodontiques défectueux, pose de couronnes sur des dents porteuses de lésions apicales	44 911,56 € de remboursement		
			Facturation d'actes endodontiques, d'obturations et de restaurations à ancrage radiculaire sur des dents indemnes de pathologie pulpaire et facturation inappropriée d'actes			
			Facturation à 62 reprises d'actes non commencés ou non terminés			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
1394	20/09/2012	CD	Facturation à 152 reprises d'actes non médicalement justifiés et cotations inappropriées	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 1 an - Midi-Pyr.	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Facturation d'actes dont la réalité n'a pas été constatée, doubles facturation d'actes à 37 reprises et facturation ne respectant pas la date de réalisation des actes à 58 reprises			

			Non respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : soins prothétiques à 139 reprises sur des dents affectées d'une lésion apicale, traitements canalaires de mauvaise qualité, présence d'instruments fracturés			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1396	13/09/2012	CD	<p>Non respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : soins endodontiques et prothétiques défectueux ou de qualité insuffisante à 42 reprises et 10 radiographies de mauvaise qualité</p> <p>Sur-cotation et facturation d'actes non remboursables. Non-fourniture des radiographies préalables aux soins endodontiques et utilisation abusive de la cotation C</p> <p>Cotation et facturation à 5 reprises d'actes dont la matérialité non établie</p> <p>Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS</p>	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 4 mois assortie d'un sursis pour la période excédant 2 mois - Nd-PdC	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
1397/1398/1399	20/09/2012	CPAM/CD/ELSM	Délégation fréquente de tâches à des assistantes dentaires	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 4 mois - Rh-Alpes	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
1400	15/11/2012	CD	Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : actes présentant des défauts de qualité et actes non-médicalement justifiés, absence de radiographies pour 77 traitements endodontiques	Interdiction de donner des soins aux assurés pendant 2 mois assortie du sursis pour la période excédant 1 mois - IdF	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM

			<p>Etablissement de 2ème ou 3ème facturation après la première facturation pouvant correspondre à un acte non constaté ou à un acte primitivement défectueux et ayant du être refait</p> <p>Pas de communication des clichés pré-opératoires pour 102 prothèses permettant d'apprécier la justification médicale des actes</p> <p>Non communication dans 44 cas de radiographies</p> <p>Cotation à 28 reprises de couronnes réalisées sur des dents non délabrées</p> <p>Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS</p>			
--	--	--	--	--	--	--

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité		
1402	15/11/2012	ELSM/CPAM	Cotation et facturation de 246 actes non réalisés	Interdiction de donner des soins aux assurés pendant 6 mois avec sursis - LR	Interdiction de donner des soins aux assurés pendant 1 an, assortie d'un sursis pour la période excédant 6 mois	Affichage dans les locaux de la CPAM		
			Cotation et facturation de 69 actes dont la réalité n'a pu être établie et dont l'absence peut provenir soit de leur non-exécution soit du fait qu'ayant été réalisés de manière défectueuse, leur pérennité n'ait pas été assurée. Cotation et facturation de 106 clichés non transmis					
			Refacturation de 70 actes sans mention de duplicata pour 13 dossiers				Remboursement à la CPAM le montant du timbre fiscal de 35€	Confirmation du jugement de première instance
			Facturation de 84 actes non-remboursables au regard de la NGAP					
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS					
1403	15/11/2012	CD	Non respect des dispositions de la NGAP à 27 reprises	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 4 mois assortie d'un sursis pour la période excédant 2 mois - PdL	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM		
			Non-renseignement du dossier médical par le praticien en ayant l'obligation dans un centre de santé					
			Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : obturation canalairre incomplète à 58 reprises, réalisation de prothèses partielles adjointes ou de réparation ne respectant pas les critères fondamentaux de qualité					
			Réalisation à 55 reprises de radiographies inexploitable					
			Cotation de 3 actes dont la réalisation n'a pu être constatée et 1 acte non réalisé					

			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
1404	13/09/2012	CD	Non-respect des dispositions de la NGAP	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 4 mois assortie d'un sursis pour la période excédant 2 mois - PdL	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Réalisation à 20 reprises de radiographies inexploitable			
			Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : traitements endodontiques insuffisants			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1405/1407	13/09/2012	CD	Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : actes coronaires et endodontiques défectueux à 47 reprises, actes prothétiques défectueux à 13 reprises, 1 acte de chirurgie défectueux et 25 radiographies de mauvaise qualité	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 7 mois assortie du sursis pour la période excédant 2 mois - Lorraine	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 5 mois assortie du sursis pour la période excédant 2 mois	Non précisées
			Attitude thérapeutique critiquable à 76 reprises par l'absence de radiographies pour des soins le nécessitant. Mise en danger de la santé bucco-dentaire de plusieurs patients par non réalisation d'actes thérapeutiques nécessaires.	2 582,05€ de remboursement	1 414,01€ de remboursement	
			Non-respect des dispositions de la NGAP			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
1406	29/11/2012	ELSM	Facturation de 142 actes non-réalisés	Interdiction de donner des soins aux assurés pendant 3 mois avec sursis - LR	<i>"Les premiers juges ont fait une très insuffisante évaluation de la particulière gravité des agissements commis par l'intéressé"</i>	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Non-respect des dispositions de la NGAP		Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 6 mois, assortie d'un sursis pour la période excédant 3 mois	
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
1408	13/09/2012	CD	Non-justification du contenu de 85 consultations	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de 3 mois, assortie du sursis pour la période excédant 2 mois - Picardie	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Non-fourniture de radiographies facturées et demandées par le service du contrôle médical			
			Non respect de dispositions de la NGAP s'agissant de la cotation du détartrage (nb > 2 séances)			

			Non-communication du volet médical du bilan bucco-dentaire	2 248,65€ de	Confirmation du jugement de première instance	
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS	remboursement		

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1409	15/11/2012	CD	Non-fourniture de radiographies facturées et demandées par le service du contrôle médical et non-respect des dispositions de la NGAP	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de 6 mois, assortie du sursis pour la période excédant 2 mois - Lorraine	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : radiographies non-interprétables, soins conservateurs et prothétiques défectueux et mise en danger de la santé bucco-dentaire de patients			
			Facturation d'actes dont la réalisation n'a pas été constatée et d'actes non-conformes	17 748,40€ de remboursement	Confirmation du jugement de première instance	
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			
1410	29/11/2012	ELSM	Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : obturations coronaires et endodontiques défectueuses, traitements endodontiques insuffisants, absence de mise en état de la cavité buccale avant des soins prothétiques	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 2 mois, assortie du sursis pour la période excédant 15 jours - IdF	<i>"Les juges ont fait une appréciation insuffisante de la gravité des faits qui leur étaient soumis"</i>	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Facturation d'actes dont la réalisation n'a pas été constatée. 64 dates d'extraction erronées. Cotations inappropriées.			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS	35 € de remboursement	Confirmation du jugement de première instance	

1411	29/11/2012	CPAM	Facturation à 32 reprises d'actes dont la réalisation n'a pas été constatée et cotation à 7 reprises d'actes déjà cotés antérieurement	Avertissement - LR	<i>"Les juges ont fait un appréciation très insuffisante de la gravité des faits en cause"</i>	Affichage dans les locaux de la CPAM
			Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : actes de mauvaise qualité, de qualité insuffisante ou non-médicalement justifiés à 62 reprises		Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de 3 mois, assortie du sursis pour la période excédant 1,5 mois	
			Non-respect des dispositions de la NGAP			
			Non-fourniture de 19 radiographies facturées			
			Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS			

N° de la décision	Date de l'audience	Auteurs de l'appel	Faits reprochés	Décisions première instance - Région	Décisions deuxième instance	Modalités de publicité
1416/1418	20/12/2012	CD/ELSM	Délégation fréquente de tâches à des assistantes dentaires (radiographies, empreintes, collage ou recollage d'attaches,...) Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de 6 mois, assortie du sursis pour la période excédant 3 mois - Rh-Alpes	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM
1420/1421	20/12/2012	CD/ELSM	Non-respect des dispositions de la NGAP Non-respect de l'obligation déontologique de donner des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science : actes répétés d'obturations coronaires sur les mêmes dents et facturation de clichés ininterprétables Abus d'actes et de cotations Perturbation de l'exercice des missions du service du contrôle médical Fautes et abus au sens de l'article L145-1 du CSS	1 164,31€ de remboursement Lorraine	"Les premiers juges ont fait une insuffisante appréciation de la gravité des faits" 1 348,84€ de remboursement	Non précisées
1434	20/12/2012	CD	Facturation à 16 reprises d'actes dont la réalisation n'a pas été réalisée ou constatée Réalisation d'actes non-médicalement justifiés à 24 reprises	Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de 3 mois - Rh-Alpes	Confirmation du jugement de première instance	Affichage dans les locaux de la CPAM

			Non-fourniture dans 51 cas radiographies facturées et demandées par le service du contrôle médical et réalisation d'actes non-conformes aux données de la science			
			Réalisation d'actes défectueux : 5 couronnes, 3 inlays core et 1 traitement endodontique			
			Non-respect des dispositions de la NGAP			

ANNEXE 6 : STATISTIQUES DE LA CHAMBRE NATIONALE DISCIPLINAIRE ET DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

- Le nombre de décisions rendues par les CDPI de l'Ordre des chirurgiens dentistes en :

2010 = 196

2011 = 186

2012 = 263

- Le conseil d'Etat demande à chaque juridiction de suivre les statistiques suivantes : nombre d'appels reçus annuellement, nombre d'affaires jugées annuellement, nombre d'affaires en instance au 31 décembre de chaque année.

Tableau 2 : Données de suivi de l'activité de la chambre disciplinaire nationale du CNOCD

Années	Nombre d'appels reçus	Nombre d'affaires jugées	Nombre d'affaires en instance au 31 décembre de l'année
2006	92	43	91
2007	63	71	73 (*)
2008	68	67	74
2009	68	52	64
2010	93	71	86
2011	87	79	94
2012	102	78	118 (**)

* : ce chiffre s'explique par des décisions ayant statué après jonction de plusieurs appels

** : dont une série

Source : Chambre disciplinaire nationale du CNOCD

Tableau 3 : Statistiques suivies par la section des assurances sociales (SAS) du CNOCD 2006-2012

Années	Nombre d'appels reçus	Nombre d'affaires jugées	Nombre d'affaires en instance au 31 décembre de l'année
2006	72	70	54
2007	80	57	77
2008	57	59	75
2009	76	69	82
2010	82	96	68
2011	105	85	88
2012	87	100	75

Source : Section des assurances sociales du CNOCD

- En revanche, l'établissement de statistiques par niveau de sanction n'est pas prévu par le conseil d'Etat mais une synthèse a été réalisée pour l'année 2012 par la chambre disciplinaire nationale et la section des assurances sociales à la demande de la mission.

Tableau 4 : Décisions prises par la chambre disciplinaire nationale du CNOCD en 2012

Décisions/Sanctions	Nombre
Rejet de plaintes	24
Rejet de demande de relèvement d'incapacité d'exercer la profession	2
Avertissement	2
Blâme	5
Interdiction temporaire avec sursis total d'exercer la profession	2
Interdiction temporaire sans sursis d'exercer la profession	6
Interdiction temporaire d'exercer la profession assortie d'un sursis partiel	15
Radiation définitive du tableau de l'ordre	1
TOTAL	57

Source : Chambre disciplinaire nationale du CNOCD

Tableau 5 : Décisions prises par la section des assurances sociales du CNOCD en 2012

Décisions/Sanctions	Nombre
Avertissement	0
Blâme avec publication	1
Interdiction temporaire avec sursis total du droit de donner des soins aux assurés	4
Interdiction temporaire sans sursis du droit de donner des soins aux assurés	11
Interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés assortie d'un sursis partiel	46

Source : Section des assurances sociales du CNOCD

Tableau 6 : Pourvois devant le conseil d'Etat

		Sur décisions rendues en 2010	Sur décisions rendues en 2011	Sur décisions rendues en 2012
Nombre de pourvois	Chambre disciplinaire	16/71	9/79	10/78
	SAS	12/96	8/85	13/100
Nombre de rejets	Chambre disciplinaire	14	7	1
	SAS	11	5	2
Nombre d'annulations de décision	Chambre disciplinaire	1	0	0
	SAS	0	0	0

Source : Mission sur la base des données de la chambre disciplinaire nationale et section des assurances sociales du CNOCD

ANNEXE 7 : PORTE-INSTRUMENTS ROTATIFS ET QUALITE DE L'EAU DES UNITS, ELEMENTS D'EXPLICATION

S'agissant des porte-instruments rotatifs

- Compte tenu du risque infectieux que peut induire un mauvais traitement des dispositifs médicaux (DM), le guide de 2006 y consacre une part importante. Il rappelle que le niveau de traitement doit être déterminé en fonction du niveau de risque et propose trois catégories (critique, semi-critique et non critique)⁹ assorties de préconisations de traitement adaptées. Il prévoit des exigences supplémentaires pour les PIR¹⁰. En effet, d'une part, il préconise une stérilisation systématique entre chaque patient et d'autre part, il décrit les différentes étapes à suivre : une pré-désinfection par immersion, un nettoyage puis une stérilisation. Il précise bien que la qualification de « stérilisable » apposé par le fabricant sur un tel dispositif médical doit engager ce dernier à fournir un matériel permettant toutes les étapes de la procédure sans en exclure aucune.
- Si l'ensemble des acteurs s'accordent à dire que la stérilisation entre chaque patient est indispensable pour garantir un niveau de sécurité optimal, la profession est majoritairement réfractaire à la préconisation d'immersion du dispositif en vue de sa pré-désinfection et d'autant plus que d'autres préconisations peuvent prévaloir à l'échelle nationale (C-CLIN Sud-Est) ou internationale. Dans ce contexte d'incertitude, la DGS a saisi l'ANSM (à l'époque AFSSAPS) en janvier 2009 sur deux aspects : l'applicabilité des mesures préconisées dans le guide de 2006 aux PIR existant sur le marché et l'évaluation des performances des appareils proposés sur le marché pour le traitement de ces DM. L'ANSM a rendu ses premières conclusions en juin 2009 en indiquant qu'il existait sur le marché des PIR compatibles avec les recommandations du guide et en se proposant de réaliser un état des lieux des appareils de traitement. Par la suite, des travaux ont été réalisés permettant de déterminer le positionnement des différents appareils étudiés au regard des recommandations existantes susmentionnées. L'agence a par ailleurs mis en avant l'absence de déclaration d'incident au titre de la matériovigilance et le moindre niveau d'exigence dans d'autres pays voisins du notre. A ce jour, la situation reste imparfaitement clarifiée et la publication récente émanant des industriels fabricants de PIR¹¹ ne manquera pas de semer davantage le doute en écartant explicitement l'étape de pré-désinfection par immersion.
- L'absence de consensus sur un aspect de sécurité sanitaire important ne peut qu'être préjudiciable aux patients, les professionnels ne pouvant se référer à des pratiques validées par les autorités sanitaires.

⁹ Critique : tout matériel ou dispositif médical qui au cours de son utilisation, pénètre dans des tissus ou cavités stériles ou dans le système vasculaire du malade. Semi-critique : instruments en contact avec la muqueuse buccale et la salive. Pour ces deux catégories, la DGS recommande l'usage unique ou la stérilisation après chaque usage. Non-critique : dispositif sans contact direct avec le patient ou en contact avec de la peau saine.

¹⁰ Les PIR relèvent de la catégorie semi-critique, à risque médian. Cependant, la complexité des PIR (présence de canaux) et leur utilisation avec des instruments critiques, peut être à tout moment en contact avec du sang dilué par de la salive et de l'eau de l'alimentation de l'unité. Ils sont donc considérés comme un matériel critique et doivent être stérilisés après chaque utilisation.

¹¹ Guide de traitement des porte-instruments dynamiques avant stérilisation – COMIDENT – 2012.

S'agissant de la qualité de l'eau des units

- L'activité médico-chirurgicale bucco-dentaire a recours à l'eau qui est finalement entrée dans le champ des soins dentaires de manière indirecte, notamment pour assurer le refroidissement des matériels rotatifs. La conception même des units favorise la stagnation de l'eau et donc la formation de biofilm et la prolifération de la flore hydrique comportant des micro-organismes ayant un pouvoir pathogène en particulier chez des patients fragilisés et ce même dans le cas d'une qualité de l'eau du réseau conforme aux normes de potabilité en entrée d'unit. Par ailleurs, les tubulures peuvent être contaminées par la remontée de germes lors de l'utilisation d'instruments rotatifs, de détartreurs ou de la seringue air/eau par un phénomène de rétro-contamination.
- Même si la présence de micro-organismes dans l'eau des units est décrite depuis de nombreuses années dans la littérature scientifique et que le guide de 2006 lui accorde une place importante, le risque de contamination - par inhalation, ingestion ou contact avec des lésions buccales - lié à l'eau est dans le meilleur des cas une préoccupation émergente pour les chirurgiens dentistes voire un non-sujet. Pour autant, et comme évoqué plus haut, le risque infectieux les concerne autant leurs patients. En effet, l'exposition chronique de l'équipe dentaire aux aérosols contaminés est signalée comme pouvant être responsable de la colonisation de la flore nasale par *Pseudomonas spp* et d'une augmentation du taux d'anticorps anti *legionella* par rapport à la population générale ; la signification clinique de ce portage important n'est pas connue et un seul cas de décès chez un dentiste suite à une pneumonie à *Legionella dumofii* a été décrit¹². L'existence d'un risque est confirmé par l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui au titre de sa compétence en santé au travail préconise d'une part, le port d'un masque de type FFP2 (et non chirurgical) et d'autre part, une purge quotidienne des instruments fonctionnant avec de l'eau et une désinfection poussée et régulière des tubulures¹³.
- Il n'existe pas de référence réglementaire pour la qualité de l'eau utilisée pour les soins dentaires et le guide de 2006 préconise de réaliser les soins dentaires avec de l'eau respectant les normes applicables à l'eau potable¹⁴. Il rappelle les deux autres normes de référence en la matière¹⁵. Il préconise des modalités de maîtrise de la contamination essentiellement par voie chimiques (produits de désinfection) ou physiques (purges, filtration). Enfin, et pour les soins de chirurgie, il recommande l'utilisation d'une eau stérile.
- Pour autant, malgré les précautions prises sur les nouveaux dispositifs mis sur le marché¹⁶ et la mise en œuvre des préconisations du guide de 2006, il apparaît que la maîtrise de la qualité de l'eau reste difficile à assurer dans la durée comme l'illustrent les événements survenus au sein des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) décrits dans la thèse de médecine susmentionnée. Dans ce contexte, l'ARS¹⁷ de Bourgogne a saisi l'ANSM¹⁸ en septembre 2009 pour signaler les difficultés à obtenir une eau de qualité satisfaisante dans

¹² Des analyses ont révélé des charges bactériennes entre 10⁴ et 10⁸ UFC/ml - Enquête sur les pratiques de désinfection des units dentaires en milieu hospitalier - Chloé Gourc - Université de Bourgogne – Mai 2010.

¹³ Exposition aux bioaérosols dans deux milieux professionnels : les cabinets de dentistes et les cultures de concombres et de tomates – ANSES – Bulletin de veille scientifique – Santé/Environnement/Travail – Novembre 2010 – pages 52-55.

¹⁴ *Escherichia Coli* : 0/100ml, entérocoque 0/100 ml et flore aérobique revivifiable à 22°C ≤ 100 UFC/ml à l'entrée et pour le point d'usage, pas de variation dans un rapport de 10 par rapport à la valeur habituelle à l'entrée. Arrêté du 11/01/2007 relatif aux limites et références de qualité des eaux brutes et des eaux destinées à la consommation humaine mentionnées aux articles R. 1321-2, R. 1321-3, R. 1321-7 et R. 1321-38 du CSP.

¹⁵ L'association dentaire américaine préconise un niveau cible inférieur à 200 UFC/ml et les *Centers for Disease Control and prevention* - CDC un niveau inférieur à 500 UFC/ml (niveau de référence pour l'eau potable).

¹⁶ La prise en compte relativement récente de ce risque a abouti à une évolution de ces dispositifs médicaux désormais dotés de valves anti-retour (dont la parfaite efficacité est remise en cause), de dispositif de séchage des tuyaux d'aspiration, de tuyaux détachables des instruments qui ne permettent pas pour autant d'obtenir un niveau de sécurité maximal – Thèse sur l'eau des units dentaires : gestion du risque infectieux – Stéphanie Debocker – Université de Strasbourg – 2011.

¹⁷ DRASS à l'époque.

¹⁸ AFSSAPS à l'époque.

les units du service d'odontologie et suggérer le lancement de travaux sur les procédés de traitement préconisées par les fabricants de matériel. En 2012, l'agence a indiqué qu'en l'absence de signalements de cas d'infections et du fait que « l'offre de solutions visant à améliorer la qualité de l'eau [était] croissante et permet[tait] d'atteindre l'objectif de potabilité et de réduction des biofilms », il ne semblait pas nécessaire de procéder à des investigations plus poussées.

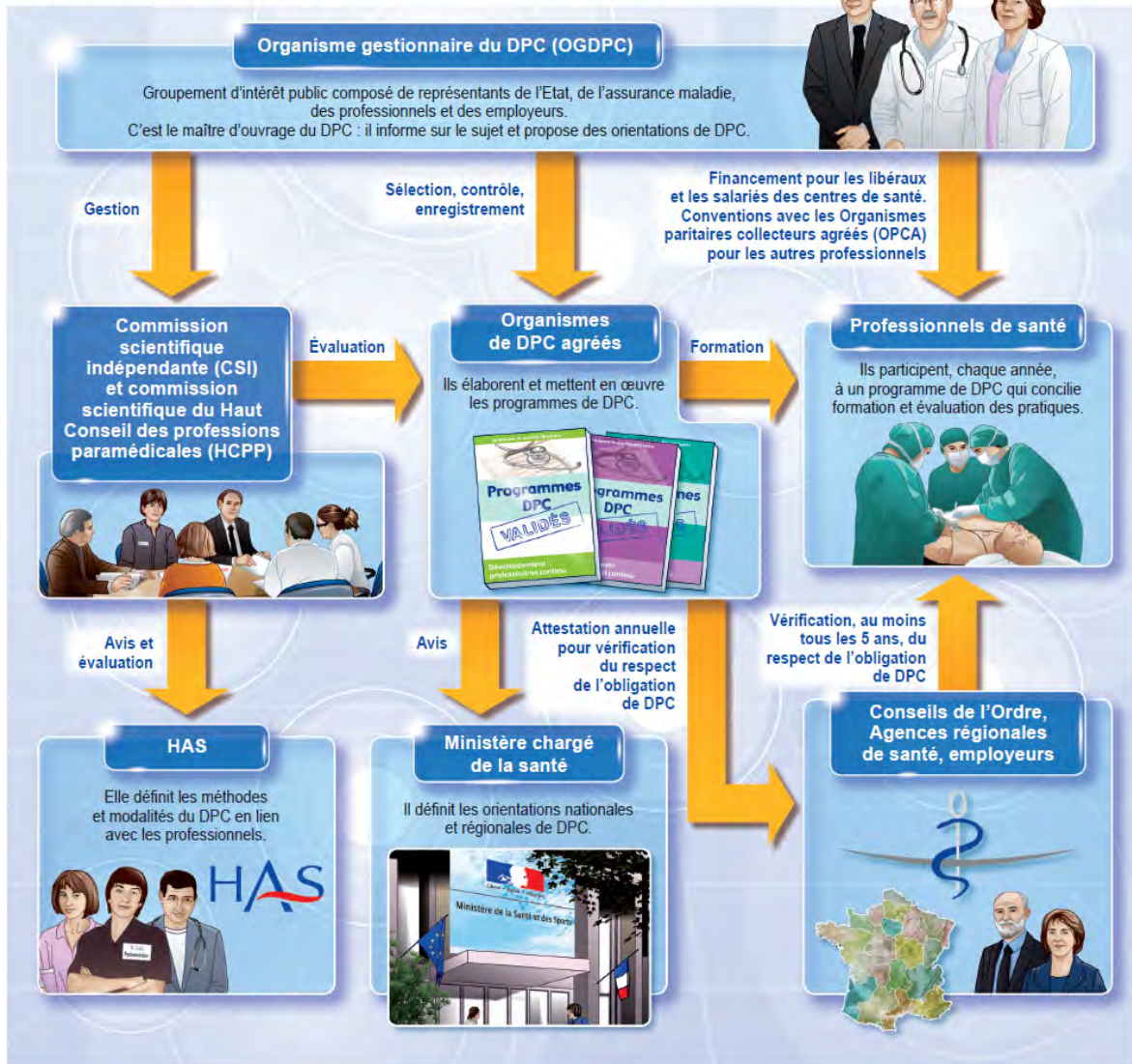
ANNEXE 8 : BILAN DE LA FORMATION PRATIQUE UNIVERSITAIRE DES CHIRURGIENS DENTISTES OMNIPRATICIENS

	Moyenne nombre cas réalisés toutes facultés confondues	Moyenne nombre cas réalisés faculté la moins performante	Moyenne nombre cas réalisés faculté la plus performante	Moyenne appréciation enseignement clinique toutes facultés confondues	Moyenne appréciation enseignement clinique faculté la moins performante	Moyenne appréciation enseignement clinique la plus performante
Extraction dent permanente	46,97	18,91	105	7,22	6,03	8,23
Extraction dent incluse	1,56	0	4,4	3,56	1,07	5,86
Gingivectomie	1,04	0	2,75	3,64	1,74	5,19
Gingivoplastie	0,57	0	1,4	3,21	1,38	4,97
Implantologie phase chirurgicale	0,29	0	1	2,88	1,40	5,45
Implantologie phase prothétique	1,16	0	2,73	3,67	1,4	5,97
Endodontie Biopulpectomie	26,07	14,38	42,86	7,58	6,86	8,2
Endodontie retraitement canaire	11,14	4,64	21,1	6,96	6	7,85
Couronne et bridge céramométallique	10,01	3,53	19,88	6,88	5,72	7,85
Inlay	0,82	0	2	3,97	2,91	5,33
Inlay core	12,58	5,6	19,92	7	5,97	8
Prothèse adjointe totale maxillaire	3,42	1,91	7,5	7,07	4,96	8,4
Cas d'orthodontie	1,08	0	5	3,43	2	5,38

Source : Mission

ANNEXE 9 : LES ACTEURS DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Organisation du DPC : les acteurs et leur rôle



ANNEXE 10 : ETUDES D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

1 AU NIVEAU NATIONAL



SYNTHÈSE DES RESULTATS

Première partie : l'hygiène de base

Concernant l'hygiène de base, les produits les plus souvent utilisés par les professionnels de santé pour se laver les mains sont les solutions hydro alcooliques (59%, +36 points vs 2002) et les solutions antiseptiques (35%, -17 points vs 2002), ces deux solutions enregistrant les plus fortes variations. Cette année, les solutions hydro alcooliques occupent une place prépondérante dans l'hygiène des professionnels : 64% des paramédicaux l'utilisent (+48 pts / 2002), 59% des spécialistes (+40 pts), 57% des généralistes (+29%) et 48% des chirurgiens dentistes (+16 pts).

Près de trois quarts des professionnels de santé (73%) se lavent les mains « systématiquement » entre deux patients, une pratique en forte augmentation depuis 2002 (+39 pts). On remarque quelques disparités entre les praticiens. En effet, les chirurgiens dentistes (88%, +5 pts) et les paramédicaux (83%, stable) observent ces pratiques tandis que les généralistes (50%, +16 pts) et les spécialistes (65%, +10 pts) semblent un peu moins assidus, même si pour ces cibles les scores sont en augmentation.

Près de 9 professionnels sur 10 (89%) disposent d'un point d'eau dans leur salle de consultation, un score stable par rapport à 2002. Ce taux d'équipement est sensiblement identique auprès de chacune des cibles interrogées (et sans évolution significative par rapport à 2002).

La moitié des professionnels pratiquent des gestes invasifs quotidiennement (51%, +1 pt / 2002). Cet acte s'effectue de manière hétérogène selon les spécialités mais globalement il y a peu de différences au regard des résultats de 2002.

Seuls les généralistes enregistrent des variations significatives : en 2007, 46% d'entre eux effectuent des gestes invasifs tous les jours vs 27% en 2002.

Plus précisément, 75% des chirurgiens dentistes en pratiquent « tous les jours » (-9 pts) ainsi que 56% des spécialistes (stable) et 41% des paramédicaux (-4 pts). 16% (+2 pts) des professionnels ne pratiquent jamais de gestes invasifs, un taux qui s'élève à 30% (+7 pts) parmi les paramédicaux.

Le port d'une blouse est soit « systématique » pour les professionnels (41%, +1 pt) soit « inexistant » (41%, +3 pts). Au global, 58% des professionnels déclarent en porter. Les habitudes sont assez variées selon les cibles. Tandis que 97% (+2 pts) des chirurgiens dentistes et 41% des spécialistes (-5 pts) en portent systématiquement, 69% des généralistes n'en portent jamais, un phénomène qui a progressé de 11 points depuis 2002. C'est également le cas de 42% des paramédicaux (stable).

En revanche, l'usage des gants est plus habituel (89% en portent, +3 pts) chez les professionnels de santé, mais moins systématique (37%, +14 pts) que le port de la blouse. 98% des chirurgiens dentistes (-1 pt), 85% des paramédicaux (+4 pts) et 85% des spécialistes utilisent des gants. La plus forte progression s'observe auprès des généralistes : 92%, +12 pts vs 2002.

Concernant le masque, la majorité des professionnels en porte (56%). La quasi totalité des chirurgiens dentistes (96%) en porte ainsi que 58% des paramédicaux. Du côté des généralistes, 63% n'en portent jamais ainsi que 58% des spécialistes.

Les chirurgiens dentistes se distinguent une fois de plus s'agissant des lunettes de protection des projections : 94% en portent (+13 pts) tandis que 80% des paramédicaux (-12 pts) et 62% des spécialistes (-17 pts) n'en portent jamais.

Rapport de l'étude Désinfection- stérilisation en milieu libéral – Ipsos Santé / Direction Générale de la Santé - 29 novembre 2007



A propos du **changement de blouse, 41% des professionnels en changent 2 à 3 fois par semaine**. Par rapport à 2002 on observe de réelles évolutions dans les pratiques. En 2007, les professionnels changeant de blouse à chaque fois qu'elle est souillée sont moins nombreux qu'en 2002 : 32% vs 46%. Cette modification s'est effectuée au bénéfice d'un changement quotidien, sans occasion particulière : 30% en 2007 vs 22% en 2002. Cette tendance est présente chez tous les professionnels de santé interrogés.

S'agissant du **changement de gants, 87% des professionnels les changent après chaque patient**, 7% après chaque geste invasif. Globalement, les résultats sont stables depuis 5 ans.

Peu de professionnels de santé (5%, -6 pts) ont été victimes d'un accident d'exposition au sang ; seul 6% (+3 pts) d'entre eux l'ont signalée à leur compagnie d'assurance.

82% des professionnels de santé portent des gants pour la réalisation de gestes invasifs afin d'éviter les risques d'accidents d'exposition au sang. Cette habitude s'observe chez tous : 97% des chirurgiens dentistes (+ 1 pt), 83% des paramédicaux (+ 8 pts), 77% des généralistes (- 7 pts) et 71% des spécialistes (- 4 pts).

D'autre part, **83% des professionnels déposent le matériel piquant / tranchant dans un conteneur adapté après usage** : 99% des chirurgiens dentistes (+ 1 pt), 99% des généralistes (+ 3 pts) et 95% des spécialistes (+ 4 pts). Les paramédicaux sont en retrait sur ce point (60%, - 6 pts).

Enfin, **25% n'utilisent pas d'aiguille et 42% déclarent ne pas recapuchonner les aiguilles après usage** : 35% (- 13 pts) utilisent des aiguilles standards et 7% (+ 2 pts) des aiguilles sécurisées. 28% recapuchonnent les aiguilles après usage. Sur ce dernier point, les chirurgiens dentistes se démarquent puisque 68% (+ 4 pts) d'entre eux les recapuchonnent. Parmi ceux recapuchonnant les aiguilles, la pratique la plus courante est de le faire à deux mains (74%, - 7 pts), plutôt qu'à une main (15%, - 4 pts) ou avec une instrumentation spécifique (10%, + 3 pts).

Environ 1 médecin sur 10 a eu connaissance de transmission d'une infection bactérienne ou virale entre un soignant et un patient, que ce soit dans leur cabinet ou dans leur entourage professionnel. Ces scores sont stables par rapport à 2002.

Au domicile des patients, les comportements sont sensiblement différents qu'au cabinet : **76% des professionnels ne portent jamais de blouse**, soit 94% des généralistes, 87% des spécialistes et 68% des paramédicaux. En revanche, 47% des chirurgiens en portent systématiquement.

De même qu'au cabinet, **le port des gants au domicile des patients est une pratique plus répandue chez les professionnels de santé** : 31% en mettent à chaque fois qu'ils pratiquent des gestes invasifs, 29% systématiquement et 18% souvent ; 22% n'en portent jamais.

Près de la moitié des professionnels de santé (48%) utilisent systématiquement un collecteur transportable pour piquants – tranchants et 45% ne s'en servent jamais. A noter qu'après des généralistes l'utilisation systématique d'un conteneur est devenue plus fréquente : 49% en 2007 vs 28% en 2002 (+21 pts).

Enfin, **55% des professionnels utilisent systématiquement une solution ou un gel hydro alcoolique lors de leur consultation à domicile**, 16% le font souvent et 1 médecin sur 5 n'en utilise jamais.



Deuxième partie : les dispositifs médicaux

La moitié des professionnels de santé interrogés (55%, +2 pts) utilisent du matériel médical à usage unique, 41% (- 1 pt) utilisent également ou exclusivement du matériel réutilisable. Au regard de 2002, les pratiques ont peu évolué. Cependant, les utilisations diffèrent toujours entre les spécialités : les généralistes se servent principalement de matériel à usage unique (72%, +3 pts), les spécialistes exercent à la fois avec du matériel à usage unique (58%, +5 pts) et/ou réutilisable (42%, - 5 pts). C'est également un peu le cas des paramédicaux : 58% (+4 pts) utilisent du matériel à usage unique, 32% (-7 pts) du matériel et/ou réutilisable et 10% (+3 pts) n'utilisent pas du tout de matériel. Les chirurgiens dentistes, quant à eux, exercent majoritairement avec du matériel à usage unique et/ou réutilisable (77%, +1 pt).

Concernant le traitement du matériel après usage, les pratiques diffèrent selon le matériel et les spécialités (pas d'évolution par rapport à 2002) :

- L'abaisse lange est jeté systématiquement après usage par 93% des généralistes ; 79% des chirurgiens dentistes n'en possèdent pas ; 29% des spécialistes le jettent systématiquement après usage, 34% le réutilisent et 37% n'en possèdent pas.
- La seringue est le plus souvent jetée systématiquement (64%) par les professionnels de santé : 100% des généralistes, 82% des spécialistes et 58% des paramédicaux. Les chirurgiens dentistes utilisent davantage des seringues réutilisables (57% vs 23% pour l'ensemble).
- Idem pour le bistouri qui est jeté de manière systématique après usage par 78% des professionnels, soit 94% des chirurgiens dentistes, 83% des généralistes et 66% des paramédicaux et spécialistes.
- S'agissant du spéculum, 49% des généralistes le jettent systématiquement après usage et 43% exercent avec des spéculums réutilisables. 98% des spécialistes n'utilisent que des spéculums réutilisables. Enfin, 57% des paramédicaux le jettent après usage, 17% s'en servent de nouveau et 26% n'en possèdent ou n'en utilisent pas.
- Environ la moitié des spécialistes utilisent des pinces à biopsie réutilisables (48%), une pratique en forte baisse depuis 2002 (- 22 pts). Les spécialistes semblent préférer en 2007 ne plus utiliser ce matériel (30%, + 15 pts).
- La gouge de pédicure est systématiquement jetée après usage par 65% des podologues.

Comme précédemment, le traitement du matériel réutilisable est variable selon le matériel et les spécialités, avec des évolutions au regard de 2002 :

- En 2002, seuls 14% des spécialistes désinfectaient « à froid ». Aujourd'hui cet acte est pratiqué par 62% d'entre eux. Cette tendance s'explique par une baisse significative des spécialistes n'utilisant pas d'endoscope (10% en 2007, - 69 pts).
- L'instrumentation rotative ou dynamique est stérilisée par 41% (+ 14 pts) des chirurgiens dentistes et désinfectée « à froid » par 38% (- 14 pts) d'entre eux, 20% utilisent les deux méthodes. Cette baisse de la stérilisation « à froid » est encore plus marquée chez les paramédicaux : 39% en 2007 vs 62% en 2002 (-23 pts).



- Le spéculum est plus souvent stérilisé par les généralistes (75%, + 12 pts), une tendance à la hausse qui s'explique par une baisse significative de l'utilisation à la fois de la stérilisation et de la désinfection « à froid » (6%, - 24 pts).
- La pince à biopsie est stérilisée par 55% des spécialistes, 12% la désinfectent « à froid » et 27% utilisent ces deux méthodes.
- Concernant la gouge de pédicure, 77% des podologues ne se prononcent pas.

Comme en 2002, les professionnels de santé (59%, - 3 pts) s'occupent eux-mêmes de la stérilisation / désinfection de leurs dispositifs médicaux, 39% (+ 1 pt) font appel à une tierce personne dont 30% (+ 6 pt) à leur assistante et 6% (- 6 pts) à leur secrétaire médicale.

La quasi-totalité des paramédicaux s'en occupent eux-mêmes (92%, + 1 pt) ainsi que 72% des généralistes (+ 3 pts), 28% (- 3 pts) faisant appel à une tierce personne. 3 chirurgiens dentistes sur 10 (30%, - 4 pts) s'en chargent personnellement tandis que pour les autres la stérilisation ou la désinfection des dispositifs médicaux est prise en charge par une tierce personne (70%, + 4 pts). Ce travail est plus partagé auprès des spécialistes : 46% s'en occupent personnellement (+ 5 pts) et 53% le confient à une tierce personne (- 6 pts).

Plus de la moitié des professionnels de santé stérilisant ou désinfectant eux-mêmes leurs dispositifs médicaux ont reçu une formation intégrée à leur cursus initial (56%, - 5 pt), 33% (- 5 pts) sont autodidactes, 24% (stable) ont bénéficié d'une formation acquise lors d'une session de formation continue ou de recyclage. 12% (- 4 pts) ont été formés par les industriels et 9% (stable) n'ont pas eu de formation spécifique.

56% (+ 15 pts) des tierces personnes en charge de cette tâche ont été formées lors de leur cursus initial, 28% sont autodidactes (- 14 pts), 9% (- 9 pts) ont bénéficié d'une formation continue ou de recyclage.

63% (+ 2 pts) des professionnels de santé utilisant du matériel réutilisables disposent d'un point d'eau consacré au traitement de leur matériel. Cette installation est fortement répandue chez les chirurgiens dentistes (98%, + 3 pts). Chez les spécialistes, 64% (+ 7 pts) en sont équipés ainsi que 46% (- 7 pts) des généralistes. Enfin, 68% des paramédicaux ne disposent pas de point d'eau.

En 2007, les trois systèmes de traitement des matériels réutilisables les plus utilisés sont les mêmes qu'en 2002, cependant, le classement diffère. Le trempage dans des solutions désinfectantes occupe toujours la tête de classement (64% des professionnels, - 11 pts), suivi de l'autoclave à vapeur d'eau, qui se positionne désormais à la 2^{ème} place (46%, + 14 pts), le four « Poupinel » régresse d'une place avec un taux d'utilisation de 29% (- 16 pts).

Globalement, le four « Poupinel » est beaucoup moins utilisé en 2007 par l'ensemble des spécialités : 70% des généralistes (- 15 pts), 34% des spécialistes (- 15 pts), 29% des paramédicaux (- 3 pts) et 8% des chirurgiens dentistes (- 16 pts).



La même tendance s'observe sur le trempage dans des solutions désinfectantes : 61% des chirurgiens dentistes (- 20 pts) traitent leur matériel réutilisable de cette façon, 71% des paramédicaux (- 19 pts), 44% des généralistes (- 4 pts) et 74% des spécialistes (+ 1 pt).

A l'inverse, les professionnels affichent pour cette édition une préférence pour l'autoclave : 83% des chirurgiens dentistes (+ 7 pts), 42% des spécialistes (+ 15 pts), 23% des paramédicaux (+ 8 pts) et 13% des généralistes (+ 7 pts) l'utilisent.

La durée moyenne de stérilisation dans l'autoclave pour le matériel réutilisable est de 52,1 minutes en 2007, en augmentation significative par rapport à 2002 où la durée moyenne était de 38,1 minutes. A noter cependant, que l'écart type demeure assez important (32,5) indiquant une forte dispersion des réponses.

La température moyenne utilisée par l'ensemble des professionnels de santé est de 134,2 degrés (avec un écart type de 22,6), significativement en baisse depuis 2002 (138,6 degrés).

S'agissant des noms des solutions désinfectantes utilisées pour le matériel réutilisable, 49% (stable) des citations spontanées traitent des produits détergents désinfectants pour la pré désinfection du matériel et des instruments, dont 14% (+ 3 pts) pour Hexanios. Un quart des répondants (21%, +3 pts) évoquent les produits désinfectants pour le matériel thermosensible dont plus particulièrement Steranios sai (15%, + 4 pts). 4% (- 7 pts) des réponses se réfèrent à des produits pour le traitement hygiénique des mains ou de la peau et 3% (- 2 pts) à des produits détergents/désinfectants pour sols, surface et mobilier.

La majeure partie des professionnels de santé immergent leur matériel réutilisable dans une solution détergente désinfectante après utilisation (91%, + 3 pts), que ce soit immédiatement après utilisation (74%, + 10 pts) ou non (17%, - 7 pts). C'est également le cas pour les différentes spécialités interrogées.

De plus, 87% (+ 1 pt) effectuent un nettoyage après cette immersion. Pour cela, 53% (- 14 pts) utilisent une brosse, 38% (- 15 pts) l'eau du robinet, 26% une solution désinfectante (- 8 pts), 15% un détergent ou détergent désinfectant (15%, - 15 pts) ou encore un automate spécialement dédié (15%, - 15 pts). A noter que 30% des chirurgiens dentistes (+ 10 pts) utilisent un automate, 51%(stable) des spécialistes nettoient leur matériel avec l'eau du robinet ainsi que 47% (- 26 pts) des paramédicaux. Pour finir, 95% (- 2 pts) des professionnels utilisant du matériel réutilisable le rincent et 88% (stable) le font sécher.



Troisième partie : la stérilisation

Avant la stérilisation 68% des professionnels de santé conditionnent leur matériel réutilisable. On remarque de fortes disparités entre les spécialistes : 82% (+ 21 pts) des généralistes le font également, 76% (+ 13 pts) des chirurgiens dentistes ainsi que 64% (+ 16 pts) des paramédicaux. Au sein des spécialistes, 47% (- 10 pts) déclarent le faire et 44% (+ 3 pts) ne le font pas. Pour 8% des professionnels de santé interrogés, cela dépend du matériel.

Ce matériel est le plus souvent conditionné dans une boîte (53%, - 8 pts) ou des sachets individuels (50%, - 7 pts), dans une moindre mesure les professionnels utilisent des sachets collectifs (16%, + 3 pts). Sur ce point, les pratiques sont distinctes entre les spécialistes. 98% (- 2 pts) des généralistes optent pour une boîte. 73% (+ 1 pt) des spécialistes également, 27% (- 5 pts) se tournent vers les sachets individuels et 11% (stable) vers les sachets collectifs. On observe la même tendance chez les paramédicaux : 63% (- 7 pts) conditionnent leur matériel dans des boîtes, 35% (+ 7 pts) dans des sachets individuels et 8% (+ 3 pts) des sachets collectifs. Les chirurgiens dentistes se tournent davantage vers les sachets individuels (89%, - 1 pt), 29% (- 1 pt) des sachets collectifs et 20% (stable) une boîte.

Les deux tiers des professionnels (65%, - 6 pts) n'assurent pas la traçabilité de leur matériel réutilisable. C'est le cas de 80% (+ 8 pts) des paramédicaux, 75% des généralistes (- 6 pts), 58% (stable) des spécialistes et 54% (- 16 pts) des chirurgiens dentistes.

La moitié des professionnels de santé (51%, + 3 pts) ont spontanément déclaré ne rencontrer aucun problème dans la mise en œuvre des règles d'hygiène de base, de désinfection ou de stérilisation.

Néanmoins, quand il y en a, les **problèmes de temps** sont évoqués en premier lieu par 16% (- 3 pts) des professionnels, un aspect plus souvent cité par les chirurgiens dentistes (21%, - 8 pts). **Le caractère contraignant des procédures** est soulevé par 12% des professionnels (stable), un problème qui touche particulièrement les chirurgiens dentistes (20%, + 7 pts). 12% (stable) des professionnels citent **les problèmes financiers**, une difficulté partagée par les spécialistes (21%, + 1 pt). Dans une moindre mesure, les professionnels ressentent dans 8% (stable) des cas **un manque d'information**, opinion partagée par 14% (+ 4 pts) des généralistes.

Au domicile des patients, un tiers des professionnels (31%) déclarent ne rencontrer aucune difficulté. Cependant, le problème majeur soulevé par l'ensemble des professionnels sont les contraintes liées à l'environnement du domicile (59%).

La quasi-totalité des professionnels de santé (92%) s'accordent sur le caractère indispensable de la mise en œuvre des règles d'hygiène de base, de désinfection ou de stérilisation.



Quatrième partie : les ATNC, connaissance et prise en compte

Concernant les ATNC ou prions, la moitié des professionnels (50%, +16 pts) déclarent que ce sont pour eux des préoccupations importantes. Ce score est en progression auprès de toutes les cibles : 80% des chirurgiens dentistes (+ 16pts), 57% des spécialistes (+ 23 pts), 42% des paramédicaux (+ 14 pts) et 37% des généralistes (+ 13 pts).

Auprès des professionnels pour qui les ATNC ou prions ne constituent pas du tout une préoccupation importante, 66% d'entre eux déclarent prendre toujours des précautions pour le traitement des dispositifs médicaux.

Cinquième partie : la gestion des déchets

65% (+ 8 pts) des professionnels de santé interrogés confient leurs déchets médicaux à risque infectieux à une société de collecte. Ce procédé est en hausse au regard des résultats enregistrés en 2002 auprès de chacune des cibles : 91% des chirurgiens dentistes (+ 1 pt), 78% des généralistes (+ 13 pts), 66% des spécialistes (+ 12 pts) et 45% des paramédicaux (+ 7 pts). A noter que 23% (+ 20 pts) de ces derniers incinèrent eux-mêmes leurs déchets et 19% (- 9 pts) les jettent aux ordures ménagères.

Sixième partie : le niveau d'information en matière de règles d'hygiène

Globalement, les professionnels se sentent bien informés sur les procédures et règles d'hygiène de base (84%, + 7 pts). Ce sentiment a progressé auprès de chaque cible : 94% des chirurgiens dentistes (+ 1 pt), 89% des spécialistes (+ 10 pts), 81% des paramédicaux (+ 6 pts) et 79% des généralistes (+ 7 pts).

Septième partie : le guide de prévention

Près de 2 professionnels sur 10 (18%) ont eu connaissance de l'existence du guide de prévention des infections liées aux soins hors des établissements de santé / en chirurgie dentaire et en stomatologie mis à disposition sur le site internet de la DGS. Une cible se démarque une fois encore, les chirurgiens dentistes : 30% déclarent connaître ce guide.

Parmi ceux qui connaissent l'existence de ce guide, 26% l'ont appris lors d'une session de formation, 18% sur le site du Ministère de la Santé, 15% par une organisation professionnelle et 12% par le conseil de l'ordre. Bien qu'ils aient connaissance de ce guide, 59% des professionnels ne l'ont pas consulté. Enfin, les trois quarts des connaisseurs de ce guide le jugent utile.

2 AU NIVEAU REGIONAL

- Trois régions, particulièrement investies dans le champ de la sécurité sanitaire en cabinets dentaires ont réalisé des études visant à évaluer les pratiques en matière de prévention du risque infectieux. Ces enquêtes ont été réalisées à des dates différentes (2004 pour l'Aquitaine¹⁹, 2005 pour la Bourgogne²⁰ et 2007 pour la Franche-Comté²¹) alors même que les recommandations des autorités sanitaires évoluaient avec la publication du guide de 2006. Le tableau ci-dessous permet de comparer les résultats de ces différentes études. Il met en évidence une assez bonne mise en œuvre des précautions standard (hygiène des mains, port de gants, port de masque, port de lunettes et hygiène du cabinet notamment).
- En revanche, les trois études révèlent des lacunes identiques s'agissant de la stérilisation du matériel réutilisable et en particulier pour les porte-instruments rotatifs, de la désinfection buccale et péri-buccale, de la désinfection des opercules de cartouche d'anesthésie et du traitement de l'eau des unités.
- Ces conclusions (tant sur les points maîtrisés que ceux qui ne le sont pas suffisamment) sont corroborées par l'enquête nationale commandée à IPSOS par la Direction générale de la santé et dont les résultats figurant ci-dessous ont été publiés en novembre 2007²². S'agissant de l'hygiène de base, 98% des chirurgiens dentistes portent des gants et 96% portent un masque. S'agissant des dispositifs médicaux, 77% des chirurgiens dentistes utilisent du matériel à usage unique et/ou réutilisable. Les PIR sont stérilisés par 41% des chirurgiens dentistes et désinfectés « à froid » par 38% d'entre eux, 20% utilisant les deux méthodes. 8% des chirurgiens dentistes utilisaient un Poupinel (en 2007), pourcentage en diminution de 16 points par rapport à 2002²³. Enfin, 18% des professionnels ont connaissance du guide sur la prévention des infections liées aux soins hors des établissements de santé. La proportion est de 30% pour les dentistes.

¹⁹ Autoévaluation de la gestion du risque infectieux au cabinet dentaire en Aquitaine – DRASS – C-CLIN Sud-Ouest – 2004.

²⁰ Gestion du risque infectieux au cabinet dentaire – Etats des lieux en Bourgogne – DRASS – Ordre des chirurgiens dentistes – CNSD – UJCD – Octobre 2005.

²¹ Maîtrise du risque infectieux en cabinet dentaire – La situation en Franche-Comté – Observatoire régional de la santé – Juin 2008.

²² Désinfection – Stérilisation en milieu libéral – Rapport général – Ipsos santé / Direction générale de la santé – 29 novembre 2007.

²³ 70% des médecins généralistes utilisaient encore un Poupinel en 2007 selon la même étude.

Tableau 7 : Résultats des enquêtes menées entre 2004 et 2007 dans quatre régions françaises sur la maîtrise du risque infectieux en cabinet dentaire

	Gironde	Aquitaine	Bourgogne	Franche-Comté
Année de l'étude	2004	2004	2005	2007
Taux de participation	54,9 ^a	50,4 ^a	67,4 ^b	96,6 ^b
	% de Oui*	% de Oui*	% de Oui*	% de Oui*
Praticien vacciné contre l'hépatite B	90,8	91,0	92,6	91,4
Assistant ou aide dentaire vacciné contre l'hépatite B	85,1	88,3	91,3	93,6
AES au cours de l'année	4,7	4,6	7,5	4,5
Coordonnées d'un référent connues	24,1	25,0	32,0	36,5
Poste de lavage à déclenchement indirect	38,4	40,6	43,4	40,2
Désinfection des mains avec solution hydroalcoolique	77,6	77,6	78,3	86,9
Port systématique de gants à usage unique (GUU) et changement entre chaque patient	90,5	88,4	81,2	84,3
Changement des GUU au cours des soins si interruption	85,6	84,4	78,8	82,5
Port systématique d'un masque	72,7	73,4	75,9	73,5
Local spécifique pour le traitement des instruments	92,5	92,8	94,8	95,1
Produits de nettoyage conformes	91,7	70,6	93,7	96,9
Immersion des instruments immédiate après acte dans un bain prérépandant	96,0	96,0	96,0	95,9
Zone propre spécifique pour conditionnement et stérilisation des instruments	84,5	86,0	89,7	85,7
Autoclave à vapeur d'eau	80,9		89,0	90,5
Vérification du bon déroulement après chaque cycle	77,3		87,5	82,2
Elimination des objets piquants, coupants, tranchants dans un collecteur aux normes	96,2	96,2	98,9	98,2
Collecte organisée et tracée	90,8	91,8	92,4	90,4
Nettoyage ou désinfection ou stérilisation des dispositifs essayés en bouche	95,1	94,5	91,9	91,6
Nettoyage ou désinfection des empreintes avant envoi au labo	63,4	60,5	59,9	60,0

^a Taux de participation sans relance

^b Taux de participation avec relance

* Pourcentages de oui : réponses "ne sait pas" et non réponses considérées comme négatives

Source : *Maîtrise du risque infectieux en cabinet dentaire – La situation en Franche-Comté – Observatoire régional de la santé - Juin 2008*

**ANNEXE 11 : NOTE DE LA DREES
A LA MISSION**



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction Observation de la santé et
de l'assurance maladie**

Bureau Dépenses de santé et relations avec
l'assurance maladie

Dossier suivi par : Rémi Lardellier

Mél : <mailto:remi.lardellier@sante.gouv.fr>

Paris, le 14 mars 2013

DREES-BDSRAM N°008/13

Note à l'attention de
Mmes Eslous, Yeni et Simon-Delavelle
et de M. Nizri,
Inspecteurs généraux des affaires sociales

Objet : Actes dentaires atypiques : extraction de données de consommation à partir de l'Échantillon Généraliste de Bénéficiaires (Sniir-AM)

Cette note présente les résultats obtenus à partir de l'EGB concernant la consommation de trois types d'actes dentaires, à savoir les inlay-core et similaires (SC 33, SPR 57 et 67), la gingivectomie (DC 20) et le détartrage (SC 12). Pour ces trois cas, l'objectif est de mesurer l'existence des pratiques « à la marge » que sont les substitutions entre inlay-core et actes similaires, la pratique d'un acte rare qu'est la gingivectomie et la dérogation à la règle du non dépassement tarifaire sur un soin conservateur, le détartrage.

Les résultats ont été obtenus à partir des données EGB de remboursement des soins pratiqués au cours de l'année 2011 par les chirurgiens-dentistes. Pour rappel, en 2011 l'EGB retrace les consommations des assurés du régime général (hors SLM), du régime agricole (hors Gamex) et du RSI. Les actes dentaires identiques pratiqués par des médecins stomatologistes ne sont pas pris en compte (*cf.* lettre-clef NGAP différente). Le regroupement géographique des résultats est réalisé selon le lieu de résidence du patient, aucune variable de localisation du praticien n'étant disponible dans la base de données. A noter que s'il existe des travaux permettant d'extrapoler de manière fiable les résultats nationaux, à ce jour le Sniir-AM ne propose pas de coefficients d'extrapolation validés pour chaque département. Dans la suite de ce document, les résultats extrapolés le sont donc sur la seule base du taux de sondage de l'échantillon (1/97^{ème}) et dans l'attente d'une validation de la représentativité infra-nationale des données de l'EGB par la Cnamts.

Il convient également de noter que les résultats portant sur la gingivectomie souffrent d'une limite actuellement insurmontable : la nomenclature recensant les actes dentaires (NGAP) ne permet pas d'isoler cet acte (code multiple).

Concernant les détartrages, ce même problème de référencement multiple, sous le code SC 12, est présent. Néanmoins le second acte référencé sous ce même code est également soumis à tarif conventionnel et l'analyse qui peut être faite des résultats est certes légèrement restreinte, mais globalement inchangée. Il semble ainsi raisonnable de dire que la fréquence des dépassements est exceptionnellement élevée en Île-de-France (plus de 10 % des actes réalisés).

Les données relatives aux inlay-core et similaires ne sont pas concernées pas des problèmes de nomenclature. Certaines situations régionales apparaissent alors distinctement, comme la surconsommation de SC 33 dans le Nord-Pas-de-Calais ou leur sous-consommation en Alsace, Rhône-Alpes et Île-de-France.

A. Effet de substitution entre des actes similaires à tarifs différenciés : le cas des inlay-core avec ou sans clavette et de la restauration dentaire

Un inlay-core (code SPR 57 dans la NGAP) est un moignon permettant la pose d'une couronne sur une dent trop abimée. Pour une meilleure fixation, il est possible de le compléter avec une clavette (SPR 67). L'acte codé SC 33 dans la NGAP permet également de traiter les dents abimées avant la pose d'une couronne; il s'agit de la « restauration d'une perte de substance intéressant deux faces et plus d'une dent par un matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire ». Pour rappel, le prix des actes de la NGAP est déterminé par le coefficient. La proximité de ces trois actes peut donc laisser penser à l'existence de substitutions des uns aux autres.

Le tableau ci-dessous présente, par région (France métropolitaine) la fréquence de consommation de chacun de ces actes. En moyenne nationale, en 2011, pour 100 inlay-core (sans clavette) consommés, 69 restaurations dentaires et 15 inlay-core avec clavette ont été réalisés. Ces proportions, étudiées au niveau régional font apparaître d'importantes variations, notamment pour la restauration (SC 33).

Tableau 1 - Fréquence comparée des actes SC 33, SPR 57 et SPR 67

Région	Effectifs EGB (au 1/97ème)			Indice (SPR 57 pour base 100)			Moyenne des niveaux de vie de la région
	Tarif conv.		Tarif libre	Tarif conv.		Tarif libre	
	SC 33	SPR 57	SPR 67	SC 33	SPR 57	SPR 67	
Île-de-France	2138	4921	864	43	100	18	26 632 €
Champagne-Ardenne	321	456	133	70	100	29	21 429 €
Picardie	493	526	98	94	100	19	21 252 €
Haute-Normandie	380	503	93	76	100	18	21 602 €
Centre	601	759	94	79	100	12	21 913 €
Basse-Normandie	358	405	55	88	100	14	21 052 €
Bourgogne	440	532	101	83	100	19	21 459 €
Nord-Pas-de-Calais	1568	1019	148	154	100	15	20 242 €
Lorraine	747	1134	140	66	100	12	21 388 €
Alsace	491	1113	188	44	100	17	23 358 €
Franche-Comté	355	469	46	76	100	10	21 602 €
Pays de la Loire	1130	1073	94	105	100	9	21 575 €
Bretagne	949	1087	202	87	100	19	21 717 €
Poitou-Charentes	429	534	68	80	100	13	21 139 €
Aquitaine	830	1229	91	68	100	7	21 986 €
Midi-Pyrénées	962	1080	125	89	100	12	21 980 €
Limousin	189	254	21	74	100	8	20 961 €
Rhône-Alpes	1283	2997	399	43	100	13	23 231 €
Auvergne	394	549	66	72	100	12	21 151 €
Languedoc-Roussillon	665	1170	104	57	100	9	20 635 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1755	2255	439	78	100	19	22 391 €
Corse	312	202	38	154	100	19	21 000 €
France métropolitaine	16790	24267	3607	69	100	15	22 680 €

Source : EGB 2011, traitements Drees. Insee, revenus disponibles localisés 2010.

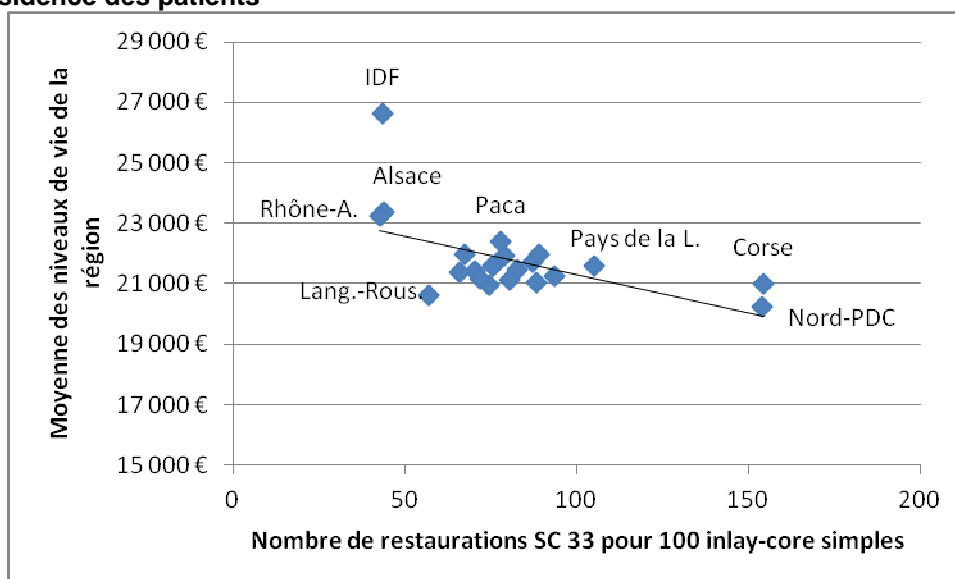
Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : pour les patients d'Île-de-France, pour 100 inlay-core, 43 restaurations dentaires et 18 inlay-core avec clavettes étaient réalisés.

Les deux graphiques ci-dessous reprennent les données du tableau 1 et font apparaître la possible existence d'un lien entre le niveau de vie des patients (via le niveau de vie moyen régional) et la structure de consommation des inlay-core et similaires. Notamment, un lien décroissant entre niveau de vie régional et recours au SC 33 semble exister. La santé bucco-dentaire dépend de facteurs socioculturels, la corrélation

avec le niveau de vie peut donc traduire une différence de besoins de soins entre les régions. Ainsi, la consommation élevée de l'acte codé SC 33 dans le Nord-Pas-de-Calais peut traduire des différences de pratiques entre régions mais aussi être la conséquence de besoins différents.

Graphique 1 - Nombre de restaurations SC 33 pour 100 inlay-core selon le niveau de vie moyen de la région de résidence des patients

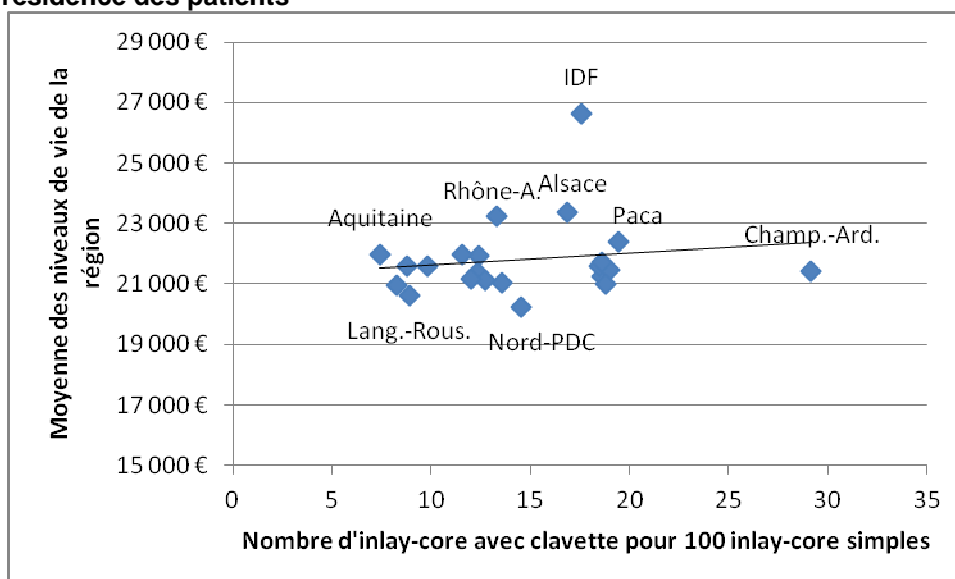


Source : EGB 2011, traitements Drees. Insee, revenus disponibles localisés 2010.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : plus le niveau de vie régional est faible, plus le recours est orienté vers la restauration SC 33.

Graphique 2 - Nombre d'inlay-core avec clavette pour 100 IC simples selon le niveau de vie moyen de la région de résidence des patients



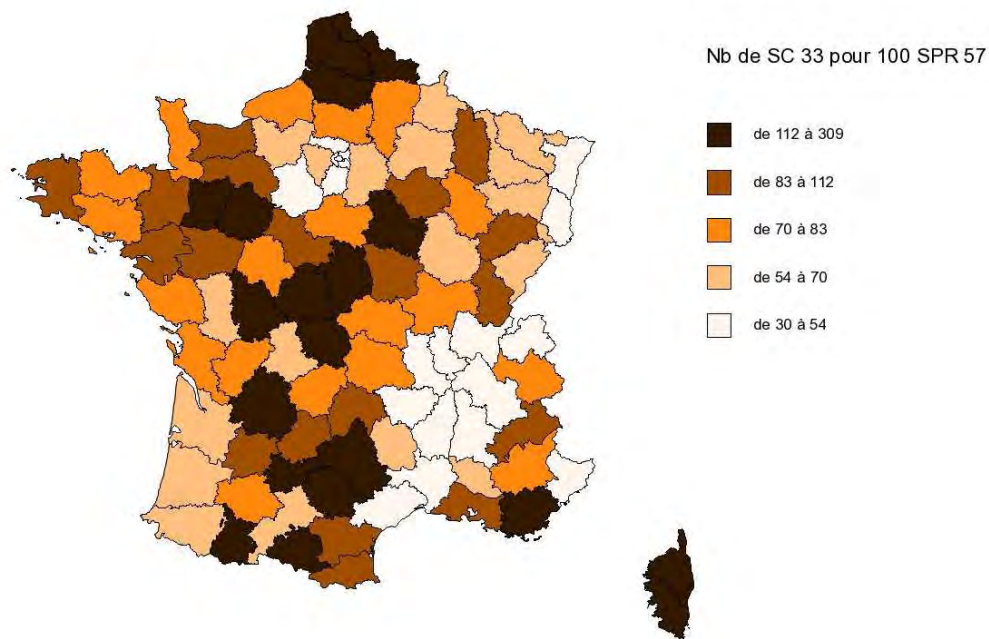
Source : EGB 2011, traitements Drees. Insee, revenus disponibles localisés 2010.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : une faible relation croissante semble exister entre niveau de vie régional et recours aux inlay-core avec clavette.

A titre illustratif étant donné l'absence de validation de la représentativité des données à un niveau géographique si fin, les deux cartes suivantes présentent les mêmes indices de consommation (pour 100 inlay-core sans clavette), au niveau départemental cette fois. Sans qu'il soit possible de dissocier l'effet d'un choix technique de l'effet du niveau de vie des patients, pour 100 inlay-core, les patients de certains départements consomment peu de SC 33 (départements d'Île-de-France, de Rhône-Alpes et d'Alsace notamment) et d'autres près du double de la moyenne nationale (Somme, Nord, Pas-de-Calais, Corse...). Cette représentation départementale fait apparaître l'existence d'une hétérogénéité intra-régionale en Île-de-France (forte consommation de SPR 67 dans les Hauts-de-Seine) et en Provence-Alpes-Côte-D'azur (faible consommation de SC 33 dans les Alpes-Maritimes) par exemple.

Carte 1 - Nombre de restaurations SC 33 pour 100 inlay-core pratiqués, par département de résidence du patient

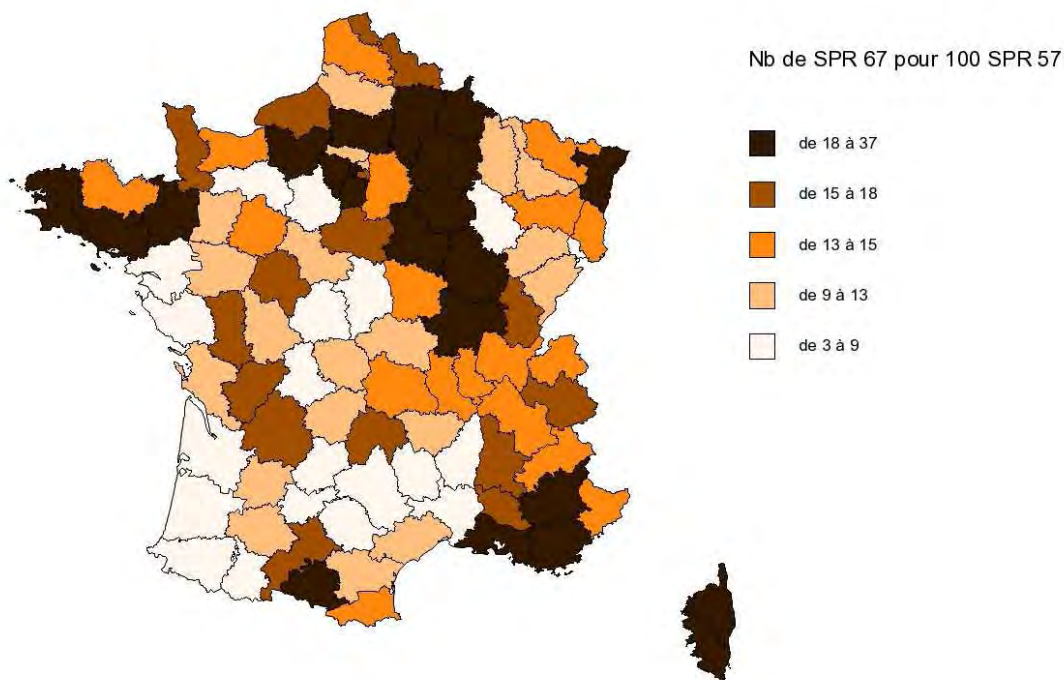


Source : EGB 2011, traitements Drees.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : pour les habitants de l'Ain, alors que 100 inlay-core sont consommés, moins de 54 restaurations dentaires le sont. Les cinq catégories correspondent aux cinq quintiles de départements.

Carte 2 - Nombre d'inlay-core avec clavette pour 100 inlay-core pratiqués, par département de résidence du patient



Source : EGB 2011, traitements Drees.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : pour les habitants de l'Ardèche, alors que 100 inlay-core sans clavette sont consommés, moins de 9 inlay-core avec clavette le sont. Les cinq catégories correspondent aux cinq quintiles de départements.

B. Dépassements d'honoraires sur les actes à tarif conventionnel : le cas du détartrage

Le détartrage complet sus et sous-gingival (code SC 12 dans la NGAP lorsqu'il est pratiqué par un chirurgien-dentiste) est un acte de soins courant, pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire, sur la base d'un tarif conventionnel de 28,92 €. Des dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués par le chirurgien-dentiste dans deux cas seulement : si le patient a des exigences particulières (horaires par exemple) ou si le chirurgien dispose d'un droit permanent à dépassement.

Les résultats issus de l'EGB et synthétisés ci-dessous correspondent au code acte SC 12. Comme de nombreux codes de la NGAP, celui-ci ne renvoie cependant pas à un seul et même acte. En effet, l'obturation dentaire définitive « cavité composée, traitement global intéressant deux faces » pour un patient de plus de 12 ans prend également cette cotation.

Extrait de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (version en ligne du 14 février 2013)

Chapitre VII – Dents, gencives

Section I.- Soins conservateurs

Article	Désignation de l'acte	Coefficient (si > 12 ans)	Lettre clef
1 – Obturations dentaires définitives	2° Cavité composée, traitement global intéressant deux faces	12	SC/SCM
	3° Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus	17	SC/SCM
2 - Hygiène buccodentaire et soins des parodontopathies	Détartrage complet sus et sous-gingival (effectué en deux séances au maximum), par séance	12	SC/SCM

Deux points concernant la double référence du code SC 12. Tout d'abord, même si cela crée de l'hétérogénéité dans les actes observés, l'obturation dentaire est, tout comme le détartrage, soumise au tarif conventionnel n'ouvrant droit qu'exceptionnellement à des dépassements. Les dépassements constatés tiennent donc de la même légalité (droit exceptionnel) ou illégalité. Deuxièmement, un autre acte d'obturation (« sur trois faces et plus », code SC 17, acte unique) permet de donner un ordre de grandeur pour le nombre de SC 12 relevant de l'obturation : 80 336 actes SC 17 sont relevés en 2011, contre 224 049 actes SC 12. Un avis médical permettrait sans doute de déterminer l'occurrence de l'obturation SC 12 par rapport à la SC 17.

Les éléments présentés ci-dessous doivent donc être considérés comme des approximations de la fréquence réelle des dépassements d'honoraires pour détartrage. Dès lors que l'assurance maladie mettra en place la CCAM dentaire en remplacement de la NGAP, permettant d'isoler chaque acte précisément, ces résultats devront être vérifiés.

Tableau 2 - Fréquence des dépassements et dépassement moyen par région de résidence du patient

Région	Fréquence des dépassements	Nb total d'actes	Dépassement moyen en €	Dép. moyen en % du tarif de convention
Île-de-France	11,0%	39738	20 €	71%
Corse	4,6%	921	3 €	9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,9%	20049	16 €	54%
Centre	1,9%	7613	13 €	44%
Haute-Normandie	1,8%	5524	16 €	57%
Rhône-Alpes	1,8%	21220	30 €	105%
Picardie	1,6%	5737	14 €	47%
Champagne-Ardenne	1,1%	4791	34 €	118%
Aquitaine	1,1%	10279	25 €	85%
Nord-Pas-de-Calais	1,0%	12509	18 €	61%
Limousin	0,9%	1850	1 €	3%
Alsace	0,9%	9167	22 €	75%
Basse-Normandie	0,7%	4376	24 €	82%

Auvergne	0,7%	4472	13 €	45%
Languedoc-Roussillon	0,6%	8281	5 €	19%
Lorraine	0,6%	9025	31 €	107%
Pays de la Loire	0,6%	13274	15 €	53%
Midi-Pyrénées	0,6%	10163	38 €	131%
Poitou-Charentes	0,5%	5129	27 €	93%
Bourgogne	0,5%	5073	3 €	9%
Bretagne	0,4%	11772	6 €	21%
Franche-Comté	0,2%	3659	20 €	69%
France métropolitaine	3,0%	214622	19 €	67%

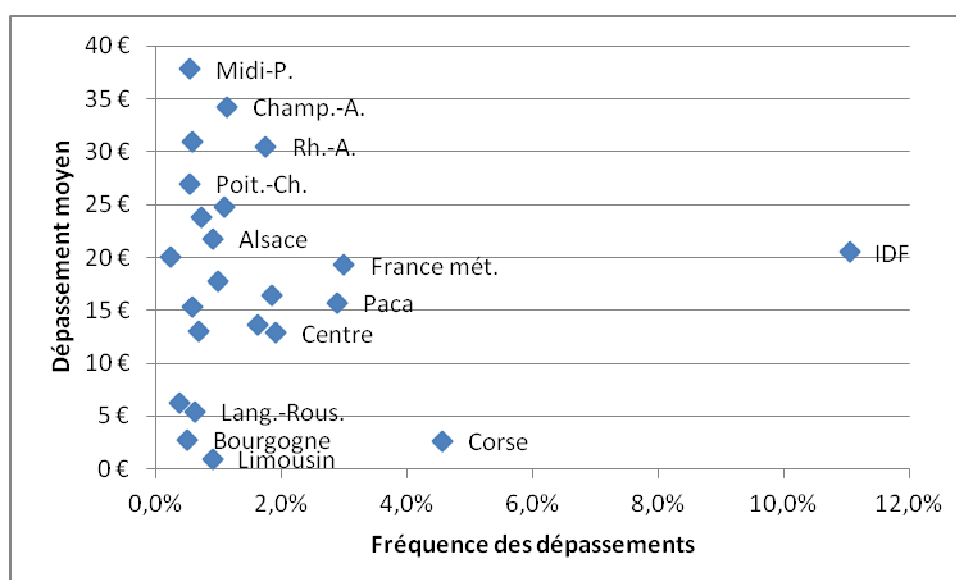
Source : EGB 2011, traitements Drees.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : pour les habitants d'Île-de-France, 11% des actes SC 12 occasionnent des dépassements du tarif conventionnel.

Le graphique 3 ci-dessous ne fait pas apparaître de tendance claire entre montant et fréquence des dépassements. Néanmoins il montre que l'Île-de-France se distingue principalement par la fréquence très élevée des actes SC 12 occasionnant des dépassements, plus que par leur montant.

Graphique 3 - Montant moyen des dépassements selon leur fréquence, par région de résidence du patient



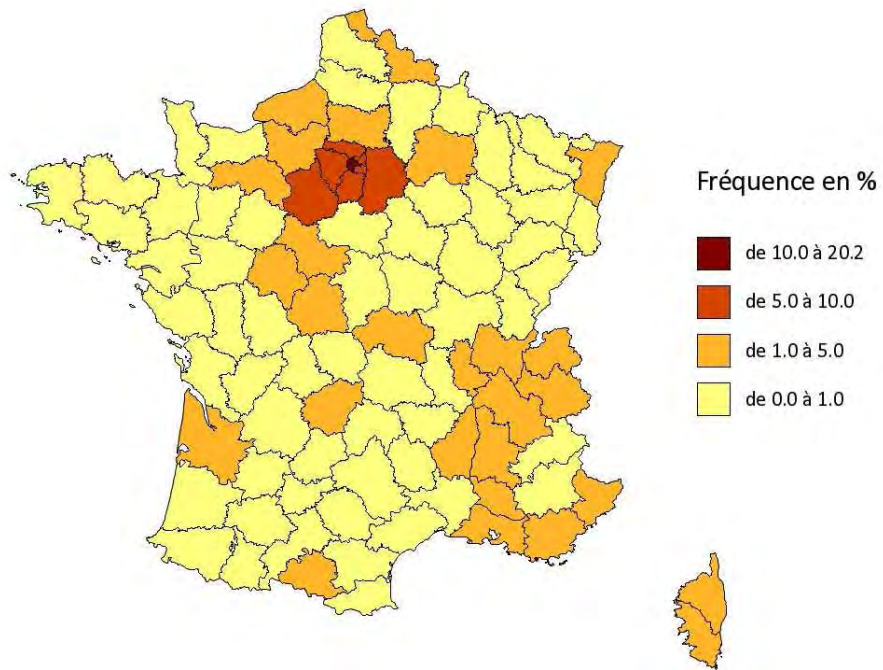
Source : EGB 2011, traitements Drees.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : pour les habitants d'Île-de-France, 11% des actes SC 12 occasionnent des dépassements du tarif conventionnel, dépassements d'un peu plus de vingt euros en moyenne.

Enfin, encore une fois à titre illustratif, la carte départementale ci-dessous permet de montrer l'hétérogénéité des pratiques au sein de chaque région. Paris pour l'Île-de-France et la Gironde pour l'Aquitaine se distinguent par des dépassements plus fréquents que les autres départements de leur région. Inversement, la Loire pour Rhône-Alpes ou les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence pour Paca ont des dépassements moins fréquents que les autres départements qui constituent leur région. Ces différences peuvent sans doute s'expliquer par des disparités sociales ou démographiques.

Carte 3 - Fréquence des dépassements tarifaires lors d'un SC 12, par département de résidence du patient



Source : EGB 2011, traitements Drees.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : pour les habitants des Hauts-de-Seine et de Paris, plus de 10% des actes SC 12 occasionnent des dépassements du tarif conventionnel.

Annexe. Pratique des actes rares : le cas de la gingivectomie

Le cas de la gingivectomie semble plus difficile à analyser car la nomenclature disponible pour référencer les actes dentaires ne permet pas de l'isoler. Celle-ci est en effet enregistrée sous la même référence (DC 20) que cinq autres actes.

Extraits de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (version en ligne du 14 février 2013)

Titre I – Actes de traitement des lésions traumatiques

Chapitre III – Plaies récentes ou anciennes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clef
Extraction de corps étrangers profonds des parties molles	20	DC

Titre III – Actes portant sur la tête

Chapitre VII – Dents, gencives

Section II.- Soins chirurgicaux

Article	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clef
1 - Extractions	Extraction des dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe : - la première	40	KC/DC
	- chacune des suivantes au cours de la même séance	20	KC/DC
	Germectomie pour une autre dent que la dent de sagesse	20	KC/DC
	Extraction d'une dent en désinclusion non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	20	KC/DC
2 – Traitement des lésions osseuses et gingivales	Gingivectomie étendue à un sextant : (de canine à canine, de prémolaire à dent de sagesse)	20	KC/DC

Titre V – Agénésies dentaires multiples chez l'adulte

Directives nationales d'assimilations dentaires

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clef
Pose d'une ligature sur une dent haute située sous-muqueuse (incisive ou canine) en vue d'un traitement d'ODF...	20	KC/DC

Le tableau ci-dessous présente les résultats bruts et extrapolés, par région de résidence du patient.

Tableau 3 - Nombre d'actes DC 20 en 2011, par région de résidence du patient

Région	Effectif EGB (au 1/97 ^{ème})	Extrapolation
Île-de-France	678	65 766
Champagne-Ardenne	37	3 589
Picardie	41	3 977
Haute-Normandie	11	1 067
Centre	69	6 693
Basse-Normandie	48	4 656
Bourgogne	57	5 529
Nord-Pas-de-Calais	42	4 074
Lorraine	48	4 656
Alsace	33	3 201
Franche-Comté	12	1 164
Pays de la Loire	88	8 536
Bretagne	165	16 005
Poitou-Charentes	28	2 716
Aquitaine	47	4 559
Midi-Pyrénées	57	5 529
Limousin	8	776

Rhône-Alpes	165	16 005
Auvergne	39	3 783
Languedoc-Roussillon	82	7 954
Provence-Alpes-Côte d'	998	96 806
Corse	78	7 566
France entière	2831	274 607

Source : EGB 2011, traitements Drees.

Champ : RG (hors SLM), RA (hors Gamex) et RSI ; France métropolitaine, région de résidence du patient ; actes dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste.

Note de lecture : on peut estimer à un peu moins de 300 000 le nombre d'actes DC 20 pratiqués en 2011 en France.

Copie :

ANNEXE 12 : BILAN DE L'EXPERIMENTATION MENEES EN COTE D'OR SUR L'AIDE PERSONALISEE A LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

I – CADRE DE L'EXPERIMENTATION ET METHODOLOGIE

1. Contexte

Dans le cadre de la publication du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » en 2006, l'ex-direction régionale des affaires sanitaires et sociales, devenue aujourd'hui agence régionale de santé (ARS), a conduit une étude-action à visée pédagogique grâce à un partenariat avec l'Ordre et les syndicats représentant la profession et en constituant un comité de pilotage régional. L'objectif est de renforcer la sécurité des patients et des soignants par l'impulsion d'une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques permettant la prévention du risque infectieux.

En 2008, le comité de pilotage régional décide la mise en place d'un dispositif d'aide personnalisée à la maîtrise du risque infectieux au cabinet dentaire. Il s'agit de proposer une aide technique et gratuite dans le seul but d'une amélioration des pratiques, basée sur le volontariat.

Initiée à la demande des professionnels, cette démarche est unique en France. Elle s'est déroulée en dehors de tout cadre de contrôle, l'ARS n'intervenant pas dans les missions.

Un outil destiné à la réalisation des visites d'aide personnalisée a été rédigé en concertation avec le Dr Perrin, chef du service d'odontologie du CHU de Dijon, intervenant à titre de professionnel référent. Il a été validé par le comité de pilotage régional. Il s'agit d'un référentiel contenant plus d'une cinquantaine de critères, élaboré à partir du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » de 2006 et du code de la santé publique.

Cette expérimentation constitue une phase test qui ne concerne que le département de la Côte-d'Or. Elle repose sur une procédure écrite, cosignée le 29 janvier 2009 par le Président du Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, le Président de l'Union Régionale des Syndicats Confédérés de Bourgogne, et l'ex-direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Le dispositif démarre par l'envoi le 3 février 2009 par l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, d'une lettre cosignée Ordre/Syndicat informant tous les chirurgiens dentistes de la Côte-d'Or de la mise en place de cette action et de la possibilité d'y recourir sur la base du volontariat.

2. Méthodologie

L'aide personnalisée repose uniquement sur une demande expresse des chirurgiens dentistes qui le souhaitent et elle prévoit la visite d'un binôme constitué du Dr Perrin et d'une des 6 « personnes conseils » formées. Ces dernières ont toutes suivi en décembre 2008 et janvier 2009, cinq heures de formation sur le risque infectieux et sa maîtrise ainsi que 1.5 jours de formation à la méthodologie de l'audit avec mise en situation pratique au CHU dans le service d'odontologie du Dr Perrin.

Une fiche descriptive destinée à être remplie préalablement à la visite par le praticien demandeur est remise aux « personnes conseils ». Celle-ci a pour but de présenter brièvement l'activité pratiquée dans le cabinet visité.

L'Ordre a joué le rôle de secrétariat notamment en planifiant les rendez-vous au regard des disponibilités du Dr Perrin et des « personnes conseils » tout en assurant la transmission des divers documents.

Les visites se sont étalées de mai 2009 à janvier 2010.

L'outil d'aide à la maîtrise du risque infectieux, présenté sous forme de grille (*cf* annexe 1), a pour but de balayer les exigences du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie ».

L'utilisation de la grille permet aux « personnes conseils » de réaliser un examen méthodique et reproductible de l'organisation et des équipements du cabinet dentaire.

Six grandes thématiques sont abordées : l'hygiène et la protection du personnel, les locaux, l'asepsie et l'antisepsie, les équipements, le traitement des dispositifs médicaux et enfin, le traitement des matériaux d'empreinte et des prothèses.

Les données recueillies sur ces grilles sont restées en la possession des « personnes conseils » et n'ont pas été diffusées pour exploitation.

A l'issue de chaque visite d'aide personnalisée :

- les « personnes conseils » font une synthèse qui se résume par une liste des points positifs constatés et une liste des points à améliorer par le praticien visité et,
- le praticien remplit une fiche d'évaluation de la visite.

Le président de l'Ordre Régional des Chirurgiens Dentistes et le Président de l'Union Régionale des Syndicats Dentaires Confédérés de Bourgogne ont souhaité par courrier du 30 juillet 2010 obtenir le consentement des chirurgiens dentistes, ayant bénéficié de la visite d'aide personnalisée, à l'utilisation des informations recueillies. Ce courrier précise que l'utilisation de ces données sous une forme anonymisée sera strictement limitée au cadre du comité régional de pilotage afin de dresser un bilan de cette expérimentation.

Le présent bilan résulte donc de l'analyse des documents anonymisés suivants transmis par l'Ordre :

- fiche descriptive du cabinet visité (*cf* annexe 2),
- liste des points positifs et à améliorer (*cf* dernière page de l'annexe 1), lesquelles sont déjà le fruit d'une appréciation *in situ* des « personnes conseils » au regard du contexte,
- fiche d'évaluation de la visite (*cf* annexe 3).

II – ANALYSE DES RESULTATS

1. Population test

Le dispositif est accueilli favorablement puisque, selon l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, 22 chirurgiens dentistes répondent qu'ils souhaitent bénéficier d'une visite d'aide personnalisée, **soit 8 % (22/285) des chirurgiens dentistes en exercice en Côte-d'Or en 2010.**

Parmi les demandeurs d'une visite d'aide personnalisée figurent 3 chirurgiens dentistes exerçant dans un centre dentaire mutualiste où ils sont salariés. La question de leur situation au regard de leur employeur s'est posée, le risque étant qu'il soit tiré partie de cette visite à des fins attentatoires. Finalement, leur demande a été écartée de l'expérimentation et ils n'ont pas fait l'objet de visite d'aide personnalisée.

En outre, 4 chirurgiens dentistes demandeurs n'ont pas été intégrés au calendrier des visites réalisées pour divers motifs (rendez-vous initial annulé car jugé trop long, dates de rendez-vous ne convenant pas et pour lesquelles il n'a pas été donné de suite).

Ainsi, **seuls 15 chirurgiens dentistes ont effectivement bénéficié d'une visite** d'aide personnalisée soit 5.2 % (15/285) des chirurgiens dentistes en exercice en Côte-d'Or.

13 chirurgiens dentistes visités sont installés à Dijon ou dans son agglomération et 2 se situent en dehors.

Un chirurgien dentiste demandeur n'a pas souhaité que les données recueillies lors de sa visite d'aide personnalisée soient utilisées de façon anonyme.

Aussi, le bilan de cette expérimentation porte sur **l'exploitation des données de 14 chirurgiens dentistes.**

2. Profil des cabinets visités

Type de cabinet :

69.2% des cabinets ayant participé à l'expérimentation sont des cabinets individuels, les autres étant des cabinets de groupe (9 cabinets sur les 13 où cette donnée est renseignée). Leur surface moyenne est de 95,6 m² (de 45 à 200 m²).

Activité de chirurgie :

8 cabinets sur 13 déclarent ne pas faire de chirurgie et de chirurgie implantaire, cette donnée n'ayant pas été renseignée pour un cabinet.

Personnel :

84.6 % des cabinets déclarent disposer d'au moins une assistante dentaire (11 cabinets sur les 13 où cette donnée est renseignée) correspondant à un temps de présence qui varie de 0.75 à 2 équivalents temps plein.

Ce pourcentage est tout à fait comparable à celui du résultat de l'enquête état des lieux menée en 2005 en Bourgogne où 83.7 % des chirurgiens dentistes déclaraient disposer d'une assistante dentaire.

Il est important de rappeler qu'actuellement une mise en œuvre correcte des pratiques d'hygiène avec une bonne maîtrise du risque infectieux, nécessite la présence d'assistante(s) dentaire(s) réellement qualifiée(s) et, un praticien seul peut difficilement faire face aux exigences techniques. En effet, il est confié aux assistantes un rôle important d'aide à l'organisation des soins et au traitement des dispositifs médicaux et de l'instrumentation réutilisable.

3. Relevé des observations

Les praticiens ont participé à cette expérimentation afin d'améliorer leurs pratiques. En effet, rappelons qu'il s'agit de professionnels de santé libéraux volontaires recherchant une aide afin de pallier à leur manque de connaissance en matière de maîtrise du risque infectieux et dans le but d'accroître leur mise en conformité avec les exigences du guide de 2006.

Dans les 6 thèmes ci-dessous, sont présentés les principaux points à améliorer ainsi que les avancées constatées en matière de maîtrise du risque infectieux résultant de l'analyse des documents anonymisés.

Rappelons toutefois que le niveau d'exigence des « personnes conseils » variait pour tenir compte du stade d'avancement du cabinet visité, ce qui a été positif pour les praticiens.

A titre d'exemple, un même item a ainsi pu être apprécié de façon différente d'un cabinet à l'autre générant des mentions variables telles que :

- « test de Bowie-Dick (BD) à réaliser » sans mention de fréquence pour les praticiens qui ne le font jamais,
- « augmentation de la fréquence des tests BD » mais sans qu'il soit indiqué une fois par jour pour les praticiens qui l'utilisent peu.

Ceci rend difficile l'analyse sur le plan qualitatif et quantitatif mais ce bilan permet tout de même de faire ressortir clairement la nécessité d'améliorer certaines pratiques.

a. L'hygiène et la protection du personnel

- Gants **stériles** (pour assurer l'asepsie de l'intervention) et/ou **sans latex** (pour pallier à une éventuelle allergie au latex) **non disponibles** dans une grande majorité des cabinets.
- 2 cabinets utilisent encore des gants **poudrés** (générateurs de particules).
- 3 cabinets utilisent des **masques de soins** et non des masques chirurgicaux.

Lors d'une réunion du comité de pilotage régional le Dr PERRIN a exposé que ses confrères achetaient souvent leurs consommables sur catalogues et qu'ils ne disposaient pas toujours de données techniques suffisantes pour un achat éclairé. Ceci a conduit l'ARS à réaliser un document synthétique et pratique reprenant les mentions minimum à exiger pour le choix d'un masque. Cette fiche outil comportant un complément sur les gants a été diffusée à tous les chirurgiens dentistes de la région en novembre 2010 (cf annexe 4).

- **Lunettes de protection** non à disposition ou non portées par les assistantes au fauteuil et/ou le chirurgien dentiste.
- Quelques cabinets n'utilisent toujours pas de **solutions hydro-alcooliques (SHA)** de façon satisfaisante (à tort pour le nettoyage des gants, aucune notion d'altération de la solution) et/ou régulière (un praticien n'en utilise jamais et un autre très rarement).
- Observation dans 2 cabinets de **vêtements à manches longues** dépassant des tuniques de travail, lesquelles sont toutefois changées régulièrement.

D'une manière générale, il est constaté que les fiches relatives à la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang et à la friction des mains par SHA sont connues.

b. Les locaux : zone d'examens et de soins - zone d'entretien des dispositifs médicaux (DM)

- Dans près de la moitié des cabinets, pas de présence systématique de **collecteurs DASRI et/ou OPCT et/ou DOAM** dans la salle d'examens et de soins.
- Dans 3 cabinets, encore présence de **moquettes** et/ou de **plantes vertes**.
- Absence de protection (film plastique) sur le **clavier des ordinateurs**.
- De très nombreux cabinets ne purgent pas correctement les **units** (minimum 5 mn en début de séance avant la 1^{ère} utilisation et 20 à 30 secondes après chaque patient).
- Non adaptation des systèmes de stockage (tiroirs surchargés, DM en vrac).
- Fréquence de **nettoyage de la salle de soins** inappropriée (3 cabinets ne le réalisent que deux fois par semaine). Un nettoyage quotidien de la salle de soins est indispensable car elle constitue un réservoir potentiel de micro-organismes jouant un rôle dans la contamination croisée.
- Absence de port de gant à usage unique ou utilisation de gants de ménage pour les opérations de nettoyage et de désinfection.

D'une manière générale, les cabinets visités comportent des surfaces de travail dégagées, ergonomiques et constituées de matériaux adaptés, favorisant le respect des règles d'hygiène et d'asepsie.

Il est observé dans la plupart des cabinets le respect de la marche en avant dans la zone d'entretien des DM.

c. L'asepsie et l'antisepsie

- Réalisation non systématique de **bain de bouche antiseptique** avant tout soin.
- Plus de la moitié des cabinets ne précise pas la date d'ouverture des flacons antiseptiques et autres flacons en service.
- Plus de la moitié des cabinets ne désinfecte pas les opercules des cartouches d'anesthésie avant utilisation.

Concernant l'utilisation d'une digue, aucune fiche n'en fait mention à l'exception d'une seule citation parmi les points positifs « utilisation régulière de la digue ».

d. Les équipements

- Dans de nombreux cabinets les **canules d'aspiration** sont réutilisables, il est conseillé d'évoluer vers du matériel jetable à UU.

Il est suggéré à 5 cabinets de constituer des sets de soins autoclavables.

e. Le traitement des DM

Il est fréquemment observé :

- l'utilisation irrégulière et/ou incorrecte des **intégrateurs physico-chimique** (non présent lors de chaque cycle de stérilisation et non conditionné) et l'absence fréquente de traçabilité ;
- l'utilisation irrégulière des **tests de Bowie-Dick** (certains praticiens n'utilisent jamais et ne peuvent donc pas justifier de la bonne pénétration de la vapeur de leur autoclave). Il est à noter que l'emploi désormais possible d'un test Hélix n'a pas été évoqué lors des visites ;
- la présence de **bacs de pré-désinfection** laissés dans la salle de soins lesquels devraient être positionnés dans la salle de stérilisation et/ou l'absence de changement quotidien du bain de pré-désinfection ;
- l'utilisation d'**éponges**, pourtant proscrites, pour le nettoyage des DM.

Sur 13 praticiens visités dont les données sont exploitables, 5 utilisent pour les DM des **détergents désinfectants non référencés** dans la liste positive de 2009.

Il est recommandé à plusieurs cabinets de conditionner tous les DM stérilisables afin de maintenir leur état stérile dans le temps. En outre, cela permet de mentionner sur leur conditionnement la **date de stérilisation**, la **date de péremption** ainsi que le **n° du cycle de stérilisation**.

Les praticiens rencontrent des difficultés pour la prise en charge des **porte-instruments rotatifs (PIR)** ; le nombre moyen de PIR par praticien est de 7.7 (de 5 à 16).

Seul un praticien autoclave les PIR après chaque patient dans le cadre de son activité d'orthopédie dento-faciale.

Quand les praticiens disposent d'un appareil de « traitement » des PIR (notamment Turbocid[®], Assistina[®], Dac universal[®] ou X-Cid[®] ce dernier, possédé par deux des cabinets visités, étant le seul à assurer en 30 min une pré-désinfection, un nettoyage, un rinçage et une lubrification), il leur est recommandé de l'utiliser entre chaque patient. En effet, même si l'efficacité de ces appareils n'est pas démontrée à ce jour, leur utilisation est préférable à l'absence de tout traitement, lequel doit être suivi d'une procédure de stérilisation telle que recommandée par le guide de 2006.

4 praticiens utilisent un **autoclave ne disposant pas d'un cycle B** conforme à la norme NF-EN 13060 ; il leur est demandé de changer leur autoclave.

f. Le traitement des matériaux d’empreinte et des prothèses

Certains praticiens ne désinfectent pas (ou ne le mentionnent pas) les empreintes avant leur départ au laboratoire de prothèses.

4. Evaluation du dispositif

a. Par les chirurgiens dentistes visités

Concernant l’évaluation des fiches remplies par les chirurgiens à l’issue de la visite d’aide personnalisée, seules 11 questionnaires sont exploitables. L’organisation et la qualité des échanges sont jugées positives toutefois, un praticien a estimé la visite trop longue. Les praticiens visités estiment leurs attentes comblées et sont unanimement très contents. Les visites les ont aidés à mieux cibler les actions prioritaires à mener en vue d’améliorer l’hygiène et l’asepsie de leur cabinet.

Parmi les points abordés, ce qui a le plus intéressé les praticiens est :

- « passer en revue les recommandations actuelles »
- « le regard extérieur professionnel et confraternel »
- « l’évaluation permet de se positionner face aux conduites à tenir »
- « permet une remise en cause de certaines habitudes »

Une demande de formations est également exprimée.

Les praticiens ont considéré cette démarche très utile et pensent qu’il y aurait un intérêt à l’étendre à toute la région.

b. Par les « personnes conseils »

Afin d’évaluer l’outil utilisé, les 6 « personnes conseils » et le Dr Perrin ont été interrogées (cf annexe 5).

L’une des « personnes conseils » ayant quitté Dijon, seuls 6 questionnaires ont été remplis.

Leur analyse révèle que l’outil utilisé comme support à la réalisation des visites d’aide personnalisée est jugé satisfaisant et il permet de passer en revue toute la thématique du risque infectieux. De plus, ce document apporte une méthodologie reproductible qui permet à tous les cabinets d’être examinés sur les mêmes critères.

En revanche, la longueur de l’outil est un frein à sa facilité d’utilisation et ne rend pas aisé le passage d’un item à l’autre au cours de la visite d’aide personnalisée, sachant en outre qu’il y a quelques recoupements.

Certaines « personnes conseils » suggèrent une présentation plus facile d’emploi notamment avec plus de place pour écrire.

Certains souhaitent une « échelle de valeur pour différencier les points les plus importants » parmi les items qui ne sont pas déjà identifiés comme « exigences indispensables ».

Le cadre destiné aux commentaires de la dernière page de l’outil est considéré par une des « personnes conseils » comme sans grand intérêt appelant des banalités dans la mesure où les points positifs et ceux à améliorer prioritairement étaient déjà résumés dans les deux cadres plus haut.

La fiche descriptive destinée à être remplie par le praticien demandeur préalablement à la visite n’a pas toujours été adressée en temps utile. Ainsi, les « personnes conseils » n’ont parfois pas pu

préparer à l'avance leur visite d'aide personnalisée. La visite sur site commençait donc par le recueil des éléments nécessaires.

L'action en tandem avec le Dr Perrin a également été bénéfique aux « personnes conseils » pour leur propre pratique professionnelle.

Toutefois, ces visites ont été un investissement important en temps, tout particulièrement pour ce praticien chef de service.

En effet, les visites durent de 3 à 5 heures auxquelles il faut ajouter les déplacements, sans compter l'absence de rémunération.

De plus, une des autres limites ressenties par le Dr Perrin concernait les délais entre la formation des « personnes conseils » (décembre 2008 – janvier 2009) et le début de leurs premières visites ; ce délai a varié entre 4 à 11 mois.

A cela s'ajoutait le faible nombre de visites (2 à 3) réalisée par chaque « personne conseil » et leur étalement au cours de l'année 2009 et début 2010.

Dans ces conditions de faible pratique diluée dans le temps, il n'est pas évident d'être parfaitement opérationnel alors que la démarche à visée pédagogique demande une compétence certaine qui s'acquiert au fil des visites.

III – CONCLUSION

Rappelons que cette expérimentation conduite sur la base du volontariat n'est pas une évaluation externe des cabinets dentaires mais une action d'accompagnement, menée par des pairs formés qui, sans juger, aident à dégager et prioriser les voies d'amélioration au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Globalement tous les chirurgiens dentistes demandeurs sont très satisfaits.

Il est encourageant de constater qu'un praticien, exerçant seul et ayant de nombreuses améliorations à apporter en matière de maîtrise du risque infectieux, a fait appel au dispositif. Ceci est contraire à l'idée préalable qui consistait à penser que seuls les chirurgiens dentistes déjà bien sensibilisés sur cette thématique solliciteraient ces visites.

Les confrères visités ont vraiment joué la transparence et se sont montrés très intéressés par les conseils d'amélioration suggérés par des praticiens expérimentés ; les visites ayant un réel intérêt pédagogique.

D'une façon générale, aucun praticien visité ne se trouve au même stade de conformité ayant privilégié le développement de telle ou telle mesure d'hygiène.

Il est constaté que ces praticiens tendent à se conformer à certaines recommandations du guide de 2006, d'autres aspects n'étant pas encore maîtrisés, souvent par manque d'informations et de connaissances, voire de conscience des risques infectieux.

De plus, selon le Dr Perrin, ceci renvoie également à la qualification des assistantes dentaires à qui les chirurgiens dentistes délèguent certaines tâches pour lesquelles elles n'ont pas de connaissances suffisamment approfondies.

Aussi, avant de s'interroger sur une éventuelle diffusion de cette démarche aux autres départements de la région, il semblerait opportun d'organiser des ateliers de formation sur les risques infectieux existants au cabinet dentaire et la façon de les maîtriser, réunissant aussi bien praticiens qu'assistantes. Ce thème pourrait peut-être faire partie de ceux à retenir dans le cadre de la mise en place du développement professionnel continu (DPC), lequel est obligatoire et pourrait constituer un levier d'action.

L'intérêt d'un tel dispositif est démontré par les résultats de cette expérimentation.

Si son extension était retenue, il serait indispensable de garder une professionnalisation de l'action avec la formation uniforme de nouvelles «personnes conseils» et le maintien d'une même méthodologie reproductible. En outre, le bénévolat ayant ses limites, un financement serait indispensable.

Les Unions Régionales de Professionnels de Santé de chirurgiens dentistes en cours de constitution n'auraient-elles pas vocation à porter une telle action de prévention visant à l'amélioration des pratiques dans le secteur libéral ?

Enfin, cette expérience, positive pour la profession, a été présentée au niveau national au groupe de travail «Hygiène et asepsie dans les cabinets dentaires» piloté par la Direction Générale de la Santé (DGS) et a par ailleurs retenu l'attention du Pr HOUSSIN, DGS, lors de sa venue en Bourgogne en février 2009.

SOMMAIRE

I - CADRE DE L'EXPERIMENTATION ET METHODOLOGIE.....	1
1. Contexte.....	1
2. Méthodologie.....	1
II – ANALYSE DES RESULTATS.....	2
1. Population test.....	2
2. Profil des cabinets visités.....	3
3. Relevé des observations.....	3
a. l'hygiène et la protection du personnel.....	4
b. les locaux : zone d'examens et de soins – zone d'entretien des dispositifs médicaux (DM).....	4
c. l'asepsie et antiseptie.....	5
d. les équipements.....	5
e. le traitement des DM.....	5
f. le traitement des matériaux d'empreinte et des prothèses.....	6
4. Evaluation du dispositif.....	6
a. par les chirurgiens dentistes visités.....	6
b. par les « personnes conseils ».....	6
III – CONCLUSION.....	8
Annexe 1 : outil utilisé pour les visites d'aide personnalisée.....	
Annexe 2 : fiche descriptive du cabinet dentaire visité	
Annexe 3 : fiche d'évaluation de la visite d'aide personnalisée.....	
Annexe 4 : fiche outil : « gants et masques, ce qu'il faut savoir – 2010 ».....	
Annexe 5 : questionnaire d'évaluation de l'outil par les « personnes conseils ».....	

**ANNEXE 13 : PRIX MOYEN DES DIFFERENTS
TYPES DE PROTHESES A LA SORTIE DES
LABORATOIRES
(SOURCE : UNPPD POUR LA MISSION)**

Couronne ou élément Céramo-Métallique (CCM):

Prix moyen 125 euros

Au dessous de 85 euros : Il n'y a pas de prothèse de ce type de fabrication française (sauf très rares exceptions, moins de 2 % des labos et dont la provenance est non vérifiée).

De 85 à 100 euros, 3 % des labos français, prothèses bas de gamme, baptisées souvent « éco », aucune esthétique, mauvaise fonctionnalité, métaux de base (nickel chrome béryllium etc.), très répandus dans certaines régions du sud-est résultant d'une demande de prix très bas.

De 100 à moins de 115 euros, prix pratiqués par 24 % des laboratoires, céramique basique résultant d'une demande de prix bas, métaux bas de gamme.

Entre 115 et 135 euros, prix pratiqués par 54 % des laboratoires, céramique correcte, moyen de gamme répondant honorablement aux exigences d'esthétique et de fonction mais sans plus, métaux non-précieux mais souvent exempts de nickel, de béryllium etc.

De 135 à 150 euros, prix pratiqués par 12 % des laboratoires, belle céramique, en général prise de teinte au laboratoire, faite en étroite collaboration et avec les renseignements du cabinet, esthétique caractérisée, points de contact et fonction étudiés. Métaux de bonne qualité, soit non-précieux bio (exempt de nickel, de béryllium etc.), ou métaux précieux ou semi-précieux.

Entre 150 et 200 euros, prix pratiqués par 4 % des laboratoires, on est dans le haut de gamme, travaux en général réclamés par des praticiens exigeants à clientèle exigeante pour des prothèses indétectables, tant pour le patient que pour son entourage. En général métaux précieux.

Au-dessus de 200 euros, prix pratiqués par 1 % des laboratoires, ce tarif peut aller jusqu'à 600 euros, il s'agit là du luxe pour des patients qui ne comptent pas leurs dépenses ...

Couronne, ou élément Céramo-Céramique (CCC) :

Prix moyen Standard 156 euros

Reconstitution identique à la CCM sauf que l'armature est en céramique haute résistance donc sans métal, sans corrosion, sans courants entre différents métaux dans la bouche, sans liseré gris sous la gencive, et bonne compatibilité avec la gencive.

Ce type de restaurations nécessite une préparation particulière qui explique son prix cabinet un peu plus important que la CCM.

Par décision administrative en date du 26 mars 2009, ces travaux doivent désormais être pris en charge par la sécurité sociale.

Prix moyen Zircon 180 euros

La zircon est une céramique haute résistance totalement bio-compatible au point que la gencive repousse au-dessus.

En-dessous de 100 euros et de 130 pour la zircon, il y a toutes les chances que ces travaux soient importés.

Prothèse partielle métallique amovible (ou stellite)

Il s'agit là d'un appareil partiel où les dents prothétiques sont reliées par une plaque métallique reposant soit sur le palais soit sous la langue et qui est retenu à la dentition par des crochets.

Ce type de prothèse économique permet d'éviter des bridges et implants, mais ne fournit pas un confort optimal.

Prix moyen avec 5 dents 250 euros

Complet haut et bas (14 dents x2)

Il s'agit là d'une prothèse totale pour les patients complètement édentés (seniors) souvent appelée dentier, composée d'une prothèse pour le bas et d'une pour le haut, d'où son nom (complet haut et bas).

Prix moyen 500 euros

**ANNEXE 14 : LETTRES MINISTERIELLES
AUTORISANT LES DEPASSEMENTS
D'HONORAIRES
(SOURCE : REVUES PROFESSIONNELLES OU SYNDICALES)**

Inopposabilité de la nomenclature O.D.F.

La lettre suivante a déjà été publiée dans le C.D.F. du 27 janvier 1983. Nous avons cependant pensé qu'il convenait de l'insérer à nouveau dans le présent numéro car elle est complémentaire des textes conventionnels. En effet, il faut souligner que par ce courrier l'inopposabilité de la nomenclature O.D.F. est reconnue dans l'attente de son actualisation.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

LE MINISTRE
CAB. 4

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 20 janvier 1983
8, avenue de Ségur, 75700 Paris
Téléphone : 567.55.44

Monsieur le Président,

Par votre lettre du 10 janvier, vous appelez à nouveau mon attention sur trois questions qui ont déjà été évoquées à plusieurs reprises

– pour ce qui concerne l'orthopédie dento-faciale, il est exact que la nomenclature est devenue largement périmée et très difficilement applicable, ce qui conduit les familles à accepter des dépenses supplémentaires. Cette situation ne peut pas durer indéfiniment et c'est pourquoi mon souhait est de parvenir dans un avenir aussi proche que possible à l'actualisation de cette nomenclature. Je souhaite que dans l'intervalle les chirurgiens-dentistes informent les assurés par des devis et portent leurs honoraires sur les feuilles de soins dans le respect des textes conventionnels. D'inutiles contentieux seront ainsi évités ;

– pour ce qui concerne la carte violette, je ne souhaite pas que l'expérimentation d'un tel système dépasse la profession dentaire mais l'accord définitif que vous me demandez relève en fait de la compétence du Ministère de l'Économie et des Finances que j'ai d'ores et déjà saisi de la question ;

– pour ce qui est de la subvention accordée à votre caisse de retraite, le gouvernement a en effet décidé d'en étaler la suppression sur 1983 et 1984. Corrélativement, le mode de calcul des cotisations à la C.N.A.V.P.L. sera revu, de manière que les charges des actifs soient modulées en fonction des ressources des intéressés, cette réforme devant prendre effet en 1984.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de toute ma considération.

Signé P. BÉRÉGOVOY

Jacques MONNOT
Président de la Confédération Nationale
des Syndicats Dentaires
22, avenue de Villiers, 75017 PARIS

O n trouvera, dans le présent numéro, les lettres du Ministre de l'Emploi et des Affaires Sociales au président de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et au président de la C.N.S.D. Ces courriers placent la couronne unitaire, entièrement métallique et en métal non précieux hors du champ d'application des tarifs conventionnels opposables. Autrement dit, désormais les chirurgiens-dentistes conventionnés peuvent en fixer librement les honoraires, avec tact et mesure et devis, alors que les remboursements par les Caisses continueront de se faire sur la base de S.C.P. 50 soit actuellement 0,75 F.

Quelles conclusions pouvons-nous en tirer?

1) Le Gouvernement tient parole. En effet, c'est avant mars 1986 que les représentants de l'actuel Gouvernement s'étaient engagés sur ce point. Ils tiennent parole. Nous devons le souligner.

2) L'interlocuteur est la C.N.S.D. et seulement la C.N.S.D. C'est déjà à la C.N.S.D. que Monsieur Bérégovoy, puis Madame Dufloix s'étaient adressés pour placer dans l'impossibilité les honoraires d'Orthopédie Dentofaciale. Monsieur Seguin emprunte aujourd'hui la

même voie exclusive pour la couronne.

3) Le récent Congrès de la C.N.S.D. a confirmé les choix confédéraux en vue de la négociation de la future convention. Ce sont, entre

autres, le maintien d'un seul secteur pour les praticiens conventionnés et la levée de certaines contraintes de l'opposabilité pour les actes sous-cotés. L'impossibilité des honoraires de la couronne prend aujourd'hui une valeur

de symbole et montre que les objectifs confédéraux sont accessibles.

4) Ce sera ma conclusion qui découle des points précédents : par son unité, sa puissance et son bon sens la

Confédération Nationale des Syndicats Dentaires sait faire appliquer sa politique. Les Confères qui veulent avoir barre sur leur avenir peuvent ainsi enregistrer, une fois de plus, que c'est dans le cadre de la C.N.S.D. qu'ils doivent militer.

LETTRE DE M. PH. SEGUIN AU PRÉSIDENT DE LA C.N.S.D.

Le Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi
CAB. 9 No 848

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
4 mai 1987
127, rue de Grenelle
75700 PARIS

Monsieur le Président,

Mon attention a été appelée sur les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie de la prothèse dentaire conjoincte, en particulier de la couronne dentaire ajustée ou coulée, entièrement métallique.

Je ne suis pas opposé à généraliser le dispositif qui permet déjà la pratique d'honoraires non opposables sur les appareillages faisant appel à des techniques particulières ainsi qu'à des métaux précieux ou leur alliage.

Dans ces conditions il appartiendra bien entendu aux chirurgiens-dentistes d'informer préalablement les assurés sociaux des dépenses engagées au moyen du devis prévu par la convention, et de porter la totalité des honoraires perçus sur les feuilles de soins dans les conditions réglementaires.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Philippe SEGUIN

Madame le Président,
Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire Général,
Monsieur le Directeur des Services Médicaux,
Monsieur le Directeur des Services Administratifs,
Monsieur le Directeur des Services de Contrôle et de Recouvrement,
Monsieur le Directeur des Services de Formation et de Recherche,
Monsieur le Directeur des Services de Relations Publiques,
Monsieur le Directeur des Services de Communication,
Monsieur le Directeur des Services de Prévention,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Publique,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Environnementale,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Industrielle,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Militaire,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Air,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de la Mer,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de Terre,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Espace,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de l'Air,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de la Mer,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de Terre,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de l'Espace,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de l'Air,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de la Mer,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de Terre,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de l'Espace,

LETTRE DE M. PH. SEGUIN AU PRÉSIDENT DE LA C.N.A.M.T.S.

Le Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi
CAB. 9 No 848

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
4 Mai 1987
127, rue de Grenelle

Monsieur le Président,

Mon attention a été appelée sur les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie de la prothèse dentaire conjoincte, en particulier de la couronne dentaire ajustée ou coulée, entièrement métallique.

Je ne suis pas opposé à généraliser le dispositif qui permet déjà la pratique d'honoraires non opposables sur les appareillages faisant appel à des techniques particulières ainsi qu'à des métaux précieux ou leur alliage.

Dans ces conditions il appartiendra bien entendu aux chirurgiens-dentistes d'informer préalablement les assurés sociaux des dépenses engagées au moyen du devis prévu par la convention, et de porter la totalité des honoraires perçus sur les feuilles de soins dans les conditions réglementaires.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Philippe SEGUIN

Madame le Président,
Monsieur le Président,
Monsieur le Secrétaire Général,
Monsieur le Directeur des Services Médicaux,
Monsieur le Directeur des Services Administratifs,
Monsieur le Directeur des Services de Contrôle et de Recouvrement,
Monsieur le Directeur des Services de Formation et de Recherche,
Monsieur le Directeur des Services de Relations Publiques,
Monsieur le Directeur des Services de Communication,
Monsieur le Directeur des Services de Prévention,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Publique,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Environnementale,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Industrielle,
Monsieur le Directeur des Services de Santé Militaire,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Air,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de la Mer,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de Terre,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Espace,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de l'Air,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de la Mer,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de Terre,
Monsieur le Directeur des Services de Santé des Forces Armées de l'Armée de l'Espace,