



Les Chirugiens-Dentistes  
de France

# Séjour de la santé 2020

Contribution des Chirugiens-Dentistes de France

# Séjour de la Santé 2020

## INTRODUCTION

Ouvert le 25 mai 2020 sous l'égide du Premier ministre et du ministre des Solidarités et de la Santé, le Séjour de la Santé a réuni 300 acteurs du monde de la santé pour rebâtir les fondations d'un système de santé « *plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires, avec des solutions fortes et concrètes* ».

Premier syndicat en nombre d'adhérents représentant les professionnels de la santé bucco-dentaire, les Chirugiens-Dentistes de France, implantés dans les cent départements français, ont été invités à participer à cette grande concertation.

**Derrière les enjeux majeurs propres aux structures hospitalières, c'est l'ensemble du maillage territorial qu'il convient d'intégrer dans la réflexion et, en particulier, la médecine de ville.**

L'épidémie de la COVID-19 a eu des conséquences dramatiques sur la santé des patients et l'activité des chirurgiens-dentistes, dont il convient de tirer toutes les leçons (I). Afin que les manquements ne se reproduisent plus et pour pallier les insuffisances constatées lors de cette crise, les CDF présentent leurs propositions, fruits d'une réflexion collective, afin de construire un projet de santé plus moderne et plus préventif, tout en défendant l'exercice libéral de proximité et la spécificité de leur exercice (II).

## SOMMAIRE

- I) **Impact de la COVID 19 et Santé orale**
  - A) **Conséquence sur la santé bucco-dentaire des patients**
  - B) **Conséquence sur la pérennité des cabinets dentaires**
  
- II) **Construire un système de santé plus moderne et plus préventif**
  - A) **Promouvoir la médecine bucco-dentaire**
  - B) **Renforcer la coordination des professionnels de santé**

## I) Impact de la COVID-19 et santé orale

L'épidémie de Covid-19 a soumis tous les professionnels de santé à rude épreuve. Elle a eu un impact particulier sur la santé orale des patients et l'exercice des chirurgiens-dentistes, en raison de la spécificité de leur activité (A), ainsi que sur la pérennité des cabinets dentaires (B).

### A) Conséquence sur la santé bucco-dentaire des patients

La chirurgie dentaire est l'une des activités médicales les plus exposées en termes de contagiosité, notamment dans le cas de la pandémie due à la COVID-19, en raison de la forte proximité avec le patient et des projections possibles de gouttelettes, salive, postillons. Face à la montée de l'épidémie et faute d'EPI en nombre suffisant, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes a donné pour consigne, dès le 16 mars 2020 :

- De fermer tous les cabinets dentaires jusqu'à nouvel ordre.
- De maintenir une permanence téléphonique/mail dans les cabinets dentaires libéraux pour aiguiller les urgences bucco-dentaires.
- D'ouvrir certains cabinets de garde pour la prise en charge des urgences uniquement.
- De renforcer très fortement les protocoles sanitaires.

Si cette réorganisation a permis de prendre en charge les urgences dentaires les plus immédiates, le manque d'équipement de protection pour les professionnels de santé bucco-dentaire (praticiens et assistant(e)s...) a eu un impact sur l'organisation et la gestion des soins qui ont dû être réalisés **en fonction des moyens et non des besoins**.

Cela a eu des **conséquences importantes sur la santé bucco-dentaire** : les soins les plus courants ont dû être repoussés et les patients contraints d'annuler ou de différer leurs soins.

Or, il existe une étroite relation entre la santé orale et la santé générale de l'organisme. La bouche reflète des indices et des symptômes de santé et de maladie, voire certaines maladies qui affectent l'organisme dans son ensemble et qui peuvent d'abord se manifester dans la cavité orale. Ainsi par exemple, les pathologies bucco-dentaires chroniques ont été associées à des maladies systémiques, telles que le diabète et l'obésité. De plus, les maladies bucco-dentaires ont des répercussions lourdes sur la qualité de vie, affectant le bien-être physique, psychologique et social.

**Il convient en outre de souligner que les populations les plus précaires risquent d'être plus fragilisées encore.**

Les causes de la maladie carieuse et des autres pathologies bucco-dentaires sont multifactorielles, liées au comportement des patients, à l'instar des maladies non transmissibles, des facteurs de risque (alimentation, tabac, alcool) et de l'hygiène bucco-dentaire. Si ces pathologies touchent à des degrés divers toutes les couches de la population, c'est en majorité dans les classes sociales défavorisées et fragilisées que l'on retrouve une concentration des prévalences.

En 2020, de 10 à 20% des patients concentrent l'essentiel de la consommation de soins. Celle-ci est par ailleurs fortement liée au niveau de vie et à la possibilité de couverture par l'assurance maladie complémentaire ; **il en résulte que le taux de renoncement à certains soins bucco-dentaires coûteux est significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire.**

**La mise en place du 100% santé, qui a vocation à corriger cet état de fait, ne concerne que les patients avec une complémentaire santé : un pourcentage non négligeable de patients fragiles en est donc exclu.**

**Un des objectifs de la Convention dentaire signée en 2018 était pourtant de répondre au renoncement aux soins. Les faits démontrent qu'améliorer l'accès financier aux soins ne résout pas totalement une situation multifactorielle.**

## **B) Conséquence sur la pérennité des cabinets dentaires**

Outre l'objectif de favoriser l'accès aux soins en réduisant le reste à charge, la Convention réoriente l'exercice des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une médecine bucco-dentaire plus préventive et plus conservatrice.

Il convient de rappeler qu'un cabinet dentaire est une entreprise libérale de santé, une structure économique apparentée aux très petites entreprises, permettant de pratiquer des actes de soins, dans des conditions de sécurité et d'asepsie qui se sont renforcées au fil des années. Il en résulte un taux de charges qui n'a cessé d'augmenter depuis les 20 dernières années, pour s'approcher de 75 %.

Deux tiers de l'activité des chirurgiens-dentistes sont constitués par des soins conservateurs et chirurgicaux qui génèrent seulement un tiers des recettes.

Si la Convention marque un tournant important dans l'approche du domaine bucco-dentaire, en s'engageant dans un processus de rééquilibrage, et trouvait toute sa pertinence au moment de sa signature, **la crise liée à l'épisode Covid-19 a montré les limites d'un modèle économique basé sur des projections et des hypothèses linéaires d'évolution de l'activité.**

Or, un cabinet dentaire doit pouvoir fonctionner quels que soient les actes effectués.

**Les nouvelles contraintes de sécurité sanitaire et de distanciation auront des impacts auxquels la Convention ne sera pas en mesure de répondre : des réajustements sont indispensables.**

**La Convention dentaire de 2018 doit être adaptée aux nouvelles réalités de terrain, sans quoi la pérennité des cabinets dentaires est menacée.**

S'il convient de tirer les leçons post-Covid-19, afin d'éviter que les écueils observés ne se reproduisent, l'autre objectif affiché du Ségur de la Santé est de repenser le système actuel de santé français.

## II) Construire un système de santé plus moderne et plus préventif

Derrière les enjeux majeurs propres aux structures hospitalières, les CDF souhaitent promouvoir la médecine bucco-dentaire afin qu'elle obtienne une réelle reconnaissance et prenne sa place dans le parcours de santé du patient (I), tout en renforçant la coordination avec les autres professions de santé, aussi bien libérales qu'hospitalières. En ce sens, les CDF formulent les propositions suivantes.

### A) Promouvoir la médecine bucco-dentaire

La santé orale est multiforme et inclut, entre autres, la capacité de parler, sourire, sentir, goûter, toucher, mâcher, déglutir et exprimer des émotions par les expressions du visage avec confiance, sans douleur et sans gêne, ainsi que les pathologies du complexe craniofacial. Les pathologies bucco-dentaires chroniques ont été associées à des maladies systémiques, telles que le diabète et l'obésité. De plus, les maladies bucco-dentaires ont des répercussions lourdes sur la qualité de vie, affectant le bien-être physique, psychologique et social.

**La prévention et la promotion de la santé orale permettent d'éviter une très large majorité de ces pathologies avec des mesures simples, peu coûteuses, basées sur une intervention précoce et des traitements adaptés.**

C'est pourquoi il est proposé de renforcer sa place dans le système de santé actuel.

#### Promouvoir la santé de chacun et de tous

##### 1. Etendre l'Observatoire de la santé orale

Pour pouvoir mettre en œuvre des mesures d'amélioration, il convient de disposer d'indicateurs fiables. Or il n'existe pas d'enquête socio-épidémiologique nationale récente sur l'état de santé bucco-dentaire des Français. Ces enquêtes devront être réalisées.

Certaines URPS ont participé au développement d'un outil de **surveillance épidémiologique** sous forme d'un Observatoire de la santé orale permettant de collecter régulièrement des informations de qualité afin de pouvoir définir avec objectivité les besoins et la demande en soins bucco-dentaires. Ce suivi épidémiologique a vocation à permettre de disposer d'un vrai outil de pilotage des politiques de santé bucco-dentaire.

De nombreux pays disposent d'une évaluation annuelle de la santé de la population, essentielle pour guider les politiques de santé publique.

Les CDF demandent l'extension de cet Observatoire à l'ensemble du territoire.

##### 2. Actions de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire

Le bucco-dentaire a toute sa place dans les 5 priorités de santé publique (jeunesse, personnes âgées, santé mentale, addictions, cancer). La mise en place de **campagnes d'information, de formation de personnels dans les structures, de dépistage**, devra être systématiquement insérée dans toutes les actions de santé publique et bénéficier de financements qui peuvent venir des ARS, de l'assurance maladie obligatoire (extension des dispositions déjà existantes) ou des assureurs complémentaires qui pourraient intégrer la prise en charge de tels actes de

prévention (non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire) dans les contrats responsables.

Le volet bucco-dentaire doit faire partie intégrante des programmes **d'éducation thérapeutique**.

**Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux**

### **3. Organisation de la formation autour du patient et de sa prise en charge globale**

La formation initiale est aujourd'hui délivrée de façon sectorisée, en découpant les pathologies selon la matière enseignée, plutôt que par l'approche et le traitement du patient dans sa globalité. Alors qu'on demande aux équipes pluri-professionnelles de s'organiser autour du patient, c'est dès la formation initiale que cette approche doit être privilégiée.

L'éducation à la santé doit prendre toute sa place dans l'enseignement, aux côtés du traitement des pathologies.

La formation initiale doit être ouverte à la médecine libérale. Le contenu de l'enseignement doit préparer à l'exercice en ville et à la coopération interprofessionnelle.

### **4. Redonner de la souplesse à la formation continue pour l'adapter au mieux aux besoins et aux évolutions**

La mise en place étatique et monolithique du développement professionnel continu (DPC) a fait perdre tout son sens à cette démarche pourtant cohérente d'évaluation des pratiques liées à des objectifs de santé publique. Il convient de redonner de la souplesse au dispositif et de laisser aux professionnels de santé une part plus importante de gouvernance, à l'instar de ce qui existait précédemment. Les petites structures de formation continue, aujourd'hui totalement évincées du système au profit d'organismes dédiés à seule visée lucrative, doivent retrouver leur place et leur plus-value de proximité.

La formation interprofessionnelle doit être facilitée et promue.

**Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé – Redonner du temps médical**

### **5. Assistante dentaire de niveau 2**

Il est un dossier que Les CDF portent depuis plusieurs années, c'est celui de l'évolution de l'assistant dentaire vers un niveau 2, dossier actuellement en suspens, par immobilisme gouvernemental. Pourtant, il fait consensus auprès des membres de la branche professionnelle, tant du côté des employeurs que des salariés.

Tous les membres de l'équipe dentaire doivent avoir une formation appropriée à leurs compétences et avoir l'autorisation légale de participer à la délivrance des soins bucco-dentaires, toujours sous la supervision et la responsabilité d'un chirurgien-dentiste.

Le rôle et les responsabilités de tous les membres de l'équipe dentaire doivent être spécifiés et définis par les organismes de réglementation et les organismes dentaires professionnels.

La création de ce nouveau profil doit répondre aux enjeux actuels de santé publique, favoriser et développer la prévention, tout en considérant son insertion dans le monde économique et de l'emploi.

En effet, l'assistant de niveau 2, en raison de sa formation, sera en capacité de développer et de réaliser des actes de prévention bucco-dentaire, synonymes de réduction à court et moyen terme de techniques thérapeutiques, invasives et coûteuses. Le chirurgien-dentiste pourra, sous conditions, déléguer des actes à l'assistant de niveau 2, ce qui lui permettra de se consacrer à des thérapeutiques et plans de traitement plus complexes. Enfin, ce profil d'assistant de niveau 2 sera un élément majeur du parcours professionnel du personnel des cabinets dentaires, avec une évolution possible de carrière professionnelle, de maintien et création d'emploi.

L'assistant dentaire de niveau 2 travaillera en cabinet dentaire privé ou public uniquement sous la supervision du chirurgien-dentiste. Il assistera le chirurgien-dentiste dans les tâches administratives et dans la préparation, l'exécution et le suivi des traitements dentaires.

Les CDF demandent le déblocage de ce dossier.

### **Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche**

6. **Promouvoir la recherche**, notamment socio-épidémiologique, prenant en compte les déterminants de la santé bucco-dentaire à la hauteur de leurs enjeux (alcool, tabac, nutrition, maladies chroniques).
7. **Favoriser les études d'impact** sur la santé, des techniques et matériaux utilisés dans la pratique dentaire.

**Outre la promotion de la santé orale, et afin d'améliorer l'état de santé général de la population, il convient de renforcer la coordination entre les médecines de ville et entre la médecine libérale et les structures hospitalières, pour gagner en efficacité.**

### **B) Renforcer la coordination des professionnels de santé**

Renforcer la coordination entre les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, notamment à travers la place de l'ambulance, permettra de gagner en efficacité.

#### **8. Développer la place et l'attractivité de l'ambulance**

##### **Faire évoluer les métiers et les compétences en santé**

- ◆ Conforter le champ de compétences de chaque profession dans le respect du périmètre d'intervention de chacun.
- ◆ Rendre plus simple et effectif l'exercice mixte entre le libéral et l'hospitalier.
- ◆ Développer et accompagner la mise en place des stages en libéral.

##### **Conforter et reconnaître plus largement le rôle des équipes de soins**

Faciliter la constitution des EPS, pérenniser et généraliser leur financement. Ces équipes doivent pouvoir être ouvertes à tous les praticiens traitants du patient, sans obligation d'adhésion à une structure. La rémunération de la coordination ne doit pas passer obligatoirement par une SISA.

- ◆ Soutenir les territoires en sous-densité
- ◆ Faciliter la création de cabinets secondaires et les réactualiser plus régulièrement.

## **Penser des modèles de financement complémentaires et non substitutifs au paiement à l'acte**

- ◆ Financement/rémunération au parcours, enveloppe partagée entre les professionnels de santé libéraux, hospitaliers et les autres établissements impliqués dans le parcours.

## **Renforcer et accélérer la coopération entre l'ambulatoire, l'hospitalier et les secteurs médico-social et social**

- ◆ Inciter les hôpitaux à s'investir dans la coordination avec l'ambulatoire, en particulier dans la communication des informations nécessaires au suivi/parcours du patient.
  - ◆ Développer et faciliter le portage commun (hospitalier/ambulatoire) d'actions de santé publique communes et d'actions de prévention / éducation à la santé.

## **Les outils numériques au service de ces coopérations**

- ◆ Généraliser et pérenniser les réseaux sociaux des professionnels de santé. S'assurer que les choix d'outils soient partagés au niveau régional et confortés dans chaque secteur (ambulatoire, hospitalier, médico-social) avec une incitation à les rendre interopérables avec les systèmes d'information de chaque acteur.
- ◆ Rendre les messageries sécurisées interopérables.

## **Organisation de la réponse à la demande de soins non programmés et du SAS pour une réponse adaptée**

- ◆ Garantir l'autonomie des professionnels de santé et des structures d'exercice coordonné pour organiser cette réponse.
- ◆ Mise en place d'une régulation libérale des demandes de soins non programmés en journée s'appuyant sur un numéro d'appel spécifique, un agenda voire un secrétariat partagé (en fonction des besoins/des territoires). Pour les chirurgiens-dentistes, des organisations départementales existent le week-end et jours fériés. Elles ont été étendues pendant l'épidémie de COVID à toute la semaine. Cette organisation peut être généralisée à partir du moment où elle dispose d'un outil de régulation financé.

## **Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant**

### **Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes**

#### **9. Approche intégrée des maladies chroniques**

Considérant qu'une minorité de la population cumule à elle seule la majorité des problèmes de santé dentaire, par ailleurs parfaitement superposables à d'autres problèmes sanitaires et sociaux, et que de plus, les affections bucco-dentaires ont en commun avec les quatre principales catégories de maladies chroniques (pathologies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabètes) plusieurs facteurs de risque (mauvaise alimentation, tabagisme et usage nocif d'alcool), les actions de santé publique visant à combattre les affections bucco-dentaires sont plus efficaces lorsqu'elles s'intègrent parmi les activités de lutte contre d'autres maladies chroniques, notamment inscrites parmi les grands programmes nationaux de santé publique.

Alors que le champ d'action des politiques publiques en matière de santé bucco-dentaire s'est jusqu'alors à peu près cantonné à la seule gestion du système de soins (formation initiale des chirurgiens-dentistes et financement du système au travers des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie), une évolution vers un véritable **programme national de santé publique bucco-dentaire** ne pourra se fonder que sur la prévention et la promotion de la santé.

[Selon une revue de la littérature](#), la taxation des produits sucrés et la réduction des publicités destinées aux enfants permettent une baisse de la consommation en sucres libres. Ces dispositions doivent être mises en place en France pour un impact durable sur la santé orale, mais aussi les pathologies chroniques comme le diabète et l'obésité.

## **10. Intégration du domaine bucco-dentaire dans les protocoles de soins autour des malades chroniques**

Un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé pour l'élaboration de ces protocoles, on constate l'omission des pathologies bucco-dentaires et des chirurgiens-dentistes parmi les membres de l'équipe de professionnels concernés. Il convient de corriger cet oubli.

## **11. Approche plurielle des patients**

Connaître l'état de santé général des patients est essentiel pour améliorer la qualité de la prise en charge. Il en est de même des recommandations de bonnes pratiques. Dans le domaine bucco-dentaire, peu de recommandations à haut niveau de preuve existent. Il faut développer ces recommandations et mieux les faire connaître aux chirurgiens-dentistes, et celles concernant les maladies chroniques aux autres professionnels de santé concernés. Les autres professionnels de santé ont un rôle majeur dans la promotion de la prévention et de la santé bucco-dentaire.

La coordination autour du patient nécessite des outils simples et une interopérabilité des logiciels informatiques.

## **Optimiser la place de l'hôpital et du libéral dans le territoire de santé**

### **12. Création de plateaux techniques intermédiaires**

Dans le cadre de la prise en charge des patients dans le domaine dentaire, il y a un manque effectif dans la progressivité des plateaux techniques : entre ceux de **ville** d'omnipratique répartis en nombre sur le territoire et les structures de type **hospitalier** tournées essentiellement vers la chirurgie orale, notamment sous anesthésie générale ou sous MEOPA, dont la répartition et le nombre sont limités, entraînant des difficultés en termes d'offre de soins.

Cela engendre une difficulté d'accès aux soins ou une réponse non graduelle, voire inadaptée, notamment pour les patients à besoins spécifiques (handicap, personnes âgées, phobiques, enfants polycariés...).

Il est indispensable de mettre en place des **plateaux techniques intermédiaires** pour améliorer la prise en charge de ces patients. Ces plateaux intermédiaires doivent être accessibles à l'ensemble des chirurgiens-dentistes libéraux lors de vacances pour le suivi de leurs patients non traitables en cabinet de ville, mais dont la prise en charge hospitalière est impossible ou inappropriée (par cause de délais ou d'offre trop limitée voire iatrogène). Cela permettrait un maillage intermédiaire répondant à un réel besoin de soins mal couvert actuellement.

Ces plateaux peuvent être intégrés à des lieux de consultations avec d'autres spécialités médicales (cardiologie, gynécologie, etc.) permettant, notamment pour les patients dépendants, une prise en charge couplée en un même lieu. Ces plateaux doivent permettre une coopération avec les anesthésistes permettant de développer une alternative de prise en charge, notamment face aux anesthésies générales (sédation consciente par inhalation ou IV).

En dehors de l'activité de soins programmés, ces lieux peuvent aussi être un lieu de la permanence des soins pour les gardes ou les soins non programmés. Cela donnerait plus de lisibilité pour les patients et de sécurité pour les praticiens.

### 13. Rémunération de la coopération et coordination

L'intégration par les chirurgiens-dentistes des équipes cliniques de proximité doit donner lieu à une rémunération de la coordination interprofessionnelle : soit par l'augmentation de la part forfaitaire (100 €) du forfait structure conventionnelle, soit par la création d'un acte de coordination ou d'une majoration par acte. Sans obérer les rémunérations liées à l'intégration des structures territoriales (MSP, CPTS, ESP, etc.).

### 14. Dispositions démographiques

- ◆ Faire de la 6<sup>ème</sup> année d'étude, une année d'insertion pleine et entière en exercice libéral hors des zones sur-dotées
- ◆ Adapter les contrats permettant une entrée progressive et accompagnée des jeunes praticiens dans les structures libérales (90 % de l'exercice)
- ◆ Favoriser la transmission des cabinets entre seniors et juniors
- ◆ Favoriser le cumul activité/retraite
- ◆ Aider au regroupement physique (cabinet de groupe) ou virtuel (pôles de santé) mono ou pluri-professionnel
- ◆ Adapter les zonages à la réalité du terrain et aux spécificités de notre exercice
- ◆ Vérifier le respect du contenu et de l'enseignement de la formation initiale uniformisée réellement au niveau européen

**Aider à l'informatisation et à la transmission d'informations entre professionnels de santé**

### 15. Promouvoir l'informatisation

Les **aides pérennes** accordées à l'informatisation et à la maintenance sont totalement déconnectées de la réalité des coûts. Par ailleurs, la mise en œuvre d'une **interopérabilité** entre les différents matériels, logiciels et plateformes de stockage de données doit être un objectif prioritaire.

### 16. Développer la dématérialisation des échanges et le partage du dossier médical

Les chirurgiens-dentistes doivent pouvoir accéder à l'ensemble des données médicales de leurs patients. Ils doivent, par ailleurs, pouvoir **utiliser leur poste de travail** pour alimenter les bases de données, accéder aux informations ou échanger avec les autres professionnels de santé.

**17. Réduire la fracture numérique** dans les territoires où le problème existe (DOM par exemple).

## **18. Sécuriser l'accès aux données de santé et leur usage**

L'accès des professionnels de santé à leurs données doit être pérennisé, renforcé et facilité : ils doivent pouvoir les contrôler et au besoin les corriger. L'accès à des données anonymisées, agrégées ou non, ne peut être autorisé qu'après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé.

## **SYNTHESES DES PROPOSITIONS :**

### **Promouvoir la santé de chacun et de tous**

- 1. Etendre l'Observatoire de la santé orale**
- 2. Actions de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire**

### **Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux**

- 3. Organisation de la formation autour du patient et de sa prise en charge globale**
- 4. Redonner de la souplesse à la formation continue pour l'adapter au mieux aux besoins et aux évolutions**

### **Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé – Redonner du temps médical**

- 5. Assistante dentaire de niveau 2**

### **Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche**

- 6. Promouvoir la recherche**, notamment socio-épidémiologique, prenant en compte les déterminants de la santé bucco-dentaire à la hauteur de leurs enjeux (alcool, tabac, nutrition, maladies chroniques).
- 7. Favoriser les études d'impact** sur la santé, des techniques et matériaux utilisés dans la pratique dentaire.
- 8. Développer la place et l'attractivité de l'ambulatoire**

### **Faire évoluer les métiers et les compétences en santé**

### **Conforter et reconnaître plus largement le rôle des équipes de soins**

### **Penser des modèles de financement complémentaires et non substitutifs au paiement à l'acte**

### **Renforcer et accélérer la coopération entre l'ambulatoire, l'hospitalier et les secteurs médico-social et social**

### **Les outils numériques au service de ces coopérations**

### **Organisation de la réponse à la demande de soins non programmés et du SAS pour une réponse adaptée**

### **Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant**

### **Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes**

- 9. Approche intégrée des maladies chroniques**
- 10. Intégration du domaine bucco-dentaire dans les protocoles de soins autour des malades chroniques**
- 11. Approche plurielle des patients**

### **Optimiser la place de l'hôpital et du libéral dans le territoire de santé**

- 12. Création de plateaux techniques intermédiaires**
- 13. Rémunération de la coopération et coordination**
- 14. Dispositions démographiques**

### **Aider à l'informatisation et à la transmission d'informations entre professionnels de santé**

- 15. Promouvoir l'informatisation**
- 16. Développer la dématérialisation des échanges et le partage du dossier médical**
- 17. Réduire la fracture numérique** dans les territoires où le problème existe (DOM par exemple).
- 18. Sécuriser l'accès aux données de santé et leur usage**



Les Chirugiens-Dentistes  
de France

**85** ans d'existence



**100** départements représentés



des praticiens syndiqués Les CDF

**1/3**