

# UNI ODF et la CNSD

## Entretien avec le Président L'Herron

*Guyslaine L'Hostis*

### **La démarche**

Notre association n'est pas un syndicat. Forte de sa composition plurielle, elle est représentative de tous les modes d'exercice de l'orthopédie dento-faciale dans les villes et les campagnes, avec compétence, discernement, raison et confraternité.

Conscients des enjeux qui se dessinent à l'orée du conventionnement de 2011, des modifications apportées par la loi HPST, et des récentes tribulations surmédiatisées du protocole CNSD-MGEN MFP, nous avons souhaité rencontrer le Président Roland L'Herron, pour lui exposer nos préoccupations et débattre des positions adoptées par la CNSD.

Roland L'Herron est élu depuis Mai 2009 à la tête de la CNSD, tout en poursuivant son activité libérale les lundi mardi dans son cabinet de Morlaix. C'est donc toujours un professionnel de « terrain », en prise directe avec les réalités de notre quotidien, qui nous a reçu – Luc Poty, Antoine Haroun et Guyslaine L'Hostis – au siège du 54 rue Ampère le jeudi 6 mai 2010.

### **La discussion**

Tout d'abord, Luc Poty s'est inquiété de la non représentation au sein de la CNSD, des praticiens exerçant l'orthodontie sans la qualification de spécialité.

En effet, il existe dans la CNSD une commission des spécialistes qualifiés, qui se réunit régulièrement pour débattre des problèmes spécifiques à l'orthodontie. Malgré toutes ses demandes, UNI ODF, par la voix de ses membres adhérents à la CNSD, n'a jamais été autorisée à assister à ces séances, puisque ses praticiens, pourtant membres des conseils départementaux de la CNSD, n'étaient pas des spécialistes qualifiés ODF.

Nous avons donc réitéré notre demande d'être « invités » à ces débats, d'autant que Luc Poty venait de recevoir (par erreur?) l'ordre du jour de la prochaine rencontre. Nous avons été entendus par le Président L'Herron, qui s'est engagé personnellement au respect de cette invitation.

Nous avons évoqué le devenir du protocole CNSD-MGEN MFP. Ce protocole est toujours actif et en vigueur, même si une décision de justice récente en a remis en cause les fondements orthodontiques. La MGEN a fait appel de la décision, l'affaire sera rejugée dans l'année. Cependant, Roland L'Herron estime que ce protocole est déjà ancien, et que son élargissement à d'autres organismes mutualistes nuit à sa lisibilité. Il est donc envisageable de le réactualiser dans ce nouveau contexte.

La CNSD effectue une enquête sur l'évolution du métier d'assistante dentaire. Elle a sollicité 400 praticiens représentatifs de ses adhérents (dont 4% d'orthodontistes) pour répondre à son questionnaire type. En attente des résultats, le président n'est cependant pas favorable à l'inscription de cette profession au Code de la Santé (contrairement à l'Ordre National) et aux réponses que nous avons déjà reçues dans notre enquête interne.

Roland L'Herron s'est ensuite fait l'écho de la réputation « sulfureuse » dont jouit la spécialité orthodontique dans les centres décisionnels. Tant au Ministère de la Santé, qu'au niveau directorial de la CNAM, notre exercice est perçu comme ne connaissant pas la crise, et générateur d'une inflation démesurée

quant aux coûts des semestres, difficilement justifiables.

Nous avons donc affermi la position d'UNI ODF : un traitement de qualité au juste coût, par des praticiens consciencieux, compétents, et régulièrement formés. A notre connaissance, ces tarifs prohibitifs (semestres au-delà de 1000 euro) ne sont pas pratiqués par nos adhérents, et relèvent de certains « microcosmes » souvent localisés.

Nous avons expliqué la composition de notre association- près de 400 adhérents- dont la moitié exerce l'orthodontie à titre exclusif, collant ainsi à la réalité de terrain, et réalisant un rôle de santé publique que les spécialistes qualifiés à eux seuls ne peuvent et ne pourront plus remplir.

En effet, les traitements orthodontiques sont effectués statistiquement, pour moitié par des spécialistes qualifiés, l'autre moitié relevant de l'exercice des praticiens exclusifs non qualifiés et omnipraticiens. Il est remarquable, qu'à complexité de traitement équivalent, il n'y ait pas de différence significative dans la qualité des moyens mis en oeuvre et des résultats obtenus.

Les praticiens non spécialistes sont donc suffisamment lucides et consciencieux dans l'établissement et la réalisation des traitements qu'ils prennent en charge. Ils utilisent depuis des années le système de formation continue, bien que certains dispositifs disparaissent ou leur soient inaccessibles. Nous avons donc, une fois de plus, déploré la raréfaction des CES d'ODF, et que le DU d'orthodontie soit réservé aux seuls praticiens hors CEE -Notre hôte s'est engagé à débattre de ce sujet avec les universitaires.

Nous avons exposé le travail de formation réalisé au sein d'UNIODF, et souhaité qu'à terme, un dispositif tel celui de la VAE (validation des acquis de l'expérience) puisse récompenser par une reconnaissance de spécialité, le parcours effectué par le praticien d'exercice exclusif. Ce serait certes, plus motivant que le système prévu basé sur les sanctions, système encore imprécis, en vigueur jusqu'en 2012.

Nous avons également précisé le rôle important joué par les praticiens non spécialistes dans le maillage territorial. En effet, les praticiens qualifiés issus des systèmes universitaires (CECSMO), s'installent en grande majorité près de leur centre de formation. La disparité démographique entre métropoles régionales et le « reste de la France » ne cesse de s'accroître. Les enquêtes réalisées auprès des jeunes praticiens confirment cette tendance, malgré les mesures d'aide à l'installation.

D'autre part, les coûts de fonctionnement incompressibles sans cesse en augmentation dans nos cabinets libéraux, ainsi que les contraintes administrativo-technico-juridiques qui nous obligent soit



à déléguer certaines tâches à des auxiliaires, soit à démultiplier notre temps de travail (2/3 au fauteuil, 1/3 « annexes ») obèrent la rentabilité de nos micro-entreprises. La réponse unanime de nos interlocuteurs (et que nous retrouvons dans les textes économiques) est le regroupement des professionnels pour mutualiser les dépenses de fonctionnement. Or, une maison médicale, et à fortiori, une clinique dentaire ou un centre orthodontique ne peuvent se rentabiliser qu'en s'appuyant sur une zone géographique et démographique d'importance...

Le service rendu actuellement, par les omnipraticiens, qui exercent en campagne et dans les petites villes est unique et doit être pérennisé. C'est une des seules solutions pour assurer un maillage territorial adéquat.

D'autre part, nous avons observé que les étudiants devenus praticiens (numerus clausus actuel à 1300), s'installent beaucoup plus tardivement, exercent d'abord souvent en salariat dans les mutuelles ou les cabinets de groupe, et privilégient leur qualité de vie par des horaires allégés. Le taux de remplacement des départs des futurs retraités doit en tenir compte, et l'on évolue vers une démographie professionnelle alourdie (1 dentiste pour 2000 habitants ?).

La réforme de l'internat, qui s'applique à la rentrée universitaire 2010, prévoit la création de 3 spécialités dans lesquelles seront répartis les 130 futurs lauréats :

- > 60 en spécialité de réhabilitation orale
- > 60 en orthopédie dento-faciale
- > 10 en chirurgie buccale

Ces 130 internes resteront donc à plein temps 3 à 4 années supplémentaires dans le système hospitalo universitaire. Ils constitueront également le « vivier » des futurs enseignants.

On évalue actuellement, qu'en orthodontie, la moitié des internes exercera en « équivalent plein temps « libéral ». Ces 30 spécialistes qualifiés annuels ne seront pas en nombre suffisant pour assurer la prise en charge de la population française, surtout en prenant en compte les paramètres précédemment exposés.

Notre analyse nous conforte donc, pour les années à venir, à souligner le rôle irremplaçable de santé publique des praticiens pratiquant l'orthodontie au sein de leur exercice d'omnipraticien, exercice qui peut évoluer vers l'exclusivité selon les compétences et les désirs du professionnel, et les besoins démographiques de sa région d'installation.

Nous avons donc réitéré notre attachement au respect des capacités professionnelles en orthodontie, telles qu'elles sont définies au niveau européen, et à l'importance des bases incontournables enseignées dans les facultés, qui devraient pouvoir servir de « socle » à un perfectionnement ultérieur (cf notre célèbre enquête de 2007)...

Le Président L'Herron partage notre point de vue et a souligné son attachement à la définition de la capacité professionnelle, qui ne doit pas être amputée de quelque spécialité que ce soit.

Nous avons souligné le problème de la visibilité de l'exercice exclusif. Même si désormais, les praticiens peuvent exciper de leurs CES ou DU d'ODF sur leur plaque, ils ne peuvent mentionner leur spécificité orthodontique dans l'annuaire téléphonique, et encore moins dans certains annuaires professionnels (cf les récents échanges sur le forum UNIODF).

## En conclusion

Notre interlocuteur s'est dit très intéressé par la politique de santé et l'exercice de notre profession telle que nous la concevons à UNI ODF. Notre discours, bien loin de la réputation « sulfureuse » que certains allouent à nos cabinets, ouvre d'autres perspectives, en adéquation avec les besoins territoriaux. Il nous a donc invité à contacter, avec son appui, le conseiller du ministre, afin d'exposer nos constats, opinions et perspectives pour l'avenir de l'exercice orthodontique.

Espérons que nous serons aussi bien entendus !!!