



EHESP

Elève Directeur d'hôpital

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

**Les unités hospitalo-universitaires
d'odontologie délocalisées : genèse et
proposition d'un modèle
organisationnel.**

*Etude à partir du projet de création d'une unité
hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée au
CHU de Poitiers.*

François GUILLAMO

Remerciements

Alors auditeur au Conseil d'Etat, Henry Beyle, plus connu sous le nom de Stendhal, jouissait d'un esprit espiègle et certainement lucide sur les travaux qu'il présentait pour éclairer l'action gouvernementale. On lui attribue notamment cet adage : « un rapport est un apport qui annonce un report ». J'ai, pour ma part, tenté de réaliser une étude s'éloignant le plus possible du rapport administratif. L'objectif premier de ce mémoire était de fournir des clefs de lecture et des clefs organisationnelles pour la création et le fonctionnement au quotidien des unités hospitalo-universitaires d'odontologie. Ces unités sont relativement récentes et les établissements qui portent ces projets se trouvent confrontés à un relatif vide réglementaire et documentaire.

La réalisation de ce mémoire repose donc avant tout sur des femmes et des hommes qui m'ont transmis leurs connaissances et leurs expériences. C'est pourquoi je tiens tout particulièrement à les remercier.

Je remercie tout d'abord M. Dewitte, Directeur général du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, qui m'a proposé, de concert avec mon maître de stage Mme de Lavalette Ferguson, ce sujet qui m'a passionné. Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction du CHU de Poitiers, qui a su m'aider et faciliter ainsi la construction du projet de création de l'unité d'odontologie.

Je remercie également l'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS) des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes, qui est à l'origine de ce projet ; et plus particulièrement Mme Manier et le Dr Desmaison pour les conseils qu'ils m'ont prodigués. Ce mémoire repose également sur un travail de fond mené auprès du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Je tenais donc à remercier l'ensemble de leurs personnels pour leur disponibilité et les informations qu'ils m'ont transmises.

Je tenais également à remercier la faculté d'odontologie de Nantes et le Centre hospitalier du Havre de m'avoir convié dans leurs unités d'odontologie respectives pour en découvrir le fonctionnement.

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien : merci au professeur Debaene, Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU de Poitiers, au professeur Amouriq, Doyen de la faculté d'odontologie de Nantes, au professeur Assem Soueidan, premier vice-doyen de la faculté d'odontologie de Nantes, chargé de la recherche clinique et des relations

hospitalières. Je remercie également Mme Mougnot, directrice adjointe au Centre hospitalier du Havre, Mme Muller, directrice adjointe au Centre hospitalier régional d'Orléans, Mme Goarin-Bouchard, directrice adjointe au CHU de Caen et Mme Dumont, de la direction de l'activité médicale du CHU de Caen.

Je remercie également le Dr Dufour le Dr Allac et le Dr Hammer, qui m'ont éclairé sur le fonctionnement actuel de l'activité d'odontologie au CHU de Poitiers et qui m'ont donné de précieux conseils pour la création de la future unité hospitalo-universitaire d'odontologie du CHU de Poitiers.

Merci également au Dr Albouy-Llaty, médecin de santé publique au CHU de Poitiers, qui m'a apporté un éclairage passionnant sur le rôle de l'hôpital en tant que promoteur de santé sur son territoire et plus particulièrement dans le cadre de l'odontologie.

Je remercie enfin Emmanuelle de Lavalette Ferguson, mon maître de stage et référent-mémoire, qui a initié le projet et a su me conseiller et me soutenir tout au long de ce travail.

Merci à Emilie, Annick et Gilles pour leurs encouragements et leur relecture attentive.

Sommaire

Introduction	1
1 La genèse des unités hospitalo-universitaires délocalisées.	11
1.1 Les principaux enjeux ayant présidé à la création des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.....	11
1.1.1 <i>Un contexte démographique défavorable pour la profession de chirurgien-dentiste.</i>	11
1.1.2 <i>Un creusement des inégalités d'accès aux soins dentaires.</i>	12
1.1.3 <i>L'émergence de problèmes dans la formation des chirurgiens-dentistes de demain.</i>	16
1.2. Le développement récent des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.....	17
1.2.1 <i>Nature juridique et fonctionnement des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.</i>	17
1.2.2 <i>Le développement progressif des unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées depuis 2007.</i>	18
1.2.3 <i>Le positionnement du CHU de Poitiers.</i>	20
1.3 Le positionnement des établissements publics de santé dans un secteur des soins bucco-dentaires traditionnellement dévolu au secteur libéral.....	21
1.3.1 <i>Une activité dans le prolongement des missions des établissements publics de santé.</i>	21
1.3.2 <i>Un retour de l'hospitalo-centrisme dans un contexte post loi HPST.</i>	24
1.3.3 <i>Vers un Hôpital Promoteur de Santé ?</i>	26
2 Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie : un modèle organisationnel perfectible.	29
2.1 Quel bilan pour ces unités d'un nouveau genre ?.....	29
2.1.1 <i>Une réponse adaptée aux besoins de santé de la population.</i>	29
2.1.2 <i>Une satisfaction globale des étudiants et professionnels dentaires.</i>	30
2.1.3 <i>Le manque de recul et les incertitudes sur les effets à long terme de ces unités sur l'installation de nouveaux chirurgiens-dentistes.</i>	31
2.2 Un volontarisme hospitalier tempéré par les difficultés organisationnelles et de gestion des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.....	33
2.2.1 <i>Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées confrontées à des difficultés de gestion des ressources humaines récurrentes.</i>	33
2.2.2 <i>Un turnover désorganisateur chez les étudiants.</i>	35

2.2.3	Un fonctionnement et une prise en charge variant sensiblement de celle des autres unités hospitalières.	37
2.3	Un déficit structurel des unités hospitalo-universitaires d'odontologie difficile à enrayer.....	39
2.3.1	<i>Les caractéristiques de la patientèle.....</i>	39
2.3.2	<i>Des difficultés persistantes dans le recouvrement des recettes.....</i>	40
2.3.3	<i>Une organisation en manque d'efficience.....</i>	41
3	Proposition d'organisation à travers l'exemple du CHU de Poitiers.....	43
3.1	L'anticipation et la préparation : conditions indispensables de la réussite du projet.	43
3.1.1	<i>Evaluer les besoins, recenser les moyens pour dimensionner son projet au plus juste.....</i>	43
3.1.2	<i>La constitution en amont d'une équipe capable de porter le projet d'un point de vue médical, mais également organisationnel.....</i>	44
3.1.3	Donner une identité propre à la structure et en assurer la visibilité.	45
3.2	Maitriser le temps pour maitriser l'activité.	46
3.2.1	Maximiser le temps médical pour développer l'activité.....	46
3.2.2	L'optimisation du temps paramédical.....	48
3.2.3	<i>Structurer les urgences pour ne pas désorganiser l'activité programmée. ..</i>	49
3.3	Opter pour un modèle financier redistributif associant soins de haute technicité et soins courants.	51
3.3.1	Miser sur des activités de haute technicité à fort potentiel pour pouvoir assurer les soins plus classiques et moins rémunérateurs.....	51
3.3.2	<i>L'innovation comme moteur de l'activité et facteur d'attractivité.....</i>	52
3.3.3	<i>La nécessaire sollicitation de partenaires extérieurs face à l'absence de compensation des prises en charge complexes et coûteuses.....</i>	54
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Personnes interrogées.....	63
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADH : Association des Directeurs d'Hôpital

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AOSIS : Aide Odontologique de Suivi Itinérant de Soins

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPBD : société française des Acteurs de Santé Publique Bucco-dentaire

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CFAO : Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

GAP : Gestion Administrative du Patient

GEF : Gestion Economique et Financière

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HSPS : Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCU-PH : Maitre de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

MIG : Mission d'Intérêt Général

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PACS : Picture Archiving and Communication System

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PH : Praticien Hospitalier

PRADO : Programme de Retour A Domicile

RETEX : RETour d'EXpérience

SIMPHONIE : SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et de Numérisation des Informations Echangées

SMS : Short Message Service

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TIM : Technicien d'Information Médicale

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées fonctionnent en associant une faculté d'odontologie et un établissement public de santé (EPS) non rattaché à une faculté d'odontologie. Ces unités sont fondées sur la base d'effectifs composés d'étudiants en cinquième et sixième années en odontologie. Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées se développent en France depuis 2007 pour faire face au déficit démographique des chirurgiens-dentistes dans certaines régions.

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie sont nées à un moment charnière dans l'histoire des hôpitaux, puisque la période de 2007 à nos jours a coïncidé avec une remise en cause du fonctionnement hospitalier classique. Le système de santé français s'est pendant longtemps développé pour et par les hôpitaux, si bien qu'on a pendant longtemps dénoncé une forme « d'hospitalo-centrisme » ayant conduit à la création d'un système de santé français essentiellement axé sur le curatif. Cependant, la tendance s'est inversée et ce, notamment depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. De nombreuses mesures sont venues remettre en cause cet héritage pour construire un système de santé avec moins d'hôpital. Les différentes lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) sont venues consolider ce changement de paradigme et ont incité les hôpitaux à réduire leur nombre de lits en favorisant la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore en développant des prises en charge extrahospitalières comme avec les programmes de retour à domicile (PRADO) de l'Assurance maladie. Les hôpitaux sont ainsi incités à recentrer leur activité sur les soins de recours et sur les prises en charge nécessitant un plateau technique. Le plan triennal d'économies, présenté au mois de mars 2015 par le gouvernement s'applique à poursuivre cette entreprise de réduction de la place de l'hôpital dans le paysage sanitaire français. En effet, la réduction capacitaire des hôpitaux constitue, tout comme les mesures de maîtrise de la masse salariale, des instruments qui auront pour effet de modifier en profondeur la nature même de l'hôpital.

C'est pourtant dans ce contexte que sont nées et que continuent de naître aujourd'hui des unités d'un genre nouveau ayant pour double ambition de répondre à un objectif social et de santé publique tout en tentant de réinscrire l'action de l'hôpital dans son environnement direct. Face aux problèmes de démographie des chirurgiens-dentistes et de développement inégalités d'accès aux soins, les pouvoirs publics et les chirurgiens-dentistes libéraux se sont paradoxalement tournés vers l'hôpital public. A travers ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie, les hôpitaux ont l'occasion d'agir sur leur environnement en ayant un impact sur l'organisation des soins sur leur territoire.

- **Présentation générale du CHU de Poitiers et éléments de contexte**

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers est le seul CHU de la Région Poitou-Charentes. Il assume classiquement des missions de soins, d'enseignement et de recherche. Il compte 1720 lits et places : 49% en médecine, 20% en chirurgie, 10% en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 10% en soins de suite et de réadaptation (SSR), 7% en unité de soins de longue durée (USLD) et 4% en gynécologie obstétrique. Le CHU de Poitiers a dénombré 76 544 passages aux urgences en 2014. Par ailleurs, le CHU de Poitiers dispose d'une situation financière saine qui lui a permis de dégager 8 661 991 € d'excédents d'exploitation (tous budgets confondus) en 2014.

Le projet de création d'une unité hospitalo-universitaire d'odontologie a émergé en octobre 2014 au CHU de Poitiers à la suite d'un constat inquiétant d'une pénurie de chirurgiens-dentistes dans la région Poitou-Charentes et d'une demande de la population toujours plus affirmée dans le domaine des soins bucco-dentaires. Le CHU de Poitiers a donc engagé des travaux qui lui ont permis d'objectiver ce phénomène et d'évaluer les besoins réels de la population.

Le CHU de Poitiers emploie actuellement trois chirurgiens-dentistes, qui interviennent en tant que vacataires dans différents services. Le CHU de Poitiers dispose donc d'une offre de soins en odontologie, mais celle-ci est spécialisée et limitée puisqu'elle représente seulement 1,4 équivalent temps plein (ETP) médical. Elle n'est donc pas de nature à pouvoir répondre au problème démographique de chirurgiens dentistes, ni au problème d'accès aux soins pour la population.

Ainsi, les chirurgiens dentistes interviennent au CHU dans le cadre de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) pour les soins aux détenus pour 0,6 ETP, mais également dans le cadre de la gériatrie pour 0,1 ETP. Des soins sont également dispensés dans le bâtiment Jean-Bernard, dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) pour 0,7 ETP. Les chirurgiens-dentistes de l'établissement y reçoivent notamment des personnes handicapées, nécessitant des soins complexes et souvent longs. Deux chirurgiens-dentistes bénéficient également de vacations au bloc opératoire.

Par ailleurs, l'association AOSIS (Aide Odontologique de Suivi Itinérant de Soins) intervient une demi-journée par semaine au bâtiment Maillol dans le cadre de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) bucco-dentaire. Les chirurgiens-dentistes de l'association interviennent également au relais George Charbonnier (population relevant de l'aide et de l'action sociale).

Le taux de praticiens exerçant en libéral dans le département de la Vienne en témoigne, puisqu'il est supérieur à 95% (Annexe I). La Vienne fait partie des 9 départements métropolitains où le taux de praticiens libéraux est le plus élevé. Ce chiffre souligne par opposition la faiblesse de l'offre non-libérale sur ce territoire et ce, malgré l'existence de trois cabinets dentaires appartenant à la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) de la Vienne. Ceux-ci sont localisés à Poitiers ; dans le quartier des Couronneries et dans le quartier de Blossac ; ainsi qu'à Châtelleraut.

Deux étudiants de la faculté de Nantes interviennent également sur le fauteuil situé dans le service d'ORL. Les bases d'un partenariat entre la faculté d'odontologie de Nantes et le CHU de Poitiers existent donc déjà et produisent des effets appréciables pour les deux entités ainsi que pour les étudiants.

- **L'odontologie : une discipline dont le développement s'est effectué en opposition au monde hospitalier.**

Pendant longtemps, seuls les stomatologues, diplômés d'une faculté de médecine pouvaient exercer dans les hôpitaux publics français. Les chirurgiens-dentistes ont construit leur identité en opposition avec les stomatologues et le secteur hospitalier. Cet antagonisme est ancien et apporte un éclairage intéressant sur le développement actuel des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

Dans un article consacré à l'histoire de l'art dentaire¹, le docteur François Vidal souligne que c'est véritablement sous le Règne de Louis XIV que la médecine en général et les arts dentaires en particulier vont prendre un essor considérable. Un édit de 1699² va permettre une spécialisation de la médecine et notamment la création du métier de médecin des dents. Il appartient désormais au Premier Chirurgien du Roi de procéder à la désignation des chirurgiens autorisés à pratiquer une des spécialités mentionnée dans l'édit, parmi lesquelles on retrouve les « *experts pour les dents* »³. L'édit consacre la spécialisation de l'art médical en proclamant que les chirurgiens « *ne pourront prendre d'autre qualité que celle d'expert pour la partie de la chirurgie sur laquelle ils ont été reçus* »⁴.

L'académie de médecine va être fondée en 1731, dans la droite lignée de l'édit royal de 1699. Cette académie est ouverte aux médecins des dents, qui vont user des moyens qui leurs sont offerts pour acquérir une certaine réputation. Des dentistes vont officier auprès

¹ Dr François Vidal, 2003, *Regards sur l'histoire de l'Art dentaire, de l'époque romaine à nos jours*, Académie dentaire.

² Edit Royal de 1699, Louis XIV

³ Ibidem

⁴ Ibidem

de la famille royale et vont ainsi pouvoir faire connaître l'art dentaire et le perfectionner. De nombreux progrès vont être faits dans le domaine de la douleur, mais également dans la réimplantation dentaire ou encore dans le domaine de l'hygiène dentaire.

La Révolution française va par la suite proclamer la fin des corporations. Trois lois de mars, avril et juin 1791 vont mettre fin à l'organisation médicale de l'Ancien régime. La libéralisation de l'exercice de la médecine va connaître son paroxysme avec la loi Le Chapelier⁵ qui dispose : « il sera libre à toute personne de faire tel négoce, ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon ; mais elle sera tenue de se pourvoir auparavant d'une patente, d'en acquitter le prix [...] et de se conformer aux règlements de police qui sont ou pourront être faits. ».

L'art dentaire étant désormais complètement libre, il va continuer de se développer en dehors de toute structure durant le XIX^{ème} siècle, laissant parfois la place au charlatanisme. Ce n'est qu'en 1880 que naîtra la première Ecole professionnelle d'enseignement dentaire. Cette école n'a rien d'officiel et n'est pas nécessaire pour exercer l'art dentaire. Toutefois, elle va connaître un succès grandissant qui va pousser d'autres chirurgiens-dentistes à créer une école concurrente en 1884 : l'Ecole Odontotechnique.

Une loi de 1892⁶ va entériner cette évolution en affirmant « l'unicité des arts de guérir » et en ouvrant l'exercice de l'art dentaire aux docteurs en médecine. Cela signifiait que n'importe quel médecin pouvait exercer l'art dentaire. Cependant, la loi Brouardel a cultivé l'ambiguïté en affirmant l'existence d'un statut de chirurgien-dentiste, avec une formation sous l'égide des facultés de médecine. Les chirurgiens-dentistes se voyaient donc mis en concurrence avec des médecins, sans que la formation soit équivalente. En effet, si le baccalauréat était nécessaire pour accéder à la formation de médecine, seul le certificat d'étude était nécessaire pour accéder à la formation de chirurgien-dentiste qui ne durait d'ailleurs que trois ans. Cependant, cette loi a eu le mérite de réserver l'exercice de l'art dentaire aux seuls médecins et chirurgiens-dentistes.

L'écart de formation s'est donc creusé entre les deux professions, conduisant les stomatologues à acquérir une réputation supérieure et donc une influence considérable. Ils seront ainsi particulièrement attentifs à limiter l'essor des chirurgiens-dentistes, notamment par la maîtrise du jury d'examen des chirurgiens-dentistes, dont ils ont l'exclusivité. Un chirurgien-dentiste devait en effet passer devant le jury de la faculté de médecine avant de pouvoir exercer.

Le projet de loi Milan-Rio de 1932 a entendu mettre fin à cette situation en instaurant une unicité de formation et de métier. Cependant, cette loi ne fut jamais adoptée. Il faudra

⁵ Loi *Le Chapelier* du 14 juin 1791

⁶ Loi *Brouardel* du 1^{er} décembre 1892

finalement attendre la loi du 25 décembre 1971⁷ pour voir le chirurgien-dentiste hissé au rang du stomatologue. Cette loi octroie en effet aux chirurgiens-dentistes le titre de docteur avec la création d'un doctorat en chirurgie dentaire.

Deux professionnels médicaux coexistent donc encore aujourd'hui dans le domaine des soins bucco-dentaires. Ainsi, les professions de chirurgien-dentiste et de stomatologue sont souvent confondues. Si les deux professions étudient et traitent toutes deux les maladies intra-buccales, il est important de les distinguer car chaque profession entraîne des obligations de formation et des périmètres de soins différents. Ainsi, si l'on s'en réfère à la définition donnée par le dictionnaire Larousse, l'odontologie est définie comme l'« Etude des dents, de leurs maladie et du traitement de celles-ci ». La stomatologie est de son côté définie comme une « Spécialité médicale, qui se consacre à l'étude des maladies de la cavité buccale, ainsi qu'à leur traitement ».

Ainsi, la stomatologie se distingue de l'odontologie par son périmètre, mais également par la formation initiale. En effet, devenir stomatologue nécessite de passer un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie après l'examen national classant. Une période de clinicat de deux ans est également prévue dans le cadre de cette formation. A l'inverse, l'odontologie est exercée par les chirurgiens dentistes, qui ont suivi une formation de six ans dans une faculté d'odontologie. D'un point de vu médical, les stomatologues interviennent à titre principal sur les maladies de la cavité buccale et des articulations temporo-mandibulaires. L'étude des glandes salivaires et des carcinomes buccaux, tout comme la chirurgie buccale et implantaire, relèvent *a priori* du stomatologue, qui à l'inverse ne réalise pas de soins dentaires classiques. Ces deux professions se sont rapprochées au fil du temps puisque les chirurgiens dentistes réalisent désormais des implants, des dispositifs médicaux d'occlusion buccale, etc. De même, la pratique tend à quitter le strict domaine dentaire pour s'orienter de plus en plus vers la parodontologie, qui est l'étude et le traitement des infections du parodonte. Les chirurgiens-dentistes interviennent donc de plus en plus sur les supports biologiques de dents, c'est à dire les os, les tissus et les gencives. L'orthodontie s'est également développée depuis plusieurs années pour devenir une spécialité à part entière. La correction des postures maxillaires et du positionnement des dents est également devenue un des terrains concurrentiel entre les stomatologues et les chirurgiens dentistes. La spécialisation est accessible à la fois aux chirurgiens dentistes détenteurs d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Orthopédie Dento-Faciale et aux stomatologues répondant aux conditions de formation nécessaires (Diplôme Universitaire ou DESC).

⁷ Loi *Schumann* du 24 décembre 1971

L'histoire de l'odontologie s'est donc constituée en contrepoint de celle de la stomatologie et cela explique certainement l'exercice quasi-exclusivement libéral de la profession de chirurgien-dentiste. Pendant longtemps, l'exercice hospitalier a été réservé aux stomatologues et les chirurgiens-dentistes ont adopté une attitude méfiante vis-à-vis de l'hôpital. Cette situation est peut-être en train de changer puisque aujourd'hui les chirurgiens-dentistes, victimes de leur succès, se tournent de plus en plus vers l'hôpital avec le souci d'établir des collaborations durables dans l'intérêt des patients.

- **Le projet du CHU de Poitiers.**

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes a engagé des démarches auprès du CHU de Poitiers pour proposer la création d'une unité hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée à Poitiers. L'URPS a entre autres, attiré l'attention du CHU sur les problèmes de démographie des chirurgiens-dentistes et sur l'augmentation des délais de prise en charge des patients dans la région. La Région est en effet particulièrement exposée à la pénurie de chirurgiens-dentistes, qui se fait particulièrement ressentir dans le département de la Vienne, ainsi que dans le département des Deux-Sèvres.

Fort de ce constat, le CHU a engagé un rapprochement avec la Faculté dentaire de Nantes et a commencé à poser les jalons d'un futur partenariat entre les deux établissements. Chaque année, une dizaine d'étudiants de la Faculté d'odontologie de Nantes proviennent de la faculté de médecine de Poitiers (PACES). Cependant, comme la ville de Poitiers ne dispose pas de Faculté d'odontologie, les étudiants poursuivent le plus souvent leurs études à Nantes et peu retournent après dans la Région Poitou-Charentes pour y exercer.

Il est apparu que la création d'une unité hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée à Poitiers permettrait à la fois de répondre au problème de démographie des praticiens dentaires tout en proposant une formation pratique et théorique de qualité à des étudiants de 6^{ème} année en Odontologie. Dans un rapport de 2013, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) objectivait un lien entre région de formation et région d'exercice :

« Pour les praticiens formés en France, la corrélation est très nette entre région de formation et région d'exercice. En moyenne, les praticiens formés en France sont 32 % à exercer dans le département où ils ont obtenu leur diplôme, 32% dans un autre département de la même région et 35 % dans une autre région. Sans que l'on puisse distinguer s'il s'agit d'un effet d'âge ou de cohorte (lié à l'évolution de la répartition

*géographique du numerus clausus), on observe que **plus le praticien est jeune, plus il exerce en proximité de son lieu de formation.** »⁸*

Le CHU espère également faire baisser les délais d'attente pour un rendez-vous et ainsi renforcer l'accès aux soins bucco-dentaires sur son territoire. Le CHU entend enfin renforcer son positionnement sur les soins à destination des personnes précaires et des personnes handicapées. Cette unité comportera 8 fauteuils, dont 6 dédiés aux étudiants et verra le jour au premier trimestre 2017.

- **Problématiques et méthodologie :**

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées sont relativement récentes et interpellent sur les raisons qui poussent de nombreux centres hospitaliers à s'engager dans cette voie alors que ces unités présentent les caractéristiques communes d'une forte propension au déficit et de présenter des difficultés de gestion importantes. En effet, les informations collectées auprès des établissements hospitaliers ayant mis en œuvre ce type d'unités insistent toutes sur ces deux points.

De surcroît, aucune étude n'a été menée sur l'impact de ces unités sur l'installation de jeunes chirurgiens-dentistes dans ces régions. Ces unités semblent bâties sur un postulat non vérifié, faute de recul suffisant. Dès lors la question se pose de la pertinence d'investir un domaine où l'hôpital public n'a jamais joué un rôle prépondérant et où le secteur libéral est traditionnellement en situation de quasi-monopole.

Ma réflexion a voulu aller au-delà de ce simple questionnement sur la pertinence de ces unités pour tenter de définir un modèle permettant de concilier l'objectif premier de soins à la population et celui d'efficience économique. En effet, le contexte économique et budgétaire actuel oblige l'ensemble des établissements à prendre en compte cette problématique financière, particulièrement pour des unités qui ne bénéficient, de droit, d'aucun financement autre que celui basé sur l'activité.

Ainsi, quel modèle organisationnel est de nature à permettre une conciliation entre d'une part, les impératifs de santé publique et d'autre part, des impératifs de rentabilité ou *a minima* d'équilibre financier dans un contexte de raréfaction des crédits ?

Afin de répondre à ces questions, je me suis tout d'abord appuyé sur les recherches que mon maître de stage avait réalisées avant mon arrivée, ainsi que sur les divers comptes-rendus de réunions préparatoires et de visites d'unités qui avaient eu lieu. J'ai ensuite entrepris de réaliser des recherches personnelles pour réaliser le projet et le mémoire.

⁸ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), décembre 2013 *Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes.*

J'ai rédigé le projet du CHU de Poitiers avant de m'atteler à la rédaction du mémoire. Cependant, si le projet du CHU de Poitiers a une existence propre, il a également été le travail préparatoire du mémoire : son socle indispensable. C'est pourquoi les recherches que j'ai effectuées dans le cadre de ce mémoire ont alimentées le projet du CHU et inversement.

J'ai donc recueilli un maximum d'informations auprès des établissements qui disposaient déjà de ces unités. J'ai ainsi visité l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie du Havre et le Centre de soins dentaires de Nantes qui est adossé à la faculté d'odontologie. Cela m'a à la fois permis de me rendre compte de l'organisation concrète et du fonctionnement de ces unités, mais également d'échanger avec les étudiants et différents professionnels de ces structures. J'ai également pu visiter différents cabinets privés en Dordogne et dans les Deux-Sèvres afin de comprendre l'organisation des soins dentaires dans le secteur libéral. Cela m'a permis de confronter ce qui était fait dans le secteur public à un fonctionnement libéral qui présente certes des points communs avec ces unités, mais aussi beaucoup de différences. J'ai également visité les fauteuils présents au CHU de Poitiers et rencontré les acteurs intervenants sur ces fauteuils.

Je me suis également entretenu avec des personnes ayant contribué à la création d'unités d'odontologie délocalisées. J'ai ainsi pu longuement échanger avec Mme Goarin-Bouchard, Directrice de la facturation et du système d'information du CHU de Caen, ainsi qu'avec Mme Dumont, de la direction de l'activité médicale du CHU de Caen. J'ai également pu m'entretenir avec une directrice adjointe qui se trouve dans une situation analogue à celle du CHU de Poitiers puisqu'elle travaille actuellement sur un projet d'ouverture d'une unité hospitalo-universitaire d'odontologie en lien avec la faculté de Nantes.

Mon mémoire s'appuie également sur des entretiens que j'ai pu mener auprès des professionnels du CHU : Directeur général du CHU, président de la CME, chef de service d'ORL, chirurgiens-dentistes intervenants en tant que praticiens attachés au CHU de Poitiers, ou encore médecin du service de santé publique.

Ce mémoire s'est également construit grâce aux rencontres et échanges que j'ai pu avoir avec le Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Haute Normandie, qui m'a aidé dans la construction et la diffusion d'un questionnaire à l'attention des anciens étudiants des unités hospitalo-universitaires d'odontologie de la Région Haute Normandie ; mais aussi avec le Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes ou encore avec l'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes qui m'ont aidé dans la compréhension du fonctionnement des cabinets dentaires.

Je me suis enfin appuyé sur des documents écrits et sonores qui ont contribué à nourrir ma réflexion et mon intérêt pour ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie

délocalisées. Néanmoins, compte tenu du peu de documentation existant sur ces unités, ce mémoire s'appuie avant tout sur des échanges que j'ai eu avec des professionnels très variés, qui m'ont permis de construire une réflexion qui s'articule autour de trois principaux axes :

- Nous examinerons tout d'abord la genèse des unités hospitalo-universitaires d'odontologie et les raisons ayant conduit à leur création (1),
- avant de nous intéresser au bilan de ces unités et notamment aux problèmes organisationnels et financiers qu'elles soulèvent (2).
- Nous tenterons enfin de proposer une solution à ces problèmes identifiés à partir de l'exemple du projet du CHU de Poitiers (3).

1 La genèse des unités hospitalo-universitaires délocalisées.

1.1 Les principaux enjeux ayant présidé à la création des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées sont nées de la conjonction de trois enjeux. Elles sont tout d'abord nées d'un contexte démographique défavorable pour la formation des chirurgiens dentistes, mais également d'un creusement des inégalités d'accès aux soins et enfin de difficultés accrues de formation initiale des chirurgiens-dentistes.

1.1.1 *Un contexte démographique défavorable pour la profession de chirurgien-dentiste.*

- **Au niveau national :**

L'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a publié en 2013 un « Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes »⁹ retraçant les évolutions démographiques de cette profession. Ainsi, si les effectifs de chirurgiens-dentistes ont particulièrement augmenté dans les années 1970 pour faire face à de nouveaux besoins et à l'augmentation de la population, la tendance s'est inversée depuis 1999. Le constat de l'ONDPS est sans appel : « *depuis 1999, malgré une augmentation du numerus clausus, les effectifs des dentistes en activité stagnent et leur densité diminue* ».

On comptait en 2013 environ 40 000 chirurgiens-dentistes, soit environ le même nombre qu'en 1999. La densité moyenne en France métropolitaine était ainsi de 63,1 dentistes pour 100 000 personnes (ou 6,3 dentistes pour 10 000 personnes) en 2013. La venue de praticiens formés à l'étranger (qui peuvent être français ou étrangers) a permis durant ces dernières années de conserver le même nombre de praticiens, mais cela n'a pas eu d'effet notable sur la densité de chirurgiens dentistes.

Ce problème a été renforcé par une gestion du numerus clausus déconnectée des besoins de soins de la population. Ce numerus clausus a en effet considérablement baissé entre les années 1970 et 2001 et il n'a été relevé qu'en 2007. 1200 places étaient ouvertes en 2013 contre seulement 800 dans les années 1990 et au début des années 2000. Ce relèvement du numerus clausus va permettre de pallier en partie les problèmes d'accès aux soins dentaires, mais ne va pas sans poser des soucis organisationnels dans les facultés d'odontologie françaises, comme nous le verrons par la suite.

Ce déficit démographique résulte donc d'un phénomène classique de croisement de flux : le flux des entrants ne suffisant pas à enrayer le flux des sortants de la profession.

⁹ Observatoire national de la démographie des professions de santé, décembre 2013, *Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*

L'augmentation de la population française a quant à elle renforcé le problème de densité des chirurgiens dentistes. A cela s'ajoute également un problème d'inégalités territoriales puisque toutes les régions ne sont pas égales devant ce problème de démographie de la profession de chirurgiens-dentistes.

Il convient de mettre en perspective les évolutions démographiques de la population avec l'évolution de la démographie des chirurgiens-dentistes pour véritablement apprécier la situation des régions françaises.

- **Le cas de la région Poitou-Charentes :**

Les estimations de population de l'INSEE font apparaître une population totale de 1 792 200 personnes en Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2013. Le taux d'évolution de la population de 0,6% entre 2006 et 2013 est conforme au taux d'évolution national. Cependant, des différences notables sont à observer entre les différents départements. La Charente-Maritime bénéficie d'un taux d'évolution annuel moyen de 0,8% alors qu'elle présente un solde naturel négatif. Les arrivées de nouvelles personnes permettent ainsi de compenser ce solde naturel négatif. A l'inverse, le département de la Vienne connaît un solde naturel positif et 0,4% d'augmentation du taux d'évolution annuel moyen de sa population. Si la population connaît une évolution conforme au taux national, l'augmentation de la population ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de praticiens dentaires. Leur nombre a même chuté de manière significative depuis près de 20 ans.

Ainsi, la région Poitou-Charentes apparaît parmi les moins bien dotées en termes de densité de chirurgiens-dentistes par habitants et se situe en deçà de la moyenne nationale de 63,1 dentistes pour 100 000 habitants (Annexes II et III). On observe même un net recul de la densité par habitant depuis 1999 (de 54 à 48 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants). Or, les besoins de la population ne diminuent pas et la population de la région tend à croître d'année en année.

1.1.2 Un creusement des inégalités d'accès aux soins dentaires.

La France est ainsi confrontée à un problème majeur de creusement des inégalités d'accès aux soins dentaires. Ce phénomène repose principalement sur trois axes.

- **Creusement des inégalités géographiques :**

On observe tout d'abord un creusement des inégalités géographiques d'accès aux soins dentaires. Certaines régions comme les régions Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Centre, Bourgogne, Poitou-Charentes, Limousin, Franche-Comté et Champagne-Ardenne présentent ainsi des densités de chirurgiens-dentistes

très inférieures à la moyenne nationale (Annexe II). Ce n'est donc pas un hasard si les unités hospitalo-universitaires d'odontologie se sont développées prioritairement sur ces territoires.

Mais ces inégalités sont également infrarégionales. Par exemple, au sein même de la région Poitou-Charentes, les densités de chirurgiens-dentistes peuvent considérablement évoluer. En effet, si les zones urbaines et côtières restent relativement bien dotées, certaines zones rurales présentent un déficit important de chirurgiens-dentistes.

Tel est le cas du territoire à la jonction entre le département de la Vienne et département des Deux-Sèvres (Annexes III et IV) ; situé dans la zone directe d'influence du CHU de Poitiers ; où la densité de chirurgiens-dentistes est quasi-nulle, ce qui pose d'évidents problèmes d'accès aux soins dentaires.

- **Creusement des inégalités sociales :**

A ces inégalités géographiques se cumulent ensuite des inégalités sociales. Ces inégalités sociales sont de plusieurs ordres et sont de nature à détériorer l'accessibilité aux soins dentaires. En effet, les soins dentaires présentent la caractéristique de présenter un reste à charge pouvant être particulièrement important pour le patient. « Le financement de ces soins repose en France aux deux tiers sur le secteur privé (malades et assurances ou mutuelles) et pour un tiers seulement sur la sécurité sociale »¹⁰ note Béatrice Majnoni d'Intignano dans son manuel d'économie de la santé. Elle ajoute dans son ouvrage qu'il existe un déséquilibre dans la rémunération des chirurgiens dentistes qui les poussent à facturer à leurs patients des dépassements d'honoraires pouvant être très élevés pour compenser le faible remboursement par l'Assurance maladie des traitements conservatoires sur lesquels ils perdent de l'argent.

Ce système est problématique lorsqu'il se conjugue avec un creusement des inégalités sociales. L'observatoire citoyen du reste à charge avait ainsi soulevé ce problème d'inégalités sociales d'accès aux soins dentaires en 2013¹¹, en soulignant notamment des « dérives inacceptables » dans les dépassements pratiqués par les chirurgiens-dentistes. L'observatoire du Collectif inter-associatif sur la Santé (CISS) relève ainsi que le coût pour le patient après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire s'élève en moyenne à 240 euros pour une couronne et à 700 euros pour une prothèse unimaxillaire. Un implant dentaire coûte quant-à lui en moyenne 650 euros au patient. Ces dépassements constituent de véritables freins à l'accès aux soins de la population.

¹⁰ MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, en collaboration avec Philippe ULMANN ; Thémis Economie (éd.) 2001, *Economie de la Santé* ; Presses Universitaires de France p.222

¹¹ OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE, 25 novembre 2013, « Soins dentaires : des dérives inacceptables » communiqué de presse

Les tarifs pratiqués dans le secteur libéral peuvent être parfois des facteurs de renoncement aux soins. Ainsi, une étude réalisée en juin 2014 par l'IRDES¹² montrait que 47,1% des renoncements aux soins concernait les soins dentaires. Ceux ayant renoncé aux soins dentaires sont le plus souvent des familles monoparentales ou des personnes seules, ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé (41,4%). Beaucoup jugent leur état de santé « mauvais » (32,3%) voire « très mauvais » (36%).

Un « testing » de l'IRDES de 2009¹³, a également mis en exergue l'existence d'un taux de refus des patients CMU-C de 39,1% chez les chirurgiens-dentistes (Annexe V). Ce chiffre vient confirmer qu'une partie de la population se retrouve face à des difficultés importantes d'accès aux soins dentaires. Il y a donc un réel besoin d'avoir une offre publique de soins dentaires en France.

La problématique du creusement des inégalités sociales se retrouve également dans la région Poitou-Charentes et plus particulièrement dans le département de la Vienne. Conformément aux tendances nationales le taux de chômage a augmenté de +0,5 point en Région Poitou-Charentes entre 2013 et 2014 pour atteindre 9,5% de la population de 15 à 64 ans.

- 8,4% dans la Vienne (+0,6 point)
- 10,3% en Charente (+0,3 point)
- 10,9% en Charente-Maritime (+0,5 point)
- 7,9% dans les Deux-Sèvres (+0,5 point)

De plus, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indique qu' « *en termes de revenus, le niveau de vie médian est, en 2011, inférieur de 2,3 % à celui de la France métropolitaine hors Île-de-France.* »¹⁴ Cette tendance est également confirmée par la forte densité de bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) de base. La Région Poitou-Charentes et plus spécifiquement la Vienne présentent des densités de bénéficiaires de la CMU supérieures à la moyenne nationale. Le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU dans la Vienne est ainsi supérieur à 3,10% de la population du département (chiffres de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) 2010).

La densité des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) par rapport à la population est également particulièrement élevée dans la Vienne et la Charente. Entre 6,3 et 7,2% de la population de ces deux départements bénéficie de la CMU-C (Annexe VI). La population de Poitou-Charentes présente donc des indicateurs du

¹² IRDES, juin 2014 ; « Enquête sur la santé et la protection sociale – Renoncement et recours aux soins en 2012 », p 122-125.

¹³ Projet INTERMED, étude qualitative et quantitative – relation médecin patient ; IRDES, 2009 = cette étude portait sur trois régions : 27 médecins ont été testés pour 585 patients.

¹⁴ Résumé INSEE, Région Poitou-Charentes, octobre 2014

niveau de précarité relativement élevés, qui ont des répercussions sur l'état de santé de la population ainsi que sur l'activité de soins dentaires.

- **Un vieillissement de la population :**

Les données de l'INSEE soulignent ce vieillissement de la population dans la région Poitou-Charentes. Ce phénomène est particulièrement marquant dans les départements de Charente et de Charente-Maritime. De nombreuses personnes de plus de 60 ans arrivent en Poitou-Charentes et emménagent près du littoral au moment de la retraite.

La population de la Vienne n'est pas épargnée par le phénomène national de vieillissement de la population, qui entraîne une augmentation en volume et en complexité des soins dentaires. Ce vieillissement de la population entraîne en effet une augmentation du nombre de pathologies dentaires associées à la vieillesse : maladies parodontales, sénescence des tissus dentaires et de la muqueuse buccale... Ces maladies, si elles ne sont pas traitées à temps peuvent entraîner des douleurs chroniques, la nécessité d'avoir recours à des appareils prothétiques mais également des problèmes nutritionnels et sociaux. Le CHU dispose déjà d'un fauteuil de soins dentaires dans le pavillon Maillol dédié à la prise en charge gériatrique, mais compte développer cette activité pour répondre de manière globale aux besoins de la population.

L'INSEE remarque ainsi dans son analyse des données statistiques¹⁵ que la région « *Poitou-Charentes est également une des régions les plus âgées. Le vieillissement est amplifié par les migrations résidentielles et devrait s'accroître dans les années à venir. Cette tendance est notable sur certaines zones côtières et dans des territoires à faible densité au cœur de la région dans le prolongement du Limousin. Les questions d'accès aux différents services, en particulier de santé, s'y posent de façon croissante* ». L'augmentation de la population de la Région Poitou-Charentes est de nature à elle seule à entraîner un allongement des délais d'attente puisqu'elle est couplée avec une démographie de chirurgiens-dentistes en baisse. De surcroît, la précarité dans le département de la Vienne, ainsi qu'à l'échelle régionale, est de nature à poser des problèmes d'accès aux soins dentaires.

- **Des réponses insuffisantes et inadaptées pour des publics cibles.**

Ce creusement des inégalités d'accès aux soins dentaire peut de surcroît se cumuler avec des handicaps ou maladies compliquant la prise en charge dans le secteur libéral. Plusieurs entretiens que j'ai pu mener avec des chirurgiens-dentistes m'ont confirmé que certains d'entre eux craignaient par exemple de prendre en charge des personnes handicapées, non pas parce qu'ils n'en avaient pas envie, mais parce qu'ils ne disposaient pas des moyens et de la formation adaptés. Les soins aux personnes

¹⁵ Résumé INSEE, Région Poitou-Charentes, octobre 2014

handicapées nécessitent plus de personnel et peuvent s'avérer complexes à réaliser dans le secteur libéral. Beaucoup de chirurgiens-dentistes n'ont pas reçu de formation sur ces prises en charge.

Un autre phénomène inquiétant a été récemment mis en exergue par l'association de lutte contre le sida : AIDES. L'association a réalisé un testing pour évaluer les discriminations vécues par les patients infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). Il ressort de ce testing qu' « environ un tiers des cabinets dentaires opposeraient un refus direct ou déguisé de soigner des patients séropositifs »¹⁶. Cette étude, menée auprès de 440 cabinets dentaires choisis aléatoirement, met une nouvelle fois l'accent sur les difficultés rencontrées par les patients infectés par le VIH dans leur prise en charge dans le secteur libéral. Cependant, il convient de ne pas dresser un constat alarmiste de la situation puisque la grande majorité des chirurgiens-dentistes ont « fait preuve de bienveillance avec une approche globale de la prise en charge médicale de la personne »¹⁷.

1.1.3 L'émergence de problèmes dans la formation des chirurgiens-dentistes de demain.

Un autre enjeu est au cœur de la réflexion sur les unités hospitalo-universitaires d'odontologie : celui de la formation des étudiants. Les facultés d'odontologie rencontrent actuellement des problèmes de ratio enseignants / étudiants. L'augmentation du numerus clausus risque en effet de poser à terme des problèmes pour la formation pratique des praticiens dentaires de demain. Les étudiants vont devenir de plus en plus nombreux et pourront donc réaliser moins d'actes dans les Centres de soins dentaires adossés aux facultés. Ce problème est fondamental pour les étudiants de 6^{ème} année où la pratique prend une dimension importante.

Interrogé sur ce sujet, Monsieur Yves Amouriq, doyen de la faculté d'odontologie de Nantes, évoque ce sujet sans détour : « L'augmentation du numerus clausus, allié au manque de place ; qui risque de s'accroître avec la création du nouvel hôpital de Nantes ; a poussé la faculté d'odontologie de Nantes à chercher de nouveaux terrains de stage pour ses étudiants ».

C'est la corrélation de tous ces facteurs qui a contribué à la création des unités hospitalo-universitaires d'odontologie à travers la France. Ainsi, à l'instar de nombreuses autres facultés de soins dentaires, la faculté de Nantes souhaite s'engager dans une démarche de délocalisation de sa formation dans des centres partenaires. Elle envisage ainsi de créer des unités hospitalo-universitaires d'odontologie au Mans, à Orléans et à Poitiers.

¹⁶ Dépêche APM NEWS, 4 juin 2015 « un tiers des cabinets dentaires refuseraient de soigner les patients séropositifs ».

¹⁷ AIDES, 3 juin 2015 « Testing : ces praticiens qui ont une dent contre les séropos ».

1.2. Le développement récent des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

1.2.1 *Nature juridique et fonctionnement des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.*

- **Statut des unités hospitalo-universitaires d'odontologie :**

Les unités hospitalo-universitaires délocalisées d'odontologie ne bénéficient pas d'un cadre juridique strictement délimité : elles sont considérées comme des unités hospitalières classiques. Cependant, alors que les activités des unités de soins classiques sont soumises à autorisation sanitaire de l'Agence Régionale de Santé (ARS), il n'existe aucun dossier d'autorisation spécifique relatif à l'odontologie. En effet, le Code de la Santé publique ne mentionne pas l'odontologie comme relevant des autorisations d'activités de soins (Article L.6122-1 et suivants du Code de la Santé publique). Les équipements lourds utilisés dans le cadre de cette activité doivent tout de même faire l'objet d'un dossier d'autorisation.

La particularité de ces unités vient avant tout de leur fonctionnement qui ne serait pas possible sans la conclusion d'une « convention d'association aux missions de soins et d'enseignement »¹⁸ entre un établissement public de santé et une faculté d'odontologie. L'article R.6142-32 du Code de la Santé publique dispose que ces conventions sont signées entre le « *président de l'université pour les unités de formation et de recherche concernées* » et le « *représentant légal (de l'organisme public) agissant [...] sur mandat du conseil d'administration* ». Cette convention a pour but de régir les relations entre les deux établissements, le fonctionnement de l'unité et les modalités d'encadrement et d'accueil des étudiants. Ainsi, seule cette convention distingue l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie d'une unité de soins classique.

- **Fonctionnement des unités hospitalo-universitaires d'odontologie :**

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie ne fonctionnent pas toutes de la même manière. Cependant des traits communs les caractérisent. Ainsi, elles sont toutes fondées sur les « conventions d'association aux missions de soins et d'enseignement » qui permettent aux établissements hospitaliers d'accueillir des étudiants qui vont par la suite exercer dans ces unités. Les étudiants sont systématiquement placés sous la responsabilité de chirurgiens-dentistes séniors. Il peut soit s'agir de praticiens hospitaliers, soit de praticiens attachés ou attachés associés intervenant dans l'unité. Ainsi, ils sont

¹⁸ Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

nécessairement encadrés par un chirurgien-dentiste qui va superviser leur travail. Les étudiants prennent en charge des patients dans les Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD) à partir de la 4^{ème} année, cependant, ils n'acquièrent une certaine autonomie qu'à partir de la 6^{ème} année.

Selon le Doyen Amouriq, doyen de la faculté d'odontologie de Nantes, les étudiants de 6^{ème} année sont plus performants car ils ont déjà pu exercer en toute autonomie à l'occasion de remplacements. Pour pouvoir exercer en tant que remplaçants ou en tant qu'adjoint auprès d'un chirurgien-dentiste, les étudiants doivent bénéficier d'une autorisation d'exercice délivrée par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes depuis l'ordonnance du 26 août 2005. Cette autorisation ne peut être délivrée qu'après avoir obtenu leur Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). Les étudiants réalisent donc très souvent des remplacements l'été avant leur 6^{ème} année et sont donc aptes à travailler en autonomie lors de leurs stages dans les unités hospitalo-universitaires. La sixième année, qui correspond au troisième cycle de formation des chirurgiens-dentistes vise l'exercice autonome de la profession. Cela signifie que les étudiants sont amenés à réaliser un large panel d'actes de soins dentaires.

Seuls les actes de chirurgie orale, d'implantologie et d'orthopédie dento-faciale sont a priori exclus de leur champ de compétences, puisque ces activités nécessitent le passage d'un DES.

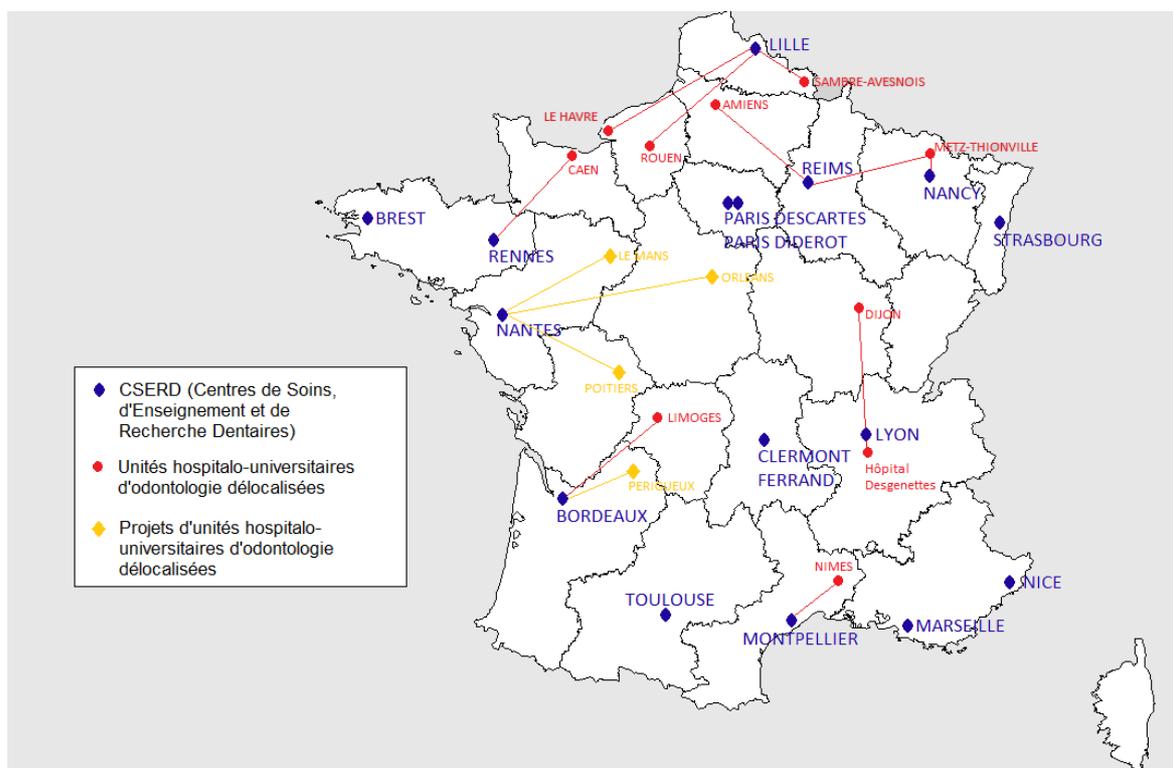
1.2.2 Le développement progressif des unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées depuis 2007.

- **L'implantation des unités hospitalo-universitaires d'odontologie**

La première unité à avoir vu le jour, en proposant un modèle innovant d'association d'une faculté d'odontologie à un établissement hospitalier, est celle de Dijon, qui a ouvert en 2007. Cette unité s'est associée avec la faculté d'odontologie de Lyon afin de répondre au problème de démographie des chirurgiens-dentistes en Bourgogne.

Cette expérience a par la suite fait des émules puisque poussées par les collectivités locales et les chirurgiens-dentistes libéraux, des unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées se sont développées et se développent un peu partout en France pour faire face à la pénurie de chirurgiens dentistes dans certaines régions. On retrouve donc des unités hospitalo-universitaires dans des hôpitaux de Metz-Thionville, Sambre-Avesnois, Amiens, Besançon, ou encore à Reims et au Havre. De plus, ces unités continuent de se développer sous la pression des URPS, des ARS et des collectivités locales. Le Centre Hospitalier du Mans et le Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Orléans vont ainsi ouvrir deux unités en lien avec la faculté de Nantes.

La cartographie ci-après, également disponible sous un format plus grand en annexes (Annexe VII) présente l'implantation des CSERD et des unités hospitalo-universitaires en France.



Carte 2015 des unités hospitalo-universitaires d'odontologie

- **Le rôle déterminant des acteurs politiques locaux dans le développement de ces unités :**

La plupart de ces unités n'auraient pu voir le jour sans l'intervention des acteurs politiques locaux, qui ont soit été à l'origine de ces initiatives, soit les ont soutenues politiquement et financièrement. Les collectivités locales voient en effet dans ces structures la possibilité d'investir dans des projets concrets, visibles et répondant aux besoins de la population.

Les financements portent le plus souvent sur l'acquisition de fauteuils ou de matériel d'imagerie. Ainsi, le contrat local de santé apparaît comme un outil souvent utilisé dans le cadre du financement de ces unités. Dans la structure « Le Havre Dentaire », les collectivités locales ont ainsi financé l'achat de fauteuils. Le CHU de Caen a également reçu une enveloppe du Conseil régional pour financer l'acquisition de 6 fauteuils. Le CHU de Dijon a quant à lui reçu des financements de la municipalité, de la communauté urbaine du Grand Dijon, du Conseil général et du Conseil régional.

L'impact du politique sur l'organisation des soins dentaires peut être encore plus ambitieux, comme en témoigne le contrat de projets Etat-Région 2007-2013 de Haute Normandie. L'Etat s'est ainsi engagé sur la création d'un département d'odontologie au sein de la Faculté de médecine et de Pharmacie de Rouen :

« L'absence d'école de chirurgie dentaire influant directement sur le nombre des vocations et des installations, la volonté de l'Etat est affirmée de parvenir à ouvrir, dans un délai de 4 ans, un département d'odontologie à l'UFR de Médecine et Pharmacie de Rouen. Celui-ci représenterait quelques 200 étudiants sur l'ensemble des cursus. »¹⁹

1.2.3 Le positionnement du CHU de Poitiers

Le CHU de Poitiers entend s'appuyer sur ce qui a été réalisé par les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées depuis 2007 pour développer son propre modèle lui permettant à la fois de concilier efficience économique et organisationnelle et réponse aux besoins de santé de la population.

Le constat local est ainsi particulièrement éloquent puisque tous les indicateurs démographiques confirment la très faible densité de chirurgiens-dentistes dans la région, qui se conjugue avec un creusement des inégalités d'accès aux soins.

Le CHU de Poitiers s'est déjà engagé, en lien avec les praticiens libéraux, dans une démarche de santé publique auprès des personnes précaires ou en situation objective de pauvreté. Le CHU assure sa mission de service public de soins aux détenus, des consultations à destination des personnes handicapées et à destination des personnes âgées. C'est dans le prolongement de cette mission qu'il compte développer une Unité Hospitalo-universitaire de soins dentaires. Un tel centre de soins permettrait de centraliser une activité aujourd'hui dispersée et de mutualiser les moyens.

La création de cette unité permettrait également de toucher un public plus large. Certaines personnes, aujourd'hui exclues des dispositifs de soins dentaires actuels pourraient ainsi bénéficier d'une prise en charge odontologique complète. L'unité aurait également pour objectif de répondre aux problématiques de continuité des soins et de permanence des soins sur le territoire selon des conditions qui seront fixées en lien avec l'ARS. De surcroît, un fauteuil sera spécifiquement dédié aux urgences ; l'objectif étant de prendre en charge des patients nécessitant une prise en charge sans rendez-vous. Le professeur Dufour, chef du service ORL, cervico-maxillo-faciale, audiophonologie – soins dentaires au CHU de Poitiers, indique que les urgences dentaires sont régulièrement prises en charge au CHU de Poitiers. Les patients se présentent le plus souvent aux urgences et sont réorientés vers le fauteuil situé dans son service. Ainsi, si le CHU de Poitiers prend en charge des urgences dentaires de manière ponctuelle, il n'existe pas de fauteuil dédié à l'urgence dentaire, ni de filière structurée et cohérente.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) Ambulatoire²⁰ énonce comme objectif de « permettre à toute personne de la région Poitou-Charentes d'accéder à une offre de premier recours en santé (prévention, médical, médico-social, pharmaceutique,

¹⁹ Contrat de projets Etat-Régions de Haute Normandie 2007-2013, page 128.

²⁰ Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes, décembre 2014 « Schéma Régional d'Organisation des Soins – volet ambulatoire »

paramédical et odontologique), quelle que soit sa situation géographique sur le territoire ». Le CHU de Poitiers entend tirer les conséquences des problèmes de densité médicale et de zonage en Poitou-Charentes et compte développer un service de qualité, visant à accéder à une offre de premier recours en santé, qu'il s'agisse de prévention bucco-dentaire ou de soins odontologiques. L'objectif est également de proposer des tarifs accessibles afin d'élargir l'accès aux soins dentaires pour la population de la Vienne et de la Région.

Ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie se sont donc développées au fil des années et ont fait rentrer l'odontologie dans le giron hospitalier alors que cette discipline s'était développée historiquement en dehors de toute structure hospitalière. Dès lors on ne peut que s'interroger sur les raisons qui poussent les Centres Hospitaliers à investir un domaine où le secteur libéral est en situation de quasi-monopole depuis de très nombreuses années.

1.3 Le positionnement des établissements publics de santé dans un secteur des soins bucco-dentaires traditionnellement dévolu au secteur libéral.

1.3.1 Une activité dans le prolongement des missions des établissements publics de santé.

Les Centres hospitaliers qui se sont engagés dans la création d'unités hospitalo-universitaires d'odontologie peuvent être classés en deux catégories : ceux qui ont subi la création de ces unités et ceux qui l'ont choisi et se sont appropriés ce projet²¹.

Certaines unités ont en effet été créées sous la pression des dentistes libéraux et des collectivités locales. Les hôpitaux qui ont ainsi subi la création de ces unités ont pour caractéristique commune d'être dans des délais de réalisation contraints, qui viennent diminuer le temps nécessaire à chaque étape de développement et de maturation du projet. Parmi ces unités, certaines ont résulté de projets portés par des groupes de travail composés de représentants des collectivités locales, de l'URPS et du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes sans avoir au préalable été invité à participer à ces groupes de travail.

A l'inverse, d'autres EPS ; qu'ils soient ou non contactés par ces mêmes acteurs ; ont pleinement adhéré au projet et se le sont approprié. Le projet du CHU de Caen a ainsi émergé en interne, à partir d'une étude réalisée par des directeurs de pôle. Le CHU de

²¹ Catégorisation établie à partir des visites et/ou entretiens téléphoniques et physiques réalisés auprès des établissements hospitaliers ayant mis en place ces unités ou envisageant de le faire.

Poitiers appartient également à cette seconde catégorie d'établissements puisqu'il s'est pleinement approprié le projet et l'a développé en interne. Ces projets présentent souvent la caractéristique d'être pensés en amont et sont réalisés sous la houlette des établissements de santé.

Cependant, on peut se demander pourquoi les établissements relevant de cette seconde catégorie choisissent d'investir dans un domaine traditionnellement dévolu au secteur libéral.

Les établissements qui s'inscrivent dans cette démarche adhèrent au projet parce que celui-ci se situe dans la continuité des missions de formation des étudiants. Les hôpitaux disposent depuis longtemps de leurs propres écoles de formations, accueillent des étudiants des différentes facultés de médecine ou encore de pharmacie. Cette mission est encore plus ancrée dans l'ADN des CHU. Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie se situent donc dans le prolongement des missions traditionnelles de l'hôpital public.

L'hôpital public s'engage ensuite dans cette démarche parce qu'il est identifié par les différents acteurs (collectivités territoriales, ARS, URPS...) comme le seul capable de porter des projets d'une telle ampleur. Les projets portent tous sur des créations de minimum quatre fauteuils et les hôpitaux disposent de l'expertise technique et managériale dans la création d'unités. Les investissements sont souvent très importants et nécessitent un travail collaboratif de nombreuses professions. Ainsi, le projet du CHU de Poitiers porte sur un investissement de plus de 1,3 million d'euros, pouvant difficilement être supporté par des acteurs isolés. Ce projet a nécessité l'intervention de nombreux professionnels travaillant à l'hôpital : responsable de la stérilisation, direction de la construction et du patrimoine, affaires médicales, ressources humaines, direction des soins, ressources matérielles et achats notamment.

Enfin, une autre raison est apparue au fil des entretiens que j'ai pu mener : celle de répondre à un enjeu social et de santé publique. Le professeur Debaene, Président de la CME du CHU de Poitiers indique ainsi qu'« *à partir du moment où le secteur privé ne répond plus pleinement aux besoins de la population, c'est au public de prendre le relais et d'assumer son rôle pour garantir l'accès aux soins* ». Les hôpitaux publics pallient en effet traditionnellement les insuffisances du secteur libéral. Le CHU de Poitiers a par exemple décidé de créer une filière courte pour prendre en charge les patients qui ne relèvent pas des urgences, mais qui ne trouvent pas de réponse adaptée à leurs besoins en ville. Les enjeux sont donc similaires pour la création des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

Un autre enjeu explique selon lui l'intérêt des hôpitaux pour ces soins dentaires : celui de la prise en charge des personnes handicapées. Les associations de malades prennent de

plus en plus de poids et se prononcent pour une prise en charge publique des patients handicapés. Les hôpitaux ont saisi cet enjeu et veulent fidéliser cette patientèle qui demande une attention toute particulière. Il estime ainsi qu'en créant ces unités, les hôpitaux répondent principalement à une mission de santé publique, qui est au cœur de l'identité de l'hôpital. Monsieur Dewitte, Directeur général du CHU de Poitiers estime quand à lui que les hôpitaux publics sont légitimes pour intervenir dans le secteur des soins dentaires et y ont même intérêt. Les hôpitaux ont en effet vocation à prendre en charge les patients handicapés et les patients vieillissants. Les patients présentant des problèmes péculniaires d'accès aux soins se tournent également traditionnellement vers l'hôpital.

Ainsi, on voit se dessiner en filigrane une référence aux origines de l'hôpital public avec bien sûr en point d'orgue une référence claire à sa dimension sociale. Ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie entrent en résonance avec l'identité sociale profonde de l'hôpital. Il convient en effet de rappeler que l'hôpital public est fondé sur une dimension religieuse où le social avait un rôle prépondérant. Ainsi, les maisons hospitalières, qui sont les lointains ancêtres de nos hôpitaux actuels, ont été pensées comme des « *instruments de l'extension du christianisme* »²². Les hôpitaux avaient ainsi comme fonction première de venir en aide aux indigents et avaient érigé l'hospitalité comme valeur fondamentale. Cet héritage s'est perpétué mais a reculé avec le développement de la médecine (corollaire de la sécularisation) et plus récemment la séparation des politiques sanitaires et sociales. Il n'en reste pas moins que l'hôpital est toujours imprégné de cette identité « hospitalière » au sens propre du terme. Cette dimension coexiste aujourd'hui avec les missions de santé publique qui constituent également un des traits caractéristique de l'hôpital public français. Cependant d'autres raisons semblent avoir poussé les hôpitaux à créer des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

« *Ce mouvement initié par les URPS et par les ARS a été perçu par les directeurs d'hôpital comme une possibilité de structurer une prise en charge qui existait déjà, mais qui était dispersée* » indique de surcroît Jean-Pierre Dewitte. Il estime également que cela a pris du temps puisque historiquement, les dentistes constituent une profession libérale très indépendante. De plus, les hospitaliers craignaient l'instauration d'une médecine au rabais. Cela était sans doute lié à la méconnaissance de la formation des chirurgiens dentistes. Les hospitaliers pensaient qu'un étudiant de 6^{ème} année ne pouvait pas exercer en autonomie. En réalité, ces étudiants ont déjà réalisé des remplacements et sont largement autonomes.

²² AUTRET Joël, 2004 ; *L'hôpital aux prises avec l'Histoire*, l'Histoire du social (ed. L'Harmattan)

1.3.2 Un retour de l'hospitalo-centrisme dans un contexte post loi HPST.

La dimension identitaire a donc été certainement une des raisons qui a poussé les hôpitaux publics à investir le domaine des soins dentaires. Cependant, on peut également se demander dans quelle mesure ce recours aux hôpitaux publics ne constitue pas finalement un renforcement de l'hospitalo-centrisme.

Les soins dentaires sont en effet un domaine traditionnellement libéral comme nous l'avons vu dans l'introduction. Cependant, les chirurgiens-dentistes libéraux soutiennent aujourd'hui la création d'unités hospitalo-universitaires dans les hôpitaux publics de leur Région. Cela s'explique tout d'abord par une conscience de la dégradation de l'accès aux soins et par une impossibilité de faire face à la demande en soins dentaires, en particulier auprès des populations défavorisées. Les patients bénéficiaires de la CMU-C sont réputés coûter trop cher aux cabinets privés. En effet les soins classiques sont mal remboursés par la sécurité sociale et les tarifs ne permettent pas de compenser les charges des cabinets dentaires. Il existe tout de même un « panier de soins CMU-C » qui permet au patient de bénéficier du tiers payant pour des actes, prothèses et traitements figurant sur une liste limitative. Les chirurgiens dentistes ne peuvent pas facturer de dépassement d'honoraires, même s'ils exercent en secteur 2 à honoraires différents²³.

Or, la structure de financement d'un cabinet privé repose sur un équilibre entre ces patients bénéficiant de la CMU-C et des patients pouvant régler des frais plus élevés sur certains actes. L'équilibre de la structure en dépend. La paupérisation et la dégradation des conditions économiques de vie de la population tendent à fragiliser le résultat des chirurgiens-dentistes libéraux, qui sont en outre de plus en plus confrontés aux problématiques sociales de leurs patients. Leur intérêt est désormais de collaborer avec le secteur public pour créer une offre de soins dentaires plus étoffée sur le territoire et adaptée aux besoins de la population. A cela vient s'ajouter la volonté légitime de céder les cabinets dentaires à bon prix et de pouvoir partir à la retraite en sachant que l'activité continuera d'être assurée sur le territoire.

Le secteur libéral s'implique donc beaucoup dans la création, le financement et dans le fonctionnement de ces unités au travers des URPS, du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires. Cette implication ne serait certainement pas la même si l'hôpital créait une unité dans un secteur beaucoup plus concurrentiel. M. Debaene, président de la CME du CHU de Poitiers estime ainsi que l'unité hospitalo-universitaire ne sera pas en concurrence frontale avec le secteur privé, mais bien dans une « dynamique de collaboration ».

²³ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

De plus, les modes d'exercices évoluent et de plus en plus de praticiens souhaitent se tourner vers le salariat ou la fonction publique²⁴. On observe également une tendance, tout comme pour les spécialités médicales, à l'exercice en collaboration²⁵. L'exercice solitaire de la profession de chirurgiens-dentistes tend à régresser au profit de formes de travail collectives. Cela explique également pourquoi les chirurgiens-dentistes libéraux soutiennent la création de ces unités.

Monsieur Dewitte, Directeur général du CHU de Poitiers analyse ce recours à l'hôpital public en expliquant que la prise de conscience des ARS est finalement récente. Il n'y avait pas jusqu'à très récemment de référent odontologie dans les ARS. De plus, les établissements de santé étaient marginalisés dans la mise en place de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) bucco-dentaires. Dorénavant, à Poitiers il faut appeler le 15 pour trouver un chirurgien dentiste de permanence. La réforme de la PDSA bucco-dentaires du 27 janvier 2015²⁶ a en effet introduit un mécanisme de permanence des soins pour les dimanches et jours fériés. Cette obligation est présentée comme découlant d'un fondement déontologique. Un tableau régional des permanences doit dorénavant être établi sous l'égide de l'ARS. L'organisation de cette permanence des soins ; qui concerne les chirurgiens-dentistes libéraux, les chirurgiens-dentistes collaborateurs et les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé ; fait en effet l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS. Cet arrêté est ensuite soumis pour avis au Conseil Régional de l'ordre des chirurgiens dentistes. Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaire est également consulté sur les modalités pratiques d'organisation de cette permanence. Le Centre 15 du CHU de Poitiers a donc été désigné comme l'interlocuteur unique du département de la Vienne pour orienter les patients vers le chirurgien-dentiste de permanence.

Aujourd'hui on se dirige aujourd'hui de plus en plus vers un véritable pilotage de la politique d'accès aux soins d'odontologie où l'hôpital public va tenir un rôle important. Ces unités sont également l'occasion, pour l'hôpital public, d'inscrire son action sur son territoire et de s'imposer comme l'acteur majeur de santé sur son territoire. Ce sursaut identitaire est particulièrement signifiant dans un contexte post-loi HPST où l'hôpital a vu son rôle diminuer au profit de l'ambulatoire. En effet, la loi HPST²⁷ a considérablement modifié le cadre juridique du service public hospitalier tel qu'il avait été mis en place par la

²⁴ Observatoire des Métiers dans les professions libérales, étude de juillet 2012 : « Cabinets Dentaires - De l'état des lieux à la prospective »

²⁵ Ibidem

²⁶ Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé

²⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

loi Boulin de 1970²⁸. En sortant la notion de service public du seul giron hospitalier, la loi HPST a voulu déconstruire un hospitalo-centrisme historique. La convocation de l'hôpital public par les ARS, par les collectivités territoriales et par les chirurgiens-dentistes libéraux eux-mêmes pour répondre aux problèmes de démographie des professions libérales de santé renoue avec cet hospitalo-centrisme qui avait été un temps combattu. L'hôpital public est plus que jamais perçu comme un acteur ancré sur son territoire dont les actions sont susceptibles d'influer sur l'organisation territoriale des soins. C'est peut-être en cela que les choses changent. L'hospitalo-centrisme induit par ces projets ne renferme pas l'hôpital sur lui-même, mais l'ouvre vers l'extérieur, dans un rôle d'hôpital promoteur de santé.

1.3.3 Vers un Hôpital Promoteur de Santé ?

Jean-Jacques Romatet, alors Directeur général du CHU de Nice, soulignait dans un article de 2003 qu' « à ce jour, les missions de l'hôpital restent essentiellement tournées vers les soins, et les CHU vers les soins, l'enseignement et la recherche »²⁹. Dans cet article, il parlait ainsi de « virage manqué » de la santé publique au moment de l'adoption de la loi Debré du 30 décembre 1958. Monsieur Romatet se référait à un discours prononcé par le Pr Debré en 1973, devant les étudiants de l'ancienne Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)³⁰, dans lequel il avait déclaré regretter avoir manqué ce virage de la santé publique. Selon le professeur Debré, « L'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés que de sujets hospitalisés. Mieux encore, dans l'urbanisme de demain, il doit y avoir un quartier de santé, comme il y a un quartier des affaires ». Ce discours date de 1973, mais demeure d'actualité puisque jusqu'à aujourd'hui, peu d'initiatives ont contribué à mettre la santé publique au cœur de l'activité hospitalière et par voie de conséquence à inscrire l'activité hospitalière élargie au cœur de son territoire.

Aujourd'hui, l'hôpital public tend à s'ouvrir de plus en plus vers l'extérieur comme en témoigne par exemple le développement de maisons de santé publique comme à Grenoble ou encore d'hôpitaux de santé publique comme à Toulouse. Selon le Dr Albouy Llaty, médecin de santé publique au CHU de Poitiers, les unités hospitalo-universitaires d'odontologie s'inscrivent dans la même tendance et apparaîtront certainement dans les années à venir comme des unités ouvertes sur la ville. Un des futurs enjeux de ces unités sera d'initier une démarche de promotion de la santé, y compris auprès des publics non-malades (hygiène bucco-dentaire, prévention des caries et des dysfonctions). S'engager

²⁸ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

²⁹ ROMATET Jean-Jacques, mai - juin 2003 « Une pensée globale qui doit inspirer le changement », dossier Revue Hospitalière de France, p10-11.

³⁰ DEBRE Robert, 1999 Intervention lors du colloque de Caen « La Réforme Debré : un tiers de siècle après » éditions ENSP.

dans une telle démarche de promotion de la santé serait également bénéfique pour les hôpitaux et l'Assurance maladie puisque de nombreuses maladies sont directement liées à la santé bucco-dentaire. Une étude écossaise de 2010³¹ a ainsi montré qu'une mauvaise hygiène dentaire pouvait être à l'origine du développement de maladies cardiovasculaires. Le risque de développer une maladie cardiovasculaire est 70% plus important chez les patients qui ne se brossent pas régulièrement les dents que chez ceux qui ont de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire. Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut également être à l'origine d'infections ou de complications au cours de la grossesse³².

Certaines sociétés savantes vont encore plus loin en incitant à considérer l'odontologie sous un angle plus large de santé publique bucco-dentaire. La société française des Acteurs de Santé Publique Bucco-dentaire (ASPBD) a ainsi choisi de faire porter sa 15^{ème} journée de la santé publique dentaire ; qui aura lieu le 5 novembre 2015 ; sur le thème « Quelles éducations en santé bucco-dentaire ? ». Les acteurs du monde de la santé bucco-dentaire s'ouvrent donc sur ces problématiques comme en témoigne le programme de cette journée. Ainsi à titre d'exemple, des conférences telles que « Éducation Thérapeutique du Patient en Odontologie : Expérience pilote d'un programme en Parodontologie au CHU de Nantes » ou « Pourquoi et comment faire de l'éducation pour la santé un outil majeur de lutte contre les inégalités sociales de santé » entrent en résonance avec les préoccupations actuelles dans le domaine de l'accès aux soins bucco-dentaires et donc avec les unités hospitalo-universitaires d'odontologie. Pourquoi ne pas imaginer que ce qui est aujourd'hui pensé comme une unité curative puisse devenir à terme une unité hospitalo-universitaire de santé bucco-dentaire ? Selon le docteur Albouy Llaty, des programmes d'éducation thérapeutique, des ateliers sur les douleurs bucco-dentaires ou encore des actions dans les murs et hors les murs de prévention pourraient ainsi constituer le complément d'une unité de soins plus classique.

Avec les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées, les hôpitaux deviennent donc le support de la réponse apportée aux problèmes de démographie et d'accès aux soins. L'étape suivante pour ces unités sera peut-être de sortir d'une vision purement curative pour devenir des centres de santé bucco-dentaire dans une logique d'hôpital promoteur de santé. Si les perspectives offertes par ces unités sont très intéressantes, cela ne doit pas occulter des difficultés systématiques rencontrées par les hôpitaux dans la gestion et le fonctionnement de ces unités. Le modèle organisationnel de ces unités apparaît en effet comme perfectible à bien des égards.

³¹ DE OLIVEIRA C, HAMER M, WATT R. mai 2010, *Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey*

³² PLANETE SANTE, Juin 2012 « Mauvaise hygiène dentaire : quels risques sur la santé ? »

2 Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie : un modèle organisationnel perfectible.

2.1 Quel bilan pour ces unités d'un nouveau genre ?

2.1.1 Une réponse adaptée aux besoins de santé de la population.

Ces unités sont certes relativement récentes, mais il demeure néanmoins possible d'évaluer la pertinence de l'offre de soins proposée. Force est de constater que ces unités ont présenté dès leur ouverture des plannings de rendez-vous remplis. Ainsi, après seulement deux semaines d'ouverture, « Le Havre Dentaire » affichait déjà des délais de rendez-vous supérieurs à un mois et recevait plus de 50 appels par jour³³. Partout où ces unités ont été créées, le recrutement de patients n'a jamais été un problème ; bien au contraire. Ces unités semblent même confrontées à un allongement de leurs délais d'attente et doivent aujourd'hui se résoudre à augmenter leur capacité d'accueil.

« Le Havre Dentaire » a ainsi ouvert le 2 janvier 2014 avec six fauteuils de soins dentaires. Il en compte aujourd'hui neuf et compte faire l'acquisition d'un dixième. La création de fauteuils supplémentaires répond à la fois à un besoin de la population, ainsi qu'à un souhait de la faculté de Lille. L'augmentation du nombre de fauteuil a ainsi permis de stabiliser les délais de rendez-vous entre un à deux mois au Havre. Toutes les unités hospitalo-universitaires de plus de deux ans ont dû créer des fauteuils supplémentaires pour faire face à la demande de la population. Disposer d'une réserve foncière au moment de la création des unités apparaît ainsi comme une variable d'ajustement fondamentale.

La réponse apparaît ensuite particulièrement adaptée aux patients nécessitant des prises en charge complexes. En effet, les unités se sont fait une spécialité d'assurer la prise en charge des patients handicapés (somatique ou psychique), la prise en charge des personnes âgées ou encore celle des enfants et patients atteints de polyopathologies. Les locaux sont non seulement adaptés, mais le personnel est également formé à ces prises en charges. La proximité des autres spécialités de l'hôpital permet également d'enrichir la prise en charge du patient en faisant le lien entre les chirurgiens-dentistes et les différents services de l'hôpital. Le Docteur Bemer, responsable de la structure « Le Havre Dentaire » intervient ainsi à l'hôpital dans le cadre de l'activité de cancérologie. D'autres praticiens d'autres établissements interviennent auprès des services de gériatrie, de maladies infectieuses ou encore auprès des centres du sommeil.

³³ Article LE MAT-THIEULEN Doris, 17 janvier 2012 « Le Havre : l'urgence dentaire de nouveau soignée » Normandie Actu.

De plus, les tarifs étant inférieurs à ceux pratiqués dans le secteur libéral, toutes les unités hospitalo-universitaires d'odontologie constatent que beaucoup de patients défavorisés viennent consulter dans ces unités. L'unité hospitalo-universitaire de l'hôpital Saint-Julien de Rouen estime que sa patientèle se compose pour moitié de personnes en situation de fragilité (personnes âgées, handicapées, enfants, personnes en coma végétatif...) et pour moitié d'un public généraliste, mais avec une forte dominante précaire. Ils constatent ainsi un fort taux de patients bénéficiant de la CMU / CMU-C.

Les urgences dentaires attirent d'une manière générale beaucoup de patients. Elles fonctionnent donc très bien, parfois même trop bien... « Le Havre Dentaire » reçoit ainsi en moyenne environ 25 patients par jour pour des urgences dentaires. Il faut cependant veiller à ce que les chirurgiens-dentistes libéraux ne se défaussent pas de ces urgences dentaires et ne renvoient pas systématiquement vers l'hôpital public tous leurs patients venant en urgence. Ainsi, cette tendance a pu être observée dans certaines régions et a nécessité un recadrage. Les chirurgiens-dentistes assuraient les urgences dentaires avant la création de ces unités et savent donc parfaitement gérer ces situations. Il serait anormal que le secteur public soit le seul à assurer cette activité qui pèse sensiblement sur l'activité programmée.

2.1.2 Une satisfaction globale des étudiants et professionnels dentaires.

Les professionnels et étudiants apparaissent comme globalement satisfaits de ces unités. Beaucoup d'étudiants constatent que ces unités leur permettent de réaliser d'avantages d'actes. Le Doyen Yves Amouriq de la faculté d'odontologie de Nantes confirme l'attrait des étudiants pour la pratique dans les unités délocalisées. Il évoque le cas des équipements de Conception et de Fabrication Assistées par Ordinateur (CFAO) : « *La faculté d'odontologie de Nantes dispose de 3 CFAO dentaire pour 74 fauteuils. Cela intéresserait bien sûr les étudiants de venir pratiquer sur ces machines dans une unité hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée* ». Actuellement, les étudiants sont formés à l'utilisation de ces machines, mais manquent de pratique. Cela concerne également l'utilisation des panoramiques dentaires, Cone Beam (imagerie 3D) et même les soins au fauteuil.

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie apparaissent comme la solution pour réaliser plus d'actes et progresser rapidement dans sa pratique. Les retours des étudiants sont très positifs sur ces unités : une étudiante de l'unité de Rouen déclarait ainsi dans la revue Clinic³⁴ avoir « *huit mois d'avance* » sur ses camarades de la faculté. Une autre étudiante du service de Rouen déclare dans la même revue « *ma présence dans le centre*

³⁴ Revue Clinic, septembre 2013 ; enquête « Services d'odontologie : quand la greffe prend en Région »

d'odontologie me donne l'occasion d'effectuer davantage de suivi patient et j'ai au final plus de pratique ». Une étudiante affirme dans l'article avoir traité une centaine de dents contre seulement cinq l'année précédente quand elle était encore à la faculté.

Si ces unités ont un tel succès auprès des étudiants, c'est également parce qu'elles renouent avec une forme d'apprentissage : le compagnonnage. Ce format est très apprécié des étudiants qui se retrouvent en contact avec des praticiens exerçant dans le secteur libéral et des praticiens hospitaliers. Ce mode d'apprentissage au plus proche des chirurgiens-dentistes seniors permet à chacun de trouver le mode d'exercice qui lui convient le mieux. Le Docteur Alain Duret, président du Conseil Régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie a indiqué lors d'un entretien téléphonique que les étudiants avaient par la suite des parcours pouvant être différents. Ainsi, un étudiant qui était passé par la structure « Le Havre Dentaire » avait par exemple choisi de poursuivre son exercice professionnel dans une unité publique en Bretagne.

De leur côté, les chirurgiens-dentistes libéraux y trouvent également leur compte puisqu'ils peuvent ainsi participer à la formation des étudiants et transmettre leurs pratiques. Ces unités leur permettent également de trouver des personnes pour des remplacements ou pour d'éventuelles collaborations futures. Ces unités leur permettent enfin de céder leurs cabinets à un meilleur prix au moment de partir en retraite.

2.1.3 Le manque de recul et les incertitudes sur les effets à long terme de ces unités sur l'installation de nouveaux chirurgiens-dentistes.

Si ces unités semblent contenter patients comme chirurgiens-dentistes et étudiants, l'impact en termes d'installation des étudiants dans la région reste incertain. En effet, ces unités sont trop récentes pour que l'on puisse réellement apprécier l'impact de leur création sur l'installation de jeunes chirurgiens libéraux. Aucune étude n'a été menée pour confirmer ou infirmer ce qui était pourtant la justification première de ces unités.

Afin d'objectiver ce phénomène, j'ai tout d'abord contacté l'ONDPS afin de voir s'ils disposaient de données plus récentes que celles en ligne. Les données C@rtoSanté ou celles du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes remontent en effet à 2013 et ne permettent pas d'évaluer l'impact de la création de ces unités. L'observatoire m'a affirmé ne pas avoir de données plus récentes sur l'installation des chirurgiens-dentistes, ce qui m'a conduit à contacter le docteur Alain Duret, Président du Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie pour savoir si une étude avait été menée sur ce sujet ou s'il disposait de chiffres qui me permettraient d'objectiver ce phénomène.

J'ai choisi de m'intéresser à cette région car elle présente la caractéristique d'avoir deux unités hospitalo-universitaires d'odontologie qui ont ouvert toutes les deux au mois de janvier 2012. Puisqu'aucune étude n'avait été menée et ne pouvait être menée sur ce

sujet, nous avons convenu que la seule chose à faire était de contacter les anciens étudiants des unités pour voir ce qu'ils étaient devenus.

J'ai donc rédigé un questionnaire (Annexe VIII) à l'attention des anciens-étudiants afin de déterminer l'impact de leur passage dans l'unité sur leurs vellétés d'installation en Haute-Normandie. Les résultats de cette enquête doivent cependant être analysés avec beaucoup de précaution puisque sur les 36 anciens étudiants contactés seulement 11 ont répondu à cette enquête (soit à peine plus de 30%). On peut par ailleurs penser que ceux qui ont pris le temps d'y répondre sont les plus concernés, c'est-à-dire ceux qui ont fait le choix de rester en Haute-Normandie après leur passage dans une des deux unités hospitalo-universitaires d'odontologie. Ce questionnaire vient cependant apporter un éclairage sur les choix de ces étudiants. L'enquête a donc donné les résultats suivants (Annexe VIII) :

- Sur les 11 répondants, 9 ont exercé dans l'unité de l'hôpital Saint-Julien de Rouen et 2 dans l'unité « Le Havre Dentaire ». Ils avaient effectué leur PACES dans les universités de Lille pour un d'entre eux, de Rouen pour 8 d'entre eux et de Rennes pour 2 d'entre eux.
- 3 étudiants sont restés 2 semestres et 8 étudiants sont restés 4 semestres dans la même unité.
- Sur ces 11 répondants, 1 était encore en cours de formation dans une de ces unités, 4 avaient fini depuis 1 à 2 mois et 6 depuis plus d'un an.
- Ainsi, sur les 10 anciens étudiants ayant terminé leurs études, 8 se sont installés dans la région Haute-Normandie par la suite. Sur ces 8 chirurgiens dentistes, 7 y exercent toujours.
- Les remplacements et la collaboration salariée sont les modes d'exercice privilégiés à la fin des études d'odontologie. 7 étudiants ont ainsi réalisés des remplacements, 6 des collaborations salariées, 2 des collaborations libérales et 2 se sont installés en exercice libéral simple.
- 3 personnes envisagent de rester dans la région entre 1 et 3 ans, 1 personne entre 3 et 10 ans et 2 personnes plus de 10 ans. Une personne déclare ne pas savoir combien de temps elle va rester.
- A la question « pensez-vous que vous vous seriez installés en Haute-Normandie si vous n'y aviez pas effectué une partie de votre formation dans une unité hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée ? », 5 personnes répondent non et 3 répondent oui.

Il ressort donc de cette enquête que sur les 11 répondants, 8 ont exercé dans la région Haute-Normandie à la suite de leurs études, dont 7 continuent d'y exercer. La plupart des

personnes choisissent d'y effectuer des remplacements. Cet élément n'est pas de nature à traduire à lui seul des velléités d'installation. Cependant, il est intéressant de noter que les étudiants exercent souvent sous plusieurs modes avant de s'engager dans un processus d'installation. Ainsi, les deux modes d'exercice traduisant le plus une volonté de s'installer durablement dans la région (la collaboration libérale et l'exercice libéral simple) représentent tout de même près de la moitié des personnes ayant choisi d'exercer en Haute-Normandie à la fin de leurs études. De plus, la moitié des personnes ayant choisi d'exercer en Haute-Normandie à la fin de leurs études envisagent une installation durable (plus de 3 ans).

Pour résumer, parmi les 11 participants à l'enquête :

- 73% ont exercé en Haute-Normandie à la suite de leurs études (remplacements compris).
- 36% envisagent une installation durable (de plus de 3 ans).

L'impact de ces unités peut également être analysé à l'aune des réponses données à la question « pensez-vous que vous vous seriez installés en Haute-Normandie si vous n'y aviez pas effectué une partie de votre formation dans une unité hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée ? » puisque 62,5% des personnes ayant exercé en Haute-Normandie à la suite de leurs études répondent que leur passage dans une de ces unités a influencé leur installation (même de courte durée) dans la région. Il semble donc qu'il existe bel et bien un lien entre région de formation et région d'installation comme l'avait souligné l'ONDPS. Cependant, les limites certaines de cette enquête interdisent de tirer une règle générale permettant d'objectiver pleinement ce phénomène.

2.2 Un volontarisme hospitalier tempéré par les difficultés organisationnelles et de gestion des unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

2.2.1 Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées confrontées à des difficultés de gestion des ressources humaines récurrentes.

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie n'ont certes pas encore prouvé qu'elles étaient de nature à enrayer le déficit démographique des chirurgiens-dentistes, mais elles ont démontré qu'elles avaient leur place dans l'environnement hospitalier en démontrant leur utilité en termes de formation des étudiants et de réponse aux besoins de la population. Cependant plusieurs difficultés récurrentes sont à observer dans les unités hospitalo-universitaires d'odontologie. Ainsi, il ressort des entretiens que j'ai pu mener et des unités que j'ai pu visiter que la gestion des ressources humaines y est complexe.

La principale difficulté porte sur le recrutement des praticiens titulaires. En effet, de nombreuses unités hospitalo-universitaires peinent à recruter des praticiens hospitaliers chirurgiens-dentistes pour exercer dans ces unités. L'exercice dans le secteur libéral est toujours le mode d'exercice privilégié et peu de chirurgiens-dentistes souhaitent exercer dans le secteur public. Les profils de maître de conférences des universités - praticien hospitalier (MCU-PH) et praticien hospitalier (PH) sont rares et très recherchés. Ils préfèrent souvent s'orienter vers des CSERD où ils peuvent exercer des missions d'enseignement, de recherche et pratiquer leur activité dans des domaines souvent plus « pointus ». L'omni-pratique n'est pas un atout pour des profils spécialisés. A l'inverse, les chirurgiens-dentistes libéraux ont des profils d'omnipraticiens mais ne sont pas attirés par le secteur public. La rémunération y est bien souvent moins attractive et la prise en charge des patients y est réputée plus complexe. Le fonctionnement hospitalier, jugé trop « administratif » selon les termes de chirurgiens-dentistes interrogés, est également de nature à décourager les éventuels candidats. Ainsi, il est plus facile de trouver des vacataires pour venir exercer et encadrer sur une ou deux demi-journées que de recruter un praticien hospitalier.

De plus, les profils recherchés par les hôpitaux sont des profils expérimentés. Il faut en effet recruter quelqu'un capable d'encadrer, de former des étudiants mais aussi de porter le projet et d'ouvrir la structure. Or, les personnes expérimentées sont souvent installées et moins mobiles que les plus jeunes. Là encore, l'attractivité des hôpitaux publics semble à la peine. Le Centre Hospitalier du Havre a ainsi un poste de PH vacant pour sa structure « Le Havre Dentaire » et ce, depuis son ouverture. Cette problématique est centrale et doit être un point de vigilance important au moment de la création de ces unités.

Ces problèmes de recrutement s'étendent au reste du personnel. Le recrutement des assistants dentaires et référents médico-administratif est également complexe. La tentation des hôpitaux est bien souvent celle de redéployer des effectifs hospitaliers sur ces nouveaux postes. Or, cela ne va pas sans poser quelques soucis d'adaptation pour le personnel. Le Centre hospitalier du Havre est ainsi confronté à un problème récurrent de turnover touchant notamment les référents médico-administratifs. Ce turnover implique de réaliser à chaque nouvelle arrivée des formations intensives afin de conserver un même niveau d'expertise.

Une autre difficulté va émerger dans les mois à venir avec la possible inscription dans le Code de la Santé publique de la profession d'assistant dentaire. A la suite du rapport

Duhamel de 2010³⁵, la loi Fourcade de 2011³⁶ avait déjà envisagé d'inscrire cette profession au Code de la Santé publique afin de la valoriser et d'en réglementer l'exercice. L'objectif était également d'unifier le statut entre les assistants dentaires travaillant dans le secteur libéral et ceux travaillant dans le secteur public. Cette disposition avait finalement été retoquée par une décision du Conseil Constitutionnel³⁷ à l'occasion de l'examen de cette loi. Elle constituait un cavalier législatif et avait été enlevée du texte final. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui devrait selon toute vraisemblance être adopté avant la fin de l'année 2015 devrait reprendre cette disposition qui ne fait pas l'objet de contestations. Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie doivent anticiper ce phénomène. Cela aura notamment un impact sur les conditions d'accès au métier d'assistant dentaire et donc sur le recrutement des établissements publics de santé, qui sera certainement limité en interne. Ainsi, le projet de loi mentionne que « *les modalités de la formation, notamment les conditions d'accès, le référentiel des compétences ainsi que les modalités de délivrance de ce titre, sont fixés par arrêté du ministre chargé de la Santé, après avis conforme d'une commission comprenant des représentants de l'État et des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires, dont la composition est fixée par décret* »³⁸. Les marges de manœuvre des établissements publics de santé risquent donc d'être réduites dans un contexte de difficultés de recrutement d'assistants dentaires.

2.2.2 Un turnover désorganisateur chez les étudiants.

Le turnover des étudiants peut être perçu comme une chance pour l'installation de chirurgiens dentistes dans la région, mais celui-ci apparaît également comme un facteur important de désorganisation des unités. Tout d'abord, les étudiants ne passent que deux jours et demi par semaine dans l'unité de soins dentaires, ce qui complique l'organisation des plannings. Ils consacrent le reste de leur temps dans des cabinets libéraux et à la rédaction de leur thèse. Ensuite, l'ensemble des étudiants est absent quatre semaines par an pour passer des examens et suivre des cours directement dans leur faculté d'origine. Il est cependant à noter que ce nombre de semaines peut varier d'une unité à l'autre, en fonction de l'organisation dans les facultés d'odontologies françaises. L'enjeu pour les hôpitaux est alors d'arriver à maintenir une activité suffisante pendant cette période.

³⁵ Inspection Générale des Affaires sociales, Dr Gilles Duhamel, juillet 2010 « rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la Santé publique ».

³⁶ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁷ Décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011.

³⁸ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes ; « Projet de loi de modernisation du système de santé », 2015

De surcroît, les unités sont souvent confrontées à un manque de visibilité sur le nombre d'étudiants d'un semestre sur l'autre. Ce facteur est de nature à engendrer des difficultés de programmation. Certaines unités indiquent même être obligées de déprogrammer des soins en cas de sous-effectif étudiant. Lorsque l'on interroge les étudiants, le principal facteur bloquant pour se décider sur leur venue dans une unité est le logement. En effet, les étudiants sont souvent confrontés à des incertitudes concernant leur avenir professionnel et il est souvent difficile de se projeter dans une région avant d'y avoir effectué son stage. Ils attendent donc des unités hospitalo-universitaires délocalisées d'odontologie qu'elles leur mettent à disposition un logement à proximité de leur lieu de travail. Cette difficulté peut parfois se coupler avec d'autres problématiques de logement à l'occasion des stages en cabinet libéral.

Enfin, le turnover des étudiants tous les six mois ne facilite pas l'augmentation de la productivité des unités hospitalo-universitaires d'odontologie. Les interlocuteurs que j'ai interrogés sur ce sujet m'ont tous fait part de cette problématique. Les étudiants arrivant en même temps à chaque semestre, l'unité est confrontée à des creux d'activité. En effet, il y a un temps d'adaptation nécessaire pour se familiariser avec l'environnement, les outils et les pratiques.

Cependant, les étudiants de sixième année présentent à l'inverse de ceux de 5^{ème} année une « bonne productivité » comme le souligne le doyen Amouriq de la faculté d'odontologie de Nantes. Le docteur Daniel Perrin, Chef du service Odontologie de l'unité de Dijon précise dans la revue Clinic³⁹ « *l'accueil des étudiants dans ces services devrait être réservé aux étudiants de sixième année, lorsque l'étudiant a obtenu son certificat de synthèse clinique* ». Il ajoute même que « *certains services accueillent des étudiants de cinquième année, c'est une erreur !* ». Le choix de Caen a été d'accueillir uniquement des étudiants de sixième année afin qu'ils puissent travailler en autonomie et être plus productifs. Le Centre Hospitalier du Mans estime ainsi qu'un étudiant de sixième année peut réaliser 70% de la charge de travail d'un chirurgien-dentiste sénior. Néanmoins, le turnover reste un élément problématique pour l'organisation de l'unité puisqu'un temps d'adaptation, plus ou moins long en fonction des organisations, est nécessaire. Ainsi, les étudiants doivent se familiariser avec les équipements biomédicaux, avec les outils informatiques et les outils de codage. Le codage de l'activité, permettant de récupérer des financements de l'Assurance maladie, peut également être une difficulté dans certaines unités lorsque les étudiants sont insuffisamment accompagnés.

³⁹ Revue Clinic, septembre 2013 ; enquête « Services d'odontologie : quand la greffe prend en Région »

2.2.3 Un fonctionnement et une prise en charge variant sensiblement de celle des autres unités hospitalières.

Le fonctionnement de ces unités semble également problématique parce que les hôpitaux ont tendance à calquer un modèle hospitalier sur une spécialité qui s'est développée en dehors de l'hôpital, avec un financement conçu pour l'exercice libéral. Penser ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie comme des unités hospitalières classiques présente certes l'avantage d'être plus commode et rassurant mais peut être également source de désorganisation et de manque d'efficacité. De surcroît, des impératifs de maintien de la paix sociale au sein de l'établissement peuvent également pousser les établissements publics de santé à reproduire des modèles organisationnels éprouvés et acceptés par les organisations syndicales.

L'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes m'a ainsi invité à visiter un cabinet libéral à Nueil-les-Aubiers, fonctionnant sur le mode d'une collaboration de cinq chirurgiens-dentistes. Cette expérience était intéressante car elle m'a permis de comparer le fonctionnement hospitalier à l'exercice libéral. J'ai également eu l'occasion de visiter deux autres cabinets libéraux en Dordogne au cours de mes recherches.

La principale différence observable se situe dans la facturation des soins. Contrairement à la plupart des unités hospitalières classiques qui ne sont pas organisées pour faciliter le recouvrement des frais de soins, les cabinets libéraux facturent directement et systématiquement aux patients à la fin de la consultation et le cas échéant, en demandant l'avance des frais. Les paiements sont donc encaissés directement. Les chirurgiens-dentistes libéraux sont coutumiers de recevoir des acomptes et d'échelonner les paiements. Une telle pratique n'est pas réellement bien développée dans les EPS et n'existe qu'à l'état d'expérimentation avec le programme de simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées (SIMPHONIE). Ce programme lancé auprès d'une trentaine d'établissements expérimentateurs vise à fluidifier le parcours patient et à faciliter le recouvrement des frais de soins ou de séjours auprès des patients et de leurs organismes complémentaires. Le programme SIMPHONIE prévoit ainsi la consultation directe des droits réels en ligne et donc la détermination du reste à charge, ou encore la possibilité de relever l'empreinte de carte bleue pour un paiement sécurisé. Un des trois objectifs de ce programme est donc de viser un « paiement immédiat du reste à charge avant la sortie de l'hôpital »⁴⁰, mais il ne s'agit que d'une expérimentation montrant bien que cette pratique n'est que peu développée dans les hôpitaux français. De plus les règles comptables découlant notamment du principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable peuvent parfois

⁴⁰ PROGRAMME SIMPHONIE, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes ; DGOS 2015.

être de nature à pénaliser l'exercice public de l'art dentaire. Les conventions constitutives de régies doivent être adaptées à ces unités afin de ne pas se retrouver dans des situations bloquantes. En effet, un Centre hospitalier a indiqué que certaines factures pouvaient dépasser les 30 000 euros, d'où la nécessité de prévoir la possibilité d'échelonner les paiements (devis avec échéanciers) ou encore de prévoir des plafonds d'encaisse importants dans la constitution constitutive de régie.

La stérilisation diffère également de la celle effectuée dans le secteur privé. En effet, l'effet volume empêche souvent la réalisation de la stérilisation dans l'unité elle-même. Certaines unités disposant de peu de fauteuils peuvent cependant envisager d'acheter des nettoyeurs désinfecteurs pour fonctionner en autonomie. C'est par exemple ce qu'envisage de faire la future unité du CHR d'Orléans, qui ne prévoit que 4 fauteuils de soins dentaires. Les autres unités fonctionnent à l'inverse en ayant recours à une stérilisation centrale. Mme Aigrin, pharmacienne responsable de la stérilisation au CHU de Poitiers, a mis en exergue les principales difficultés rencontrées dans la stérilisation des outils dentaires. Ainsi, l'activité dentaire est fortement consommatrice de petites pièces, qui nécessitent d'avoir des cassettes adaptées. La rotation des outils peut être importante en fonction de l'activité de l'unité et nécessiter des ajustements en stérilisation centrale. Ensuite, les contre-angles et moteurs nécessitent du temps supplémentaire puisqu'ils doivent faire l'objet d'une attention particulière. Le lavage des pièces prend du temps (notamment le temps de trempage) et les pièces doivent ensuite être graissées.

Les relations directes avec les fournisseurs sont également courantes dans le secteur libéral. A contrario, les règles de passation des marchés publics peuvent ralentir la mise à disposition de matériel et équipements. Certains praticiens sont frustrés de ne pas pouvoir choisir leurs fournisseurs comme ils en ont l'habitude dans le secteur libéral. Cela peut conduire à des incompréhensions qui m'ont été rapportées lors de mes entretiens.

Enfin, j'ai pu observer une différence notable sur les fonctions attribuées aux assistantes dentaires. Les assistantes dentaires, dont la profession sera certainement bientôt reconnue dans le Code de la Santé publique, réalisent beaucoup plus de tâches que dans les unités publiques. Elles réalisent le plus souvent l'accueil du patient, la comptabilité du cabinet, la stérilisation, les panoramiques dentaires, la gestion des stocks et assistent bien évidemment le praticien pendant les soins qu'il prodigue. A l'inverse leur rôle est bien souvent cantonné au fauteuil de soins dans les unités hospitalo-universitaires d'odontologie. Elles y réalisent parfois la décontamination et l'accueil du patient. Cette situation est de nature à expliquer le ratio d'assistants dentaires par fauteuil beaucoup plus important dans le secteur libéral que dans ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

Il existe donc des différences organisationnelles notables entre les unités publiques délocalisées et les cabinets libéraux. Celles-ci découlent la plupart du temps de la réglementation, qui est différente en fonction du statut juridique des structures de soins dentaires.

2.3 Un déficit structurel des unités hospitalo-universitaires d'odontologie difficile à enrayer.

2.3.1 *Les caractéristiques de la patientèle.*

Le principal problème commun aux unités hospitalo-universitaires d'odontologie tient au déficit récurrent constaté dans l'ensemble de ces unités. Toutes les unités hospitalo-universitaires d'odontologie que j'ai pu contacter ou visiter présentent les mêmes caractéristiques. Les comptes de résultat sont tous déséquilibrés et font apparaître un déficit pouvant parfois atteindre la moitié des charges de fonctionnement de la structure. Il convient d'en analyser les causes afin de déterminer dans quelle mesure les établissements publics de santé peuvent intervenir pour rétablir l'équilibre financier de ces unités. En effet, pourquoi une structure publique ne réussirait pas à réaliser plus de 100 000 euros de chiffre d'affaire annuel par fauteuil quand des cabinets privés réaliseraient en moyenne 212 000 euros de chiffre d'affaire annuel par fauteuil⁴¹ ?

Une raison souvent invoquée pour tenter de justifier ce déficit tient aux caractéristiques de la patientèle qui serait particulière dans le secteur public. Il apparaît en effet que le profil de patientèle est différent de celui rencontré dans les cabinets libéraux. Cela est certainement en partie dû aux effets tarifs. Ainsi, toutes les personnes contactées dans le cadre de ce mémoire ont confirmé recevoir un public plutôt précaire.

L'unité d'odontologie de l'hôpital Saint-Julien de Rouen estime que sa patientèle se compose à 50 % de personnes en situation de fragilité et à 50% d'un public généraliste avec une dominante précaire. Ainsi, la structure reçoit beaucoup de personnes âgées provenant notamment des EHPAD du département, des personnes handicapées, des enfants ou encore des patients du centre hospitalier spécialisé. L'unité a fait le choix de dédier des plages horaires pour la prise en charge de chaque type de public : une journée complète pour les patients handicapés, le mercredi après-midi pour les enfants présentant des difficultés de prise en charge, une vacation toutes les trois semaines pour les personnes en coma végétatif, etc. L'autre moitié de la patientèle est un public généraliste, mais où la patientèle précaire est beaucoup plus importante que dans le secteur libéral.

⁴¹ COCHET Rodolphe, Le fil dentaire, janvier 2012 « L'échec du marketing dans les cabinets dentaires » p 40 - 42

Ainsi, cette unité constate un fort taux de patients en CMU / CMU-C, venant ainsi limiter les possibilités de dépassement d'honoraires.

Le professeur Amouriq, Doyen de la Faculté d'odontologie de Nantes résume bien la situation et l'enjeu pour ces unités : « *Le public est certes particulier mais cela n'explique pas entièrement le déficit des unités. Il faut réussir à faire le grand écart entre la population défavorisée, une activité de recours et des soins haut de gamme* ».

Les difficultés de financement rencontrées viennent ainsi en partie des surcoûts induits par la prise en charge des patients handicapés, des patients âgés, des patients atteints de polyopathologies et des enfants. Ce phénomène est de plus conforté par la prise en charge d'une patientèle globalement plus défavorisée, ne permettant pas de facturer des dépassements d'honoraires trop importants. La structure de financement de ces unités s'en retrouve ainsi déséquilibrée et aucune mission d'intérêt général (MIG) n'existe pour venir compenser ce déséquilibre. Cependant et bien que cette problématique soit centrale, la prise en charge de cette patientèle particulière n'explique pas à elle-seule ce déficit.

2.3.2 Des difficultés persistantes dans le recouvrement des recettes.

La question de la facturation des actes est à cet égard emblématique. Mme Goarin-Bouchard, directrice adjointe en charge de la facturation et du système d'information au CHU de Caen, a notamment insisté sur cet aspect lors de notre entretien. Selon Madame Goarin-Bouchard, la première difficulté provient du fait que « *les hôpitaux n'ont pas pour habitude de travailler en réalisant des devis* ». Le temps d'adaptation de la chaîne de facturation peut ainsi être particulièrement lent, notamment à cause d'une « *nomenclature taillée pour l'exercice libéral* ». La facturation des actes dentaires se distingue des autres consultations classiques des hôpitaux par sa complexité de codage. Il existe de nombreuses lettres clefs avec des prises en charge variant en fonction de la dent soignée. De plus, la spécificité des soins dentaires repose sur l'entente directe, qui permet au praticien de fixer le prix de l'acte réalisé en concertation avec le patient. Cela existe certes pour d'autres spécialités hospitalières comme par exemple la chirurgie esthétique, mais certainement pas dans les mêmes proportions.

Ainsi, la facturation des soins dentaires peut s'expliquer de manière schématique en distinguant trois catégories de prise en charge financière :

- Les actes dentaires opposables : il s'agit de soins dentaires qui doivent être facturés selon le barème de la sécurité sociale. Ces soins sont remboursés aux assurés sociaux par la Sécurité sociale.
- Les soins dentaires avec dépassement d'honoraire : il s'agit des soins pour lesquels un tarif de prise en charge est fixé dans la classification commune des

actes médicaux (CCAM) dentaire, mais qui peuvent se voir appliquer un dépassement appelé « entente directe », qui n'est pas remboursé par la sécurité sociale. L'entente préalable doit reposer sur un consentement libre et éclairé du patient. Un devis doit être fourni au patient. La facturation de ces soins est complexe car ils sont accompagnés d'une lettre-clé.

- Les actes hors nomenclature : il s'agit d'actes pour lesquels il n'existe pas de lettre-clé: ils sont qualifiés d'actes hors nomenclature. Le poids de la dépense repose uniquement sur le patient et/ou sa mutuelle ou assurance. Un devis doit alors être obligatoirement fourni au patient.

Tous ces éléments peuvent varier en fonction de la spécialité du praticien. Un stomatologue ne se voit pas attribuer les mêmes lettres-clés qu'un chirurgien dentiste. Les droits du patient (CMU, AME, ALD...) influencent également la facturation. Le patient mineur dispose également d'un codage différent. La facturation est donc particulièrement complexe, d'autant qu'elle se conjugue avec la nécessité de disposer d'un circuit adapté de facturation. En effet, compte tenu du fort reste à charge, ces unités ne peuvent se permettre de facturer les soins *a posteriori* aux patients. Cela nécessite donc la mise en place d'une régie, ce qui peut s'avérer complexe en fonction de l'organisation de l'unité. Le CHU de Caen dispose ainsi d'une régie ne se trouvant pas au même étage que l'unité de soins, ce qui complexifie le recouvrement des sommes dues. De surcroît, les chirurgiens-dentistes libéraux bénéficient d'une certaine souplesse puisqu'ils acceptent souvent les paiements en plusieurs fois avec versement d'acompte, ce que les conventions constitutives de régie ne prévoient que très rarement.

Ce codage complexe n'est ainsi pas toujours réalisé dans les règles de l'art et donne parfois lieu à des pertes de recettes pouvant être substantielles. Ainsi, les responsables des structures admettent ne pas avoir le temps de vérifier chaque séjour et de repasser derrière leurs étudiants. Bien souvent l'absence ou l'insuffisance de dialogue entre l'unité et le service de la facturation est pointé du doigt.

2.3.3 Une organisation en manque d'efficacité

Le déficit est également imputable à des difficultés dans la prise en charge des urgences dentaires. A ce titre, toutes les unités ne disposent pas d'une filière identifiée pour les urgences dentaires. Certaines unités ont fait le choix de structurer une filière de prise en charge 24h/24 et sept jours sur sept grâce à un système d'astreintes. D'autres ont choisi d'assurer une prise en charge en urgence, en journée seulement, en dédiant ou non un fauteuil à ces prises en charge. D'autres unités ne souhaitent pas s'engager dans une prise en charge des urgences dentaires pour diverses raisons. Cela peut par exemple être imputable à un contexte local. En effet, lors qu'il n'existe pas de prise en charge des

urgences dentaires en continu, les urgences traditionnelles ou les services d'ORL craignent de devoir assurer un surplus d'activité imputable à l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie. Cette crainte semble ne pas être infondée car la création de ces unités s'accompagne le plus souvent d'un désengagement des chirurgiens-dentistes libéraux sur la prise en charge de l'urgence dentaire. Certaines périodes deviennent ainsi particulièrement difficiles à gérer : en particulier les périodes de ponts et les périodes proches de jours fériés.

La gestion des urgences est complexe en elle-même, mais devient vite problématique lorsqu'elle se conjugue avec un désengagement des praticiens libéraux. Cette activité non-programmée tend ainsi à prendre de l'importance au détriment de l'activité programmée. « Le Havre Dentaire », qui réalise environ 70 consultations par jour, comptabilise près de 25 passages journaliers pour des urgences dentaires. Une activité d'urgences mal maîtrisée est ainsi souvent à l'origine d'une perte de recettes pour ces unités.

Les difficultés de recrutement de personnel sont également bien souvent à l'origine du déficit de ces unités. Les unités sont souvent calibrées en fonction d'un nombre précis de praticiens et dès que l'un d'entre eux vient à manquer, cela a des répercussions importantes sur le résultat de l'unité. Les unités délocalisées sont tout d'abord confrontées à des difficultés de recrutement en volume qui peuvent également s'associer à des phénomènes saisonniers (faible nombre de praticiens vacataires pendant les mois de juillet et août) ou des événements personnels (congés maternité, paternité, longue maladie...). Compte tenu du faible nombre de praticiens exerçant dans ces unités, l'impact d'une absence peut rapidement devenir significatif et affecter le résultat de la structure.

La mauvaise gestion des plannings et des décommandes de rendez-vous est également souvent identifiée comme une cause de perte de recettes. La quasi-totalité des unités constatent des décommandes de rendez-vous fréquentes, notamment sur les tranches horaires matinales. Cela est particulièrement sensible sur les créneaux de 8h – 8h30. Ce phénomène a conduit les unités à mettre en place des systèmes de rappels des rendez-vous via SMS ou encore à décaler les horaires d'ouverture des unités.

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées présentent donc des atouts indéniables, mais également des contraintes qu'il convient de prendre en compte au moment de la création de ces unités. L'enjeu actuel réside donc dans la capacité des EPS à faire cohabiter l'atteinte d'objectifs de santé publique et l'efficience économique pour pérenniser ces unités.

3 Proposition d'organisation à travers l'exemple du CHU de Poitiers.

Le CHU de Poitiers s'est montré dès le départ intéressé par l'idée de créer une unité hospitalo-universitaire délocalisée d'odontologie. Conscient des difficultés d'accès aux soins dentaires sur son territoire et désireux d'affirmer sa place dans la réponse aux besoins de santé de la population, le CHU de Poitiers a initié un projet de création d'une unité hospitalo-universitaire en lien avec la faculté d'odontologie de Nantes pour une ouverture prévisionnelle en février 2017. Face aux difficultés rencontrées par les établissements ayant mis en place ces unités, le CHU de Poitiers souhaite mettre en place une organisation des soins permettant à la fois de concilier mission de santé publique et efficience économique.

3.1 L'anticipation et la préparation : conditions indispensables de la réussite du projet.

3.1.1 Evaluer les besoins, recenser les moyens pour dimensionner son projet au plus juste.

Le projet a démarré au CHU de Poitiers en 2014 suite à une sollicitation de l'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes. Par la suite, des réunions préparatoires ont eu lieu avec le Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes, l'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes et la Faculté d'odontologie de Nantes. L'objectif premier de ces entrevues était d'évaluer l'intérêt et la faisabilité du projet.

Le CHU de Poitiers a ensuite réalisé plusieurs études afin de déterminer les moyens à disposition et les besoins de la population afin de dimensionner au mieux son projet. L'idée était notamment d'objectiver les besoins de la population pour être certain que l'unité attirerait des patients. Il est ressorti de ces études que dans le département de la Vienne, certaines communes comme Chauvigny, Civray ou encore Loudun étaient particulièrement sous-dotées. Le SROS Ambulatoire présente ces trois communes comme « très sous-dotées ». Des villes telles que Châtelleraut, Lusignan, Saint-Savin et Mirebeau, sont qualifiées de « sous-dotées ».

Les chirurgiens-dentistes s'installent de manière plus importante en Charente et en Charente-Maritime, délaissant la Vienne et surtout le département des Deux-Sèvres. Selon les données de l'Ordre national des Chirurgiens-dentistes, le nombre de chirurgiens dentistes dans la Vienne et les Deux-Sèvres est inférieur à 45 pour 100 000 habitants, soit bien loin de la moyenne nationale de 63 pour 100 000 habitants. Les deux départements sont donc parmi les départements les moins bien dotés du territoire

national. De surcroît, l'Union Régionale des professionnels de santé a attiré l'attention du CHU sur l'allongement constaté des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un dentiste dans ces deux départements.

C'est à partir de ce constat, et en lien avec la faculté d'odontologie de Nantes que le CHU de Poitiers a déterminé le nombre d'étudiants pouvant être accueillis au sein de la future unité. La faculté de Nantes a ainsi estimé qu'elle pouvait facilement envoyer entre 10 et 20 étudiants en stage au CHU de Poitiers, ce qui a conduit le CHU de Poitiers à envisager la création de 6 fauteuils spécialement dédiés aux étudiants. Le choix a été fait de n'accueillir que des étudiants de 6^{ème} année, déjà rompus à l'exercice clinique. Ainsi, 12 étudiants minimum seront nécessaires pour faire fonctionner l'unité. En effet, les étudiants ne réalisent que 5 demi-journées de stage dans l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie, le reste du temps étant consacré au stage en cabinet libéral et à la rédaction de leur thèse. Sur ces 6 fauteuils, un sera dédié aux urgences dentaires. Deux fauteuils supplémentaires seront à disposition des praticiens recrutés par l'établissement, portant le nombre total de fauteuils à 8.

Le CHU de Poitiers a également choisi de miser sur la flexibilité en prévoyant dès le départ les conditions d'une extension de l'activité. Une réserve foncière de 39m², pouvant accueillir 3 fauteuils supplémentaires a ainsi été incluse dans le projet et dans l'étude de faisabilité réalisée par la Direction de la construction et du patrimoine du CHU de Poitiers. En effet, compte tenu de l'évolution rapide de l'activité dans les autres structures, il est apparu important d'anticiper une éventuelle extension.

3.1.2 La constitution en amont d'une équipe capable de porter le projet d'un point de vue médical, mais également organisationnel.

La constitution d'une équipe cohérente et opérationnelle autour d'un praticien hospitalier chef d'unité est rapidement apparue comme une nécessité et comme quelque chose devant être anticipé bien en amont de l'ouverture. En effet, de nombreux problèmes organisationnels observés dans les différentes unités découlent le plus souvent d'un recrutement tardif des équipes. Il peut paraître contre-intuitif de recruter une équipe avant la création d'une unité, mais cela est pourtant nécessaire étant donné qu'il n'existe pas de référentiels ou de recommandations visant à permettre une organisation efficiente de ces unités. De même, l'organisation de l'unité dépend également du recrutement du praticien chef d'unité dont le projet médical va nécessairement influencer son fonctionnement. Ainsi, le CHU de Poitiers escompte recruter un chirurgien-dentiste pour porter l'unité au moins 6 mois à l'avance. Plusieurs objectifs seront assignés à ce chirurgien-dentiste. Il devra produire un projet médical cohérent et de nature à permettre un équilibre financier de la structure. Il devra également structurer la prise en charge aux urgences, modéliser les prises en charge et assister les ingénieurs biomédicaux et les acheteurs du CHU pour

l'acquisition du matériel. Il devra enfin participer à la fixation des tarifs de l'unité et participer au recrutement de l'ensemble de son équipe. Il devra en parallèle exercer son activité clinique sur les fauteuils de l'établissement en attendant l'ouverture de l'unité.

Le rôle du chef d'unité est donc fondamental et commence donc bien en amont de l'ouverture de l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie. Il doit ainsi disposer de compétences techniques, mais également relationnelles pour collaborer efficacement avec son binôme administratif, mais également avec les acteurs internes de l'établissement (stérilisation, biomédical, ressources humaines, finances, système d'information...) et les partenaires externes. Le chef d'unité devra ainsi entretenir des liens forts avec la faculté d'odontologie de Nantes, notamment afin de définir un projet de formation cohérent et d'accueillir ainsi les étudiants dans les meilleures conditions possibles. Il devra également être en lien constant avec l'URPS des chirurgiens-dentistes de la région Poitou-Charentes pour organiser les stages en cabinet libéral des étudiants qu'il aura sous sa responsabilité, mais également pour inciter des praticiens attachés à venir participer au sein de l'unité à la formation des étudiants et à l'activité de soins.

Toutes ces tâches demandent donc beaucoup de temps et un recrutement en amont. Tout retard dans le recrutement de cette personne viendrait compromettre l'objectif d'efficience de l'unité. Les différents responsables d'unité rencontrés m'ont confirmé qu'il était en effet compliqué d'assurer les soins, l'encadrement au quotidien des étudiants et la gestion de l'unité. Il est difficile de prendre du recul et de réorganiser l'unité avec un œil neuf lorsque celle-ci tourne à plein régime. C'est pourquoi les procédures de recrutement doivent s'anticiper et être engagées un an à l'avance pour permettre à la personne de prendre ses fonctions dans de bonnes conditions, c'est-à-dire au moins six mois avant l'ouverture de l'unité. Un an peut paraître long pour préparer un recrutement, mais compte tenu de la rareté du profil et de l'importance capitale qu'il emporte, il apparaît fondamental d'anticiper ce recrutement.

3.1.3 Donner une identité propre à la structure et en assurer la visibilité.

L'identité de la structure est complexe à cerner puisqu'elle découle de deux logiques qui se sont longtemps opposées : la logique hospitalière et la logique libérale. La tentation des hôpitaux de reproduire des unités classiquement installées dans des ailes d'hospitalisation est réelle et pas nécessairement injustifiée. La question a notamment été évoquée au CHU de Poitiers. Cependant, elle ne paraît pas être idoine compte tenu de la spécificité de cette activité.

En effet, les unités de soins classiques sont souvent adaptées à de l'hospitalisation et il est bien souvent compliqué de déconstruire une organisation séculaire pour s'adapter aux spécificités de la pratique dentaire. De surcroît, les choix organisationnels adoptés par le

CHU de Poitiers pour cette future unité rendent compliquée l'insertion de cette unité dans le schéma hospitalier classique.

Il convient plutôt de s'inspirer de ce qui fonctionne en termes d'image et d'attractivité. L'unité imaginée par le Centre Hospitalier du Havre m'est apparue comme un modèle très intéressant à bien des égards. Contrairement à l'organisation d'autres unités hospitalo-universitaires d'odontologie, le choix a été fait de localiser cette unité dans le centre ville du Havre, en réhabilitant un ancien bâtiment administratif de l'hôpital Flaubert.

Cela a eu pour effet de créer une forte visibilité pour cette structure. L'accès est également facilité. De surcroît, le cadre est bien moins anxiogène que les traditionnelles unités de soins. Le travail sur l'image de l'unité hospitalo-universitaire du Havre ne s'est pas arrêté là puisque le Centre hospitalier a également choisi de lui donner un nom et une identité visuelle. Ainsi, le nom « Le Havre Dentaire » a été choisi et a permis de créer une identité visuelle avec un logo composé d'un sourire surplombé des initiales de l'unité : LHD.

Plutôt que de chercher à fondre l'unité dans l'univers hospitalier traditionnel, le choix a donc été fait de l'ouvrir vers l'extérieur et créer une identité de toutes pièces de façon à faire la synthèse des deux univers hospitaliers et libéraux.

Certaines unités pourraient même aller encore plus loin en ouvrant par exemple encore plus l'unité sur la ville et en proposant des actions de prévention bucco-dentaire dans les murs et pourquoi pas hors les murs. Les unités pourraient par exemple s'engager en lien avec l'Assurance maladie dans le programme « M'T'Dents ». On rejoint ici l'idée d'inscrire l'unité dans une dynamique d'hôpital promoteur de santé. Et pourquoi ne pas imaginer à terme vendre des produits de soins bucco-dentaires soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) aux patients qui souhaiteraient avoir des produits adaptés à leurs problèmes dentaires. Cette solution pourrait également permettre de dégager des recettes supplémentaires pour l'unité et l'EPS.

3.2 Maitriser le temps pour maitriser l'activité.

L'autre axe de développement de ces unités est la maitrise du temps, qui doit être au cœur des préoccupations au moment de l'élaboration du projet, au moment de la création de l'unité et durant le fonctionnement de l'unité.

3.2.1 Maximiser le temps médical pour développer l'activité.

La maitrise du temps médical passe par sa maximisation. Les recettes d'activité constituent les seules ressources pérennes de la structure. Tout doit donc être fait pour faciliter les maximiser, c'est-à-dire pour favoriser l'activité. Ainsi, la délégation des tâches

doit être poussée à son maximum. Filippo Monteleone, ancien Directeur général délégué du groupe Générale de Santé, explique dans son ouvrage « Patients, réveillez-vous ! »⁴² que les professions médicales qui sont les plus rémunérées sont celles qui délèguent le plus. Il cite ainsi les anesthésistes et les radiologues comme symboles de ces professions médicales qui délèguent le plus de tâches. La délégation est importante car elle permet de consacrer le seul temps rémunéré, c'est-à-dire le temps du chirurgien-dentiste, à la réalisation d'actes relevant réellement de son seul champ de compétences. La CCAM dentaire ne rémunère pas le travail de l'assistante dentaire ou de la secrétaire, mais l'acte médical. L'équilibre financier de la structure dépend donc de la délégation des tâches qui permet une maximisation du temps médical. Ainsi, les deux chirurgiens-dentistes praticiens hospitaliers qu'envisage de recruter le CHU de Poitiers seront épaulés par un assistant dentaire présent en permanence. L'assistant dentaire travaillera exclusivement au fauteuil et ne réalisera pas d'autres tâches que celles d'accueillir, de préparer les patients, de les rassurer et d'assister les chirurgiens-dentistes. L'assistant dentaire sera partagé entre les deux praticiens. Des agents des services hospitaliers (ASH) seront également chargés de faciliter le travail des chirurgiens-dentistes confirmés ou en devenir. Les étudiants ne seront ainsi pas chargés du nettoyage de leurs outils et de leurs fauteuils, comme cela peut se voir parfois dans certaines unités, afin de pouvoir pleinement se concentrer sur les soins dispensés aux patients. Un ASH présent en continu réalisera le ménage des salles, des fauteuils et des meubles. Les ASH seront également chargés de la pré-stérilisation dans le centre et de faire le lien avec la stérilisation centrale. La pré-stérilisation qui a lieu dans le centre dentaire est sommaire : il faut enlever les excès de ciment, de pâte sur les instruments et mettre le tout à tremper. Tout sera donc fait pour maximiser le temps médical, y compris la mise en place de protocoles de prise en charge. Le turnover des étudiants impose la mise en place de dispositifs destinés à faciliter et à fluidifier la prise en charge des patients. Cela sera également bénéfique pour le travail des référents médico-administratifs et notamment pour calibrer au mieux les rendez-vous en fonction des pathologies. Ces protocoles seront élaborés par le chirurgien-dentiste chef d'unité en conformité avec le projet médical préalablement établi. Ces protocoles permettront également de faciliter la transmission de savoirs et de garantir une qualité des soins similaire en fonction des opérateurs en réduisant la variabilité des pratiques. L'équité dans la prise en charge s'en trouve donc renforcée, tout comme l'efficacité.

⁴² MONTELEONE Filippo, *Patients, réveillez-vous !*, 2015 ; Nouveaux Débats Publics (ed) essai (broché)

3.2.2 L'optimisation du temps paramédical.

Le temps paramédical doit également faire l'objet d'une attention toute particulière. L'organisation du temps paramédical a également une influence sur l'efficacité de l'organisation. Un temps paramédical mal-organisé pourra ainsi conduire à des pertes d'informations, à des blocages dans le parcours du patient ou encore à des désorganisations néfastes pour l'activité.

Le CHU de Poitiers souhaite mettre en place un système de marche en avant pour le patient. Ce système a pour objectif d'accroître la lisibilité du parcours, l'efficacité des différents acteurs, tout en permettant de fluidifier le parcours patient. Le CHU de Poitiers envisage d'avoir deux référents médico-administratifs présents en continu. Selon le schéma imaginé, le patient se présentera à l'accueil de l'unité et sera accueilli par le premier référent médico-administratif. Le premier référent médico-administratif sera chargé de l'accueil physique et téléphonique des patients. Il réalisera également le dossier administratif du patient sur le logiciel prévu à cet effet. Le patient sera ensuite invité à se rendre dans la salle d'attente où un assistant dentaire, un étudiant ou un praticien viendra le chercher. Il ira ensuite s'installer sur le fauteuil et y recevra les soins pour lesquels il consulte. Des radiographies rétro-alvéolaires pourront être réalisées au fauteuil et un panoramique dentaire pourra également être effectué dans la salle prévue à cet effet. Les actes seront ensuite codés par les étudiants et par les praticiens. Une fois les soins terminés, le patient repartira du côté inverse où il est arrivé pour se rendre au bureau du second référent médico-administratif. Ce dernier pourra réaliser un éventuel devis en lien avec le praticien, finalisera la feuille de soins et prendra les rendez-vous pour une prochaine consultation. Le second référent médico-administratif sera également régisseur et pourra donc directement encaisser les sommes dues par le patient. Ce système permet ainsi d'éviter l'éloignement entre le service et la régie. Certains établissements, fonctionnant avec des régies centrales, ont en effet indiqué rencontrer des difficultés dans le recouvrement des sommes dues par les patients. La marche en avant permet ainsi de rapprocher la régie et d'avoir une chaîne de facturation cohérente comme cela est par exemple le cas à Rouen.

Le CHU de Poitiers dispose déjà d'un système de rappel des rendez-vous par SMS. Il étendra ce dispositif à la nouvelle unité. La standardisation des consultations, qui découlera de la protocolisation des soins pourrait également permettre d'instaurer une première prise de rendez-vous directement en ligne, via le site internet du CHU. En effet, les premières consultations programmées sont relativement standard puisqu'elles ne donnent pas lieu à des soins complexes, qui sont le plus souvent effectués à l'occasion d'un second rendez-vous, une fois que le patient a pu envoyer le devis à son organisme de prise en charge.

Il est ensuite apparu nécessaire de disposer d'un logiciel métier dédié. L'objectif est d'éviter les difficultés rencontrées dans le cadre de la facturation des actes et de permettre aux professionnels d'utiliser un logiciel similaire à ceux utilisés dans le secteur libéral. Il existe plusieurs logiciels de ce type sur le marché et il conviendra de choisir celui qui s'adaptera le mieux au système d'information hospitalier en assurant une interface avec les principaux logiciels de l'établissement : dont le logiciel d'imagerie dit « Picture Archiving and Communication System » (PACS), le collecteur d'activité, le logiciel de gestion administrative du patient (GAP) ou encore le logiciel de gestion économique et financière (GEF). Ce logiciel métier devrait permettre de faire gagner du temps aux professionnels médicaux et paramédicaux.

Le temps paramédical pourrait également être optimisé par la mise en place de plateaux jetables. Le choix du matériel jetable, plutôt que réutilisable ne permet pas de réaliser des économies directes, mais permet en revanche de dégager du temps pouvant être consacré à autre chose. Les personnels paramédicaux des établissements ayant réalisé ce choix passent moins de temps à faire tremper les instruments et à enlever les excès de ciment. La stérilisation centrale voit également son travail allégé et les coûts de transports sont également réduits. Ainsi, le choix d'utiliser en partie du matériel jetable génère des gains indirects. Le doyen de la faculté d'odontologie de Nantes a ainsi indiqué que si l'on prenait en compte l'ensemble des coûts indirects induits par la stérilisation, l'utilisation de plateaux jetables permettait de réduire considérablement le coût unitaire d'un plateau en le divisant par quatre.

3.2.3 Structurer les urgences pour ne pas désorganiser l'activité programmée.

La question de la prise en charge des urgences dentaires doit également être centrale. Il ressort des entretiens que j'ai pu mener que même les établissements ne disposant pas d'une filière de soins non-programmés sont confrontés à des arrivées de patients qui souhaitent être pris en charge immédiatement. La création d'une unité dédiée à l'odontologie suscite nécessairement un flux d'urgences. Même en l'absence de cette unité, les patients viennent tout de même actuellement aux urgences du CHU de Poitiers pour des problèmes dentaires. Plutôt que de rechercher à enrayer ce phénomène, mieux vaut l'encadrer et le structurer pour éviter de désorganiser l'activité programmée. Le risque principal est en effet que cette activité, qui représente tout de même plus de 35% des passages au centre « Le Havre Dentaire » ne vienne impacter la qualité de la prise en charge de l'activité programmée. Le doyen Amouriq de la faculté d'odontologie de Nantes soulignait qu'il fallait « veiller à ce que les urgences ne deviennent pas trop importantes. Le public ne doit pas se substituer au libéral, sinon il y a un risque de désorganisation de l'activité programmée ». L'autre risque est que, faute de structuration des urgences, les patients embolissent d'autres services de l'hôpital comme les urgences

ou les services d'ORL. Cette crainte peut parfois émerger au sein de ces services à l'occasion de la création d'une unité hospitalo-universitaire d'odontologie. Deux établissements m'ont ainsi fait part de cette problématique. Il apparaît donc nécessaire de structurer la filière des urgences dentaires dans les unités hospitalo-universitaires d'odontologie.

Certains établissements ont fait le choix d'assurer des urgences dentaires 24h/24 et 7 jours sur 7. Ce choix n'a pas été retenu au CHU de Poitiers car cela nécessite de pouvoir faire appel à de nombreux praticiens hospitaliers. Or le CHU envisage de n'en recruter que deux. D'autres établissements ont choisi d'assurer les urgences dentaires pendant la période d'ouverture de l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie. Les weekends et jours fériés, les urgences dentaires sont assurées en lien avec les dentistes libéraux dans le cadre de la PDSA bucco-dentaire. L'unité de l'hôpital Saint-Julien à Rouen avait au départ envisagé d'accueillir des praticiens libéraux dans les locaux de l'hôpital pour assurer les permanences, mais cela ne s'est pas réalisé pour différentes raisons. Ce projet était pourtant séduisant et aurait permis d'associer praticiens hospitaliers et praticiens libéraux. Le CHU de Poitiers aimerait tendre vers ce modèle de prise en charge des urgences dentaires mais ne dispose pas encore de suffisamment de visibilité pour s'engager dans cette voie. La prise en charge des urgences dentaires diurnes sera assurée en semaine, pendant les horaires d'ouverture de l'unité. Un fauteuil sera ainsi dédié aux urgences dentaires. Les patients se présenteront à l'accueil et seront amenés à patienter avant d'être examinés sommairement par un étudiant. Si l'étudiant estime qu'il s'agit d'une urgence, le patient sera pris en charge dans le fauteuil dédié à cet effet. S'il estime qu'il ne s'agit pas d'une urgence, il sera invité à prendre rendez-vous auprès du secrétariat.

La structuration d'une filière d'urgences dentaires permettrait ainsi de facturer un forfait Accueil et Traitement des Urgences (ATU) : ce forfait est dû pour chaque passage aux urgences ne donnant pas lieu à hospitalisation. Le forfait ATU se cumule donc avec les consultations et les tarifs CCAM. En 2015, le tarif s'élève à 25,32 €⁴³. Le CHU estime ainsi qu'à raison de 10 passages aux urgences par jour, cela permettrait de dégager des recettes de l'ordre de 68 237,40 euros par an.

⁴³ Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

3.3 Opter pour un modèle financier redistributif associant soins de haute technicité et soins courants.

3.3.1 Miser sur des activités de haute technicité à fort potentiel pour pouvoir assurer les soins plus classiques et moins rémunérateurs.

Le CHU de Poitiers a essayé de concevoir un modèle financier permettant de réaliser des soins de haute technicité et des soins plus classiques, moins rémunérateurs dans une logique redistributive. Le choix a été fait de ne pas uniquement axer la prise en charge vers un public précaire, présentant des difficultés pécuniaires d'accès aux soins. L'offre proposée se voudra avant tout généraliste, tout en proposant des tarifs abordables pour les patients les plus démunis, sur une gamme de soins de base.

Selon le professeur Amouriq, Doyen de la faculté d'odontologie de Nantes, les hôpitaux ne doivent pas négliger les patients qui recherchent des soins « *hauts de gamme* », puisque ceux-ci se tournent souvent vers l'hôpital public. Il ajoute que « *l'hôpital rassure et est souvent associé à une haute technicité et à des professionnels de qualité* ». Ainsi, la prise en charge de patients pouvant payer des soins « *haut de gamme* » permettra de compenser les soins courants qui coûtent plus qu'ils ne rapportent. Le public généraliste peut ainsi être incité à venir dans le secteur public pour plusieurs raisons : la qualité de la prise en charge, les délais de rendez-vous moins élevés que dans le secteur libéral, la prise en charge des urgences dentaires, la demande d'un deuxième avis ou d'un second devis... Les patients peuvent également être adressés par les chirurgiens-dentistes libéraux pour un acte chirurgical (extraction complexe, chirurgie à risques hémorragiques...).

Certaines activités comme l'implantologie apparaissent comme particulièrement rémunératrices et doivent être développées : ainsi le CHU de Rouen a mis en place une activité d'implantologie d'une centaine d'implants par an. Cette activité représente à elle-seule près de 25% des recettes d'activité de la structure. De plus, les tarifs publics sont en général moins élevés que dans le secteur privé, ce qui est de nature à faciliter l'accès aux soins. Un EPS a ainsi indiqué qu'un cabinet mutualiste situé à proximité avait baissé ses tarifs un an après l'ouverture du centre. L'implantologie sert donc à compenser en partie l'activité non rentable de ces unités. La chirurgie orale peut également servir à dynamiser l'activité de l'unité, d'où l'importance de recrutement un chirurgien-dentiste ayant un DES de chirurgie orale. L'activité de prothèse est quant à elle à double tranchant car si les tarifs en entente directe peuvent permettre de dégager quelques marges, le nombre très important de prothèses réalisées pour les patients bénéficiant de la CMU-C engendre beaucoup de pertes financières compte tenu des tarifs pratiqués par les prothésistes. Une solution a été envisagée par le CHU de Poitiers afin de limiter le coût d'achat de prothèses (évalué à plus de 150 000 euros par an). Le CHU de Poitiers

envisage ainsi de fabriquer ses propres prothèses en interne à l'aide d'un équipement de Conception Fabrication Assistés par Ordinateur (CFAO) dentaire. Une étude menée par la Faculté d'odontologie de Nantes a ainsi évalué à 17 euros le coût de fabrication d'une prothèse simple en céramique (hors acquisition CFAO) contre un coût d'acquisition d'une centaine d'euros auprès d'un prothésiste. Cette solution présente en outre l'avantage d'avoir une entière maîtrise du processus de fabrication.

Cet équilibre financier ne pourra exister que si le codage des actes relevant de la CCAM dentaire est parfaitement réalisé. Pour cela l'achat d'un logiciel dédié apparaît comme nécessaire. Madame Goarin-Bouchard, directrice-adjointe en charge de la facturation et du système d'information au CHU de Caen, souligne l'importance d'avoir un logiciel dédié. Le codage des actes pourrait être facilité par l'achat d'un logiciel dédié qui soulagerait l'ensemble de la chaîne de facturation. Le turnover des étudiants doit également être compensé en systématisant la transmission inter-étudiants et le partage d'informations. Ainsi, les difficultés rencontrées par les étudiants dans le codage des actes doivent être mises par écrit, et doivent faire l'objet de retours d'expériences (RETEX). Ces RETEX pourront par exemple être analysés avec les praticiens seniors et donner lieu à des actions d'amélioration. Des sessions de « coaching au codage » pourraient également être envisagées avec la mise à disposition de temps de technicien d'information médicale (TIM).

3.3.2 L'innovation comme moteur de l'activité et facteur d'attractivité.

Afin de résoudre les problèmes d'attractivité du personnel et afin d'offrir aux patients une prise en charge de haute technicité et de qualité, le CHU de Poitiers a choisi de miser sur les investissements biomédicaux. Les investissements immobiliers seront également conséquents puisque le personnel travaillera dans des locaux refaits à neuf, mais c'est avant tout sur les équipements biomédicaux que le CHU de Poitiers entend se démarquer.

Le CHU de Poitiers a ainsi choisi d'investir dans un Cone Beam. Il s'agit d'un appareil 3D plus évolué que le panoramique dentaire qui ne réalise que des clichés classiques 2D. Le Cone Beam utilise un faisceau d'irradiation de forme conique et est par conséquent plus précis que le panoramique dentaire classique. Il offre par ailleurs une résolution similaire, voire supérieure à celle du scanner, avec en plus la possibilité d'une reconstitution numérique en 3D. Il permet également de réaliser des panoramiques dentaires 2D classiques. Il est notamment utile pour le diagnostic et le traitement des pathologies infectieuses, des pathologies du parodonte, des pathologies osseuses, des kystes, des pathologies des sinus maxillaires, des pathologies tumorales, des dents incluses, des pathologies des articulations temporo-mandibulaires, des implants dentaires. Plus qu'un

simple gadget, cette technologie 3D offre une véritable plus-value à l'apprentissage des étudiants et au patient, qui bénéficiera de soins de haute technologie.

Le CHU de Poitiers envisage également d'investir dans un équipement de CFAO dentaire. La CFAO dentaire est un système global de fabrication des prothèses dentaires. Elle repose sur une numérisation 3D par balayage (par exemple en intra-buccal) ou sur une numérisation réalisée par un panoramique dentaire 3D (Cone Beam). Le logiciel de Conception Assistée par Ordinateur (CAO) construit ensuite un modèle 3D du maxillaire ou de la mandibule du patient. Le CAO permet donc la conception de prothèses fixes ou amovibles, mais également d'appareils d'orthodontie⁴⁴. La Fabrication Assistée par Ordinateur (FAO) est essentielle dans le processus : la FAO permet de réaliser le lien entre la CAO et la machine. Les informations sont ensuite transmises à la machine outil qui va ensuite réaliser la pièce voulue. A cet égard, deux types de fabrication existent : l'usinage, qui consiste à mettre en forme plusieurs matériaux avec une machine unique et l'assemblage où une machine est dédiée à la fabrication d'un seul matériau. L'usinage semble être plus adapté au type d'activité envisagé dans l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie. L'usinage est plutôt conseillé pour les pièces de Zircon, de Cobalt-Chrome ou encore de Titane⁴⁵. L'acquisition de la CFAO dentaire ne nécessite pas le recrutement d'un prothésiste dentaire puisque les étudiants de la faculté d'odontologie de Nantes sont formés à l'utilisation de cette machine. Il ne faut que 15 minutes pour usiner une prothèse simple en céramique. Le patient pourrait donc obtenir sa prothèse dans les plus brefs délais. Cette technique ne devrait cependant pas permettre au CHU d'être autosuffisant sur la fabrication de prothèses. L'acquisition d'un équipement de CFAO dentaire est cependant un élément d'attractivité pour les étudiants et les chirurgiens-dentistes souhaitant s'exercer sur ce type de machine. Le coût d'acquisition de ces machines est bien souvent trop important à supporter pour un chirurgien-dentiste libéral. Ces équipements sont donc autant d'éléments d'attractivité pour les chirurgiens-dentistes et les étudiants.

Ces opérations d'investissement sont particulièrement rentables pour des unités formant des étudiants puisque les fabricants, soucieux de fidéliser les étudiants, futurs chirurgiens-dentistes et donc acheteurs potentiels, n'hésitent pas à baisser leur prix pour remporter les marchés publics. Il y a ainsi de fortes possibilités de réductions sur le matériel biomédical acheté par les unités hospitalo-universitaires d'odontologie. De même il est souvent plus facile d'obtenir des financements extérieurs pour ce type de matériel innovant.

⁴⁴ BARTALA Michel et DURET François ; 2014, *La CFAO appliquée* ; Espace ID ed. (144 pages)

⁴⁵ CONSEIL NATIONAL D'INNOVATION ET DE FORMATION DES PROTHESISTES DENTAIRES, *Le guide de la CFAO dentaire*

3.3.3 La nécessaire sollicitation de partenaires extérieurs face à l'absence de compensation des prises en charge complexes et coûteuses.

Ainsi le modèle envisagé par le CHU de Poitiers devrait permettre de garantir un relatif équilibre du financement. En revanche, il ne permet pas de couvrir les surcoûts induits par la prise en charge des patients handicapés ou nécessitant une prise en charge particulièrement contraignante. Il existe actuellement un vide financier qui pénalise les établissements publics de santé choisissant d'agir en faveur de leur territoire pour un meilleur accès aux soins bucco-dentaire de la population. Les recettes issues de l'activité ne permettront sans doute jamais de compenser les surcoûts induits par ces prises en charge complexes. L'hôpital public exerce en l'espèce une véritable mission de santé publique et de service public en prenant en charge ses patients et il apparaîtrait normal que cet engagement reçoive un équivalent financier sous forme de MIG ou d'un supplément à l'instar de ce qui existe actuellement dans la CCAM dentaire comme la majoration de nuit ou la majoration enfant. Il pourrait ainsi être envisagé de créer une majoration adulte handicapé pour compenser les surcoûts induits.

Un financement sous forme de MIG pourrait également être envisagé. Le décret du 27 janvier 2015⁴⁶, qui régit désormais les conditions de fonctionnement et de financement de la PDSA bucco-dentaire a confirmé le principe de financement de la PDSA grâce à une MIG dédiée, destinée à financer les permanences de chirurgiens-dentistes. Cependant, ce financement se répartit entre tous les participants à la PDSA bucco-dentaire et ne bénéficierait que subsidiairement au CHU de Poitiers. L'idéal serait que la MIG U03 créée en 2010 pour couvrir les « dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologie compliquant cette prise en charge dans les CSERD » soit étendue aux unités hospitalo-universitaires d'odontologie qui sont confrontées aux mêmes problématiques. Il conviendrait ainsi d'élargir les critères d'accessibilité pour permettre à ces unités de fonctionner en toute autonomie. Cependant, cette évolution réglementaire ne se concrétisera certainement pas dans un futur proche, d'où la nécessité de solliciter des partenaires extérieurs pour couvrir ces « dépenses spécifiques ». Cette intervention des acteurs locaux fait sens puisque ces projets visent à répondre à une problématique locale de formation et d'accès aux soins. L'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes, qui est à l'initiative du projet, a ainsi indiqué vouloir participer financièrement à l'accueil des étudiants. Le développement de nouveaux partenariats avec les principales collectivités locales, le Conseil régional de l'ordre des chirurgiens dentistes et l'ARS sera un des pré-requis pour que ce projet aboutisse et se concrétise sur des bases financières solides de nature à permettre sa pérennisation.

⁴⁶ Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé.

Conclusion

Face à l'absence de financement dédié qui permettrait de compenser les surcoûts induits par la prise en charge de patients socialement défavorisés et de patients nécessitant une prise en charge plus complexe du fait de leurs pathologies, il apparaît important de fonder la création de ces unités sur un impératif d'efficience économique et de gestion. En effet, le développement de ces unités hospitalo-universitaires délocalisées semble être inéluctable tant les inégalités d'accès aux soins dentaires se creusent dans de nombreuses régions. Ce phénomène est finalement le corollaire de la liberté d'installation des chirurgiens-dentistes et tant que celle-ci ne sera pas aménagée ou remise en cause, les hôpitaux seront contraints de prendre en charge cette activité d'odontologie. Or, les hôpitaux ne peuvent pas se permettre de créer des unités déficitaires et doivent par conséquent fonder ces unités sur un modèle organisationnel efficient.

Ces unités ne seront efficaces que si elles allient le meilleur du secteur public et le meilleur du secteur libéral. Ces unités doivent donc être fondées sur l'accessibilité, l'ouverture aux publics délaissés, les soins de recours qui font la force du secteur public, mais également sur le réalisme, la souplesse, l'efficience et la rationalisation qui sont au cœur de l'activité libérale. La pérennisation de ces unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées nécessite donc de dépasser les traditionnelles frontières public/privé pour fonder un modèle organisationnel atypique mais profondément pragmatique visant à emprunter le meilleur de chaque secteur.

Le développement de ces unités est donc inéluctable, mais constitue également une opportunité pour l'hôpital public d'effectuer sa mue pour enfin devenir cet Hôpital Promoteur de Santé qui allie le préventif et le curatif et qui façonne l'organisation des soins sur son territoire. Pendant trop longtemps, les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires ont été masquées par des campagnes de prévention bucco-dentaires nécessaires, mais insuffisantes face aux enjeux. Ces unités permettront peut-être aux hôpitaux de prendre ce « virage de la santé publique »⁴⁷ que le professeur Robert Debré appelait de ses vœux.

⁴⁷ DEBRE Robert, 1999 Intervention lors du colloque de Caen « La Réforme Debré : un tiers de siècle après » éditions ENSP

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE ; Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE ; Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels de enseignants et hospitaliers des Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des Centres Hospitaliers Universitaires.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ; Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ; Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS ; loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE; Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ; Décret n° 2014-319 du 11 mars 2014 portant création d'une indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ; Arrêté du 11 mars 2014 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie accomplissant un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement pris en application du décret n° 2014-319 du 11 mars 2014.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ; Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la

permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé.

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ; Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ; 2015 « Projet d'arrêté relatif aux conventions permettant l'accueil des étudiants hospitalier en odontologie effectuant des stages en dehors de leur Centre hospitalier universitaire de rattachement – document de travail ».
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ; « Projet de loi de modernisation du système de santé », 2015

Dictionnaires et ouvrages :

- ASSOCIATION DENTAIRE DE FRANCE, 2007, *Guide d'installation des cabinets dentaires*
- ASSOCIATION DENTAIRE DE FRANCE, 2008, *Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale.*
- AUTRET Joël, 2004 ; *L'hôpital aux prises avec l'Histoire*, l'Histoire du social (ed. L'Harmattan)
- BARTALA Michel et DURET François ; 2014, *La CFAO appliquée* ; Espace ID ed. (144 pages)
- CONSEIL NATIONAL D'INNOVATION ET DE FORMATION DES PROTHESISTES DENTAIRES, *Le guide de la CFAO dentaire* ; Disponible en ligne : http://www.unppd.org/cnifpd/Guide_CFAO.pdf
- DICTIONNAIRE LAROUSSE, édition 2015
- MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, avec la collaboration de Philippe ULMANN, 2001 ; *Economie de la Santé*, Presses Universitaires de France, Thémis.

- MONTELEONE Filippo, *Patients, réveillez-vous !*, 2015 ; Nouveaux Débats Publics (ed) essai (broché),
- VIDAL François (Dr), 2003, *Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours* ; Académie dentaire, 32 pages. Disponible en ligne : http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0095/CH_VIDAL.pdf

Articles :

- AIDES, 3 juin 2015 « Testing : ces praticiens qui ont une dent contre les séropos ». Disponible sur internet : <http://www.aides.org/actu/testing-ces-praticiens-qui-ont-une-dent-contre-les-seropos-2966>.
- APM NEWS, 7 avril 2015 « Dispositifs médicaux : le matériel bucco-dentaire, un véritable casse-tête en stérilisation ».
- APM NEWS, 6 juin 2015 « Un tiers des cabinets dentistes refuseraient de prendre en charge les patients séropositifs ». Disponible sur internet : <http://www.apmnews.com/story.php?mots=aides&depsPage=5&numero=260003&ctx=38a31f671d20ad05501746a71869774d>
- ASCAL (J.), LABOUX (O.), PAILLEREAU (J.) et al. 2005 « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public » ; Santé Publique, vol 17, n°3, 2005/09, pages 357-369, fig., 24 réf, ISSN 0995-3914, FRA.
- CHU DE CAEN, mars 2013 « ouverture de l'unité d'odontologie Serge Goguel ». Disponible sur internet : http://www.chu-caen.fr/detail_actualite.php?idart=500.
- COCHET Rodolphe, Le fil dentaire, janvier 2012 « L'échec du marketing dans les cabinets dentaires » p 40 – 42. Disponible sur internet : http://www.lefildentaire.com/images/stories/ConseilMANAGEMENT/Ifd69_janvier_2012_cochet_40_42.pdf
- GAGNAYRE Rémi, D'IVERNONIS Jean-François, juin 2003 « L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé » ; adsp n°43.
- GUILMO Laurence, février 2010 « Des étudiants aux petits soins avec nos dents » ; Ouest France. Disponible sur internet : <http://www.ouest-france.fr/des-etudiants-aux-petits-soins-avec-nos-dents-526344>.
- LE MAT-THIEULEN Doris, 17 janvier 2012 « Le Havre : l'urgence dentaire de nouveau soignée » Normandie Actu. Disponible sur internet :

http://www.normandie-actu.fr/le-havre-l%E2%80%99urgence-dentaire-de-nouveau-soignee_135748/

- LUNGINSLAND Marie, septembre 2013, « Services d'odontologie : quand la greffe prend en région » ; enquête « Clinic magazine », pages 11 à 14.
- PIQUET Caroline, mars 2012 « Pénurie de dentistes : le Havre recrute des étudiants de Lille », Le Figaro ; disponible sur internet : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/03/13/17764-penurie-dentistes-havre-recrute-etudiants-lille>.
- PLANETE SANTE, Juin 2012 « Mauvaise hygiène dentaire : quels risques sur la santé ? » Disponible sur internet : <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Mauvaise-hygiene-dentaire-quels-risques-pour-la-sante>
- ROMATET Jean-Jacques, mai – juin 2003 « Une pensée globale qui doit inspirer le changement », Revue Hospitalière de France.

Rapports :

- COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, juin 2010 « Démographie, activité et revenu des chirurgiens dentistes » ; Rapport. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), Dr Gilles DUHAMEL, juillet 2010 « rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la Santé publique ». Disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000306.pdf>
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), Dr Francis FELLINGER & Dr Lise ALTER, mai 2013 ; Rapport « Evaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) ».
- IRDES, 2012, Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume & Thierry Rochereau ; « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 » p124 – 138. Disponible sur

internet : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

- MASSIMI Christian, février 1995, « Etude de l'organisation des structures et des fonctions de l'accueil-caisse du service d'odontologie : hôpital Albert Chenevier », Document de travail APHP, Direction du Personnel et des Relations Sociales – 30p., annexes
- OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE, 25 novembre 2013, « Soins dentaires : des dérives inacceptables » communiqué de presse disponible sur internet : http://www.leciss.org/sites/default/files/131125_ObsRacSante_FraisDentaires_DP.pdf
- OBSERVATOIRE DES METIERS DANS LES PROFESSIONS LIBERALES, étude de juillet 2012 : « Cabinets Dentaires - De l'état des lieux à la prospective ».
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE (ONDPS), décembre 2013 « Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes ».

Etudes, thèses et mémoires :

- DE OLIVEIRA C, HAMER M, WATT R, 2010, Toothbrushing, *inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey* ; BMJ.
- VILO Jean-Sébastien, 14 février 2013 ; *Une réponse à la désertification en médecine bucco-dentaire en Haute-Normandie : la création du centre de soins dentaires hospitalo-universitaire de l'hôpital Saint-Julien au CHU de Rouen*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire.

Sites internet et bases de données en ligne :

- BANQUE DE DONNEES EN SANTE PUBLIQUE : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>
- C@RTO SANTE : <http://www.ars.sante.fr/C-rtoSante.92761.0.html>
- DELFODOC APHP : <http://aphp.aphp.fr/ressourcesdocumentaires/base-documentaire-delfodoc/>

- HOSPIDIAG : http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.accueil_hd.sas
- INSEE – Base de données : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/>

Documents sonores :

- AIDES, mai 2015 « Ces petites humiliations vécues par les personnes séropositives » : https://www.youtube.com/watch?t=292&v=P0C_9z4U6_g.

Autres documents :

- AGENCE REGIONALE DE SANTE POITOU-CHARENTES, décembre 2014 « Schéma Régional d'Organisation des Soins – volet ambulatoire »
- CONTRAT DE PROJETS ETAT/REGION DE HAUTE NORMANDIE ; 2007 – 2013
- PROGRAMME SIMPHONIE, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. DGOS 2015. Flyer de présentation disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Flyer_SSA_2015_-_A4_-_SIMPHONIE.pdf

Personnes interrogées

- **Madame le docteur Albouy Llaty**, médecin de santé publique au CHU de Poitiers
- **Monsieur le docteur Allac**, chirurgien-dentiste attaché associé au CHU de Poitiers
- **Monsieur le professeur Amouriq**, Doyen de la faculté d'odontologie de Nantes,
- **Monsieur le docteur Aubin**, chirurgien-dentiste libéral exerçant à Nueil les Aubiers
- **Madame le docteur Bemer**, responsable de l'unité hospitalo-universitaire d'odontologie « Le Havre Dentaire »
- **Monsieur le professeur Debaene**, Président de la CME du CHU de Poitiers
- **Monsieur le docteur Desmaison**, Président de l'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes
- **Monsieur Dewitte**, Directeur général du CHU de Poitiers
- **Monsieur le professeur Dufour**, Chef du service ORL, chirurgie cervico-maxillo-faciale, audiophonologie – soins dentaires au CHU de Poitiers
- **Madame Dumont**, attaché d'administration hospitalière à la direction de l'activité médicale du CHU de Caen.
- **Monsieur le docteur Duret**, Président du Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Haute Normandie.
- **Madame Goarin-Bouchard**, directrice adjointe en charge de la facturation et du système d'information au CHU de Caen
- **Monsieur le docteur Hammer**, chirurgien-dentiste attaché au CHU de Poitiers, trésorier de l'URPS des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes et président de la confédération nationale des syndicats dentaires de la Vienne
- **Monsieur le docteur Moreau**, Président du Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Poitou-Charentes.
- **Madame Mouginot**, directrice adjointe en charge des affaires générales au CH du Havre.
- **Madame Muller**, directrice adjointe en charge des affaires médicales et de la recherche clinique au CHR d'Orléans.
- **Monsieur le professeur Soueidan**, Premier vice-doyen chargé de la recherche clinique et des relations hospitalières.

Liste des annexes

Annexe I – Part des praticiens libéraux par département

Annexe II – Densité de chirurgiens-dentistes

Annexe III – Zonage et densité des chirurgiens-dentistes en Poitou-Charentes

Annexe IV – Données Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

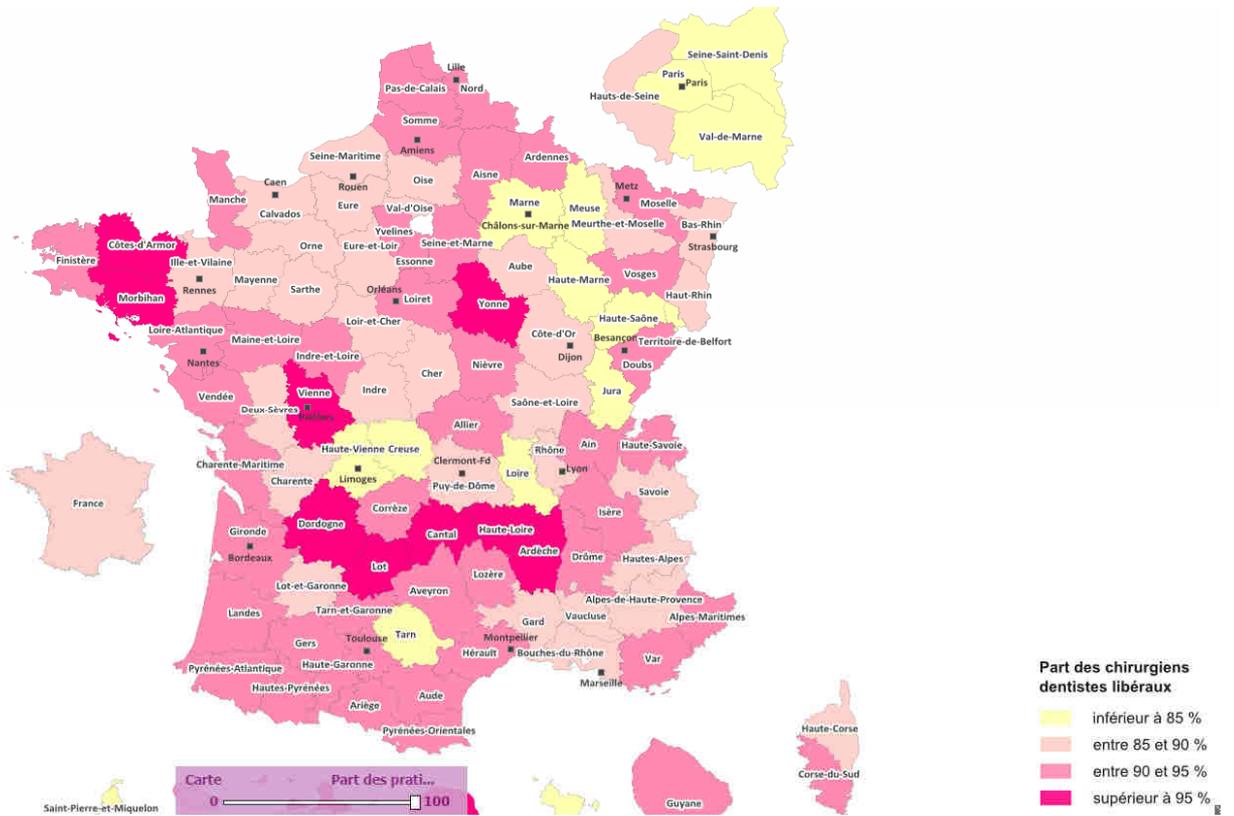
Annexe V – Projet Intermed, IRDES 2009

Annexe VI – Bénéficiaires CMU / CMU-C

Annexe VII – Carte de France des unités d'odontologie

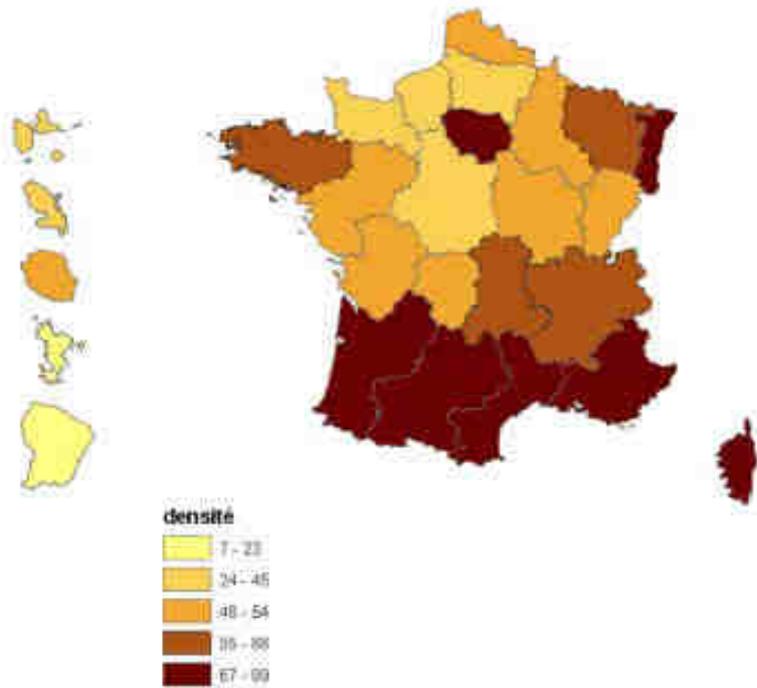
Annexe VIII – Résultats du questionnaire à l'attention des anciens étudiants des unités hospitalo-universitaires de Haute-Normandie

Annexe I – Part des praticiens libéraux par département



*Part des praticiens libéraux
Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes*

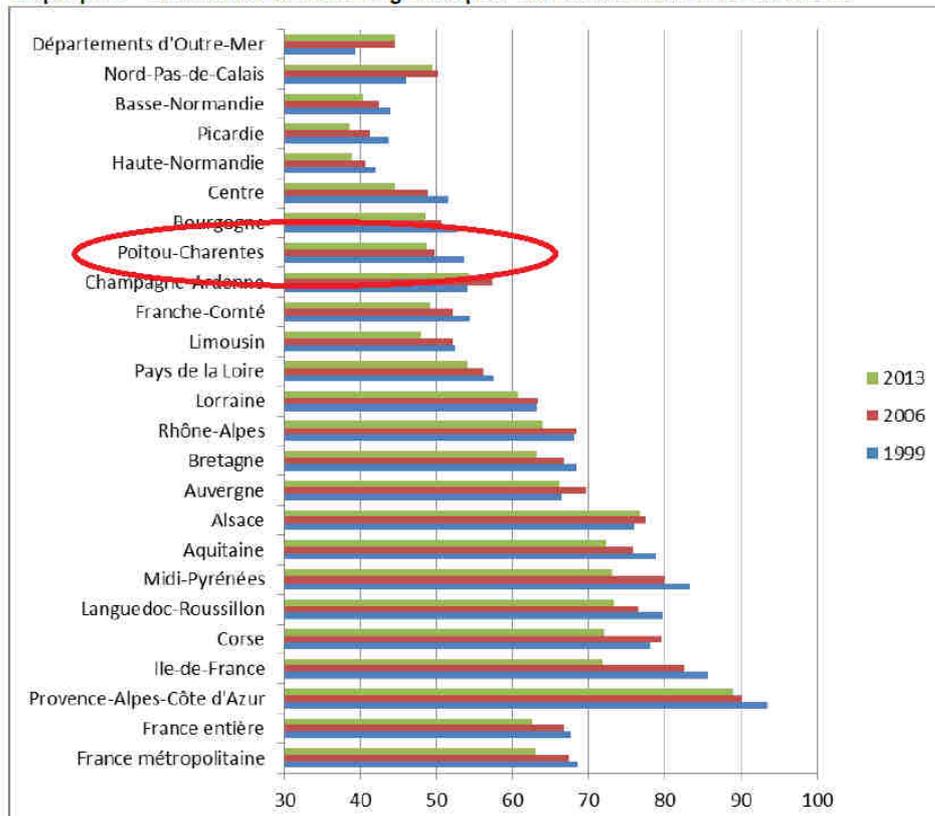
Annexe II – Densité de chirurgiens-dentistes



Densité de chirurgiens dentistes par région au 1^{er} janvier 2013
 Densité = nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

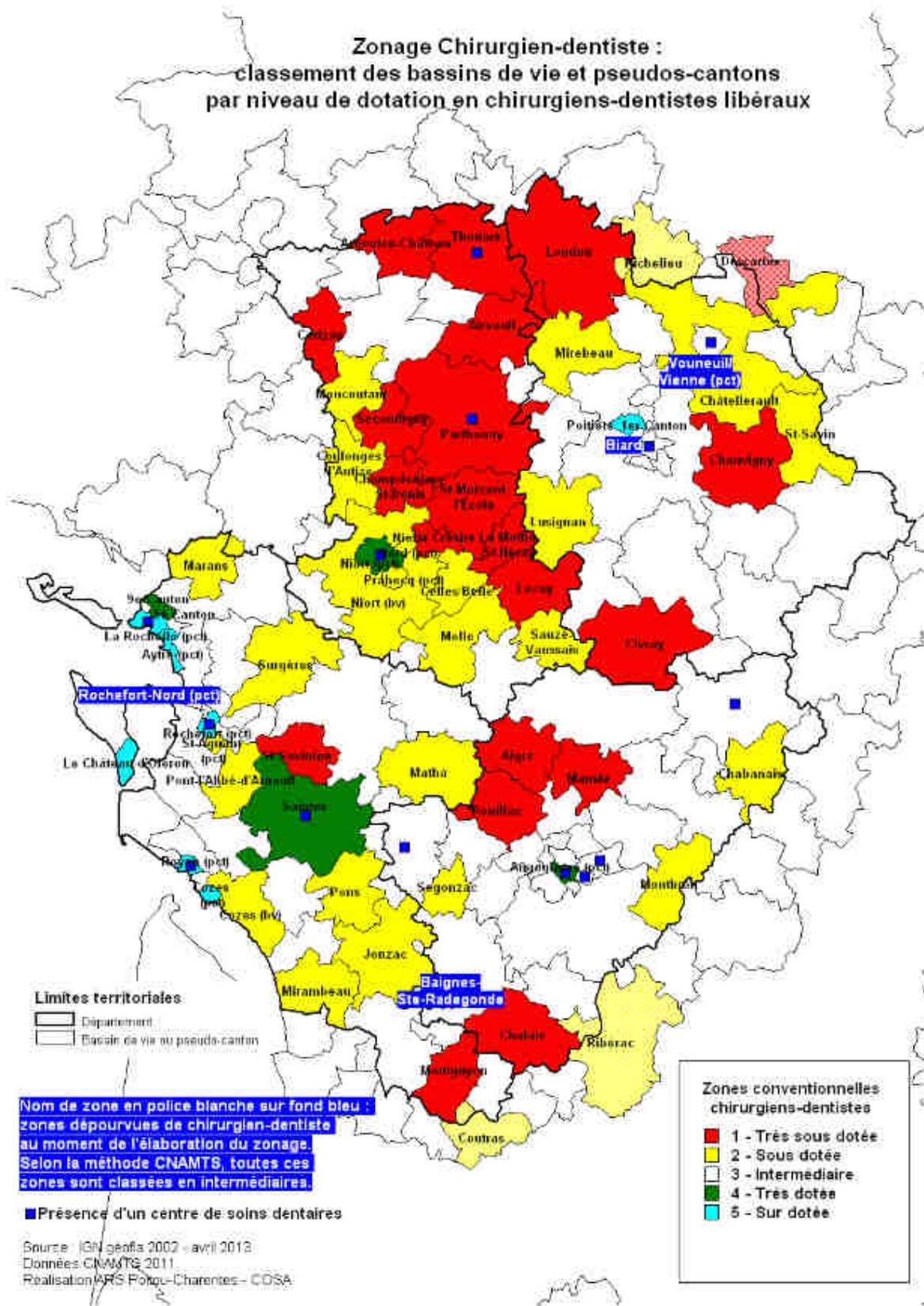
Observatoire national de la démographie des professions de santé « Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes » ; décembre 2013

Graphique 9 – Évolution de la densité régionale pour 100 000 habitants -1999-2006-2013

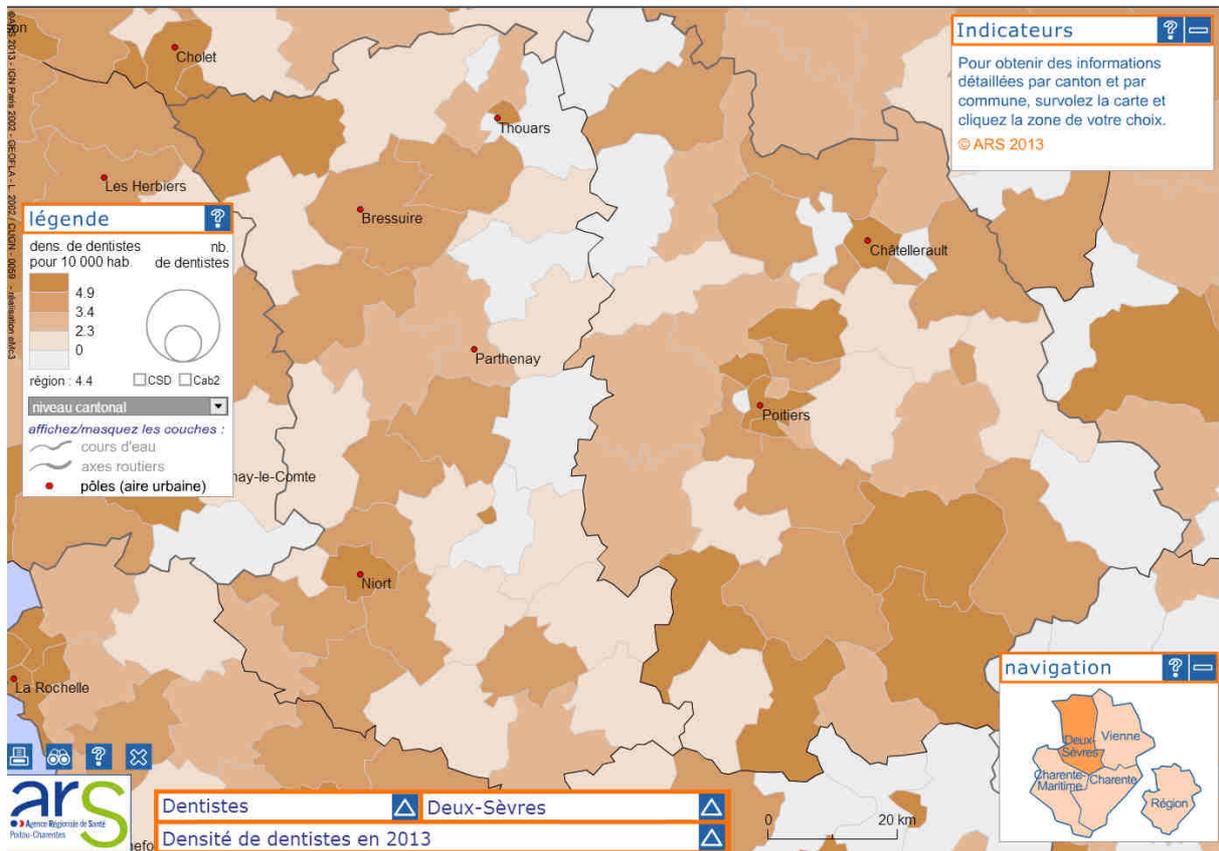


Source : Eco-santé, IRDES, rupture de série en 2011, source ADELI avant 2011, RPPS ensuite.

Annexe III – Zonage et densité des chirurgiens-dentistes en Poitou-Charentes

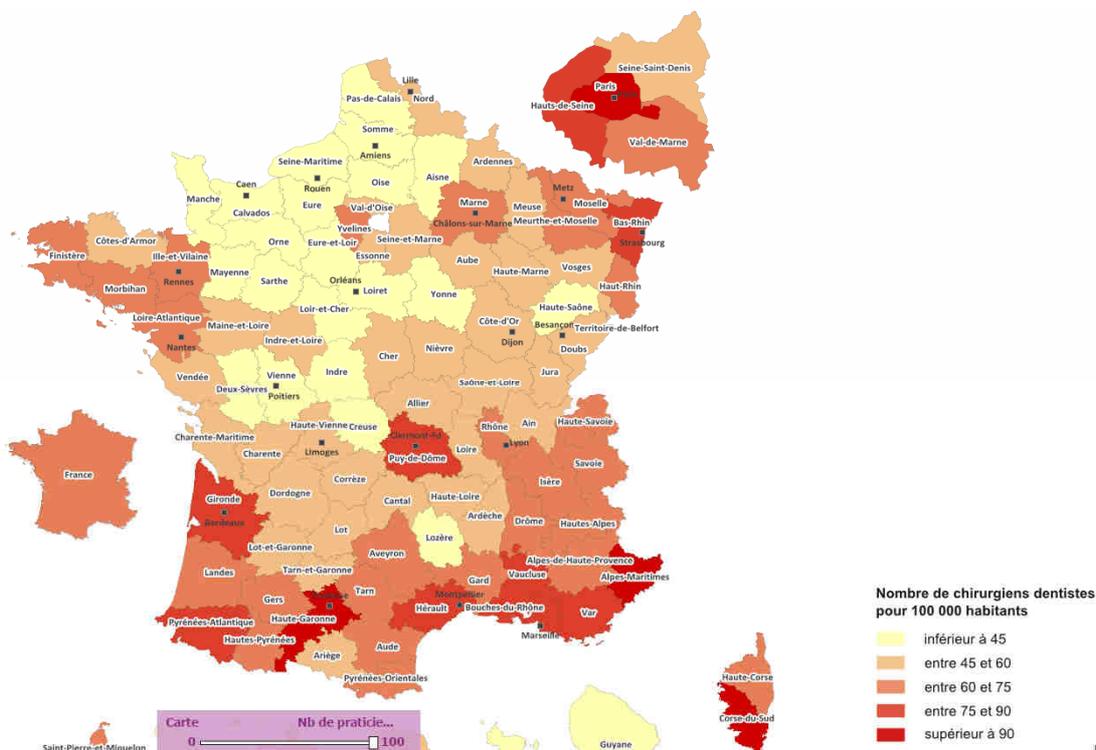


Densité de dentistes

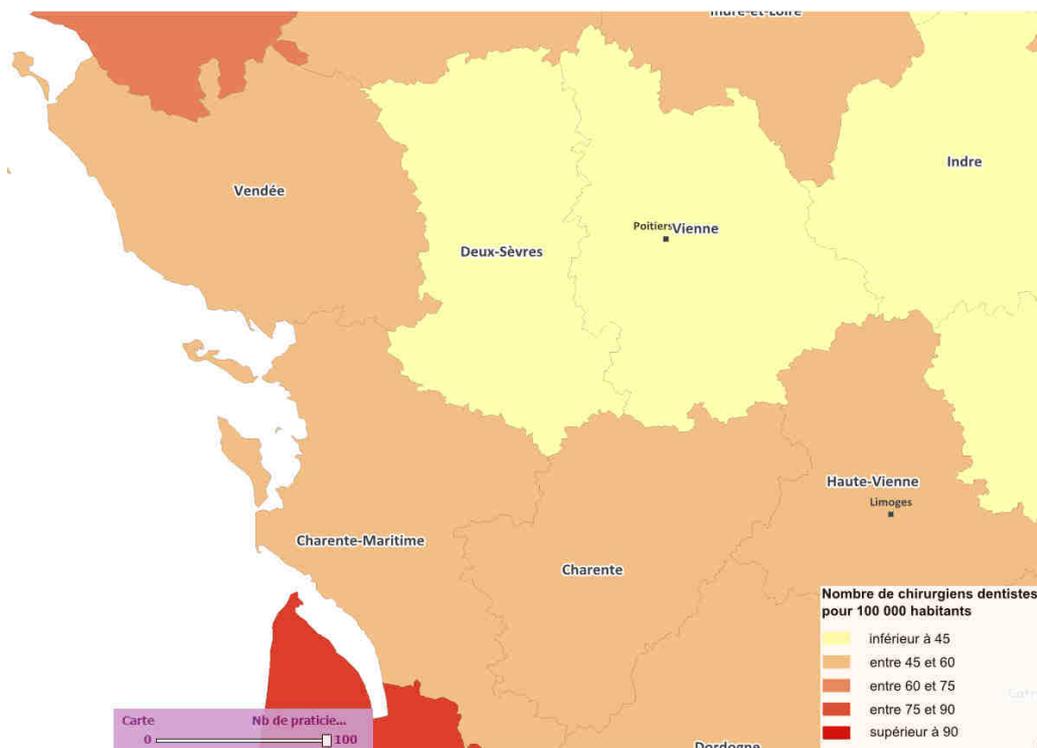


Source C@rtoSanté

Annexe IV – Données Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes



Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants
Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes



Nombre de chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants
Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes

Annexe V – Projet Intermed, IRDES 2009

Projet INTERMED

Etude qualitative et quantitative – relation médecin-patient – 3 régions

27 médecins - 585 patients

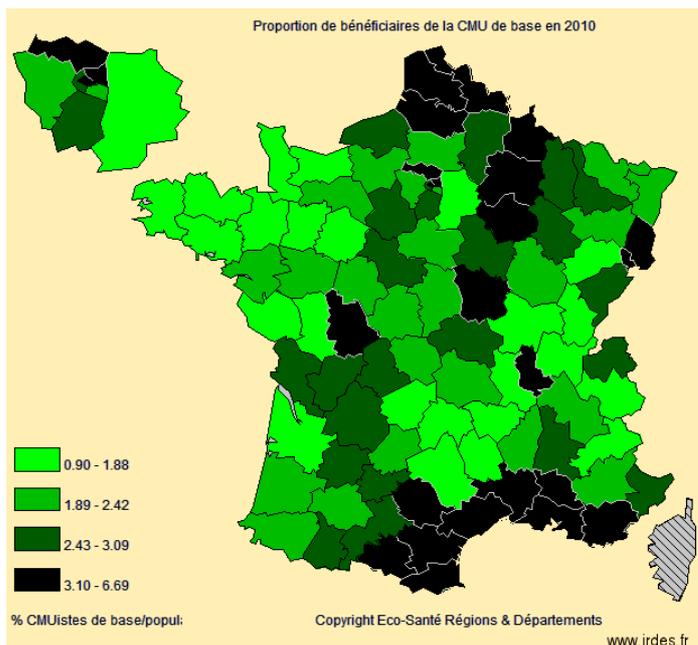
[Kelly-Irving M, BMC Health Service Research, 2009]

Tableau I
Estimation du taux de refus imputable à la CMUC par catégorie de professionnels.

Catégorie	Nombre d'appels	Nombre de refus	Refus (%) ^a	IC 95 %
Médecins généralistes, secteur 1	62	1	1,6	[0 ; 4,7]
Médecins généralistes, secteur 2	24	4	16,7	[1,8 ; 31,6]
Médecins généralistes (secteurs 1 et 2)	86	5	4,8	[2,2 ; 7,4]
Médecins spécialistes (secteurs 1 et 2)	83	34	41,0 ^b	
Chirurgiens-dentistes	46	18	39,1	[25,0 ; 53,2]

Source : Despres C, *Prat Organ Soins* 2010; 41:33-43

Annexe VI – Bénéficiaires CMU / CMU-C



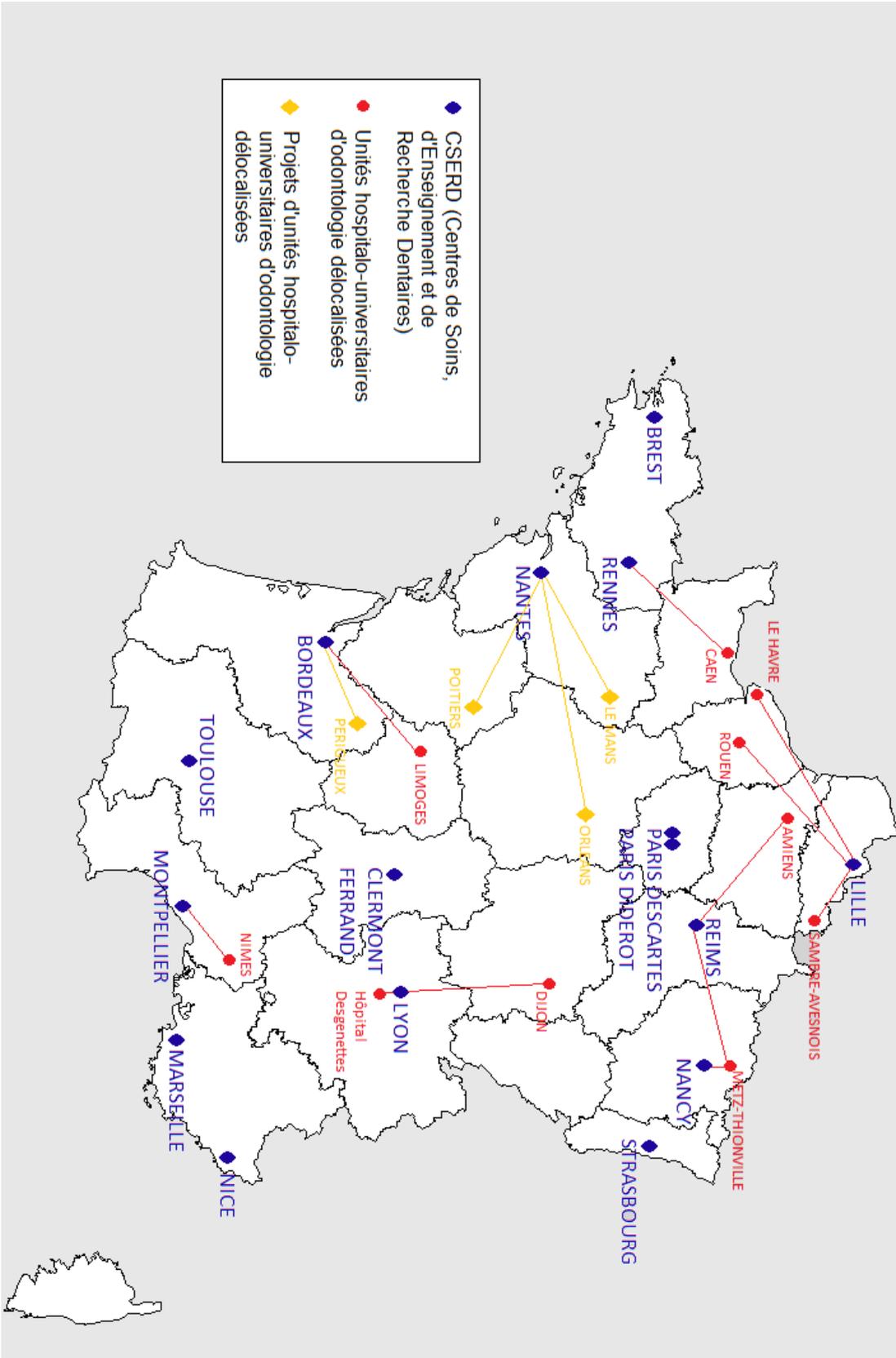
● Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, en métropole, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), estimation au 31 décembre 2013



Couleur		Pourcentage population	Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
■	■	≥ 7,2% < 13,1%	20	1 659 641	39,2%
■	■	≥ 6,3% < 7,2%	19	903 622	21,3%
■	■	≥ 5,5% < 6,3%	19	620 563	14,7%
■	■	≥ 4,7% < 5,5%	19	620 823	14,7%
■	■	≥ 2,6% < 4,7%	19	428 860	10,1%
			96	4 233 509	100,0%

Sources : CNAMTS, INSEE
Outil : Philcarto

Annexe VII – Carte de France des unités d'odontologie



Annexe VIII – Résultats du questionnaire à l'attention des anciens étudiants des unités hospitalo-universitaires de Haute-Normandie

Questionnaire à l'attention des anciens étudiants en odontologie des structures « Le Havre Dentaire » et « Saint Julien » à Rouen.

Document élaboré par François GUILLAMO, directeur d'hôpital stagiaire au CHU de Poitiers, dans le cadre d'un mémoire sur les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées. L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer l'impact de la création de ces unités sur l'installation de jeunes chirurgiens-dentistes dans la région.

Ce questionnaire est anonyme et seuls les résultats globaux seront utilisés dans le cadre de ce mémoire. Les résultats seront également transmis à titre informatif au Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes de Haute Normandie ainsi qu'aux deux unités hospitalo-universitaires d'odontologie de la région.

Sur les 36 étudiants contactés, 11 ont répondu à l'enquête. Les résultats ont été les suivants.

1) Vous êtes :

un homme (4)

une femme (7)

2) Dans quelle faculté avez-vous effectué votre PACES ?

Lille (1) / Rouen (8) / Rennes (2)

3) Au sein de quelle structure avez-vous exercé dans le cadre de vos études ?

Le Havre Dentaire (2)

Saint-Julien à Rouen (9)

4) Pendant combien de temps y êtes-vous resté ?

1 semestre

2 semestres (3)

3 semestres

4 semestres (8)

Autre précisez :

5) Depuis combien de temps avez-vous terminé vos études ?

1 an (6) / 1 mois à 2 mois (4) / pas encore fini (1)

6) Vous-êtes vous par la suite installé dans la région Haute-Normandie pour exercer la profession de chirurgien-dentiste ?

Oui (8)

Non (2)

7) Si oui combien de temps y êtes vous-resté ?

J'y exerce toujours (7)

autre précisez : **1 an (1)**

8) Selon quel mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)

Exercice libéral (2)

Collaboration libérale (2)

Collaboration salariée (6)

Remplacements (7)

Exercice hospitalier

Autre précisez :

9) Combien de temps envisagez-vous de rester dans la région ?

Entre 1 et 3 ans (3)

de 3 à 10 ans (1)

Plus de 10 ans (2)

Ne sais pas (1)

10) Pensez-vous que vous vous seriez installé en Haute-Normandie si vous n'aviez pas effectué une partie de votre formation dans une des unités hospitalo-universitaires d'odontologie ?

Oui (3)

Non (5)

11) Si vous n'avez pas exercé en Haute Normandie à la suite de vos études, envisagez-vous de vous y installer au cours des cinq prochaines années ?

Oui (1)

Non

GUILLAMO

François

Décembre 2016

Filière Directeur d'hôpital

Promotion 2014-2016

Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées : genèse et proposition d'un modèle organisationnel.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé :

Le CHU de Poitiers a initié en 2014 un projet de création d'une unité hospitalo-universitaire d'odontologie délocalisée afin de répondre au problème de démographie des chirurgiens-dentistes en Poitou-Charentes. L'objectif du CHU est de créer pour février 2017 une unité de 8 fauteuils ayant vocation à accueillir des étudiants de sixième année de la faculté d'odontologie de Nantes. Les étudiants seront encadrés par des chirurgiens-dentistes recrutés par l'établissement.

Le présent mémoire présente la genèse de ces unités et les raisons qui ont poussé les hôpitaux à investir un domaine où le secteur libéral est historiquement en situation de quasi-monopole.

Il dresse également un bilan des unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées et met notamment en exergue les contraintes organisationnelles et financières pesant sur ces unités.

Ce mémoire propose enfin un modèle organisationnel de nature à concilier mission de santé publique et efficience économique. Ce modèle organisationnel, inspiré du projet du CHU de Poitiers, est basé sur la maîtrise du temps et un modèle financier redistributif.

Mots clés :

Unité hospitalo-universitaire – Odontologie – Soins dentaires – Chirurgiens-dentistes – Etudiants – Faculté Odontologie – Efficience – Organisation – Innovation – Hôpital Promoteur de Santé

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.