

# Dossier spécial



- L'alerte solennelle
- Nos interrogations sur la loi santé
- Le tiers-payant

# La mort de la Sécu

# Mobilisons-nous tous et toutes ensemble



**BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2015**

## adhérer, c'est facile

il vous suffit de nous retourner le bulletin d'adhésion ci-dessous avec votre règlement.  
Si vous hésitez et souhaitez mieux nous connaître, contactez-nous au :

**05 34 36 40 44**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Année de diplôme : \_\_\_\_\_ 1<sup>e</sup> année d'exercice : \_\_\_\_\_  
Mode d'exercice : \_\_\_\_\_

**A compléter et à retourner avec votre règlement de :**

- Membre actif : 215 €
- Première année d'exercice : 100 €
- Etudiante : Gratuit
- Retraitée : 70 €

Libellé à l'ordre du SFCFD au :

**SFCFD secrétariat - 2 chemin de la Pépinière  
31270 Villeneuve-Tolosane**

## BULLETIN D'INSCRIPTION Club SUPPORTERS

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_

- **A compléter et à retourner avec votre règlement de 200 €**
- Libellé à l'ordre du SFCFD au : **SFCFD secrétariat  
2 chemin de la Pépinière - 31270 Villeneuve-Tolosane**

**Nom et prénom de la marraine adhérente au SFCFD :**

## Une analyse, des interrogations et des propositions ...

Mobilisé sur les projets de réforme de notre système de santé, le SFCFD est reconnu aujourd'hui comme un lanceur d'alerte.

### ... portées vers nos élu-e-s

De nombreux rendez-vous ont été obtenus par nos cadres et nos adhérentes. Grâce à ce travail de fourmis, nous avons pu partager ce travail.

### ... et relayées par une mobilisation sans faille

L'action se poursuit et s'intensifie : c'est la dernière ligne droite !

Le projet de loi sera vraisemblablement examiné au Sénat en septembre ET il n'y aura pas de deuxième lecture !!!

C'est maintenant qu'il faut agir : le SFCFD a besoin de votre coopération : nous devons tous et toutes nous mobiliser :

- informer nos patients pour qu'ils envoient des courriers à leurs sénateurs grâce à nos affiches à placer dans la salle d'attente et à nos explications ;

- envoyer nous-mêmes des courriers à nos sénateurs, car nous sommes également des patients. Ce courrier est téléchargeable sur notre site Internet.

**Nous devons agir maintenant, il ne nous reste que quelques semaines, à nous de les utiliser au mieux !**



**Notre système de santé c'est NOUS.  
NOUS en tant que praticienne,  
patiente, femme !  
MOBILISEZ VOUS !**



## Dossier spécial La mort de la Sécu

**Directrice de la publication :**  
Patricia Hueber-Tardot

**Rédactrice en Chef :**  
Marie Brassat

**Ont participé :**  
Marie Brassat  
Nathalie Delphin  
Nathalie Ferrand  
Isabelle Morille  
Sylvie Ratier

**SFCFD**  
7 rue Mariotte  
75017 Paris  
**Tél : 05 34 36 40 44**  
**Fax : 05 63 57 51 37**  
**E mail : sfgcd@sfgcd.fr**  
**Site Internet : sfgcd.fr**

**Conception réalisation :**  
Marion Bijl  
Imprimé en France

Crédits photos : Istock.com, Fotolia.com, Robert Przybysz, PIC, Sepy, Alliance, contrastwerkstatt, Koya979, psdesign1, Maxal Tamor...

## Mais de qui se moque-t-on ?

### Du praticien, du professionnel de soin à qui l'on fait croire :

- Qu'il a une profession réglementée donc protégée et Qu'il est un nanti !
- Qu'il s'enrichit outrageusement sur le dos de la sécu, de l'Etat et du patient !
- Que seul l'argent l'intéresse et que d'ailleurs il ne soigne que les riches !
- Qu'il n'a aucune éthique, aucune humanité et que seule la performance « gagner plus et travailler moins » l'intéresse !
- Qu'il peut travailler où il veut, provoquant des déserts médicaux !
- Qu'il peut travailler quand il veut, provoquant des délais d'attente de rendez-vous important !
- Qu'il peut travailler comme il veut, sans formation continue ni diplôme d'Etat français !
- Que le travail administratif improductif n'est pas réalisé et même refusé !
- Que le nombre de pathologies augmente, qu'il en est seul responsable. D'ailleurs, il en vit, lui !

### Et c'est pour toutes ces raisons, qu'il refuse toute modification, adaptation du système de santé en France.

### Ou du patient, à qui l'on fait croire :

- Que le soin est gratuit et qu'il ne paye ni cotisations sociales ni complémentaires santé !
- Que la maladie est une fatalité ! ou pire, qu'il en est seul responsable !
- Que la santé et les soins sont des biens de consommation !
- Que la relation patient-praticien est obsolète !
- Que ses données médicales personnelles n'ont pas besoin d'être protégées !

### Et c'est pour toutes ces raisons, qu'il doit accepter d'abandonner son droit individuel et personnel au choix, son pouvoir de décision, sa liberté thérapeutique.

Et surtout, pour notre bien à tous, que la loi adoptée par l'assemblée nationale le 14 avril 2015, nommée « Loi de modernisation de notre système de santé » et traitée en procédure accélérée, va révolutionner tous ces archaïsmes, avec des moyens Modernes pour Notre Santé... et vite.

Cette **absence** de débat, et parlementaire, et public donne envie, au contraire, de crier haut et fort et de nous battre contre un texte qui vend l'**humain** ... en solde !

Dr Marie Brassat

## sommaire

- Audition au sénat ..... p. 4
- Une alerte solennelle ..... p. 5
- Les réponses aux questions posées par le Sénat ..... p. 7
- Le tiers payant ..... p. 12
- D'autres questions, encore ..... p. 14
- Numerus clausus : filière en danger ..... p. 15



# Audition au Sénat

**Le SFCD, par ses analyses, interrogations et propositions a démontré, une fois de plus, son intérêt et sa légitimité à pouvoir exprimer sa vision sur un dossier concernant toute la profession et bien au-delà.**

**Ses questionnements minutieux et attentifs, sans a priori ni entraves intellectuelles ou politiques, l'ont conduit à se positionner de façon singulière, au-delà des seuls intérêts particuliers.**

Son analyse de l'article premier de la loi de santé en témoigne. Cet article introductif, censé rénover profondément le cadre général de la politique de santé, en opère en réalité une mutation profonde.

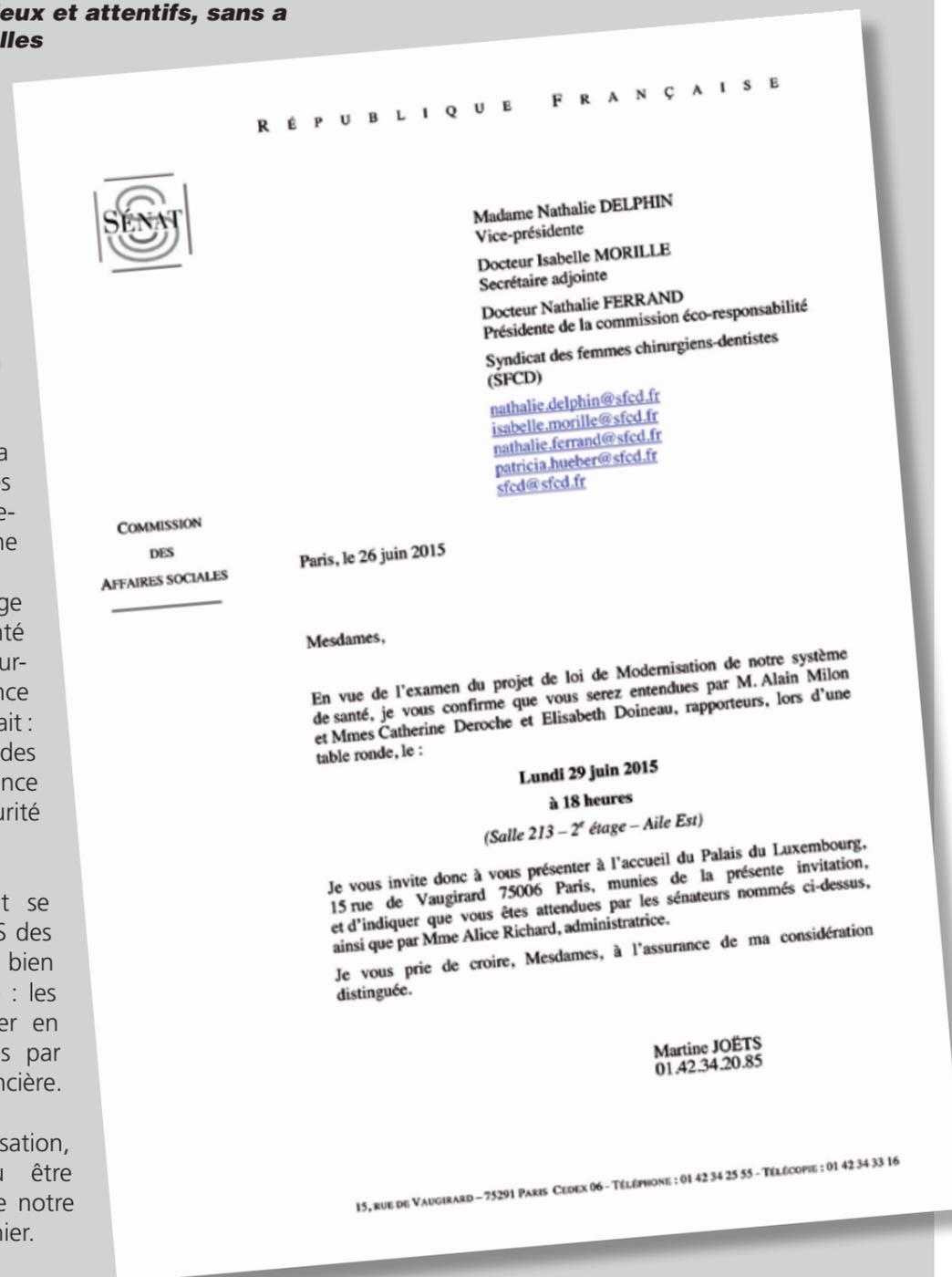
La redéfinition du périmètre de la politique de santé, du rôle de ses acteurs et de ses finalités est menée, tambour battant, dans une logique purement économique. La recherche acharnée d'un pilotage efficient des politiques de santé passe par un arbitrage incontournable entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Le choix est rondement fait : c'est la toute puissance avérée des ARS, précipitant la fin de l'Assurance Maladie, et avec elle, celle de la Sécurité Sociale.

Seule ombre au tableau, l'Etat se révèle incapable de doter les ARS des fonds nécessaires pour mener à bien ce pilotage. Qu'à cela ne tienne : les assureurs sont là, prêts à entrer en action, solidement accompagnés par les réseaux et leur puissance financière.

Notre vision de cette privatisation, savamment orchestrée, a pu être exposée notamment au cours de notre audition au Sénat du 29 juin dernier.



Dossier spécial  
**La mort de la Sécu**



# Une alerte solennelle

**Le Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes, qui fête ses 80 ans cette année, est composé de professionnelles de tous modes d'exercice. Cela nous permet d'élaborer une réflexion prospective centrée sur le patient, au-delà des positionnements catégoriels.**

Le SFCD considère notre profession médicale comme une profession sentinelle pour les professions de santé :

tout d'abord, nous sommes des soignants présents d'un bout à l'autre du parcours de soin : nous diagnostiquons, nous soignons, nous prescrivons, nous prévenons en obtenant des résultats rapides et efficaces ; ensuite, comme la prise en charge des soins dentaires par l'Assurance Maladie a toujours été incomplète, nous avons déjà expérimenté les conventions nationales avec les mutuelles, le panier limité de soins comme en CMU ou AME, les plateformes de réseaux de praticiens agréés par des assurances complémentaires ;

enfin, nous sommes concernées par les conséquences de l'hyper-technologisation et la toxicité des matériaux.

Pour le SFCD, la filière dentaire peut être un véritable laboratoire du changement de paradigme environnemental, social et économique qui nous attend.

En effet, notre système de santé a besoin de se réformer car le contexte a changé. Alors que nous partageons totalement l'objectif de rendre possible à tous les français l'accès à des soins adaptés et de qualité, nous ne partageons pas l'analyse des besoins de cette réforme, ni celle des moyens à mettre en œuvre. Sans répondre aux problématiques, voire même en les aggravant, cette analyse va imposer :

## 1/ Un changement complet de système de santé

Selon notre lecture, **l'article 1 va poser les bases d'un système de soins totalement différent**, de ses valeurs à son organisation en passant par son financement.

La loi de santé publique, définie par une loi votée par des parlementaires, devient une stratégie nationale de santé définie par un gouvernement par décrets : on comprend toute la fragilité et les risques induits par cette mutation !



La loi HPST, la loi Fourcade, l'Ani, la loi Leroux, puis enfin la loi Hamon et le décret Montebourg et ce projet de loi sont à notre avis, les ingrédients d'un cocktail explosif qui laissera la place à un nouveau système qui balaye tous les fondements de la protection sociale en France.

**Le soin, devenu un bien de consommation**, entrainera l'application du droit de la concurrence et des contrats. Dans un tel système, il y aura des producteurs de soins (professionnels de soins) qui se mettront au service de distributeurs de soins (plateformes spécialisées) qui vendront des soins à des assureurs (mutuelles, instituts de prévoyance, assureurs privés) qui, à leur tour, les proposeront à leurs clients : les consommateurs de soins (patients).

**C'est un nouveau circuit ET pour le soin ET pour son financement qui se met en place, en laissant l'Etat de côté.**

Les professionnels de santé liés par un contrat, individuel ou collectif, seront tenus d'exercer selon les objectifs imposés par les réseaux.

Les patients, bénéficiant de tarifs attractifs chez les praticiens de leur assurance complémentaire personnelle et obligatoire, n'auront d'autre alternative que de choisir entre tarifs séduisants et liberté.

L'assurance maladie, déjà en passe d'être absorbée par les ARS, voit sa fin programmée.

L'état, qui n'a plus les moyens financiers d'assumer le déficit public en matière de santé, charge les ARS de mettre en œuvre la stratégie de santé au niveau local, sans les doter des moyens financiers nécessaires. Les ARS, à priori, continueraient à financer la santé « sociale », le reste étant confié, par la force des choses, aux assureurs privés.

Ces assureurs privés, disposant de la trésorerie nécessaire, récupéreront la gestion du risque qui ne sera plus dévolue à l'état : les principes de répartition et de solidarité, fondements de la Sécurité Sociale, disparaîtront au profit du principe assurantiel « paye comme tu vis ». Quelles seront les primes des patients à risque, donc « non rentables » ?

Enfin les réseaux, qui sont des sociétés commerciales, réguleront le système, dans un objectif purement financier.

**Quid du libre choix thérapeutique pour le patient, comme pour le praticien ?**

**Quid de la relation thérapeutique et humaine patient-praticien, ce colloque singulier ?**

**Quid de la responsabilité médicale, et de l'implication active et responsable du patient dans sa guérison comme dans sa santé ?**

## Une alerte solennelle

Pour le SFCD, l'article 1 est **la clé de la mutation de notre système de santé vers sa privatisation de fait**, transformant l'activité de soins en une activité commerciale rentable à court terme.

L'objectif actuel de L'Etat est de réduire les déficits ; celui de l'Assurance Maladie, de faire des économies ; celui des assureurs, de faire des profits.

Ces objectifs sont tout à fait compatibles et seront autorisés au sein de ce nouveau système de santé.

Mais que deviendra alors la politique de santé publique ?

Nous **craignons la disparition de l'intérêt général** devant les intérêts financiers annuels, d'autant plus que ce système de santé a été construit sans tenir compte du changement de la réalité.

### 2/ La politique de santé doit tenir compte de nouveaux paramètres

#### A - L'impact de l'environnement

A cause de la pollution air-eau-sol et de la toxicité de substances présentes partout comme les perturbateurs endocriniens, le contexte sanitaire du XXI<sup>e</sup> siècle a profondément changé : **les maladies infectieuses ont laissé la place aux maladies chroniques**. De plus en plus d'études font état, du lien certain entre environnement et santé : pourrions-nous encore longtemps l'ignorer ? Nous n'avons pas trouvé d'analyses d'économistes de la santé intégrant ce paramètre fondamental de l'environnement dans leurs équations économétriques.

**Le système de soins et les soignants ne peuvent pas absorber en fin de chaîne les conséquences de cet impact, avec un budget contraint.**

#### B - L'impact de l'assèchement des finances de l'Etat

En 2015, notre système de santé nous semble à la confluence de deux phénomènes : l'assèchement budgétaire de l'Etat et l'explosion des dépenses de santé, liées certes au vieillissement de la population et au progrès de la médecine mais surtout à l'augmentation exponentielle de ces maladies chroniques obligeant à des traitements à vie.

La solution choisie n'a pas été d'agir sur les

causes des maladies, ni de suivre les préconisations de l'OCDE pour enrayer l'assèchement des recettes de l'Etat, mais de basculer le financement du public au privé.

**L'intérêt de l'industrie de la santé, ne serait-il pas d'avoir de plus en plus de malades et de maladies si, son objectif unique, est le développement de nouveaux marchés ?**

La collecte incomplète et la redistribution insuffisante de la fiscalité génèrent de plus en plus d'inégalités : toutes les politiques publiques en pâtissent, notamment celle de la santé.

#### C - L'impact des conditions de travail et des conditions de vie

Au vu de l'explosion des maladies liées au travail, et de la corrélation de l'état de santé avec les conditions de vie socio-économiques, ce paramètre ne s'impose-t-il pas dans l'analyse des économistes de la santé ? Un véritable système de santé devrait intégrer tous les secteurs d'activité qui contribuent à notre mauvais (ou bon) état de santé.

#### D - L'impact de la différenciation entre un système de santé et un système de soin

Le système de soins n'est qu'un élément du système de santé. Confondre les deux revient à mettre en place un système insoluble et insolvable. Faire reposer la responsabilité des dépenses sur une partie seulement des acteurs est une voie sans issue :

- stigmatiser les patients et leur mode de vie sans tenir compte des conséquences de la pollution et de la toxicité de produits du quotidien, est cynique et aggravera les inégalités ;
- incriminer les professionnels de soins n'amènera que leur désespérance de se voir transformés en agents commerciaux, perdant le sens même de leur métier, qui est de soigner des patients et non de produire rentablement des soins pour des structures à but lucratif.

Comprendre que le système de soins est un acteur, parmi d'autres, du système de santé nous amène à élargir non seulement les possibilités de le financer, mais également



### Dossier spécial La mort de la Sécu

le nombre des acteurs qui peuvent agir à sa modernisation, aux côtés des professionnels de soins.

#### E - L'impact du lien exclusif entre le besoin de soin du patient et le soin dispensé

Pour le SFCD, les soins sont liés aux besoins des patients : ce lien exclusif nécessite son indépendance et suppose pour le professionnel qui le dispense :

- l'indépendance de sa formation : vis-à-vis des intérêts économiques et/ou industriels ;
- l'indépendance du choix de son mode d'exercice : dans sa multiplicité, garante d'une offre au service des patients sur tout notre territoire ;
- l'indépendance du choix du traitement : défini selon les données acquises des sciences ;
- et enfin, l'indépendance de la surveillance de ses pratiques professionnelles : avec un ordre fort, capable d'assumer les missions confiées par l'Etat.

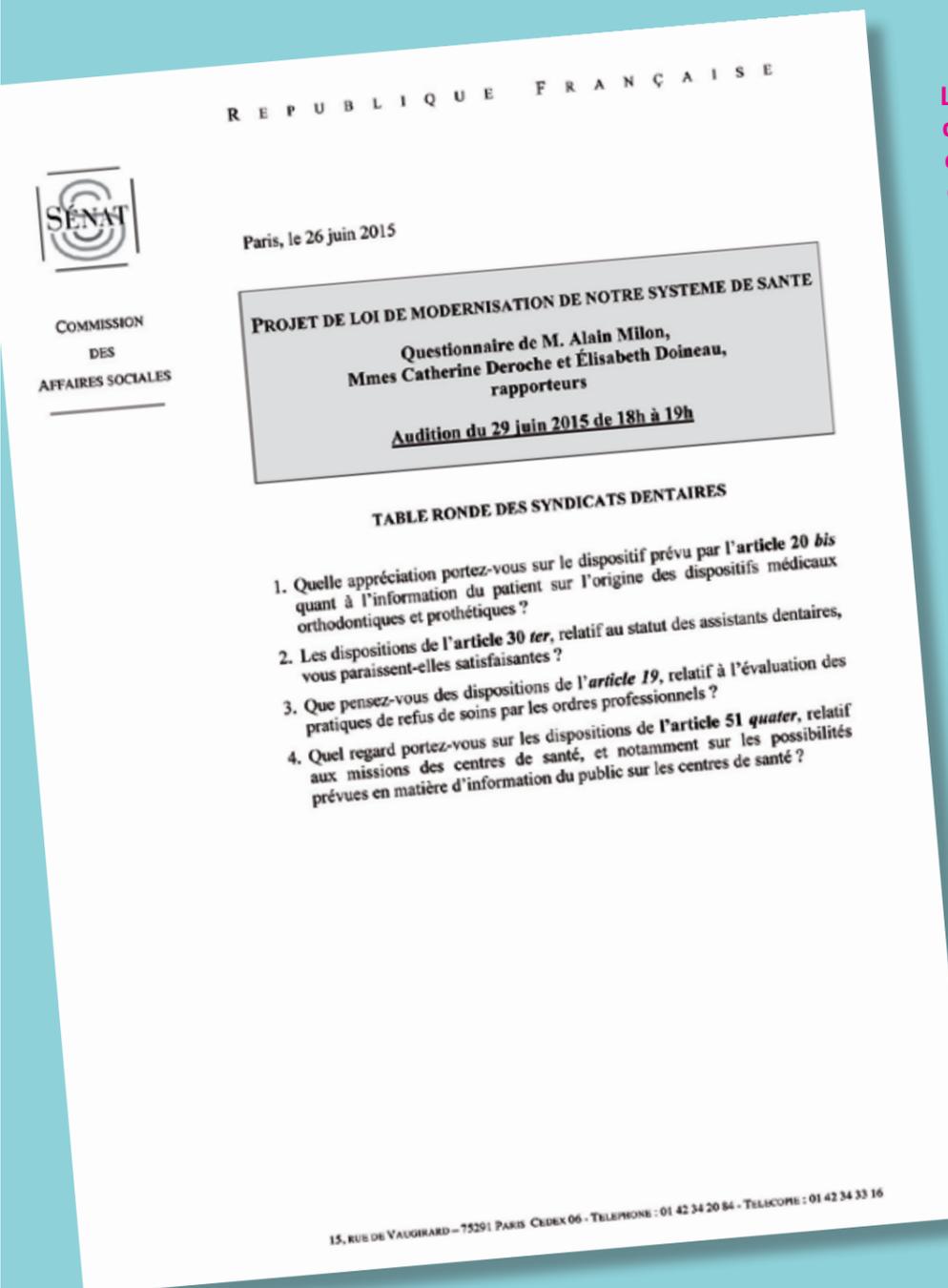
En conclusion, pour le SFCD, le cocktail finalisé par ce projet de loi nous conduira à l'**opposé** de ce que le contexte environnemental, sanitaire, social et économique nous enjoint de faire.

Nous allons ainsi assister à la privatisation de notre système de soins qui ne fera qu'aggraver les inégalités que l'on veut réduire. L'Etat se défaussera de sa responsabilité de Caisse de Sécurité Sociale au profit des financiers. Ces derniers, simples gestionnaires, gagneront de l'argent sur nos cotisations obligatoires. Dans le même temps, les professionnels perdront leur éthique et le sens de leur métier, à devoir à soigner pour toujours moins cher, des patients, qui à leur insu, seront de plus en plus nombreux, de plus en plus malades et payeront toujours plus.

**C'est une alerte solennelle que le Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes vous lance.**

## Les réponses

**Le SFCD a été auditionné sur des points très précis de la loi santé, intéressant tout particulièrement notre profession. Vous trouverez ci-après les réponses que nous avons formulées aux questions posées sur les articles 19, 20 bis, 30 ter et 51 quater.**



**Le SFCD a également regardé d'autres articles de cette loi qui nous intéressent au premier chef, au rang desquels :**

**12** qui institue un Service Territorial de Santé au Public (STSP), outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires,

**18** qui généralise le tiers payant de façon obligatoire,

**20** qui vise à permettre un encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé,

**30** qui organise sous conditions, en détournant le parcours de formation, la possibilité pour des étudiants étrangers d'exercer en France,

**47** qui pose notamment les bases nécessaires à la mise en œuvre d'un dispositif d'accès aux données de santé.

**Nos interrogations, sur l'ensemble de ces articles, ont amené le SFCD à produire des amendements, propre à réduire l'impact négatif de ces dispositions sur notre profession, les professionnels de soins et les patients.**



## ▶ Question 1

**Quelle appréciation portez-vous sur le dispositif prévu par l'article 20 bis quant à l'information du patient sur l'origine des dispositifs médicaux orthodontiques et prothétiques ?**

En premier lieu, le SFCD s'interroge sur la faisabilité de l'inclusion des dispositifs médicaux dans ce texte.

Exemple en orthodontie, les dispositifs médicaux sont essentiellement fabriqués et assemblés au cabinet, à partir d'éléments (28 attaches, des dizaines d'arcs, des centaines de ligatures de différentes sortes), diverses colles (et produits de préparation de collage (30 différents fabriqués aux USA, en Allemagne, au Japon principalement) : **voici des échantillons avec mention sur sachets**. Les traitements ayant une durée moyenne sur 2 à 3 ans, mais parfois avec 2 phases (une 1ère qui commence entre 5 et 10 ans et une 2ème entre 11 et 16 ans : il est techniquement impossible de prévoir l'utilisation de matériels et matériaux sur du long terme et de l'inscrire dans le devis (évolution de la croissance de l'éruption dentaire, de la coopération du patient qui peuvent nous faire modifier le plan de traitement)) et encore plus l'origine du matériel : l'usine sera-t-elle délocalisée entre temps ? Aurons-nous changé de fournisseur ?

Le SFCD s'interroge ensuite sur la notion d'origine. Quelle est l'origine des dispositifs prise en compte : le prothésiste sous-traitant ? Le pays de fabrication du dispositif médical ? Le pays de facturation de ce dispositif médical ? Le pays d'extraction des matières premières entrant dans sa composition, ... ?

Sur le plan du principe, le SFCD est tout à fait favorable à l'information la plus compréhensible et accessible possible **du patient**, de façon à ce qu'il donne son consentement éclairé sur ce qu'on lui pose dans la bouche. Dans cet objectif, le SFCD demande que cette information sincère et légitime aux patients, donnée dans le cadre du colloque singulier, soit étendue à la traçabilité, à la composition et à la qualité de l'ensemble des matériaux mis en bouche.

Pour cela, les chirurgiens-dentistes doivent avoir, de la part des industriels, une information exhaustive et compréhensible de la composition des matériaux et de l'origine du pays de fabrication : **ce qui est n'est pas le cas actuellement, le secret industriel leur étant opposé.**

Les chirurgiens-dentistes doivent avoir également accès à des éléments relatifs à la qualité des matériaux qu'ils utilisent, qualité qui n'a aucun rapport ni avec la traçabilité, ni avec l'origine.

Le SFCD s'interroge donc sur les moyens qui seront mis à la disposition des chirurgiens-dentistes pour assurer à leurs patients la sécurité des matériaux qu'ils placent dans leur bouche ?

Le SFCD s'interroge également sur le fait que les dispositions de l'article 20 bis ne mentionnent pas les impératifs de la « SINlist » ?

Le SFCD se réjouit de voir le lien environnement-santé reconnu à travers l'exposome (ensemble des expositions aux agents chimiques, physiques et infectieux), à condition qu'une information claire et totale soit donnée par les fabricants aux professionnels de soins, pour qu'eux-mêmes aient les moyens d'en informer leurs patients.

Par contre, le SFCD s'étonne que les conséquences financières de cet exposome pour le budget du système de soins ne figurent dans aucune des analyses des économistes de la santé : quelle pertinence et quelle fiabilité accorder à leurs prévisions budgétaires ?

Le SFCD s'interroge également sur la destination de ces informations prévues à l'article 20 bis, indispensables au choix du traitement. Mais qui sera le détenteur du choix du traitement ? Le patient ou bien un assureur et/ou un réseau ? A qui va appartenir cette liberté de choix du traitement, en toute transparence ?



Dossier spécial  
**La mort de la Sécu**

Le colloque singulier, pierre angulaire du choix et du consentement au soin, se matérialise notamment par le devis. Or, quelle est la pertinence du devis dans la mesure où, le contrat de soins et le colloque singulier sont amenés à disparaître, conséquence de la généralisation du tiers payant ?



### Le SFCD propose :

■ **pour les dispositifs médicaux orthodontiques et au vu de la complexité de la réalité clinique, de sursoir à ces dispositions ;**

■ **d'obtenir des industriels des informations permettant une politique de transparence des dispositifs médicaux sur mesure, des matériaux et matériels :** quant à leur origine, leur composition, leur qualité et toxicité (et notamment par rapport aux perturbateurs endocriniens).



## ▶ Question 2

**Les dispositions de l'article 30 ter, relatif au statut des assistants dentaires, vous paraissent-elles satisfaisantes ?**

**Dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins pour nos patients**, le SFCD soutient farouchement l'inscription des assistants dentaires au Code de la Santé Publique, pour leur permettre notamment :

- d'accéder aux formations nécessaires à leurs fonctions (ex : AGFSU N°2, gestion de la douleur, prise en charge globale, ...);
- de rentrer dans les blocs opératoires hospitaliers ;
- et surtout de participer à « redonner du temps médical au CD », en leur apportant une aide technique et instrumentale précieuse et impérative aujourd'hui.

Cependant, certaines dispositions ne nous paraissent pas satisfaisantes, soit par leur inutilité, soit par leur imprécision :

### 1/ Concernant la définition du métier :

**Il convient purement et simplement de supprimer la seconde phrase de l'alinéa 6 de l'article 30 ter, soit le second alinéa de l'article L4393-8. Il n'a aucun intérêt, et est sujet à interprétations :**

- Une interprétation restrictive : limitation à ces activités uniquement puisque citées expressément et donc quid pour les autres activités (ex : secrétariat, accueil patient, préparation du fauteuil, assistance chirurgicale) qui ne sont pas citées ?
- Une interprétation au contraire globale et générique : réservation de ces activités aux seuls assistants dentaires avec exclusion de tout autre professionnel de santé, y compris le chirurgien-dentiste. Or, ces activités de prévention et d'éducation font partie des « missions » du chirurgien-dentiste, et sont donc automatiquement dans le champ de compétences des assistants dentaires qui les assistent sous leur responsabilité, au même titre que tout le reste, ni plus, ni moins. Nous définissons ainsi le socle de ce poste, tout simplement.

**« Sous sa responsabilité et son contrôle effectif » sont des notions importantes, mais trop imprécises dans le texte :**

- la notion de responsabilité implique nécessairement une relation subordonnée (qui génère la responsabilité pour autrui) et donc une embauche par un chirurgien-dentiste. Problème : qui est responsable lorsque l'assistant dentaire travaille pour un autre chirurgien-dentiste que son employeur (ex : un remplaçant, un collaborateur) ? Qui est responsable quand un assistant dentaire est embauché par une personne morale (une société, par un centre de santé) ? (Actuellement, à notre connaissance, le droit français ne prévoit que 2 cas de responsabilités pour autrui : celle des parents pour leurs enfants et celle des employeurs pour leurs salariés) ;
- la notion de contrôle effectif est une notion multiforme et variable : elle est utilisée dans de nombreux secteurs d'activités (sous-traitance privée, subordination dans le cadre du droit administratif, ...) et subjective. Que veut dire le contrôle effectif dans le cadre de l'équipe dentaire ?

### 2/ Concernant la formation initiale :

Nous pensons que seul un diplôme d'Etat (qui ne remet pas en cause la formation par alternance) peut garantir l'acquisition et le contrôle des connaissances nécessaires aux fonctions d'un assistant dentaire inscrit au code de la santé publique. Nous nous interrogeons sur la disparition des partenaires sociaux dans la définition de cette formation initiale

### 3/ Concernant l'exercice illégal :

Nous ne pouvons pas aujourd'hui ignorer les personnes qui exercent actuellement sans diplôme. Le texte ne prévoit aucune disposition transitoire : quel va être leur sort ? D'autre part, le texte prévoit qu'une per-



sonne morale peut être sanctionnée si elle fait usage illégalement de la qualité d'assistant dentaire.

Pourquoi apparaît, dans ce projet de loi de santé, la personne morale ? Cette apparition confirme-t-elle la possibilité de la sous-traitance ou de la prestation de service ?

### 4/ Concernant le mode d'exercice :

Nous nous interrogeons vivement sur l'apparition du terme « prestataire de services » : comment être à la fois « sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste » et prestataire de services ? quelle est la pertinence d'un prestataire de services, puisque le chirurgien-dentiste ne prescrit pas d'acte à l'assistant dentaire ? que serait un assistant dentaire prestataire de services ? Quelle serait son activité ? Comment serait-il déclaré et auprès de qui ? La mention de prestataire de services nous semble grandement prématurée dans un texte d'inscription première d'une profession au code de la santé publique.

### Le SFCD propose :

■ **la suppression de la seconde phrase de l'alinéa 6 de l'article 30 ter, soit le second alinéa de l'article L4393-8 ;**

■ **la création d'un diplôme d'Etat d'Assistant Dentaire sanctionnant la formation initiale ;**

■ **au vu des nombreuses questions soulevées, de sursoir à l'exercice d'assistant dentaire en tant que prestataire de services.**



## ▶ Question 3

**Que pensez-vous des dispositions de l'article 19, relatif à l'évaluation des pratiques de refus de soins par les Ordres professionnels ?**



financièrement (car financée uniquement par l'adhésion obligatoire de tous les CD en activité) et en capacité de le faire (car elle en a les moyens juridiques) ;

**Par contre, de nombreuses questions se posent sur l'exhaustivité de cette évaluation sans une extension des prérogatives de l'Ordre :** un centre de santé, quel qu'il soit, sera-t-il soumis aux mêmes règles qu'un chirurgien-dentiste indépendant ? Pourrait-il être sanctionné directement ?

- L'Ordre aura-t-il la possibilité de sanctionner également les pratiques globales de soins d'un centre de santé ?
- est-il envisagé qu'un chirurgien-dentiste, travaillant pour ou dans un centre de santé, ait la possibilité de dénoncer ces pratiques de refus de soins ?
- L'Ordre aura-t-il les moyens de sanctionner plus fortement et plus rapidement qu'actuellement ? Quels seront ses moyens ?

**Par ailleurs, le SFCD estime que :**

- l'apport de la vision complémentaire des associations de patients est intéressant pour améliorer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, si ces associations sont indépendantes, c'est-à-dire majoritairement financées par leurs adhérents et non par l'Etat ou l'industrie pharmaceutique ;
- le refus de soin soulève la question des droits et des devoirs des deux parties (patient et praticien) dans un contrat, qui plus est, n'existera plus, une des conséquences de la généralisation du tiers payant. En effet, en ne payant plus directement ses soins, le patient n'est plus partie au contrat. Le contrat de soin est caduc.

**Pour le SFCD :**

- l'évaluation des pratiques de refus de soins par les ordres professionnels nous paraît tout à fait conforme à leurs missions, définies par la loi. (Ils veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art dentaire et à l'observation, par tous leurs membres, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié,...), des devoirs professionnels et déontologiques) ;
- l'Ordre est l'instance légale, légitime et appropriée pour remplir cette mission. C'est également la seule instance indépendante



## Dossier spécial La mort de la Sécu



## ▶ Question 4

**Quel regard portez-vous sur les dispositions de l'article 51 quater, relatif aux missions des centres de santé, et notamment sur les possibilités prévues en matière d'information du public sur les centres de santé ?**

Questions



Les activités de soins ne sont pas commerciales : c'est pour cette raison qu'elles sont réglementées. Il ne peut et ne doit pas en être autrement.

Le corps humain et les soins sont placés légalement hors commerce (art 16 du code civil). Le respect de toute interdiction de publicité directe ou indirecte, doit être absolu quelle que soit la structure : personne morale (centres de santé municipaux, centres de santé mutualistes, centres de santé associatifs, plate-forme de distribution de soins) ou personne physique (chirurgiens-dentistes libéraux).

A ce titre, l'intervention de l'autorité de la Concurrence, permise par la Loi Leroux, dans le cadre des activités de soins inquiète le SFCD qui se questionne sur la légitimité d'une telle intrusion.

Les professionnels de soin sont soumis à une éthique et à une déontologie, car la santé, les soins, le corps humain ne peuvent et ne doivent être considérés comme un commerce ou une industrie.

Accepter la publicité pour les structures de soin (ici les centres de santé) va amener une concurrence sur les tarifs et non sur les compétences, qui va conduire à des attitudes commerciales où le soin sera tenu par le prix.

**La situation espagnole, après une première étape, profitable aux patients, de tarifs bas grâce à la concurrence, nous donne une idée des dérapages qui suivent :**

- la surmédicalisation (actes non nécessaires mais permettant d'amortir un matériel),
- les actes fictifs (caries imaginaires),
- la baisse de la qualité des soins (matériaux low cost, cadence d'actes augmentée)
- les soins consuméristes (suivant la mode).

Cela induira et renforcera également la délocalisation des soins avec comme conséquence une perte de fiscalité pure pour l'Etat

Français, empêchant donc la redistribution qui renforcera les inégalités aux soins sur notre territoire.

D'autre part il convient de préciser la notion de « premier recours ». Qu'est-ce qu'un acte de premier recours ? Par exemple, selon la CCAM, l'implantologie n'est pas un soin de premier recours. Un centre de santé peut-il donc ne faire uniquement que de l'implantologie ?

Comment l'ARS apprécie-t-elle cette notion de premier recours ? Sur quels critères donne-t-elle ses autorisations d'ouverture ? L'Ordre ne pourrait-il pas valider les autorisations d'ouverture ?

Comment l'Ordre pourra-t-il finalement surveiller l'exécution des soins dans ces centres de santé s'il n'a pas le moyens d'y intervenir ni en amont, ni en aval ?

Enfin, le SFCD ne peut que s'interroger sur la limitation du titre « centre de santé » avec une définition aussi large, d'autant que la notion d'établissement de santé est elle-même très large.

Pour le SFCD, il est urgent de conforter l'éthique du soin au cœur de notre métier à la fois pour le patient, respecté en tant que sujet et non pas considéré comme

objet, mais aussi pour le chirurgien-dentiste, sous peine de perdre le sens même de notre métier de soignant.

### Le SFCD propose :

■ **le maintien de l'interdiction de toute publicité directe ou indirecte sur les soins ;**

■ **la définition claire et juridique des différents termes suivants :** soins de premiers recours, centres de santé, centre de soins, réseaux de soins, réseaux de santé, réseaux de pathologie, parcours de santé, parcours de soins. La confusion qui règne actuellement entre ces différents termes entraîne une tromperie organisée sur l'évolution de notre système de santé par absence de transparence et utilisation de ces méprises ;

■ **la présence de l'Ordre, aux côtés des ARS, pour veiller au respect des règles déontologiques et éthiques.**

# Le tiers-payant

## tout ce que vous avez toujours voulu savoir....

**Mort de la médecine libérale pour les uns, garantie de l'accès aux soins pour tous : le tiers payant a cristallisé toutes les énergies engagées dans ce projet de Loi de Santé.**

**Mais qu'est-ce que le tiers payant généralisé et obligatoire ? Derrière les positionnements dogmatiques des uns et des autres simplifiant à l'extrême cette notion, se cache une complexité (savamment entretenue ?) liée à des confusions, des analyses incomplètes, des informations tronquées.**

**Fidèle à sa mission, le SFCD a mené l'enquête.**

**Voyons ce que nos recherches nous ont révélé.**

**Le tiers payant généralisé et obligatoire a réduit le renoncement au soin à une cause financière**, n'en faisant qu'une question d'avance de trésorerie pour le patient, ce qui exclue de fait de la réflexion et de l'action, les professionnels de soin.

Or le renoncement aux soins, quelles que soient ses causes, est le problème que TOUS les soignants tiennent à résoudre, quel que soit leur mode d'exercice.

**Le vocable même de « tiers payant » est une double tromperie intellectuelle.**

La première est de faire croire au patient que c'est quelqu'un d'autre qui paye à sa place. Or c'est bien lui qui paye, avec ses cotisations sociales et de complémentaire obligatoires. Les régimes d'assurance maladie et complémentaires ne sont que des gestionnaires qui encaissent des cotisations et les redistribuent en fonction des besoins du malade pour l'assurance maladie, ou du montant des primes payées pour les complémentaires.

La deuxième est de placer le patient dans

une position de redevabilité au système pour cette « tierce personne qui paye pour lui », ce qui le conduit notamment à accepter d'abandonner sa responsabilité, à accepter de perdre sa décision thérapeutique, à accepter de perdre son pouvoir sur sa santé.

**Le tiers payant généralisé et obligatoire permettant 100% d'accès aux soins est une illusion.**

La difficulté financière d'avancer les frais pour certains patients est réelle. Mais elle n'est pas le seul frein : 25% des patients avec une CMUC (et qui bénéficient à ce titre du tiers payant obligatoire) renoncent à se faire soigner alors qu'ils ont un tiers payant intégral !

Les autres causes sont aussi comportementales et/ou culturelles : une prise en charge à 100% n'est pas le gage de voir 100% des patients se faire soigner (le Bilan Bucco-Dentaire est là pour nous le rappeler tous les jours).

A ces causes « traditionnelles » s'ajoutent des difficultés géographiques d'accès aux soins : le maillage sanitaire de certaines régions est franchement insuffisant.

Et des difficultés démographiques, pas seulement liées au numérus clausus mais aussi à la désaffection des étudiants pour des filières professionnelles à l'avenir obscurci, et aux suppressions continues de postes de personnel soignant.

Le tiers payant n'apportera aucune réponse à ces difficultés.

**Le tiers payant est une solution obsolète et perverse** dans le système de dispense d'avance de frais.

Obsolète car complexe, peu respectueuse du secret médical, couteuse en temps médical perdu et couteuse financièrement (ce coût a

été évalué par RB Consultant à 4,50 euros par acte, un coût incluant les impayés). Perverse car elle introduit une sensation de gratuité des soins, elle déresponsabilise le patient et fait fi du contrat de soin.

Le tiers payant réalise, de fait, une dispense d'avance de frais. Mais la dispense de frais n'est pas réduite à la seule solution du tiers payant !

D'autres solutions peuvent exister, comme la carte de paiement en Santé.

Avec elle, le patient reste l'acteur responsable de ses soins : c'est lui qui choisit le professionnel de santé et qui le paye en retour du soin.

Pourquoi ce système, qui existe déjà, n'a-t-il jamais émergé comme solution possible et alternative au tiers payant ?

Pourquoi ne pas creuser d'autres pistes qui apporteront une réponse à la question du renoncement aux soins pour raisons financières ?

**Les conséquences de la généralisation et de l'obligation du tiers payant sont passées à la trappe.**

Et pourtant.... :

- le soin se trouve ravalé au simple rang de bien de consommation : il devient une valeur commerciale, financière devant laquelle l'éthique s'efface. Nous changeons de référentiel : il va se heurter violemment à l'article 16 du code civil qui précise l'indisponibilité du corps humain (le corps ne peut faire l'objet d'un commerce);

- le contrat juridique « soins contre paiement » devient caduc, et avec lui la responsabilité médicale civile directe ;

- le colloque singulier n'existe plus, entraînant avec lui la disparition de l'information sur le coût des soins : la responsabilisation du patient s'envole à son tour ;

- le curseur du pourcentage de prise en charge devient opaque : quand saurons-nous, patients comme praticiens, que les complémentaires prendront en charge 95% des soins laissant 5% à la sécurité sociale ?

- les cotisations ne seront plus basées sur les revenus (principe d'une caisse d'assurance maladie) mais sur les personnes (principe de l'assurance privée).

**A qui profite réellement le tiers payant généralisé et obligatoire ?**

**Aux patients ?** Il ne résout que les difficultés financières de l'accès aux soins et il rend les patients « acceptants » de contreparties (perte de liberté de choix du praticien, atteinte du secret des informations médicales).

**Aux praticiens ?** Il les rend dépendants du payeur et alourdit la gestion administrative (la récupération des parts mutuelle peut être un véritable parcours du combattant) qui fait perdre du temps médical et représente un coût.

**A la Sécurité Sociale ?** Il ne fait faire qu'une économie budgétaire de fonctionnement et précipite sa disparition.

**Aux complémentaires ?** Bingo ! Le tiers payant généralisé et obligatoire leur permettra de déplacer le curseur du pourcentage qu'elles prennent en charge, de façon invisible. La gestion du risque par l'assurance maladie est indifférenciée : elle est la même pour tous les patients. La gestion du risque par une assurance sera différenciée, car fonction du risque plus ou moins certain que chaque patient représentera selon son mode de vie (fumeur ou pas, obèse ou pas, ...).

**La privatisation de notre système de soins se fera à l'insu de tous et ses conséquences renforceront les inégalités.**



En conclusion pour le SFCD, c'est à un grand tour de passe-passe de communication que nous assistons : on a « vendu » aux français le tiers payant comme une avancée sociale extraordinaire, alors que c'est une avancée extraordinaire vers la privatisation de notre système de soin !

Le tiers payant généralisé et obligatoire masque la mort du système d'assurance maladie.

Ce système de caisse commune mis en place au sortir de la guerre, pour permettre l'accès aux soins pour tous, assurait le prélèvement et la redistribution selon des principes de solidarité à la fois transversale (quelle que soit la condition socio-économique) et verticale (quel que soit l'âge).

La privatisation du système de soins conduira à une augmentation exponentielle des inégalités : chacun sera soigné en fonction, non pas de ses besoins, mais du niveau de ses cotisations. Pour plagier Patrick Timsit : pas d'argent ? Pas malade !

A nous tous, professionnels de soins et patients, de mettre en débat public la vraie question de l'accès aux soins pour tous, dans

tous ses aspects : économique certes, mais aussi comportemental et ou/culturel, géographique, démographique, social.

De mettre en débat aussi la question de la gestion du financement de notre système de soins : **car seule une gestion publique du financement** peut garantir l'éthique du soin, l'intérêt général de l'accès au soin pour tous, une politique de santé publique cohérente, tenant compte de l'irruption massive et irréversible de nouveaux paramètres comme celui du lien environnement-santé (notamment les perturbateurs endocriniens et leurs conséquences : les maladies dites de civilisation).

Ce débat public permettra aux français de ne pas avoir le sentiment, justifié, qu'on leur cache des choses : acceptons-nous la disparition de la médecine éthique, de la médecine à la française, qui a refusé, jusqu'ici de considérer le corps humain comme un objet de commerce ? Au moment où ceux qui l'avaient accepté (comme les Etats-Unis) font machine arrière devant les résultats catastrophiques d'un système bien plus cher, bien plus inégalitaire et bien moins efficace : cherchez l'erreur..... !

# Et aussi, entre autre

■ **L'article 12** institue un Service Territorial de Santé au Public (STSP), outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires pour impulser un vrai changement culturel, une réelle modification des pratiques. Il a pour objectif la mise en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, d'une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe.

La démarche du STSP organisera en particulier l'offre de prévention et les soins de proximité, notamment pour les patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale et les personnes en situation de perte d'autonomie ou présentant un risque de perte d'autonomie du fait de l'âge ou d'un handicap.

Le STSP reposera sur un engagement collectif - matérialisé par un contrat - des différentes parties prenantes qui s'organisent en vue d'apporter une réponse commune et coordonnée aux difficultés d'accès aux services de santé ou de continuité de ces services sur un territoire identifié. Ce sont les acteurs concernés, au premier chef les acteurs de soins de premier recours, notamment les médecins généralistes et spécialistes de ville, les professionnels libéraux paramédicaux, de même que les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, qui proposeront aux agences régionales de santé des organisations pertinentes tenant compte les expérimentations déjà lancées et les réalités de terrain.

## > Questions du SFCD :

1/ Quelle sera la forme de ce contrat ?

Quel est sera son contenu ?

2/ Quelles obligations seront mises à la charge des professionnels de soins ? Pour quelles contreparties ?

3/ Les professionnels de soins seront-ils obligés de le signer ? Que se passera-t-il s'ils refusent ?

4/ L'Etat a-t-il les moyens de « fonctionnariser » l'ensemble des professionnels de soins ?

■ **L'article 20** vise à permettre un encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). L'accès aux soins de tous est un enjeu majeur et une priorité pour le Gouvernement. Si les assurés les plus précaires couverts par la CMU-C bénéficient d'un système protecteur tant du point de vue de la prise en charge de leurs dépenses de santé que de celui des tarifs encadrés qui leur sont appliqués par les professionnels, ce n'est pas le cas à l'heure actuelle pour les assurés bénéficiaires de l'ACS. En effet, si les médecins sont tenus de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires à l'égard de ces assurés depuis la mise en œuvre de l'avenant 8 à la convention médicale, les autres professionnels de santé ne sont soumis à aucune contrainte spécifique en matière tarifaire concernant cette population. Cette mesure vise donc à garantir à ces personnes un meilleur accès aux soins en luttant contre le renoncement aux soins pour raisons financières.

Le dispositif prévoit que les partenaires conventionnels se voient confier le pouvoir de fixer les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens concernés ; à ce titre, les négociations pourraient aboutir à fixer des tarifs distincts pour les bénéficiaires de l'ACS, de ceux applicables aux bénéficiaires de la CMU-C.

## > Questions du SFCD :

1/ Les tarifs de la CMU nous obligent à soigner à perte. Leur extension aux patients ACS mettra en danger l'équilibre financier de nos cabinets. Le gouvernement compte-t-il accorder une revalorisation juste des tarifs ?

2/ Est-ce le début des prises en charge différenciées, ici par rapport à une couverture financière ? Plus tard, par rapport à une pathologie, ou un mode de vie (fumeur), ou à une non-obéissance à des injonctions de prévention de risques (qui peut être le non-respect des visites obligatoires chez le dentiste) ? Le risque c'est toujours de confondre l'objectif et les conséquences. L'objectif est-il de faire des économies, voire de gagner de l'argent, ou de donner les outils aux patients pour qu'ils participent, par leurs actions, à l'amélioration de leur santé (la santé n'étant

pas réduite à des soins ; les soins n'étant pas réduits aux actes des professionnels de soin).  
3/ N'est pas encore une mesure stigmatisante ? Alors que les soins dentaires ne sont pas pris en charge à leur juste coût par le régime général de l'Assurance Maladie pour l'ensemble des assurés.

## ■ L'article 30 ter : Art. L. 4111-1-2. –

Par dérogation au 1° de l'article L. 4111-1, peuvent être autorisés individuellement par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil national de l'ordre compétent, à exercer temporairement la médecine ou la chirurgie dentaire dans le cadre d'une formation spécialisée effectuée en France au sein de lieux de stage agréés pour la formation des internes, lorsqu'ils remplissent des conditions déterminées par décret en Conseil d'État portant sur la durée, les modalités et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés :

« 2° Les médecins ou chirurgiens-dentistes spécialistes titulaires d'un diplôme de spécialité permettant l'exercice effectif et licite de la spécialité dans leur pays d'origine, venant effectuer, dans le cadre d'un accord de coopération bilatéral avec la France ou d'un accord de coopération entre, d'une part, une personne de droit public ou privé et, d'autre part, un établissement public de santé en application de l'article L. 6134-1 du présent code ou une université française ou ces deux entités, une formation complémentaire dans leur discipline ou leur spécialité. ».

## > Questions du SFCD :

1/ Quelle est la portée de l'avis du conseil de l'Ordre ? Purement consultatif, il n'aura aucune conséquence d'autorité.

2/ Qui et avec quelle compétence agréera les lieux de stages ?

3/ Selon notre lecture, ces lieux de stages pourront être des cabinets privés. Avons-nous bien compris ?

4/ Ces praticiens pourront-ils exercer l'omipratique, à côté de leur formation complémentaire dans leur discipline ou leur spécialité ?

5/ Enfin, la France doit-elle se donner les moyens de pilier de ses praticiens de santé les pays émergents ?

■ **L'article 47** pose notamment les bases nécessaires à la mise en œuvre d'un dispositif d'accès aux données de santé et réforme l'accès aux données de santé afin que leurs potentialités soient utilisées au mieux dans l'intérêt de la collectivité, et du principe de valeur constitutionnelle de protection de la santé, tout en assurant la confidentialité des données personnelles, qui procède du droit au respect de la vie privée, autre exigence de rang constitutionnel, d'autant plus forte qu'il s'agit de données sensibles. Cet article crée, dans le code de la santé publique, un système national des données de santé (SNDS) qui centralisera les données des bases existantes en matière sanitaire et médico-sociale et assurera leur mise à disposition selon deux modalités distinctes, présentant chacune des règles d'accès garantissant un niveau de protection des données adapté à leur nature. D'une part, les données pour

lesquelles aucune identification n'est possible seront accessibles et réutilisables par tous, en open data. D'autre part, les données potentiellement identifiantes (bien qu'elles ne comportent ni les noms et prénoms ni le numéro de sécurité sociale), pourront être utilisées sur autorisation de la CNIL à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation d'intérêt public dans le domaine de la santé, ou sur autorisation par décret en Conseil d'Etat après avis de la CNIL pour l'accomplissement des missions de service public, à des conditions rigoureuses assurant la protection de ces données sensibles.

## > Questions du SFCD :

1/ A la lumière de cet article 47, quelles sont les connaissances utiles à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé citées dans l'article 1 ?



2/ Comment le gouvernement compte-t-il protéger efficacement les citoyens contre l'utilisation malveillante des données de santé confidentielles ?

3/ Par ailleurs, avec le passage à la CCAM, les codages (même réduits) des actes effectués sont extrêmement précis. A eux seuls et par recoupement des codages entre eux, un œil averti est rapidement capable d'identifier les pathologies à l'origine des actes : quid du secret médical de façon pratique ?

4/ Enfin, nous pouvons nous poser la question du pendant avec le droit à l'oubli contenu également dans cette loi. Qu'elle sera la notion qui prendra le pas sur l'autre : l'accès aux données de santé ou le droit à l'oubli ?

## Contournement du numerus clausus : filière en danger !

**En 2014, 510 chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger se sont inscrits auprès de l'Ordre, soit plus de 50 % des étudiants sortants formés en France.**

35 % des primo-inscriptions à l'ordre relèvent d'un diplôme obtenu hors de France<sup>1</sup>, principalement en Roumanie (200) Espagne (100) et Portugal (77) mais aussi Belgique, Algérie, Tunisie, Maroc, Colombie, Venezuela, ... 80 français ont obtenu un diplôme étranger et sont revenus s'inscrire en France.

Ces constatations, couplées au numerus clausus du PACES, ne sont plus soutenables car inégalitaires. Pourquoi ?

Outre l'équivalence et l'harmonisation des diplômes sur le territoire européen, plusieurs accès à la filière se superposent :

- l'accès universitaire en France ;
- l'accès à des écoles privées en France ;
- l'accès, pour des Français, à des écoles privées à l'étranger (Roumanie, Espagne).

Il existe un conflit, un hiatus entre l'Université Française et les écoles privées.

**Démonstration :** à mérite égal, alors que certains étudiants, accèdent directement à leur formation en contournant le numerus clausus, d'autres se voient devoir refaire une première année ou même se voient écartés des études et de la profession, car leur classement ne leur permet pas d'y accéder :

- les premiers s'appuyant sur leur possibilité supplémentaire de pouvoir payer plus (environ 10 à 15 000 €/an sans compter le logement, les trajets et frais annexes) : les formations des écoles privées sont quasiment toutes payantes et chères. Alors qu'en France, l'inscription en faculté permet à tout étudiant, quelque soient les revenus

de sa famille, de choisir cette voie professionnelle et d'y réussir grâce à son seul mérite ;

- les premiers ne passent qu'un examen, tandis que les seconds doivent subir un concours classant. Cela donne alors la possibilité de pouvoir « acheter » le diplôme désiré. C'est donc une inégalité sociale supplémentaire qui vient de se mettre en place ces dernières années.

Le mérite est donc à deux vitesses. Il y a donc ainsi une possibilité de court-circuiter le concours d'entrée à la filière médecine-dentaire très sélectif.

D'autre part, ce système entraîne la fuite de cerveaux car des professeurs français partent enseigner à l'étranger. Certains sont même payés par l'Etat Français (donc l'Université !) pour enseigner en Roumanie... Nous sommes passés d'un système de coopération, solidaire et engagé, entre pays à un système organisant un détournement d'argent public français.

Une régulation (d'exercice, d'installation démographique et même géographique) est nécessaire.

Les ARS, bien que locales, sont dirigés par des fonctionnaires qui ne connaissent pas notre profession. Elles sont enfermées dans une gestion administrative et comptable. Elles ne seront qu'une solution de pis-aller déjà programmée dans la Loi Santé...

Par contre, notre Ordre, constitué des professionnels de la filière connaissant bien notre territoire via ses Conseils régionaux et départementaux, est le plus qualifié pour assurer cette mission complexe, urgente et indispensable.

Seul notre Conseil de l'Ordre peut mettre en œuvre cette régulation.

<sup>1</sup>-Source : La lettre de l'ONCD avril 2015 n° 136

**www.sfcd.fr**

Parce qu'être une femme chirurgien dentiste aujourd'hui, c'est arriver à concilier de façon sereine vie professionnelle et vie personnelle, c'est aller à l'essentiel, le SFCD met à votre disposition son site Internet : [www.sfcd.fr](http://www.sfcd.fr)



**SFCD - Siège Social**

7 rue Mariotte- 75017 Paris - [sfcd@sfcd.fr](mailto:sfcd@sfcd.fr)

• **Secrétariat : Lemya Nadia**

2 ch. de la Pépinière  
31270 Villeneuve Tolosane  
Tél : 05 34 36 40 44  
E-mail : [lemya.nadia@sfcd.fr](mailto:lemya.nadia@sfcd.fr)

• **Service Juridique : Sylvie Ratier**

421 ch. Lendrevié Haute  
Brens - 81600 Gaillac  
E-mail : [sylvie.ratier@sfcd.fr](mailto:sylvie.ratier@sfcd.fr)

**Grand Est - Brigitte Jolion**

106 rue de Bâle. 67100 Strasbourg  
Tél : 03 88 31 92 19  
E-mail : [brigitte.jolion@sfcd.fr](mailto:brigitte.jolion@sfcd.fr)

**Aquitaine - Nathalie Delphin**

123 av René Cassagne. 3150 CENON  
Tél : 05 56 86 11 14  
E-mail : [nathalie.delphin@sfcd.fr](mailto:nathalie.delphin@sfcd.fr)

**Bretagne - Stéphanie Boimare-Carrouget**

6, place des 4 vents. 56400 Auray  
Tel : 02 97 24 06 65 - Fax : 02 97 24 28 86  
E-mail : [stephanie.boimare@sfcd.fr](mailto:stephanie.boimare@sfcd.fr)

**Centre - Martine Pigeon**

60 rue Saint Denis. 41100 Vendôme  
Tel : 02 54 23 45 99- Fax : 02 54 77 28 94  
E-mail : [martine.pigeon@sfcd.fr](mailto:martine.pigeon@sfcd.fr)

**Midi-Pyrénées - Isabelle Morille**

8 impasse du petit train. 31620 Fronton  
Tél : 05 61 82 94 69  
Fax : 05 61 82 17 33  
Email : [isabelle.morille@sfcd.fr](mailto:isabelle.morille@sfcd.fr)

**Nord - Claire Dupuyage**

2 r Gén. Leclerc. 62410 HULLUCH  
Tél : 03 21 40 25 35  
Email : [claire.dupuyage@sfcd.fr](mailto:claire.dupuyage@sfcd.fr)

**Normandie - Marie Graindorge**

Adresse : 18 rue Edouard Fortier  
76130 Mont Saint Aignan  
Portable : 06 62 76 17 36  
Email : [marie.graindorge@sfcd.fr](mailto:marie.graindorge@sfcd.fr)

**Paca - Béa Gadrey**

359 rue Roland Garros. 83600 Fréjus  
Tél : 04 94 51 17 87 - Fax : 04 94 17 19 37  
E-mail : [beatrice.gadrey@sfcd.fr](mailto:beatrice.gadrey@sfcd.fr)

**Paris Ile-de-France - Claudine Bodin**

2 Rue Maurice Utrillo. 95110 Sannois  
Tél : 01 39 80 70 44 - Fax : 01 34 11 94 89  
E-mail : [claudine.bodin@sfcd.fr](mailto:claudine.bodin@sfcd.fr)

**Pays de Loire - Evelyne Peyrouly**

36, rue Jean-Jaurès. 49800 Trélazé  
Tel : 02 41 69 08 76  
E-mail : [evelyne.peyrouly@sfcd.fr](mailto:evelyne.peyrouly@sfcd.fr)

**Picardie - Dr Marie Brassat**

6 rue Henri Barbusse. 02100 St Quentin  
Téléphone : 06 37 04 91 96  
E-mail : [marie.brassat@sfcd.fr](mailto:marie.brassat@sfcd.fr)

**Poitou-Charentes - Muriel Foueytille**

5, rue Réaumur. 17600 Saujon  
Tel : 06 86 59 32 32  
E-mail : [muriel.foueytille@sfcd.fr](mailto:muriel.foueytille@sfcd.fr)

- **Pour savoir qui nous sommes, connaître notre histoire, notre fonctionnement, nos actions, ...**
- **Pour télécharger les documents, grâce à vos codes adhérentes :**
  - pour les plaquettes
  - pour les courriers spécifiques
  - pour le livret traçabilité
- **Pour connaître l'actualité professionnelle ou syndicale**
- **Pour retrouver les coordonnées de nos partenaires à votre disposition pour vous apporter leur professionnalisme dans leur domaine de compétence**
- **Pour trouver nos dossiers : des informations claires, précises, concises.**
- **Pour connaître les rendez vous régionaux et les dates et thèmes des formations régionales**