

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

2018
No 3506

« LE TOURISME DENTAIRE » :
CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

*Présentée
et soutenue publiquement par*

Selim SAVRAN

Né le 23 Décembre 1992

Le 23 Octobre 2018 devant le Jury ci-dessous

<i>Président</i>	<i>Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI</i>
<i>Assesseur</i>	<i>Madame le Docteur Fabienne JORDANA</i>
<i>Assesseur</i>	<i>Madame le Docteur Estelle BRAY</i>

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

UNIVERSITÉ DE NANTES		
Président	Pr LABOUX Olivier	
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE		
Doyen	Pr GIUMELLI Bernard	
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.		
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre	
Professeurs des Universités		
Monsieur BOULER Jean-Michel		
Professeurs Emérites		
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain	
Praticiens Hospitaliers		
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène	
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.		
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.	
	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BARON Charlotte Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Madame LE LAUSQUE Julie Madame LEMOINE Sarah Monsieur LOCHON Damien Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur NEMIROVSKY Hervé Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur RETHORE Gildas Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel Madame WOJITUK Fabienne	
Maître de Conférences		
Madame VINATIER Claire		
Enseignants Associés		
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé)	Madame MERAMETDJIAN Laure (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)	

Mise à jour le
16/04/2018

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Remerciements,

A Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI,

Doyen de l'UFR Odontologie de Nantes.

Département de Prothèses.

-
NANTES-

*Merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse, Pour votre
disponibilité, vos conseils tout au long de mes études,*

*Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de toute ma
considération.*

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE,

Maître de conférences des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et
de Recherche Dentaires.

Docteur de l'Université de Nantes.

Habilité à Diriger des Recherches.

Département de Prévention – Epidémiologie – Economie de la Santé – Odontologie
Légale.

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,

Pour vos conseils, votre disponibilité tout au long de mes études,

*Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes plus sincères
remerciements.*

A Madame le Docteur Fabienne JORDANA,

Maître de conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et
de Recherche Dentaires.

Docteur de l'Université de Bordeaux

Département des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,

Biomatériaux, Biophysique, Radiologie.

-NANTES-

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être dans ce jury,

Merci pour vos conseils, votre bienveillance et votre gentillesse.

A Madame le Docteur Estelle BRAY,

Assistante Hospitalo-Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires.

Département de Pédodontie.

-NANTES-

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être dans ce jury,

Merci pour tes conseils, Merci pour ton sens de l'écoute et ton amitié.

Sommaire

Introduction.....	13
I. Le tourisme médical : axé sur le tourisme dentaire.....	14
1. Le contexte économique et la mondialisation de la santé.....	14
2. Définition du tourisme médical.....	15
3. Généralités.....	15
4. Les différents types de tourisme de santé	16
5. Les pays destinataires et quelques chiffres.....	17
6. Le tourisme dentaire.....	18
a)Généralités.....	18
b) Les pays destinataires du tourisme dentaire.....	20
7. Le remboursement communautaire par la sécurité sociale.....	22
8. Le recrutement des patients : la publicité et la santé comme bien de consommation.....	36
II. Le tourisme dentaire et ses conséquences médicales.....	41
1. Le tourisme dentaire et les intermédiaires.....	41
2. L'exécution des soins.....	42
a) Contrat de soins	42
b) Acte prothétique.....	43
c) Qualité et équité de compétences entre chaque état membre de l'UE.....	44
d) Le respect des étapes préopératoires	45
3. Choix des décisions, pression économique et surtraitement.....	50
4. Rapidité des soins.....	50
5. Le suivi.....	54
6. La traçabilité.....	57
7. IAS.....	59
III. Le tourisme dentaire et ses conséquences légales.....	61
1. La limite de cette pratique : la déontologie de l'odontologie en France.....	61
a) Consentement et l'information.....	62
b) Secret professionnel.....	66
c) Relation de confiance vers une relation de services.....	68
d) La responsabilité des chirurgiens dentiste en France	69
e) Préjudices post opératoires.....	71
2. Contentieux dans l'UE.....	73
a) Le dossier médical.....	73
b) L'état dentaire.....	75

3. La réglementation et la publicité.....	76
a) Les différents intermédiaires.....	76
b) Inégalités des réglementations sur la publicité en Europe.	78
Conclusion.....	83
Bibliographies.....	84

INTRODUCTION

Face au phénomène de mondialisation actuel, le secteur de la santé est devenu pour certains patients et certains praticiens un marché économique comme un autre. C'est dans ce contexte qu'est né récemment le tourisme dentaire, une branche spécifique du tourisme médical.

De nombreux facteurs peuvent expliquer ce phénomène : l'explosion d'Internet, la médiatisation des traitements possibles et des techniques de soins, l'évolution des mentalités, une demande esthétique accrue. Mais la raison essentielle est financière avec la recherche de moindre coût par les patients.

Depuis quelques années le tourisme dentaire est en plein essor dans le monde : son succès réside dans les stratégies de communication et de marketing des cliniques alliant séjours et soins tout en mettant en avant l'aspect financier.

Relayé par les médias qui inondent les populations d'informations plus ou moins exactes, ce phénomène n'a pas échappé aux patients français. Chaque année, ils sont plusieurs milliers à aller se faire soigner à l'étranger, généralement au sein de l'Union Européenne.

Dès lors certaines interrogations apparaissent :

Combien de Français partent chaque année se faire soigner à l'étranger et dans quels pays ?

Comment se déroule un séjour de soins dans le cadre du tourisme dentaire ?

Ce phénomène est-il sans risque ?

Quelles sont les conséquences de ce tourisme dentaire ?

Qui assure le suivi ?

Pour tenter de répondre à ces différentes questions, dans une première partie nous définirons le tourisme médical et le tourisme dentaire ainsi que les causes de son apparition en France, en chiffrant l'ampleur du phénomène. Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons aux conséquences médicales et aux limites de cette pratique. Enfin, dans une troisième partie nous présenterons les limites du tourisme dentaire et les conséquences légales que ce phénomène peut engendrer.

I. Le tourisme médical : axé sur le tourisme dentaire

1. Le contexte économique et la mondialisation de la santé

Le tourisme dentaire est lié à plusieurs facteurs géo-socio-politico-économiques qui s'entrecroisent.

En Europe, il est né dans les années 2000 dans un contexte économique particulier avec la crise financière mondiale qui a fait suite à la crise immobilière des « subprimes » aux Etats-Unis, la guerre en Irak et l'inflation du pétrole.

Le coût de la vie a alors augmenté, le pouvoir d'achat des ménages a diminué, et le domaine de la santé n'a pas été épargné, les patients recherchant à se soigner à moindre coût.

Avec la mondialisation, le secteur de la santé est devenu un véritable marché économique laissant place à la concurrence. Des termes jusqu'alors réservés à des activités commerciales telles que « rentabilité, marché économique, publicité » sont apparus dans le domaine de la santé. La logique du marché économique entraîne le secteur des soins médicaux à répondre à la loi de l'offre et de la demande.

De nombreux patients d'Europe Occidentale, renonçant à se faire soigner dans leur pays à cause de son système de santé, ont alors voyagé pour se faire soigner à moindre coût.

Les premiers patients à avoir massivement pratiqué le tourisme dentaire ont été les Britanniques, à cause de leur système de santé très critiqué outre-Manche, le National Health Service (NHS). Fondé en 1948 et géré financièrement par l'Etat, il possède des hôpitaux où sont pris en charge les patients du Royaume-Uni, c'est le système de santé Beveridgien. Les chirurgiens-dentistes s'y trouvant sont des fonctionnaires d'Etat, et leur tarification est imposée. Mais ce système de santé public présente de nombreuses failles, notamment des listes d'attente très longues et des équipements vieillissants. Face à cela, les patients ont la possibilité de se rendre dans des cabinets privés dans lesquels à l'inverse les honoraires ne sont pas encadrés. Les tarifs sont donc beaucoup plus élevés mais les cabinets sont mieux équipés.

Ainsi, selon le système de santé de chaque pays, ce phénomène de soins réalisés à l'étranger est plus ou moins important. Pour comprendre pourquoi des milliers de patients français partent chaque année faire réaliser leurs soins dentaires à l'étranger, il faut tout d'abord présenter le système de santé français.

2. Définition du tourisme médical.

Selon la définition de Chasles : le « tourisme médical », que l'on appelle également « tourisme de santé » ou « tourisme hospitalier », se réfère au déplacement de personnes allant dans un autre pays, dans le but de bénéficier d'un acte médical non disponible ou difficilement accessible dans leur propre pays de résidence, soit pour des raisons de législation soit pour des raisons relatives à l'offre de soins (compétences, coût). Une définition qui permet de mettre en évidence le caractère impropre de l'expression « tourisme médical », puisqu'elle relève avant tout d'une logique médicale et non pas touristique au sens premier du terme. En effet, l'objectif de cette mobilité est avant tout d'améliorer sa santé et non pas de se distraire. D'ailleurs, quand les soins reçus sont lourds et que la période post-opératoire est délicate, les patients sont dans l'incapacité de pratiquer ce type de tourisme (Chasles, 2011).

3. Généralités

Jusqu'à récemment, le tourisme médical consistait surtout en une mobilité de mieux-être. Les soins consommés étaient essentiellement des soins préventifs ou alors des soins curatifs qui concernaient le plus souvent des affections relativement bénignes. « Depuis les années 1980, le tourisme médical s'oriente vers des soins diversifiés et concerne désormais des pathologies lourdes qui nécessitent des soins sophistiqués et extrêmement techniques ». Depuis quelques années, la chirurgie esthétique n'est plus le domaine le plus concerné par le tourisme médical, aujourd'hui les prestations recherchées peuvent aller de l'anomalie cardiaque à la greffe d'organes (Lotfi, 2012). Chasles écrit « il est évident que dans ce type de cas, l'approximation n'est plus de mise, car il ne s'agit plus de "tourisme médical", même entre guillemets » (Chasles, 2011). L'originalité de ce déplacement à but thérapeutique contemporain réside dans les distances parcourues par les patients. La mondialisation, la rétraction des distances, l'essor des moyens de transports ont provoqué un fort accroissement de cette pratique et des distances parcourues.

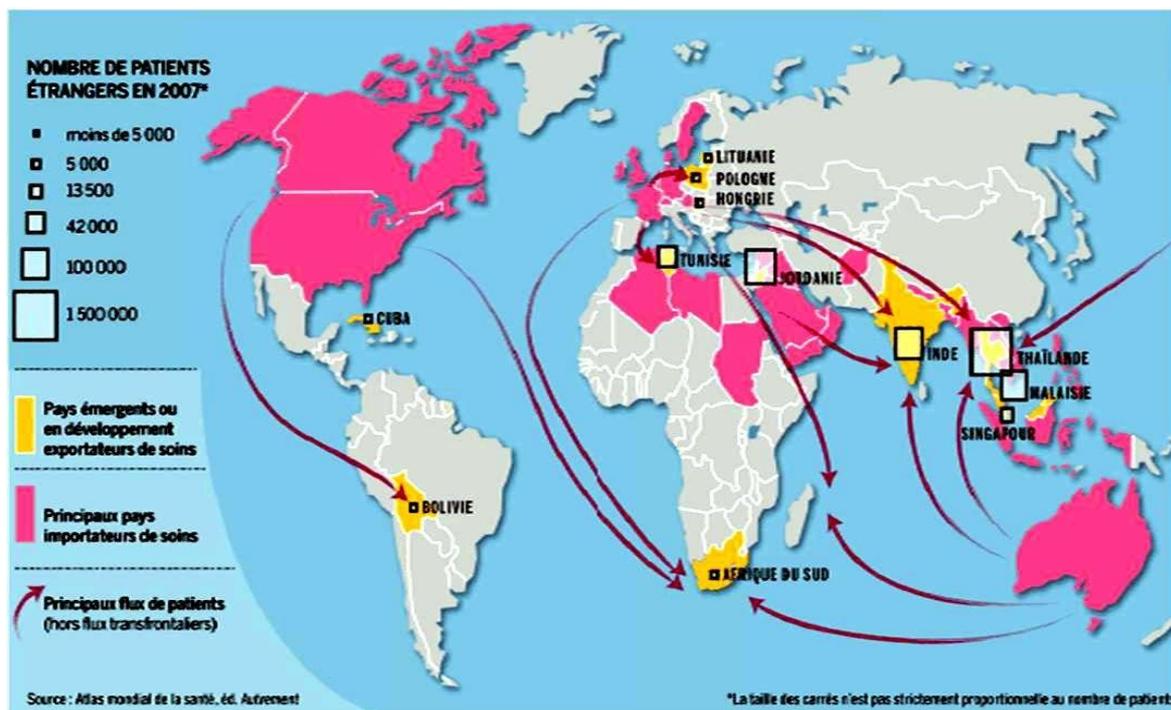


Figure 1 : Les flux de patients reliés au tourisme médical (Source : Chasles, 2011)

4. Les différents types de tourisme de santé.

Nous pouvons distinguer dans la dominante du tourisme de santé deux axes principaux : le tourisme médical de bien-être ou de confort et le tourisme médical vital. Pour certains, le tourisme de bien-être se définit selon des vertus curatives ou de soins chirurgicaux destinés à embellir la personne plutôt qu'à la soigner, à l'instar de la chirurgie plastique, alors que le tourisme médical vital est avant tout de nature à répondre à de lourdes pathologies dont sont porteurs les touristes-patients. Le terme de touriste-patient désigne un patient nécessitant une intervention chirurgicale, plus ou moins importante, et désireux de partir à l'étranger pour bénéficier de soins.

Mais aussi on peut décrire différents types de tourismede santé selon leur rapport à la légalité :

- Les soins illégaux dans les deux pays (pays d'origine et pays d'accueil), comme les trafics d'organes.
- Les soins illégaux ou désapprouvés dans le pays d'origine et approuvés dans le pays d'accueil (euthanasie, fertilité, cellules souches, les traitements expérimentaux...).
- Les traitements légaux dans les deux pays où le tourisme médical est utilisé pour sa concurrence de prix, la réduction d'attente, ou l'accès à un traitement qui ne serait pas disponible dans le pays d'origine. Les soins dentaires auxquels nous nous intéresserons dans cette thèse font partie de cette catégorie.

Les soins imprévus, médicalement nécessaires et survenus au cours d'un séjour dans un autre pays (comme une hospitalisation en urgence par exemple) entrent également dans les chiffres du tourisme médical. Puisque ce sont des soins réalisés à l'étranger, on parle alors de « tourisme d'urgence ». Il s'agit d'un cas particulier du tourisme médical puisqu'ici le but premier du voyage n'est pas de bénéficier de cette intervention, le patient en est contraint du fait d'une situation d'urgence.

5. Les pays destinataires et quelques chiffres.

Le marché du tourisme médical s'organise suivant une logique avec une réelle spécialisation par pays. Ainsi l'Inde se distingue dans la chirurgie cardiaque, la Tunisie et le Brésil dans la chirurgie plastique, la Thaïlande dans la chirurgie orthopédique, la Hongrie, quant à elle, dans la chirurgie dentaire (figure 2). Les praticiens sont d'ailleurs nommés « les dentistes de l'Europe ». Les pays s'étant spécialisés dans le tourisme dentaire sont : la Hongrie, la Roumanie, l'Espagne, la Turquie, Cuba, le Panama, le Venezuela, la Thaïlande et la Nouvelle Zélande (figure 2).

Parmi les destinations de tourisme médical prisées, on retrouve (Chasles, 2011 ; Lotfi, 2012):

- la Thaïlande avec 600 000 patients par an ;
- Singapour avec 370 000 patients par an ;
- la Jordanie avec 250 000 patients en 2007 ;
- la Turquie avec 200 000 patients par an ;
- l'Inde avec 150 000 patients par an ;
- la Tunisie avec plus de 120 000 patients par an ;
- la Malaisie avec 100 000 patients par an.

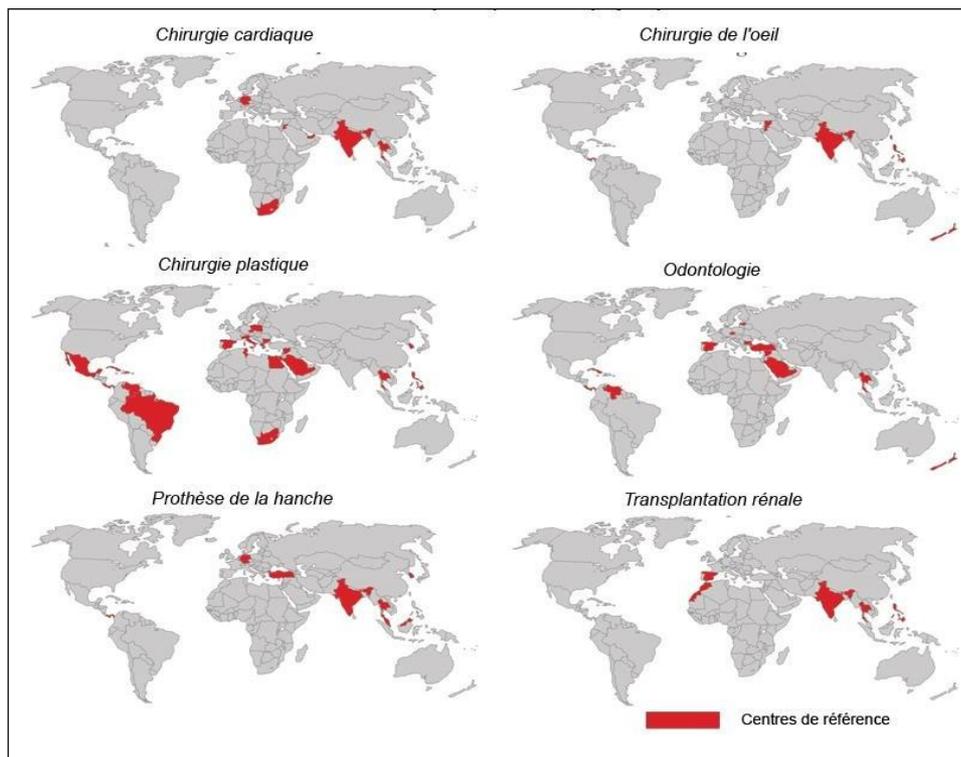


Figure 2: Une offre médicale sophistiquée, des pays spécialisés (Source : Chasles, 2011)

6. Le tourisme dentaire.

a. Généralités

Le tourisme dentaire est une branche du tourisme médical, il en découle. C'est un phénomène récent qui est en constante progression dans le monde et particulièrement en Europe comme nous le verrons.

Historiquement, le tourisme dentaire est apparu tout d'abord aux Etats-Unis, dans les années 1990 : des patients américains, non couverts par leur système de santé, ont commencé à se rendre au Mexique et au Brésil pour bénéficier de traitements dentaires à des prix très inférieurs à chez eux (3).

En Europe, il convient de distinguer deux types de tourisms dentaires selon qu'il nécessite ou non une organisation préalable au déroulement des soins :

- Le tourisme dentaire non organisé s'effectue entre deux pays frontaliers : certains patients profitent de la proximité d'un pays voisin pour y faire réaliser des soins dits « légers » (soins conservateurs, petites réhabilitations prothétiques) à des tarifs inférieurs à chez eux, ou pour bénéficier de délais de rendez-vous plus courts.

Ce type de tourisme dentaire ne nécessite pas d'organisation en amont compte tenu de la proximité du lieu où les soins sont réalisés. En effet, dans ce cadre, le patient n'a pas besoin de prendre l'avion ou de réserver un logement, l'aller-retour entre son domicile et le lieu où les soins sont réalisés pouvant se faire sur la journée. Ici, la notion de tourisme n'est pas présente puisque le patient ne séjourne pas dans la ville où les soins sont réalisés, il se déplace uniquement pour être soigné. Il conviendrait mieux ici de parler de soins transfrontaliers plutôt que de véritable tourisme dentaire. Ces flux transfrontaliers engagent des sommes peu importantes car les plans de traitement concernent des soins dentaires « légers ».

- Le tourisme dentaire organisé nécessite lui une préparation du séjour avant que le patient ne se déplace. En effet, ces patients voyagent dans un pays qui peut être voisin ou éloigné du leur afin de bénéficier de soins dits lourds » (implants dentaires, réhabilitations prothétiques importantes) dans des structures (cliniques ou cabinets dentaires) spécialisées dans ce domaine, dans le but de réaliser une importante économie financière. La réalisation des soins s'étale sur plusieurs jours, et le plan de traitement peut même nécessiter que le patient revienne se faire soigner au cours d'un deuxième séjour (par exemple pour la pose de couronnes définitives sur des implants posés sans mise en charge immédiate).

Le patient doit donc dans ce cadre organiser son voyage en amont (réserver un vol aller-retour ainsi qu'un logement sur place, planifier ses rendez-vous dans une clinique etc...) et il peut profiter s'il le souhaite de son temps libre pour visiter le pays dans lequel il se fait soigner.

Des tours opérateurs se sont spécialisés dans l'organisation de ces séjours dans des pays qui reçoivent de nombreux touristes dentaires venus de toute l'Europe. Leur offre la plus courue est la formule « all inclusive », comprenant vol + logement + visites + soins dentaires. Mais toutes les variantes sont possibles à partir de cette formule, l'élimination d'un ou plusieurs éléments sera alors laissée à l'initiative du patient.

b. Les pays destinataires du tourisme dentaire.

On estime à près de trois millions le nombre de patients recevant des soins dentaires dans d'autres pays que le leur chaque année. Chaque pays a ses destinations de prédilection. Les destinations préférentiellement empruntées par les patients français pour se faire prodiguer des soins dentaires à prix réduits sont les pays de l'Est et le bassin méditerranéen, la première destination étant la Hongrie.

D'après Leigh Turner, « la plupart des touristes dentaires se rendent dans des endroits où le coût total des soins dentaires, des repas, de l'hébergement, du transport et d'autres dépenses est moins élevé que ce qu'il leur en coûterait pour obtenir des soins chez eux ».

En Hongrie, le tourisme dentaire est né il y a près de 30 ans avec les autrichiens de l'est du pays. Depuis longtemps ce mouvement concerne les pays riverains et proches comme l'Autriche et l'Allemagne. En quinze ans, le marché n'a cessé de s'élargir, tant au niveau de l'offre que de la demande, phénomène qui s'est accru avec l'entrée récente de la Hongrie dans l'UE et l'augmentation de la concurrence. Budapest se place aujourd'hui parmi les leaders mondiaux sur le plan des soins dentaires. On parle de la Hongrie comme « le dentiste de l'Europe ».

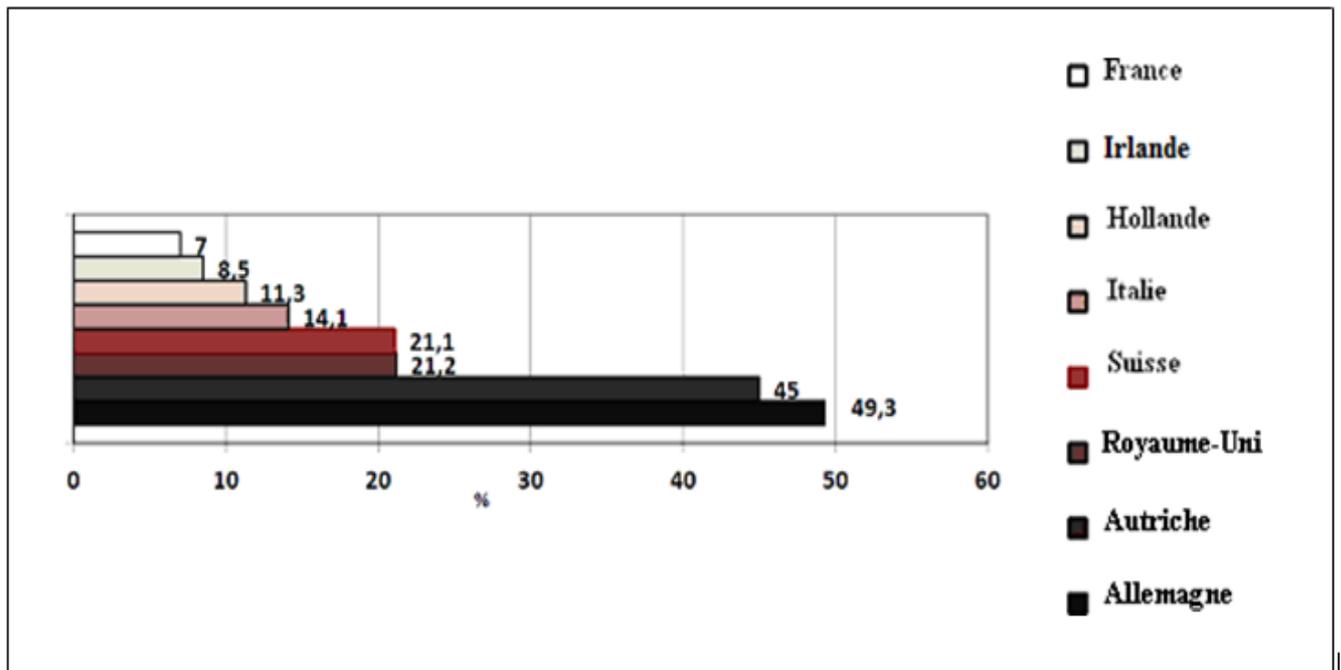


Figure 3 : Chiffre d'affaire engendré par les patients étrangers en Hongrie (Source : Szűts, 2010)

1400 praticiens seraient installés le long de la frontière autrichienne. Sopron, île de 50 000 habitants compte à elle seule environ 300 chirurgiens-dentistes, alors que 20 seraient suffisants. Ce chiffre exorbitant s'explique par sa situation géographique frontalière avec l'Autriche. Chaque week-end des milliers de patients se bousculent à la frontière pour bénéficier de soins dentaires, concernant essentiellement l'implantologie et la prothèse conjointe. Le tourisme dentaire en Hongrie continue donc de se développer puisqu'elle offre une large gamme de soins dentaires, à des prix largement inférieurs à ceux pratiqués en Europe de l'Ouest. En Hongrie environ 400 000 à 500 000 traitements sont prodigués à des étrangers chaque année (Dental Suisse, 2009).

Dans l'Union Européenne, hormis la Hongrie, les principales destinations du tourisme dentaire sont : la Pologne, l'Espagne ou encore la Bulgarie. Hors de l'Union Européenne, la Turquie est la destination de prédilection (figure 4). Hors du continent, on retrouve les cliniques tunisiennes et marocaines, fidèles à leur vocation esthétique

En Europe, les principaux pays émetteurs de patients alimentant le tourisme dentaire sont le Royaume-Uni, l'Irlande, la France, la Scandinavie (figure 5).

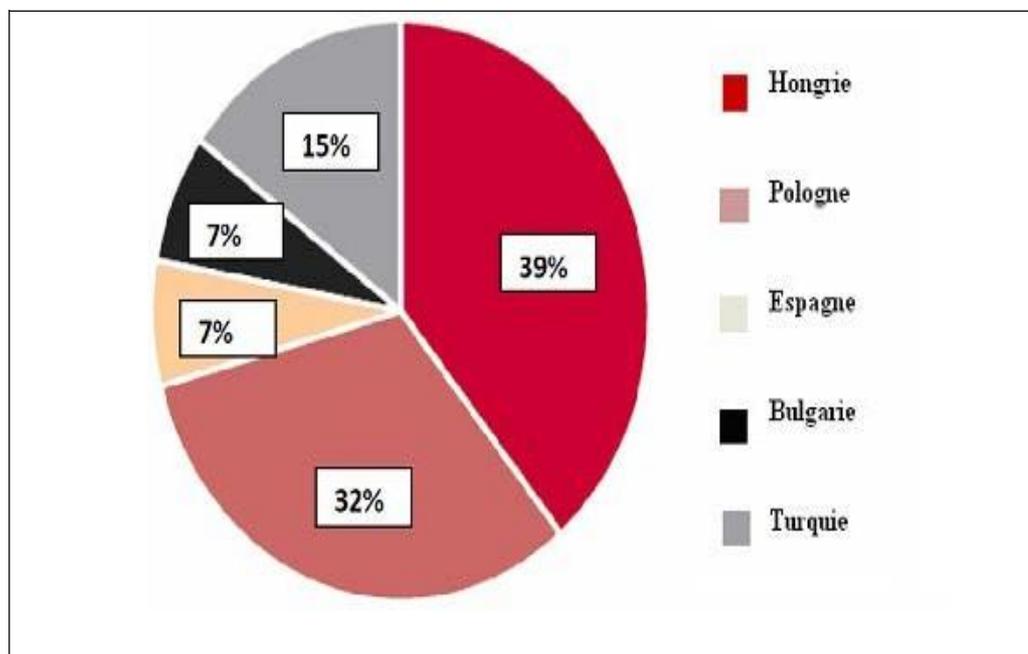


Figure 4: Les destinations du tourisme dentaire en Europe en 2007 (Source : Tolnai et coll., 2009)

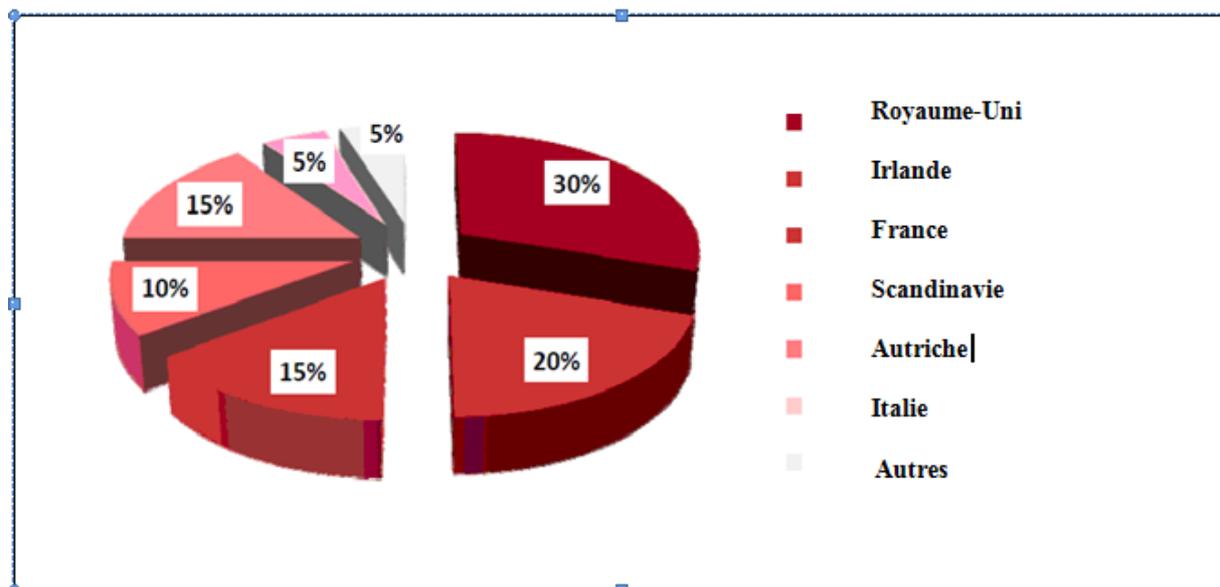


Figure 5: Provenance des patients européens participant au tourisme dentaire en Europe en 2010 (Source : Kaman, 2010)

7. Le remboursement intracommunautaire et la sécurité sociale.

La mondialisation et la liberté de circulation, des personnes et des biens dans l'espace Schengen, ont conduit un nombre grandissant d'européens à bénéficier de soins dans des pays autres que celui de leur résidence. Il est nécessaire de clarifier l'environnement réglementaire et les diverses modalités de prise en charge de soins dentaires dans le cadre du tourisme dentaire. Les règlements communautaires sur la Sécurité Sociale s'appliquent aux états membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen (UE-EEE) et à la Suisse, conformément à l'annexe 1 de l'accord du 4 avril 2002. Par ailleurs, des conventions ont été signées avec 36 pays, hors EEE (Hemm, 2007).

La Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE) a établi une jurisprudence constante en faveur de la mobilité des patients au sein de l'UE. Auparavant, en matière de soins ambulatoires et de soins hospitaliers nécessaires (urgence), cette jurisprudence garantissait la prise en charge par les systèmes de Sécurité Sociale. Il en allait tout autrement pour les interventions programmées. Le patient qui souhaitait subir une opération dans un autre État membre devait en faire la demande auprès de sa caisse de Sécurité Sociale et obtenir au préalable son accord avec le formulaire E112. C'est ce qui résulte de l'article 20 d'un règlement de 2004. Ce règlement imposait aux caisses d'accorder leur autorisation : en premier lieu, les prestations concernées devaient être prises en charge au titre de la législation de l'État d'affiliation. Puis, il fallait remplir une condition de délai. L'autorisation devait être donnée à l'assuré lorsque « ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable

sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie ». Aujourd'hui les droits des patients en matière de soins transfrontaliers ont évolué (Perrin, 2007).

Hors espace économique européen

Seuls les soins inopinés dit « soins médicalement nécessaires ou urgents » et imprévus survenus à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour, pourront éventuellement être pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie. Ces dispositions ne visent pas la situation de la personne qui s'est rendue sur le territoire d'un autre état en vue d'obtenir un traitement médical. Ces soins dits « programmés » ne sont donc pas pris en charge, sauf entente préalable obtenue auprès de la caisse d'affiliation. Dans le secteur dentaire, sont considérés comme soins inopinés, et donc remboursés, les consultations d'urgence, les soins endodontiques, les soins chirurgicaux.

Les soins prévisibles (prothèses, détartrage etc.) sont des soins programmés. Le patient qui reçoit ces soins dans un pays hors de l'UE-EEE, ne pourra donc bénéficier d'une prise en charge et d'un remboursement de l'Assurance maladie.

Pour plus de renseignements, le site « ameli.fr » conseille au patient de contacter la caisse d'Assurance maladie, l'assureur, l'agence de voyage, le ministère des Affaires étrangères et européennes, le Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité Sociale (Hemm, 2007).

Pour les soins reçus dans un état de l'UE-EEE et en Suisse, la réglementation diffère

Depuis les textes votés dans la loi de finance de la Sécurité Sociale, il existe une centralisation des prestations dites « transfrontalières », par transferts de compétences de l'ensemble des caisses d'Assurance maladie. L'inhomogénéité et la complexité des demandes et des prestations ont conduit à la création du Centre National des Soins Européens (CNSE), cette structure centralisée assure le traitement des factures et des dossiers complexes (Hemm, 2007).

Depuis le 1^{er} juin 2004, la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM) a substitué les formulaires E112 (soins programmés, autorisation préalable) et E111 (touristes, soins imprévus) délivrés à l'occasion des vacances, ainsi que les formulaires E110, E128 et E119.

Elle vise à simplifier l'accès des citoyens aux Etats membres de l'UE/EEE et de la Suisse aux services des soins de santé pendant les visites temporaires à l'étranger c'est-à-dire les procédures de paiement et de remboursement (Anido Freire, 2010).

Prise en charge et remboursement des soins inopinés lors de séjour touristique.

Dans la mesure où ils sont affiliés auprès du régime de protection sociale d'un état membre, les assurés peuvent, lors de séjours temporaires sur le territoire d'un autre état membre, bénéficier, sur la base de la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM), d'une prise en charge pour les soins médicalement nécessaires survenus à l'occasion de ces séjours. Les dispositions applicables en matière de séjour sont identiques quelle que soit la nature du séjour (professionnel ou non) ou la qualité du titulaire (travailleur, inactif, pensionné, étudiant, chômeur etc.) (Hemm, 2007).

Les soins dentaires transfrontaliers dans le cadre du tourisme dentaire n'appartiennent pas aux soins occasionnels. En effet en dehors des urgences dentaires, ils ne sont pas médicalement nécessaires au sens strict de la définition des soins occasionnels.

La prise en charge et remboursement des soins programmés.

Auparavant et au sens de la définition des soins programmés et inopinés, les soins dentaires dans le cadre du tourisme dentaire constituaient un flou juridique et ont créé des situations juridiques nouvelles pour les patients se rendant dans un autre état membre de leur propre initiative, sans autorisation préalable.

La CJUE (*La Cour de justice de l'Union européenne*) juge actuellement les affaires qui soulèvent un problème d'interprétation du droit communautaire à un pays membre, occasionnées par un manque de conformité entre la législation du pays et celle du droit européen. Elle a été saisie à plusieurs reprises concernant des patients ayant reçu des soins dans un autre Etat membre et a rendu différents arrêts. Elle a ainsi introduit le droit pour les patients d'être remboursés pour des soins réalisés à l'étranger sans qu'ils n'aient aucune démarche préalable à faire.

La CJUE reconnaît les prestations de santé comme des services, elle permet la libre circulation des prestations de santé et elle limite la nécessité de l'autorisation préalable aux seuls soins hospitaliers. Elle introduit en plus une seconde voie de remboursement pour les soins prévus à l'étranger.

La première voie était prévue par les règlements initiaux de coordination de la Sécurité

Sociale. Si les soins ne peuvent être prodigués dans les délais raisonnables, les patients peuvent recevoir des soins dans un autre Etat membre, munis d'une autorisation préalable. Les patients sont dispensés d'avance de frais.

La deuxième voie est prévue par la jurisprudence de la CJUE ; le patient choisit de recevoir des soins à l'étranger, attiré par des prestations plus rapides, moins chères ou jugées de meilleures qualités. Le patient doit avancer les frais et la CJUE prévoit qu'il soit remboursé directement par sa caisse d'affiliation à hauteur de ce qu'il percevrait si les soins avaient été réalisés dans son pays. Ainsi, les frais ne sont plus remboursés sur la base du tarif du pays où ils ont été dispensés mais sur la base du pays où les droits sont ouverts. Elle propose de la sorte une solution inverse à celle dégagée par les règlements de coordination des régimes de Sécurité Sociale.

La jurisprudence pose certaines difficultés, notamment parce que tous les pays européens n'ont pas la même interprétation des textes et par conséquent ne l'appliquent pas de la même manière.

En France, en 2005, le Journal Officiel a publié un Décret relatif à la prise en charge des soins à l'étranger. L'article R.332-3 de ce décret traite spécifiquement des soins reçus dans les pays de l'Union : « Les soins reçus en UE-UEE doivent être remboursables en France pour être pris en charge. Le remboursement des soins reçus dans un autre Etat membre n'est pas soumis à une autorisation préalable de l'organisme d'Assurance maladie de l'assuré (sauf pour les soins hospitaliers et le recours à des équipements lourds), la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs conventionnels français. Les soins reçus dans un autre Etat membre sont remboursés dans la limite des dépenses engagées ».

Que dit la directive européenne sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers?

Les députés européens ont voté, le 19 janvier 2011, une directive pour garantir aux patients un remboursement de soins reçus à l'étranger. Elle donne droit au remboursement automatique de traitements non hospitaliers dispensés ailleurs dans l'UE à concurrence de ce qu'aurait remboursé le pays d'origine. Autrement dit, si les soins sont plus faciles d'accès ailleurs, mais plus chers, le patient devra en assumer le surplus. Les soins peuvent être reçus dans un établissement public ou privé. Toutefois, à partir du moment où le traitement implique une nuit à l'hôpital ou s'avère particulièrement coûteux et très spécialisé (cas des maladies rares notamment), le patient devra demander une autorisation préalable à sa caisse

d'Assurance maladie. Cette autorisation lui sera refusée dans deux cas seulement : si son pays a des raisons de s'inquiéter de la qualité des soins prodigués par tel ou tel établissement européen, ou si le même traitement est accessible sur place dans un délai raisonnable. Sauf que les États ont refusé de définir ce qu'ils entendaient par délai raisonnable.

Chaque État de l'UE va devoir créer un point de contact national, où tout patient pourra obtenir des informations claires et fiables sur les conditions d'accès aux soins de santé dans un autre Etat membre de l'UE et les conditions de remboursement. Le patient ne devra pas toujours avancer l'argent des soins. Le paiement ne doit pas être effectué par le patient, dans la mesure où il existe un accord bilatéral entre états. A ce moment-là, le paiement se fait directement d'un état à l'autre.

Redoutant à la fois un afflux de patients étrangers dans leurs hôpitaux et trop de soins transfrontaliers à rembourser, le Portugal, la Pologne, la Roumanie et l'Autriche avaient voté contre la directive, mais n'ont pas réussi à empêcher son adoption (11). Les États membres avaient jusqu'au 25 octobre 2013 pour la transposer dans leur propre législation. Ce qui est aujourd'hui le cas.

En résumé

Tout européen a le droit de se faire soigner dans un autre pays de l'UE, soit à cause d'un imprévu, soit par simple décision personnelle. Le premier cas ne relève pas du tourisme dentaire contrairement au second cas qui s'inscrit dans le droit de libre circulation des citoyens de l'Union Européenne et de tous les droits associés (mêmes droits que dans le pays d'origine) et en particulier de libre choix de l'établissement et des professionnels de santé pour se faire soigner. Ces droits sont encadrés par des procédures où sont impliquées les sécurités sociales des deux pays ; le patient européen doit les respecter s'il prétend bénéficier des remboursements des frais médicaux comme s'il était resté dans son pays d'origine (Anido Freire, 2010).

Les prestations effectuées dans tout état membre de l'UE sont remboursées sur la base des tarifs appliqués par la Sécurité Sociale française, au même titre que les soins dentaires reçus en France. Une prise en charge par la complémentaire santé du patient est possible. Néanmoins, seuls les soins prévus par la réglementation française seront remboursés (13) (14). De fait, les implants dentaires ne seront pas remboursés. Pour tous les soins ambulatoires qui, par définition, n'impliquent pas d'hospitalisation, le patient n'a pas besoin de prévenir son Assurance maladie avant de partir. Il suffira d'adresser à cette dernière les factures et justificatifs à son retour (Cousseau, 2009).

Lors d'un séjour dans un de ces pays, il est conseillé de se procurer la carte européenne d'Assurance maladie (CEAM) auprès de la caisse d'Assurance maladie à laquelle le patient est affilié (figure 20). Elle peut aussi s'obtenir par internet sur le site « ameli.fr » ou par téléphone. La CEAM est valable un an. Elle est individuelle et nominative. Elle permettra au patient d'attester de ses droits à l'Assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge des soins médicaux sur place, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour. Si le départ a lieu dans un délai inférieur à 15 jours, la caisse d'Assurance maladie délivrera un certificat provisoire de remplacement, valable trois mois, qui attestera des droits à l'Assurance maladie. Il peut être utilisé dans les mêmes conditions que la CEAM (12).



Figure 6 : La carte européenne d'Assurance maladie (CEAM)

De retour en France, le patient doit adresser les feuilles de soins, factures ou autres justificatifs de paiement à l'Assurance maladie accompagnés obligatoirement du formulaire S3125 « Soins reçus à l'étranger - Déclaration à compléter par l'assuré ». Si le dossier comporte toutes les pièces utiles à son traitement, il est transmis au CNSE qui est susceptible de demander au patient des renseignements complémentaires (14).

Selon le site internet d'une agence de tourisme dentaire, les documents à présenter sont :

- une radio panoramique dentaire avant les soins ;
- une radio panoramique dentaire après les soins ;
- une facture en français avec les codes de la Sécurité Sociale ;
- le formulaire S3125 ; les justificatifs de séjour à l'étranger.

Il est donc nécessaire et indispensable au patient de réclamer et conserver les factures acquittées et les justificatifs de paiement du chirurgien-dentiste qui a effectué les soins. Lorsqu'un chirurgien-dentiste demande un paiement en espèces sans délivrer de facture, il faut bien évidemment refuser pour pouvoir prétendre à un remboursement des prestations en France par les organismes sociaux. Dans le cas contraire, aucun recours n'est possible (Cousseau, 2009).



n° 12267*04

Soins reçus à l'étranger Déclaration à compléter par l'assuré(e)

(articles L. 332-3, 2^e alinéa et R. 332-2 à R. 332-6 du Code de la sécurité sociale)**(IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives décrites au verso)****PERSONNE AYANT RECU LES SOINS ET ASSURÉ(E)*** **Personne ayant reçu les soins**

nom et prénom :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

n° d'immatriculation

date de naissance

adresse habituelle (si différente de celle de l'assuré(e)) :* **Assuré(e)** (à remplir si la personne ayant reçu les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

n° d'immatriculation

* **Nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e)** (à compléter dans tous les cas)nationalité : française ressortissant UE/EEE/Suisse autre préciser :

n°, voie, rue ... :

code postal

commune :

email (facultatif) :

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DES SOINSactivité salariée (joindre un justificatif) pensionné(e)/retraité(e) étudiant(e) indemnisé(e) par le Pôle Emploi (joindre un justificatif) autre situation préciser :**CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR À L'ÉTRANGER**

adresse pendant le séjour à l'étranger :

localité :

pays :

dates du séjour : du

au

motif du séjour : congés payés dans le pays d'origine tourisme détachement professionnel études et/ou stages **MOTIF DE RECOURS AUX SOINS** (préciser : chute, blessure, urgence médicale, intervention chirurgicale, soins chroniques, soins ponctuels...)

→

NATURE DES SOINS ET MONTANT DES DÉPENSES* **Les soins reçus sont en rapport avec :**une maladie une affection de longue durée une maternité un accident du travail ou une maladie professionnelle autre un accident causé par un tiers autre s'agit-il de soins prévus avant le départ ? oui non * **Le détail des soins** (joindre obligatoirement les factures originales acquittées pour tous les soins. Pour ceux suivis de * joindre également les prescriptions médicales)**soins ambulatoires**montant des frais
(indiquer l'unité monétaire)consultation au cabinet médical déplacement du médecin le médecin était un généraliste un spécialiste indiquer la spécialité :soins dentaires préciser la nature des soins :prothèse dentaire chirurgie ambulatoire préciser la nature de l'acte :pharmacie * examen(s) de laboratoire * radiologie citer les parties du corps radiographiées :acte(s) de kinésithérapie * actes infirmiers * autre(s) soin(s) * préciser la nature des soins :hospitalisation

du

au

préciser la nature des soins :frais de transport * moyen de transport, trajet et km :**SOINS RECUS DANS L'UE/EEE/Suisse (à compléter obligatoirement)**1. Pour les soins qui ont été pratiqués dans l'UE/EEE et la Suisse, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la législation :
du pays du séjour française 2. Y a-t-il eu un remboursement partiel des soins dans le pays de séjour ? oui non **ATTESTATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)**

Je déclare joindre les originaux des factures dûment acquittées en ma possession pour justifier ma demande de remboursement.

J'atteste sur l'honneur que la somme totale réglée s'élève à :

(indiquer l'unité monétaire)

Fait à

,

le

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement.
Articles 313-1 à 313-3, 325-19, 441-A et 441-C du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations services, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant,
leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

CNSE S 3125c



n° 50978#04

soins reçus à l'étranger

NOTICE

Cet imprimé permet à votre caisse d'assurance maladie d'apprécier vos droits au remboursement pour des soins dispensés à l'étranger, y compris dans un pays de l'Union Européenne⁽¹⁾, de l'Espace économique Européen⁽²⁾ ou la Suisse (lorsque vous avez fait l'avance des frais de soins en tout ou partie). Lorsqu'un remboursement est possible, son montant varie en fonction du pays dans lequel vous avez séjourné, de la nature des soins et du motif de recours aux soins.

Soins dans un pays étranger hors UE/EEE et Suisse

la caisse d'assurance maladie a la possibilité de procéder à un remboursement forfaitaire des soins ou des traitements médicaux reçus à l'étranger.

Soins dans un pays de l'UE/EEE ou en Suisse

• Soins imprévus et urgents :

vous pouvez vous faire soigner par un médecin ou dans un hôpital aux mêmes conditions que les ressortissants de ce pays, ce qui signifie que vous devrez parfois payer les soins. Votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) vous permet de faire valoir vos droits.

En cas d'avance des frais de soins, vous pouvez demander le remboursement auprès de votre caisse d'assurance maladie.

• Soins programmés :

si vous vous rendez dans ce pays pour y recevoir un traitement médical, vous devez, dans certains cas, demander une autorisation préalable de prise en charge à votre caisse d'assurance maladie qui vous remettra le formulaire européen "S2".

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site "www.ameli.fr".

Dans tous les cas, vous devez fournir tout document justifiant votre séjour à l'étranger (titre de transport, par exemple) et, selon le cas, si vous êtes concerné :

- la photocopie du bulletin de paie du mois précédant votre séjour si vous êtes salarié(e),
- ou le talon de versement, délivré par votre Pôle Emploi, du mois précédant votre séjour,
- et, en cas de congés dans votre pays d'origine et/ou dont vous avez la nationalité hors UE/EEE/Suisse, une attestation de votre employeur indiquant les dates de congés payés.

Dans tous les cas, vous devez y joindre aussi :

- la (ou les) facture(s) de soins originale(s) que vous avez acquittée(s),
- la (ou les) prescription(s) médicale(s) en rapport avec les soins reçus.

IMPORTANT :

A la rubrique "Soins reçus dans l'UE/EEE/Suisse", veuillez choisir le tarif sur la base duquel vous souhaitez être remboursé(e) de vos dépenses en cochant la case correspondante.

A défaut, c'est le tarif de remboursement de la sécurité sociale du **pays de séjour** qui s'applique.

Précisez s'il y a eu ou non une prise en charge partielle des frais par l'organisme compétent dans le pays de séjour.

Si vous êtes frontalier de la Suisse⁽³⁾, veuillez l'indiquer dans la rubrique "Motif de recours aux soins".

Pour plus d'informations, consulter le site "www.ameli.fr" à la rubrique "assuré/droits et démarches/ à l'étranger".

Avant d'adresser cette déclaration à votre caisse d'assurance maladie⁽⁴⁾, n'oubliez pas de la dater et de la signer. Conservez une photocopie de l'ensemble de votre dossier pour votre organisme complémentaire (mutuelle, assurance, prévoyance).

⁽¹⁾ Les Etats membres de l'UE concernés par cette déclaration : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République Slovaque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède.

⁽²⁾ Les pays de l'EEE : Islande, Liechtenstein, Norvège.

⁽³⁾ Vous travaillez en Suisse ou vous bénéficiez exclusivement d'une pension ou d'une rente suisse et vous résidez en France.

⁽⁴⁾ Nota bene pour les assurés relevant du régime général :

Votre caisse primaire d'assurance maladie est compétente pour le dépôt de votre dossier et pour vous donner les renseignements concernant vos droits. L'instruction et la paiement des demandes de remboursement sont gérés par le Centre national des des soins à l'étranger à Vannes (Morbihan).

S 3125c

Figure 7 : Formulaire cerfa n°12267*04 recto/verso relatif au remboursement des soins reçus à l'étranger (14).

Qui paye quoi ?

Deux cas de figure concernant l'avance des frais par l'assuré français existent (17) :

- il n'y a pas d'avance des frais médicaux, les organismes concernés s'occuperont directement du remboursement des frais médicaux entre eux ;
- le patient paye une part ou la totalité des frais, et à son retour se fera rembourser par sa caisse d'Assurance maladie.

Pour conclure

Au sein de l'UE/UEE/Suisse, les patients sont libres de se faire soigner dans le pays de leur choix. Par conséquent les soins, y compris les soins prothétiques, seront remboursés sur la base de remboursement possible sur le sol français (17) (18). A ce jour, il n'existe pas de nomenclature européenne qui permettrait une codification harmonisée des actes. La Commission Européenne se défend d'organiser le tourisme médical en Europe, selon l'ancien commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs, John Dalli (20). La nouvelle législation européenne s'adresse surtout aux populations installées près d'une frontière nationale et voulant accéder aux soins du pays voisin ou encore aux patients en quête de soins très spécialisés ou aux expatriés.

Le système de santé Français.

Pour comprendre pourquoi des milliers de patients français partent chaque année faire réaliser leurs soins dentaires à l'étranger, il faut tout d'abord présenter le système de santé français.

Le système de santé français repose sur une prise en charge des soins médicaux par l'Assurance Maladie qui regroupe la Sécurité Sociale et une protection complémentaire, qui peut être souscrite par chaque citoyen. La Sécurité Sociale désigne un ensemble de dispositifs et d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses, généralement qualifiés de « risques sociaux » : la maladie, les accidents du travail, la vieillesse et la famille.

Basé sur un principe de solidarité, le financement de l'Assurance Maladie repose sur une collecte de cotisations proportionnelles aux revenus, sans rapport avec l'état de santé de la personne (19).

Depuis le 1^{er} juin 2014, tous les actes bucco-dentaires ont été intégrés à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec une revalorisation de certains soins courants par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Concernant la chirurgie dentaire en France, les tarifs applicables aux consultations, aux soins conservateurs (traitements de la carie, (bio)pulpectomie, détartrage, etc ...), aux soins chirurgicaux (extractions), aux actes radiologiques et de prévention (scellement de sillons, examen bucco-dentaire), sont déterminés d'après une liste, fixée en application de la Convention Nationale du 18 juin 2006.

Ces tarifs conventionnels ne sont pas libres, ils sont dits « opposables » aux praticiens qui ont choisi d'exercer à titre conventionné (en secteur 1), et ils ne nécessitent pas de devis. Pour ces types de soins, les dépassements d'honoraires ne sont pas possibles sauf en cas d'exigence particulière d'un patient (par exemple dans le cas d'une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet) ou bien si le praticien dispose d'un droit permanent à dépassement (20).

Le remboursement de ces soins peut atteindre 100% pour le patient : 70% par l'Assurance Maladie sur la base du tarif conventionnel et les 30% restants, que l'on appelle le ticket modérateur, par la mutuelle du patient (protection complémentaire) s'il en possède une.

A l'inverse, les tarifs des travaux prothétiques sont dits « à honoraires libres », c'est-à-dire que le chirurgien-dentiste peut appliquer des tarifs libres sur ces soins, avec tact et mesure, qui viennent s'ajouter au tarif conventionnel fixé par la Convention Dentaire. La Sécurité Sociale et la complémentaire du patient (s'il en possède une) remboursent ce tarif de convention (respectivement à hauteur de 70% et de 30%), mais les actes à tarifs libres sont plus ou moins pris en charge par les mutuelles selon les forfaits pris par les patients.

Les chirurgies implantaires et parodontales, ainsi que les soins esthétiques (comme les éclaircissements dentaires) sont également à honoraires libres mais ne sont eux pas pris en charge par la Sécurité Sociale (sauf la pose d'implants chez les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, présentant des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, est prise en charge par l'Assurance Maladie depuis le 28 juin 2007. Cette prise en charge a été étendue à l'adulte le 9 janvier 2012.). Ces actes sont dits Non Pris en Charge (NPC) dans la CCAM.

Actuellement en France, les tarifs des actes courants, opposables remboursés (consultations, soins conservateurs, soins chirurgicaux, radiographies, prévention), sont encore pour la plupart les plus bas d'Europe. En Europe de l'Est par exemple, les tarifs de ces soins sont en moyenne 2 à 3 fois plus élevés qu'en France. De plus, dans notre pays certains actes, comme l'anesthésie ou la pose d'un champ opératoire, sont gratuits alors qu'ils sont payants chez beaucoup de nos voisins européens. On estime qu'étant donné le coût de fonctionnement élevé d'un cabinet dentaire en France (le coût horaire d'un cabinet en France est bien plus élevé que celui d'un cabinet en Hongrie par exemple pour des raisons que nous détaillerons dans la suite de cette thèse), celui-ci ne pourrait pas être rentable si l'on n'y effectuait que des soins courants opposables : selon la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires), en 2015, les soins et la chirurgie ont représenté environ 2/3 de l'activité d'un chirurgien-dentiste en France pour seulement 1/3 de ses recettes, alors que les prothèses ont représenté 13,8% de l'activité d'un cabinet dentaire en moyenne pour 53% des honoraires totaux en 2013 (21).

Ceci explique en partie pourquoi les prothèses ou implants dentaires sont en moyenne plus chers en France qu'en Hongrie ou en Espagne par exemple : les chirurgiens-dentistes français appliquent des « marges » plus importantes sur les actes à honoraires libres, dans un pays où les actes courants ne sont pas rentables, que chez certains voisins européens où les tarifs des soins courants sont plus élevés et le coût horaire du cabinet moins important. Ainsi, certains patients se voient contraints de renoncer à certains traitements dentaires en France pour des raisons financières car le reste à charge leur est trop important. Ce sont donc ces actes à honoraires libres qui sont les plus concernés par le nomadisme médical, certains patients préférant traverser les frontières pour bénéficier de ces traitements à moindre coût.

Des mesures ont été prises en France dans les années 2000 pour favoriser l'accès aux soins à un maximum de personnes et ainsi limiter au mieux le nombre de patients devant renoncer à des soins pour des raisons financières. C'est dans ce but qu'ont été créées la Couverture Maladie Universelle (CMU de base) et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) votées dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999 sous le gouvernement Jospin et entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2000 (22). Depuis le 1^{er} janvier 2016, la couverture maladie universelle (CMU) est remplacée par la Protection Universelle Maladie (PUMA) pour simplifier un certain nombre de démarches. Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé : de ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en

charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France (23).

Autre mesure, depuis le 1^{er} janvier 2016, la mutuelle d'entreprise est devenue obligatoire dans le secteur privé : les employeurs doivent proposer une mutuelle d'entreprise à l'ensemble de leurs salariés qui n'en disposent pas déjà. Cette complémentaire santé choisie par l'employeur doit obligatoirement satisfaire au niveau minimal de garanties exigé par la loi, elle doit couvrir (24) :

- l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les dépenses de frais d'optique, sur la base d'un forfait par période de deux ans, avec jusqu'à 200 euros de remboursement pour les corrections complexes.

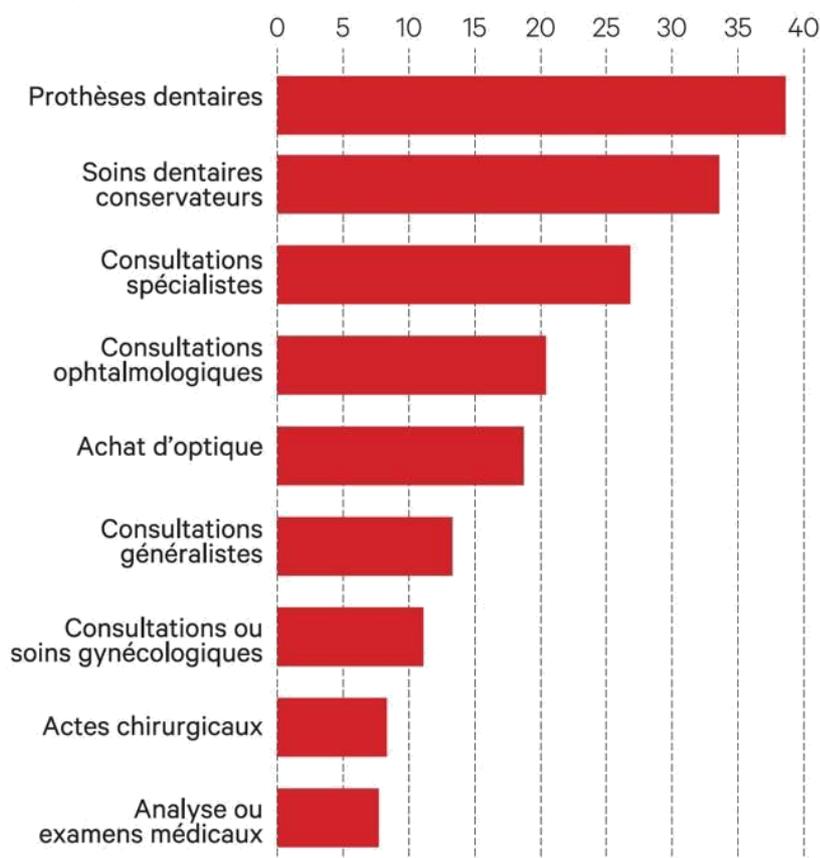
Un salarié peut demander par écrit une dispense d'adhésion à la complémentaire santé collective de l'entreprise, notamment s'il dispose déjà d'une couverture complémentaire (mutuelle individuelle, CMU-C, aide au paiement d'une complémentaire santé). Le but de cette réforme est donc de tendre vers une couverture complémentaire pour tous. Selon un rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), pas moins de 95 % de la population française était déjà couverte par une mutuelle ou un autre organisme de complémentaire santé en 2014 en France (25).

Malgré toutes ces mesures, selon une enquête menée par l'Assurance Maladie, plus d'un quart des assurés sociaux auraient renoncé à se faire soigner en 2016 en France. L'enquête a été réalisée par l'Odenore, mandaté par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. 29 000 personnes qui se sont présentées dans les CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ont été sondées, et parmi elles 26,5% ont annoncé avoir renoncé au moins une fois à se soigner au cours des 12 derniers mois. Les patients en question évoquent comme raison principale de ce renoncement à 59% le reste à charge trop élevé et à 32% l'avance de frais impossible. Les délais de rendez-vous trop longs ou le manque de disponibilité des médecins ne sont incriminés que dans respectivement 12% et 11% des cas. Près de 80% des « renoncateurs » sont pourtant couverts par une complémentaire santé, dont 20% par la CMU-C.

Les soins auxquels les patients renoncent le plus sont les prothèses dentaires pour 39% des assurés interrogés, puis les soins dentaires conservateurs pourtant soumis à des tarifs régulés pour 34% des sondés, viennent ensuite les consultations de spécialistes, l'ophtalmologie et les lunettes.

Les soins concernés par le renoncement

En %



« LES ÉCHOS » / SOURCE : CNAMTS (MARS 2017)

Figure : « Les échos » Source CNAMTS mars 2017

Une dernière « réforme » pour 2019 avec la nouvelle convention et le « RAC0 » vient s'ajouter à cela, pour but de diminuer le renoncement aux soins dentaires en France ; elle va être ratifiée par la CNSD et l'UD, et empiéter encore plus sur les libertés de notre profession en nous obligeant par exemple à faire 3 devis dont un RAC0 qui ne correspond pas tout à fait aux « soins » actuellement pratiqués.

Ainsi, malgré toutes les mesures mises en place en France récemment, chaque année des milliers de patients renoncent pour des raisons financières à réaliser des soins dentaires dans les cabinets libéraux. Ces patients sont les cibles préférentielles des chirurgiens-dentistes étrangers qui peuvent passer par des agences de tourisme dentaire pour attirer ces personnes qui veulent bénéficier de soins dentaires à moindre prix.

Depuis 2010, une autre alternative s'offre aux patients qui renoncent à des soins dans les cabinets dentaires libéraux, il s'agit des centres dentaires low-cost qui se développent en France, mais qui ne sont pas l'objet de cette thèse.

8. Le recrutement des patients : la publicité et la santé comme bien de consommation.

En France, le secteur de l'odontologie est distingué du secteur commercial. Les praticiens ne peuvent user d'opération marketing pour recruter les patients. Dans de nombreux pays, le marketing des soins dentaires est accepté et constitue une partie intégrante de la pratique dentaire, comme toute autre marchandise. Il s'agit d'un moyen comme un autre de se faire connaître, et cela ne reflète pas forcément de mauvaises intentions de la part des praticiens. Le marketing a un rôle important et grandissant dans notre société de consommation. Il existe une véritable attractivité des offres et du marketing autour du tourisme dentaire et du low-cost en France. Toute une économie vit de la santé. La santé devient un bien de consommation comme un autre pour lequel les offreurs de soins sont mis en concurrence. Ils rivalisent alors d'ingéniosité et de stratégies marketing pour être les plus compétitifs et attirer les patients car la santé est source de profits.

Le tourisme dentaire a connu un réel essor dans les années 2000 grâce à la conjonction de trois facteurs qui ont permis aux patients d'organiser leurs séjours à l'étranger pour bénéficier de soins dentaires plus « lourds » : l'arrivée massive d'Internet dans les foyers, le développement des compagnies aériennes à bas prix, et l'intégration de certains pays dans l'Union Européenne.

Internet :

Dans le domaine de la santé, on peut globalement répertorier les sites Internet en trois catégories :

- Les sites à visée commerciale

L'objectif de ces sites est de vendre un bien ou service. En quelques clics un patient peut réserver un billet d'avion couplé avec un séjour à l'hôtel dans n'importe quel pays, et prendre un rendez-vous dans une clinique à l'étranger. Les cliniques dentaires situées à l'étranger se servent donc de cet outil pour attirer les patients souhaitant réaliser des soins loin de chez eux et à moindre coût par l'intermédiaire de tours opérateurs spécialisés dans ce domaine, et qui peuvent organiser tout le séjour du patient en amont.

Internet facilite donc l'obtention de soins dentaires à l'étranger et seulement à l'étranger, car en France la publicité dentaire est interdite !

- Les forums et les groupes de discussion

Les internautes peuvent dialoguer entre eux sur des sujets définis, sans intervention professionnelle. On constate que les messages envoyés sur ces forums de discussion sont très

souvent inexacts ou imprécis. On peut également trouver sur ces forums des faux témoignages personnels destinés à renvoyer les internautes sur des sites commerciaux, ou à faire de la publicité pour une clinique à l'étranger dans le domaine du tourisme dentaire.

- Les sites à visée pédagogique

Internet a également permis au patient d'accéder à tout type d'informations, scientifiques ou non, de source fiable ou non, c'est ce que l'on appelle « la jungle de l'information ». Dans le domaine de la santé, énormément de sites de vulgarisation scientifique ont vu le jour. D'excellentes documentations scientifiques peuvent ainsi côtoyer des informations non validées, des rumeurs, des escroqueries ou des offres de vente.

Ceci a contribué à modifier la relation praticien-patient, ce qui est un autre facteur de développement du tourisme dentaire : l'évolution des mentalités. Auparavant, le professionnel de santé avait une certaine considération, c'est lui qui détenait le savoir, les connaissances médicales. Il n'était pas contesté, il existait une réelle relation de confiance et de respect entre le praticien et son patient. Mais avec entre autre l'arrivée d'Internet, le diagnostic du professionnel de santé est de plus en plus souvent remis en question. Le patient du 21^{ème} siècle n'hésite plus à aller consulter plusieurs chirurgiens-dentistes pour comparer avis médical et devis, voire à comparer les prix à l'étranger sur Internet. La fidélisation de la patientèle est de plus en plus difficile de nos jours, ce qui profite au tourisme dentaire.

De plus, l'évolution des mentalités a conduit également à ce qu'on appelle la « révolution esthétique » : les patients sont de plus en plus concernés par l'esthétique, ce qui amène de plus en plus de personnes à demander des soins que les professionnels de santé peuvent considérer comme superflus (remplacement des amalgames par des composites, poses de facettes, éclaircissements dentaires...). Ces soins sont onéreux et ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Les patients cherchent donc le meilleur prix et peuvent se tourner vers les offres proposées sur Internet à l'étranger.

Les compagnies aériennes à bas prix

Le tourisme dentaire a connu une forte croissance grâce à une réduction significative du coût du transport. L'arrivée des compagnies aériennes à bas prix (« low-cost ») lui a permis de s'installer en Europe dans les années 2000. L'idée de départ de ce concept d'origine anglo-saxon est de relier deux villes peu éloignées à moindres frais. La plus connue d'entre elle est la compagnie Irlandaise Ryanair, mais on peut également citer la compagnie britannique Easy Jet ou encore la compagnie Hongroise Wizz Air qui est plus récente (créée en 2004).

Actuellement, on compte plus de 60 compagnies aériennes low-cost en Europe, avec chacune leurs destinations orientées spécifiquement (26). Le succès des compagnies à bas prix a donc été permis grâce au développement d'Internet, puisque la vente des billets se fait quasiment exclusivement en ligne.

Intégration de certains pays dans l'Union européenne

Le tourisme dentaire a réellement pris de l'ampleur en Europe avec l'arrivée de certains pays de l'Europe de l'Est dans l'UE, notamment la Hongrie en 2004 puis la Roumanie en 2007 dans une moindre mesure. Les disparités de niveaux de vie entre certains pays de l'UE permettent ainsi, dans un pays moins industrialisé, d'abaisser le prix de revient de l'offre de soins par rapport à un pays plus développé. Les chirurgiens-dentistes hongrois peuvent ainsi attirer les patients français sur Internet en leur promettant de réaliser de grosses économies sur des actes moins chers que chez eux (les implants et les prothèses notamment).

Les disparités de législations et de réglementations entre les pays de l'UE sont un autre facteur de développement du tourisme dentaire. Il existe par exemple une différence entre certains pays en ce qui concerne la publicité. En France, la publicité portant sur des soins médicaux est interdite, le code de déontologie dentaire a prévu des articles à cet effet, comme l'article R4127-215 :

« La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont notamment interdits :

- L'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale ;
- Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial ;
- Tous procédés directs ou indirects de publicité ;
- Les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif. »

Contrairement à la France, la publicité dans le domaine médical ne fait pas objet de restriction dans certains pays de l'UE, comme en Hongrie ou en Espagne. Il peut donc y avoir

des affiches publicitaires sur le web, dans des magazines, dans les couloirs de métro, abribus ou juste à l'entrée d'un cabinet dentaire. Les cliniques hongroises peuvent donc faire leur publicité en toute légalité sur le net pour attirer les patients français.

Autre facteur de développement du tourisme dentaire permis par l'UE : la reconnaissance automatique de certains diplômes et qualifications professionnelles, dont les règles sont couvertes par la directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil adoptée le 7 septembre 2005 et entrée en vigueur en octobre 2007. Plus spécifiquement, pour la profession de chirurgien-dentiste, l'acte de base est la version consolidée de la directive 78/686/CEE qui vise la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de praticiens de l'art dentaire et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services. Selon cette directive, tout diplôme de chirurgien-dentiste délivré dans un des Etats membres de l'UE est valable dans tous les Etats membres. Ceci participe à rassurer les patients sur la qualité de la formation des chirurgiens-dentistes dans les autres pays de l'UE, puisque les diplômes sont officiellement reconnus comme équivalents (27).

De plus, les échanges entre les pays sont facilités par l'ouverture des frontières de l'espace Schengen. Les règles de libre circulation permettent ainsi aux patients de se faire soigner dans le pays de leur choix. Aucune formalité particulière n'est requise pour un ressortissant européen pour rentrer dans un autre pays de l'espace Schengen, il suffit d'être en possession d'un passeport ou d'une carte d'identité en règle. Cette liberté de circulation ne peut être limitée que pour des raisons d'ordre public, de sécurité nationale ou de santé publique. L'espace Schengen compte actuellement 26 membres (Figure 8). De même, la mise en place d'une monnaie unique dans la zone euro facilite la comparaison des prix d'un pays à l'autre et ainsi le jeu de la concurrence entre les pays.

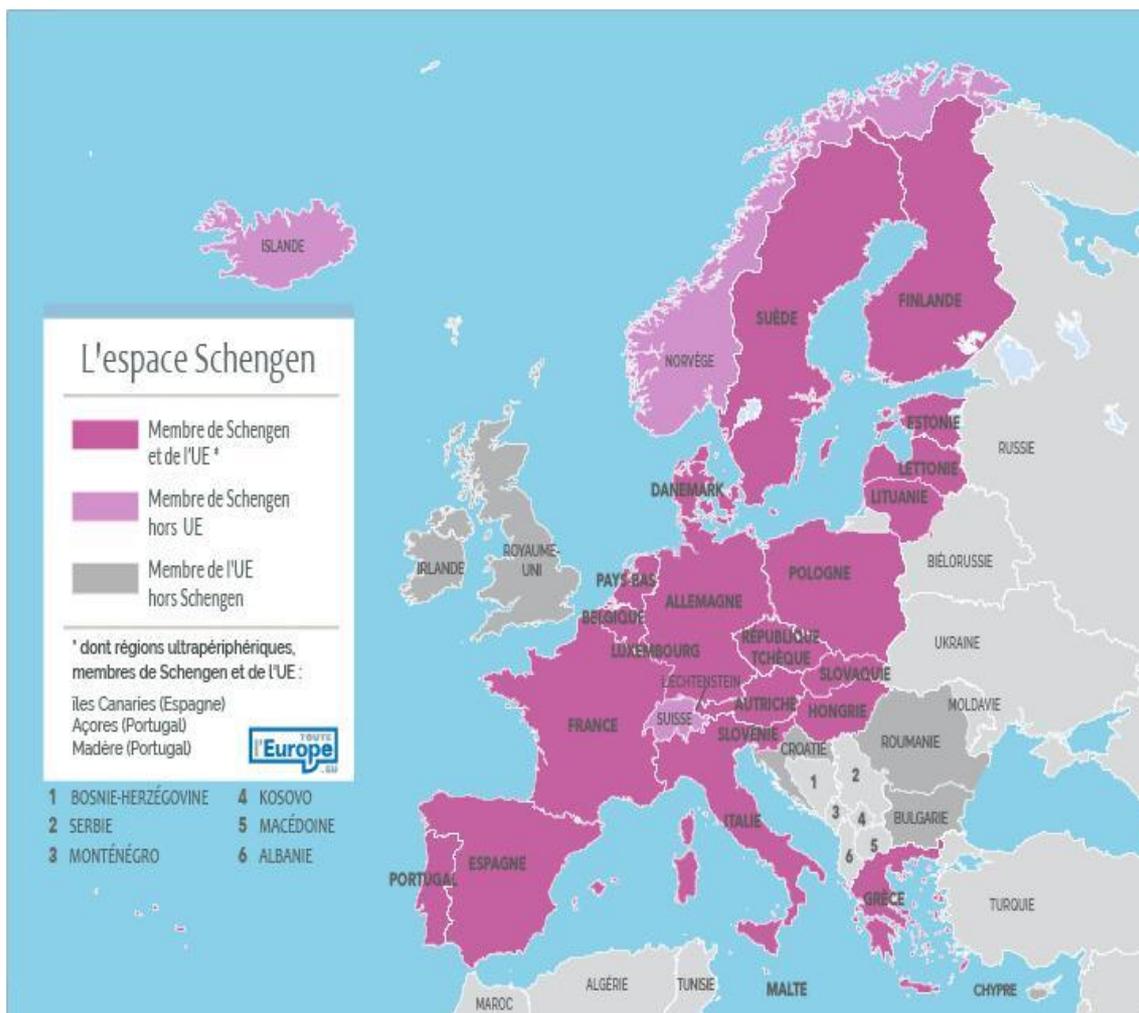


Figure 8 : Carte de l'espace Schengen en 2017 (28).

Enfin, comme nous l'avons précédemment évoqué, la réglementation européenne permet aux assurés français de pouvoir être remboursés sur des soins dentaires réalisés dans un autre pays de l'UE, comme si ces soins avaient été effectués en France. Les patients peuvent choisir d'être remboursés soit selon les règles du pays des soins, soit selon celles du pays où il cotise (dans la majorité des cas, il est plus avantageux pour le patient de se faire rembourser selon les règles françaises). Ainsi, depuis l'entrée dans l'UE de certains pays de l'Est (la Hongrie, la Roumanie et la Bulgarie), les patients français qui souhaitent pratiquer le tourisme dentaire ne se déplacent plus seulement dans les pays frontaliers. Les soins qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie en France (comme les implants dentaires) ne sont pas pris en charge non plus à l'étranger, mais certains pays proposent dans ce domaine des prix défiant toute concurrence, notamment les pays de l'Est.

II. Le tourisme dentaire et ses conséquences médicales

1. Le tourisme dentaire et les intermédiaires

Dans le tourisme dentaire, les agences organisatrices de séjours médico-touristiques ont un rôle primordial, ce sont les intermédiaires des cliniques étrangères, c'est elles qui relayent l'information, qui recrutent les patients, les rassurent et les confortent dans leur choix. Elles s'occupent d'aiguiller les patients vers divers cliniques à l'étranger, elles gèrent également tout le processus qui s'en suit. Pour la clinique cela permet un regroupement des demandes. Pour le patient cela permet un regroupement des démarches concernant les différents fournisseurs de services (voyage, logement, intervention médicale, suivi, assurances).

Pour Anido Freire(2010) « Ces agences utilisent le même système de marketing que les agences traditionnelles de tourisme, auquel on rajoute le volet médical.

Un séjour de soins dentaires à l'étranger « s'accompagnant de quelques activités touristiques va être présenté comme un quelconque produit touristique et donc commercial »

Ensuite, le client doit pouvoir comparer les prix et les prestations pour faire un choix, comme pour toutes autres transactions commerciales. Ce rôle est parfaitement rempli par ces agences qui se révèlent être un outil marketing très rentable pour les cliniques étrangères.



Le voyage dentaire en Hongrie : la meilleure solution pour vos soins dentaires !

Voyage Dental S'engage

Découvrez notre
charte de responsabilité



Vous êtes ici : voyagedental.fr > [Accueil](#)

Le tourisme dentaire est une révolution pour votre santé... et vos finances !

Le tourisme dentaire en Hongrie, même s'il existe depuis plusieurs années déjà, est un nouvel élément à intégrer dans la planification de vos soins dentaires. C'est une véritable révolution qui impacte les tarifs dentaires, sans en altérer la qualité.

Un exemple parlant : chez Voyage Dental **un implant dentaire en titane** de marque WITAL (fabriqué en Allemagne) est disponible à partir de **450€ seulement** ! De plus, les soins sont remboursés par la sécurité sociale et les mutuelles avec les mêmes taux qu'en France.

Cliquez ici pour avoir plus d'infos concernant le montage de votre dossier dentaire en Hongrie

Les soins dentaires en Hongrie sont reconnus pour leur qualité au niveau européen

Nul besoin d'insister ici sur les prix des **soins dentaires en Hongrie**, vous vous en doutez, ils sont imbattables !

Mais ce qui est plus souvent ignoré, c'est l'exigence de qualité des dentistes hongrois. En effet, les clichés sur les « pays de l'est » ont la vie dure, et pourtant **Budapest** mérite bien son titre de capitale du tourisme dentaire en Europe. Ses universités sont reconnues pour la qualité de leur enseignement, et la dentisterie n'y échappe pas : OUI, les praticiens diplômés hongrois sont au niveau des français et parfois même meilleurs, sans le moindre doute...

Figure 9 : Exemple d'un site internet d'une agence touristique spécialisée dans le tourisme dentaire en Hongrie (29).

2. L'exécution des soins.

a) Contrat de soins

Le principe juridique traditionnel praticien-patient repose sur l'existence d'un contrat comportant pour le praticien l'engagement de lui donner « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science » selon l'arrêt de principe du 20 mai 1936.

La violation involontaire de cette obligation est sanctionnée par une responsabilité contractuelle. Le contrat médical est un contrat civil (contrat soumis aux règles du Code Civil), synallagmatique (qui fait naître entre les parties des obligations réciproques et interdépendantes, le patient à obligation de rémunérer le praticien et de ne pas aller à l'encontre des prescriptions de ce dernier sans l'en avertir), régi par la liberté contractuelle et l'autonomie de volonté. Il est formé par l'échange des consentements, et le contenu des obligations est déterminé par les parties. La liberté contractuelle implique le libre choix du praticien par le patient. Le contrat est résiliable unilatéralement. Pour le patient cette faculté est absolue, le

praticien, lui, doit s'assurer de la continuité des soins et répondre aux situations d'urgence. C'est un contrat conclu intuitu personae, consensuel (impose des consentements), pouvant être tacite, c'est à dire verbal. L'information est le gage du consentement au contrat de soins (Béry et Delprat, 2006).

b) Acte prothétique

Il est soumis à deux obligations : une obligation contractuelle d'octroyer des soins conformes aux règles de l'art et une obligation générale de moyens. Aux termes d'un arrêt en date du 23 novembre 2004, la Cour de cassation a rappelé que le chirurgien-dentiste est tenu d'une obligation de sécurité de résultat lorsqu'il fournit un appareillage dentaire. La jurisprudence considère que la pose d'une prothèse est une « opération complexe » puisque le chirurgien-dentiste agit non seulement en qualité de médecin mais aussi en qualité de technicien. Il convient de décomposer les différentes étapes nécessaires à la pose d'une prothèse en distinguant, dans la fourniture d'une prothèse : les actes de soins nécessaires à la pose d'une prothèse soumis à une obligation de moyens et la conception et la fourniture de la prothèse soumise quant à elle à une obligation de résultat. La responsabilité la plus souvent engagée est pour l'inadaptation de la prothèse. Le chirurgien-dentiste qui pose une prothèse à son patient est tenu d'utiliser un appareil sans défauts. La conception, la fabrication et la confection d'une prothèse qui doit être posée à un patient sont soumises à l'obligation de résultat (Béry et Delprat, 2006).

Les cas suivants relatent un manquement aux obligations du chirurgien-dentiste, engageant sa responsabilité contractuelle (Béry et Delprat, 2006) :

- le refus de remédier à toutes les imperfections présentées sur la prothèse qu'il a réalisé ;
- la non vérification de la solidité d'un scellement responsable d'une infection ;
- la pose de prothèse inadaptée, formellement contre indiquée chez un patient, sans juger préalablement de la nécessité de ces travaux, même s'il ne s'agit pas d'une mauvaise qualité des matériels mis en œuvre mais d'erreurs de traitements.

En France, en cas de faute de nature à engager la responsabilité contractuelle du chirurgien-dentiste, le patient bénéficie de recours, il peut mener une action en réparation.

c) Qualité et équité de compétences entre chaque état membre de l'UE

Les cliniques dentaires et les organisateurs de séjours dentaires rassurent les patients quant au fait que la modicité des prix n'est pas une question de sous compétences des praticiens et donc de soins de qualité moindre. Quel est le niveau de compétence des praticiens à l'étranger dans l'UE et hors UE ? Est-il équivalent à celui de leurs confrères français ?

Au sein de l'UE, une reconnaissance automatique et mutuelle des diplômes est établie depuis 1978 dont celui de chirurgien-dentiste. Ainsi les compétences nationales sont reconnues dans tous les pays membres de l'UE, tout diplôme délivré dans un des pays membres et valable dans tous. De sus, la formation initiale dure au minimum cinq ans dans tous les pays membres de l'UE. Cependant il ne faut pas confondre reconnaissance des diplômes avec formation identique (Saniez, 2006).

Afin de rester rentables, reconnues et attractives, les cliniques veulent être les plus performantes possible ; c'est pourquoi les chirurgiens-dentistes sélectionnés ont un niveau élevé de formation et plusieurs diplômes à leur actif : avec suivi de formations complémentaires à l'étranger (USA, Europe de l'ouest) dans des universités réputées. Malgré la reconnaissance du diplôme de chirurgien-dentiste et l'homogénéisation des cursus en Europe, des doutes subsistent quant aux compétences des praticiens concernés. Plus que de réelles questions de compétences, sont en jeu des questions d'éthique professionnelle et de responsabilité.

Selon Fouche (2012), « le risque évoqué semble être celui d'un désengagement des professionnels quant à la qualité des soins réalisés dans un contexte mêlant des enjeux économiques forts, des exigences de satisfaction immédiate et de délais courts, sans projection à long terme, sans suivi thérapeutique et parfois sans menace de sanction quant à une responsabilité individuelle » . Dans un tel contexte, les compétences des praticiens ne sont pas un gage de garantie.

d) Le respect des étapes préopératoires

Une des caractéristiques de ces traitements à l'étranger est le temps très court dans lequel ils sont réalisés. Le traitement est proposé sur plus ou moins une semaine, si la réhabilitation est purement prothétique, ou en deux séjours à trois à six mois d'intervalles si la réhabilitation est implanto-portée. Comme le revendique ce site : « Voyages Dentaires se fait de plus en plus connaître comme une solution parfaite pour soigner les dents rapidement et éviter des grosses dépenses dentaires ».

Lors de la Consultation publique pour le projet de Directive sur les soins transfrontaliers par la Commission européenne, les critères de réussite d'un traitement dentaire ont été déterminés. Elle repose sur trois étapes clefs :

- la mise en route du traitement (avec la prise de contact, la pose du diagnostic, la réalisation d'un modèle d'étude, la planification du plan de traitement etc.) ;
- les phases pré-prothétiques parfois nécessaires (avec la mise en condition parodontale, la phase de transition par des éléments prothétiques provisoires, la cicatrisation etc.) ;
- le suivi post-opératoire et la prise en charge des complications.

Condenser nombre de traitements, de surcroît complexes, dans des délais très courts est en soi risqué quels qu'ils soient. Il faut disposer de suffisamment de temps pour planifier et organiser les traitements, un temps qui est nécessaire au patient pour une prise de décisions en toute connaissance de cause. Si la méthode des cliniques de séjours de soins dentaires (réaliser et condenser des traitements complexes et étendus dans un laps de temps restreint) était la meilleure des pratiques, elle serait à l'heure actuelle largement répandue dans le monde.

Mais ce n'est pas encore le cas. Pour l'association *Irish Dental Protection*, il faut toujours être prudent quand la durée du traitement est influencée par des contraintes et des délais de temps imposés par le patient ou par des tiers. Il faut être vigilant face à un traitement qui doit être achevé pour une date précise ou pour un événement particulier dans la vie du patient. Ces contraintes peuvent mener à des compromis faute de temps et peuvent affecter le pronostic, il est important que ces risques soient soigneusement expliqués au patient (O'Connell et O'Sullivan, 2007).

L'implantologie

Souvent, les praticiens prennent en charge des cas implantaires lourds en un minimum de temps avec tout ce que cela induit en termes de risques. De surcroît, le taux d'échec en cas de mise en charge immédiate est plus élevé que pour une mise en charge différée. La pose d'un ou plusieurs implants requiert toujours des phases pré- et post-opératoires et exige parfois des chirurgies pré-implantaires. D'une manière générale l'implantologie est une discipline dont les plans de traitement peuvent s'étaler sur plusieurs mois.

L'analyse parodontale

Lorsque l'indication prothétique est posée ou lorsque l'on doit refaire une restauration prothétique fixée, un bilan radiographique et un sondage parodontal doivent être réalisés. En cas de maladie parodontale, selon la profondeur des poches, les thérapeutiques diffèrent mais une phase de réévaluation est nécessaire pour apprécier la guérison. Par ailleurs, que ce soit pour la chirurgie parodontale à visée thérapeutique ou pour la chirurgie parodontale à visée esthétique, il faut attendre plusieurs mois avant de poursuivre le traitement définitif.

La chirurgie parodontale pour pérenniser la prothèse

L'examen de la ligne du sourire est très important pour évaluer la difficulté d'un cas. Plus le patient découvre ses collets dans un sourire spontané ou provoqué par le praticien, plus il faudra être vigilant avec un ensemble de paramètres (harmonie des collets, recouvrement des récessions reconstruction du volume etc.).

Les traitements endodontiques

Après la reprise d'un traitement endodontique, les dents qui présentent des lésions periapicales devraient être surveillées avant d'entreprendre le traitement prothétique définitif : une guérison qui peut prendre plusieurs mois à plusieurs années.

Elongation coronaire

Parfois pour un cas dit « simple », il faut entreprendre ce traitement préparatoire, qui nécessitera une fois de plus, un temps de cicatrisation pour observer et apprécier le résultat définitif du traitement avant la restauration définitive de la dent.

La prothèse adjointe et conjointe

Certains cas de réhabilitation prothétique exigent la fabrication de modèles d'études permettant d'évaluer la nouvelle forme d'une ou plusieurs dents et l'occlusion. Il faut accorder un délai suffisant au prothésiste pour lui permettre d'achever correctement chaque étape de laboratoire et les rectifier si nécessaire. Supprimer ces étapes est périlleux car lors de l'étape de la pose, des défauts qui auraient pu être vus préalablement et donc corrigés peuvent émerger. En cas de soins prothétiques de grande étendue, la règle est de rétablir une relation occlusale correcte. Il est essentiel de tester cette occlusion en s'assurant de sa stabilité et de son confort pour le patient avant de débiter les étapes du traitement définitif. Lorsque des prothèses amovibles provisoires sont réalisées il faut attendre et surveiller la cicatrisation sous ces prothèses avant d'entreprendre le traitement définitif.

Cas pluridisciplinaires

Les traitements complexes demandent un grand sens de l'organisation et doivent être parfaitement planifiés. Ils peuvent parfois nécessiter l'intervention de plusieurs confrères pour optimiser le résultat final. En somme, il existe une multitude de cas nécessitant du temps et de l'investissement de la part du patient et du praticien. Les cliniques étrangères prennent en charge des cas complexes et sont nécessairement confrontées à ces situations. Les praticiens doivent se montrer patients avant d'entreprendre les phases définitives. Or les enjeux économiques compromettent les temps de cicatrisation et donc les résultats. C'est pourquoi, il existe des doutes relatifs aux soins réalisés dans un laps de temps restreint. Selon le cas, des phases de traitement et de réévaluation sont nécessaires, on ne peut les réduire à une séance ou à une semaine.

Deux hypothèses se présentent :

- les phases de temporisation ne sont pas pratiquées, ce qui est un risque pour la réussite du traitement. Le temps de cicatrisation n'est pas respecté, pour des questions de rentabilité, les praticiens sont encouragés à favoriser les actes rentables, au détriment des soins conservateurs ;
- toutes les phases sont respectées, dans ce cas, l'argument de vente du « traitement rapide » est faux. Or les témoignages des patients concernant les soins dentaires à l'étranger sur les sites vont dans le sens du traitement rapide. Les traitements proposés sont donc des traitements formatés qui doivent être contenus dans un cadre temps.

Une étude a été menée en 2012 auprès de 11 patients résidant en France qui se sont rendus à l'étranger à des fins dentaires (Fouche, 2012). Le but était de calculer la durée moyenne entre le début des soins et la fin des soins. 8 patients sur 11 ont suivi des soins en Hongrie, 1 en Roumanie, 1 en Arménie, 1 à Ténérife :

- la durée moyenne séparant le début des soins et la fin des soins est de 6 mois et demi ;
- la durée la plus courte correspond à un début et une fin des soins dans une seule journée, et la durée la plus longue s'étend sur deux années ;
- le nombre de séjour total moyen est de 3,73 ;
- le nombre le plus important de séjours à l'étranger est de 13 fois pour un patient contre une fois pour le moins important.

Ces données montrent que le système de soins à l'étranger se confronte à une réalité clinique de délai thérapeutique et de réinterventions secondaires. La promesse du séjour unique ne semble donc pas correspondre à une réalité. Le tourisme dentaire impose de nombreux

traitements sur une courte période, avant que les patients ne retournent chez eux. Le risque d'échec, conditionné par le manque de temps est donc augmenté et la probabilité de survenue de complications ultérieures l'est également. Ces formes abrégées de soins dentaires pourraient exposer les patients à des complications. Dans ces contextes, il paraît difficile de concilier rapidité, sécurité et qualité des soins et d'exercer un suivi des patients (Turner, 2009)

Cas d'un patient soigné en Azerbaïdjan pour un séjour de 4 à 5 jours

Le patient est âgé de 57 ans. En arrivant en Azerbaïdjan, il présente une couronne fixée sur 11 et une prothèse amovible partielle à la mandibule. A son retour, le patient se présente en consultation chez un praticien de son pays d'origine. Ce dernier suppose que des radiographies pré-opératoires n'ont pas été réalisées. Les dents pour lesquelles le patient présente une gêne non pas été préalablement restaurées. Les traitements de racines (trois) sont de mauvaises qualités. Ils ont dû être repris et terminés étant donné que l'opérateur n'a pas tenu compte des dents non évoluées (figure 10). Les prothèses conjointes sont de qualité médiocre et rendent le nettoyage impossible (figure 11).



Figure 11 : Radiographie panoramique dentaire post-interventionnel (Source : O'Connel et O'Sullivan, 2007).



Figure 10: Un cas de prothèse conjointe mal réalisé qui rend difficile l'hygiène bucco-dentaire (Source : O'Connell et O'Sullivan, 2007)

3. *Choix des décisions, pression économique et surtraitement*

Les touristes-patients se confrontent aux mêmes dangers. Ils bénéficient du remboursement des soins réalisés dans un des pays membres de l'UE et d'honoraires très bas. De fait, ils sont plus aptes à discuter et à accepter un plan de traitement plus complexe et plus coûteux. Il n'existe aucune garantie pour le patient de se trouver face à un praticien le considérant dans sa globalité, agissant dans son unique intérêt et selon ses désirs. Si certains soins ne sont pas réalisés, le patient peut encourir des conséquences médicales, du fait que le praticien ait exclu de toute priorité thérapeutique ces soins en les dévalorisant et dont la prise en charge est annexe ou ultérieure. En cas de dégradation des soins non effectués le praticien engage sa responsabilité morale et professionnelle. Le patient est un ensemble indivisible (Pirnay et coll., 2014). Que ce soit à l'étranger ou en France (Centre low-cost), le patient risque de se voir prodiguer des soins dont il n'a pas besoin au nom de la rentabilité. Les principes déontologiques et les principes éthiques fondamentaux à une pratique de soins sont dès lors enfreints.

4. *Rapidité des soins*

Un inconvénient majeur du tourisme dentaire, bien qu'il apparaisse comme un avantage aux yeux de la plupart des patients, est la rapidité d'exécution des traitements. N'ayant aucune notion de dentisterie ou de médecine, ces patients ne réalisent pas que leur corps a besoin de temps pour cicatriser ou intégrer parfaitement de nouveaux éléments. Le coût et la qualité sont

les clefs déterminantes du tourisme dentaire (Österle et coll., 2009). Les patients qui voyagent loin de chez eux pour bénéficier de soins dentaires nécessitent généralement d'importantes réhabilitations implantaire et/ou prothétiques. Ces plans de traitement réalisés à l'étranger sur plus ou moins une semaine demanderaient plusieurs semaines à plusieurs mois de travail dans un cabinet français. Ce rythme de travail imposé par les cliniques étrangères est parfois en contradiction avec le rythme biologique des patients, notamment concernant la cicatrisation.

Il est donc légitime de s'interroger sur la pérennité des soins dans certaines situations :

- Prenons l'exemple d'un patient qui présente une infection périapicale sur une dent à couronner, avec une image de lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique (LIPOE) visible radiologiquement. Dans une clinique étrangère le praticien devra réaliser le traitement endodontique initial ou le retraitement de cette dent puis la pose de la couronne définitive dans la même semaine sans même pouvoir attendre que la lésion ne cicatrise, ni même être sûr qu'elle est en phase de guérison. En France, le chirurgien-dentiste contrôlerait la cicatrisation de la lésion qui peut prendre plusieurs mois avant de poser la couronne définitive, en temporisant avec une couronne provisoire et si besoin des séances à l'hydroxyde de calcium.

- Si un patient est atteint d'une parodontopathie, il faut la traiter et la stabiliser sur le long terme avant d'envisager de lui poser des implants dentaires. Pour cela, plusieurs séances d'assainissement sont nécessaires puis une phase de maintenance sera observée plusieurs mois plus tard afin d'être certain d'avoir obtenu un état stable sur le long terme pour pouvoir poser les implants. Toutes ces étapes ne peuvent être réalisées chez un patient qui se fait poser des implants à l'étranger au cours d'un séjour d'à peine une semaine.

- Lors de plans de traitement complexes, la Dimension Verticale d'Occlusion (DVO) est à redéfinir. Afin de ne pas perturber l'équilibre neuro-musculo-articulaire, le chirurgien-dentiste doit parfois modifier progressivement cette DVO, grâce à des prothèses provisoires, afin que l'organisme s'adapte. Les différentes séances permettent de contrôler si le patient tolère cette nouvelle DVO avant la livraison des prothèses définitives, cela peut prendre plusieurs semaines à plusieurs mois. Dans le cadre du tourisme dentaire, le chirurgien-dentiste ne dispose pas du temps nécessaire pour passer par ces différentes étapes de prothèses provisoires, or un mauvais ajustage de la DVO peut entraîner un échec du traitement prothétique.

D'autres désavantages liés à la rapidité d'exécution des plans de traitements à l'étranger peuvent être cités : les empreintes sont réalisées juste après les extractions, la cicatrisation osseuse ne peut être prise en compte lors de la réalisation des éléments prothétiques. De plus, les soins sont réalisés lors de très longues séances qui peuvent s'étaler sur toute la journée, ce qui est lourd pour le patient et son organisme.

En clair, ces soins compressés peuvent menacer la qualité du résultat sur le long terme, l'aspect technique l'emporte au détriment de l'aspect biologique. En France, le Code de Déontologie encadre ce sujet : selon l'article R4127-209, le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit ». Les chirurgiens-dentistes ne sont pas censés se soumettre aux rythmes imposés par les cliniques pour garantir leur rendement : ils doivent dispenser leurs soins selon leur propre jugement.

La qualité des éléments prothétiques

➤ A l'étranger

La main d'œuvre est moins chère. Le prothésiste peut réaliser un travail prothétique de qualité équivalent avec les mêmes matériaux et selon les mêmes techniques pour un prix moitié moindre par rapport à la France. Le prix ne peut être un indicateur de qualité entre pays dont les conditions de travail ne sont pas équivalentes. Les sociétés intermédiaires garantissent le haut niveau de qualification des praticiens étrangers. Il est vrai que la qualité dépend du praticien. Deux points tendent à démontrer la qualité des thérapeutiques. Le premier, vient des patients qui se disent satisfaits des prestations fournies. Le deuxième concerne les destinations, les chirurgiens-dentistes semblent tout aussi bien formés qu'en France et en Suisse (Evrard et coll., 2011). Pendant que les prestataires de soins étrangers se vantent de la qualité, d'autres pointent les bas coûts comme un gage de mauvaise qualité (Österle et coll., 2009).

Le Centre National des Soins à l'Etranger effectue des contrôles sur la réalité de ces soins mais n'émet pas d'avis sur la qualité des soins. Le centre vérifie actuellement si les patients qui ont subi des soins prothétiques en Hongrie s'avèrent ensuite d'importants consommateurs de soins dentaires en France, ce qui suggérerait la nécessité de reprise des travaux. Pour l'instant, elle manque encore de recul (Warmuth, 2012). Compte tenu de l'absence d'études portant sur

l'obtention de soins dentaires à l'étranger et les écarts qui séparent les pays sur le plan de la qualité des soins dentaires, il est difficile de déterminer le niveau des soins que reçoivent les patients qui voyagent à l'étranger pour se faire soigner (Turner, 2009).

Les associations de consommateurs dans les pays de l'Est soulignent la diversité de la qualité mais ne concluent pas sur un niveau bas de qualité. Il y a davantage une différence de qualité qu'un niveau bas général entre la Hongrie et les pays d'origine des patients (Österle et coll., 2009). Certains chirurgiens-dentistes soutiennent que les soins bon marché obtenus à l'étranger sont parfois de qualité inférieure (Asai et Jones, 2007 ; Burke, 2007).

-Trois études ont mis en doute la qualité des soins dentaires dans le cadre du tourisme dentaire :

En 2004, Baulig et coll. ont évalué la qualité et le coût chez 60 patients qui ont reçu des soins dentaires fait à l'étranger (essentiellement en Europe de l'Est, Turquie). L'étude a conclu que seul un quart des patients a reçu des soins de qualité suffisante. Seuls les soins dentaires simples ont été jugés suffisants pour tous les patients.

En 1999, Joss et coll. ont identifié un souci de qualité important pour des traitements dispensé dans des cliniques hongroises chez 10 patients suisses.

La Société Suisse d'Odonto-Stomatologie a mené une étude comparative de reconstructions prothétiques fixes réalisées soit à l'étranger, soit en Suisse, faite sur 103 patients. 38 patients avaient été traités en Suisse, 46 en Hongrie et 19 dans divers pays étrangers. L'examen consistait à évaluer les paramètres cliniques suivants : examen parodontal, caries, présence ou absence de facteurs favorisant la rétention de plaque. Un examen radiologique complet permettait de juger la qualité des reconstructions. Les prestations thérapeutiques furent classées selon ce standard de qualité. Les standards de qualité A (excellent traitement) et B (bon traitement) n'ont jamais été attribués aux reconstructions réalisées en Hongrie. 20 % ont reçu un standard de qualité C (traitement acceptable avec de légers défauts) alors que 41 % obtenaient un standard D (traitement insuffisant et manquement professionnel) et 39 % un standard E (mutilation de la dentition). 40 % des travaux en provenance de Hongrie correspondait à une mutilation, 40 % à un manquement professionnel et 20 % à un traitement juste acceptable. Les résultats ont montré que les reconstructions prothétiques orales fixes de provenance étrangère correspondaient à un standard de qualité

significativement plus bas que les reconstructions similaires faites en Suisse (Dental Suisse, 2009).

Ces études confirment les doutes évoqués par les chirurgiens-dentistes. La situation s'est sans nul doute améliorée durant ces dernières années le tourisme dentaire étant toujours en hausse mais les conclusions restent inquiétantes.

5. Le suivi

Selon la législation française, le professionnel de santé doit, en raison du contrat *intuitu personae* conclu avec son patient, assurer lui-même les soins et le suivi de ce dernier. Ainsi, lorsqu'il décide de faire appel à un confrère, il garde une responsabilité personnelle à l'égard de son patient. Le fait que plusieurs praticiens soient amenés à intervenir auprès d'un même patient confère à chacun d'eux « une obligation de prudence et de diligence quant au domaine de compétence du praticien avec lequel il a concouru à une intervention » (Civ. 1ère, 27 mai 1998, Bull. n° 187). Cela définit clairement notre rôle dans le suivi des soins prestés ainsi que sur la responsabilité que nous engageons en cas d'intervention. Quel que soit le traitement et quelle que soit la discipline, le suivi est une étape aussi importante que les autres, il fait partie intégrante du traitement.

Le suivi comprend le contrôle de routine, la prise en charge des complications et la traçabilité. Cela paraît simple quand patient et praticien sont proches géographiquement mais plus difficile quand des kilomètres séparent le patient de son praticien. Il ne s'agit en aucun cas de dénigrer la compétence professionnelle de nos confrères mais de s'interroger sur les risques réels pour le patient émanant de cette pratique (ONCD 66, 2008).

Pour Fabien Cohen, secrétaire général du Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé, c'est bien la probabilité d'un suivi mal assuré qui est le principal écueil en matière de soins à l'étranger : « Il y a de bons et de mauvais dentistes partout. Le vrai risque, c'est le praticien qui sait qu'il ne reverra pas le patient et qui bâcle le travail ». Quant au Conseil national, il est régulièrement sollicité par les patients séduits par ce type d'offres commerciales de soins à l'étranger et déçus des prestations thérapeutiques y afférant, parfois au point d'intenter des recours en justice longs et compliqués (ONCD 66, 2008). La pose d'un ou plusieurs éléments prothétiques ou implantaires nécessite un contrôle après quelques jours pour s'assurer que tout se passe bien : il faut s'assurer du bon déroulement du processus de

cicatrisation des implants, et pour les prothèses contrôler leur bonne adaptation et effectuer des réglages s'ils sont nécessaires.

Même si des cliniques étrangères proposent des rendez-vous de contrôle post-opératoires, il est difficile d'imaginer une réelle continuité des soins à cause de la distance, car les frais de déplacements restent à la charge des patients. La principale motivation de ces patients étant économique, rares sont ceux qui repayeront un voyage vers la clinique étrangère après leur retour en France pour un rendez-vous de contrôle post-opératoire ou par la suite pour leur contrôle annuel. Ainsi, ils préféreront généralement consulter par la suite leur chirurgien-dentiste qui les suivait en France, dans une relation soignant-soigné qui devient très particulière et que nous détaillerons par la suite.

Généralement, les cliniques étrangères, sur les sites, garantissent aux patients un suivi. En réalité, est-ce aussi simple que ce que laissent croire ces sites ? Si la clinique réalise le suivi, quelle sera le délai d'attente ? Sera-t-il le même que lors du premier contact ? Les praticiens prestataires des soins seront-ils ceux qui prendront en charge le patient ? Le suivi se fera-t-il dans la clinique à l'étranger ou en France chez un chirurgien-dentiste partenaire ? Ces questions restent en suspens. Elles révèlent le déficit et le manque de clarté des informations sur les suites opératoires. Le suivi constitue souvent le talon d'Achille de ces cliniques.

Lorsqu'une nouvelle opération s'impose, elle risque de se faire aux frais du patient et le bénéfice financier du premier voyage sera perdu. C'est la raison pour laquelle de nombreux patients préfèrent se diriger vers le système de santé de leur pays en cas de complications. Les patients disposés à faire le déplacement seront les frontaliers, comme les autrichiens ou les suisses, pour qui la Hongrie, principal acteur du tourisme dentaire est très proche. Les cliniques savent que cette distance est un frein pour les patients et peuvent en profiter. C'est à ce niveau que se situe le problème au grand dam des patients. En revanche, il faut souligner que pour les traitements implantaires, certaines cliniques réalisent le suivi : le patient étant revu trois à six mois après pour la pose des couronnes définitives.

En conclusion, les sites abordent le suivi de différentes manières :

- soit il n'est pas évoqué ;
- soit un suivi annuel est conseillé, mais sans plus de précision ;
- soit un suivi est assuré par la clinique sans plus de précision ;
- soit il est précisé que le suivi se fait dans la clinique sur place ou dans une autre ville (chirurgien-dentiste intermédiaire) sans détails sur les frais.

Si les risques liés à la chirurgie sont souvent esquivés, les soins post-opératoires, eux, sont rarement abordés en détail. Les différents sites internet ouvrent volontiers leur livre d'or pour mettre à la disposition de leurs visiteurs une multitude de témoignages de patients enchantés de leur expérience, de la qualité des soins, de l'accueil, de la disponibilité du personnel, des résultats impeccables etc.

La méthode semble faire l'unanimité même si le traitement n'est finalement pas mené à terme étant donné qu'il ne comprend pas le suivi. Les cliniques actrices du tourisme dentaire abandonnent totalement leurs obligations professionnelles. Elles ne conçoivent pas le suivi comme une de leurs priorités, elles se déchargent de cette responsabilité. Bon nombre de sites s'attendent à ce que le patient se tourne vers leur chirurgien-dentiste traitant pour les contrôles de routine. Parallèlement, pour certains patients, ce point ne représentera pas une source d'inquiétudes car ils assimileront ce voyage à une intervention chirurgicale chez un spécialiste différent de son praticien traitant. Il semble naturel que le relais soit assuré par le chirurgien-dentiste habituel (Esnard, 2005).

Récemment, pour convertir les plus réfractaires et gagner en crédibilité, certaines cliniques étrangères développent un partenariat avec des chirurgiens-dentistes dans le pays de résidence. Le patient est vu en consultation par un praticien de son pays, qui lui établit des devis pour des soins dentaires réalisés à l'étranger par un autre praticien. Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes français est très clair sur ce point : « il est interdit pour les dentistes inscrits au tableau de l'Ordre français et exerçant en France d'avoir une collaboration avec des sites de sociétés de voyages dentaires ou de jouer un rôle d'intermédiaire commercial au profit de ces sociétés commerciales ou des cliniques étrangères sous peine d'actions disciplinaires à leur encontre ». Trois praticiens exerçant en France ont fait l'objet de sanctions disciplinaires dans le cadre d'un partenariat conclu avec une clinique privée hongroise (ONCD 130, 2014).

Le témoignage recueilli par une patiente française opérée en Tunisie permettant d'illustrer la mauvaise gestion du suivi post-opératoire :

Quelques semaines après être rentrée chez elle, la patiente joint la clinique pour se plaindre. On lui a demandé alors de s'adresser à son omnipraticien pour régler ses problèmes, elle comprend alors que les soi-disant garanties de sécurité qu'avaient vantées les praticiens n'étaient plus à l'ordre du jour et que l'on ne lui proposerait aucune prise en charge gratuite, surtout maintenant qu'elle est à des milliers de kilomètres du lieu d'intervention. Et ce peut être le parcours du combattant pour trouver un spécialiste qui accepte de rectifier le tir.

6. La traçabilité

Le suivi implique la traçabilité. Elle se définit, selon la commission nationale de terminologie et de néologie comme « L'ensemble des procédures et des contrôles permettant de suivre l'historique d'un produit depuis sa fabrication jusqu'à son administration à un patient ».

Selon la HAS, il s'agit de « l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'un processus au moyen d'informations et d'identifications enregistrées ». La traçabilité permet de retrouver les informations d'un produit ou d'une activité. Ces informations sont l'identification, l'authentification, la localisation et la sécurisation. Lorsque des corrections sont nécessaires, il est primordial de retracer l'historique des soins dentaires prodigués, d'où l'importance d'avoir une traçabilité des matériaux utilisés et une traçabilité clinique.

La traçabilité des soins assure la bonne prise en charge du patient et la continuité des soins. Elle a pour objectif :

- d'identifier le patient ;
- d'identifier les professionnels de santé qui ont prodigué les soins ;
- de retrouver toutes les informations des soins effectués au patient (du matériel et son origine, de la procédure de soin, du traitement, la stérilisation etc.).

Elle permet également de contrôler les soins, d'améliorer la qualité de ceux-ci (compte tenu de la connaissance des soins précédemment effectués) et de faciliter la recherche d'informations. De ce fait, il est primordial de répertorier chaque observation, chaque acte effectué, afin d'être retrouvé en cas de nécessité. La traçabilité est donc nécessaire car elle

protège patients et professionnels de santé.

La traçabilité est une obligation pour les dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires, appareil d'orthodontie etc.) depuis le 14 juin 1998, conformément à la loi inscrite dans le Livre V bis du Code de la Santé Publique, traçabilité. Les implants dentaires obéissent à des règles spécifiques de traçabilité fixées aux articles R. 5212-41 et R.5212-42 du CSP. Elle permet d'optimiser le suivi du patient. En somme, la connaissance du matériel utilisé facilite grandement la réintervention que ce soit par le chirurgien-dentiste prestataire des soins ou par son confrère. Ce dernier pourra contacter son prédécesseur pour obtenir des renseignements sur les produits mis en place, leur provenance etc. L'ensemble de ces renseignements permet d'évaluer la situation, de planifier un traitement et de garantir une reprise des soins rapide et mieux sécurisée. Par conséquent, ces données optimisent les chances de réussite de la reprise de soins.

Dans le cadre du tourisme dentaire et lors de complications, si les patients se dirigent vers des cabinets libéraux de leur pays d'origine, les praticiens seront plus enclins à intervenir s'ils disposent de l'ensemble des informations relatives aux soins. La traçabilité contribue au bon suivi des soins. Mais avec le tourisme dentaire apparaissent des difficultés, voire une rupture dans le suivi des soins et de la traçabilité. L'obtention d'informations concernant des soins dispensés à l'étranger peut s'avérer très complexe, avec des difficultés telles que la barrière de la langue, les délais d'attente téléphonique ou un possible refus de divulguer les informations par le chirurgien-dentiste étranger. Il est indispensable que les patients aient connaissances de ces informations.

Malheureusement, d'un pays à un autre, les règles de traçabilité des matériaux sont hétérogènes en termes de normes et ne sont pas soumis aux mêmes contraintes (ONCD 92, 2008). Les praticiens ne sont pas tenus d'informer les patients de la provenance des dispositifs médicaux (implant, prothèse). Il n'y a pas nécessairement de fiche de traçabilité (Elkaïm, 2008 ; Fouche, 2012). De surcroît, certaines cliniques d'Europe de l'Est délocalisent même la production de dispositifs médicaux, en Chine par exemple. Le déficit de transparence et de traçabilité met ainsi en péril la sécurité du patient et complexifie le suivi des soins.

7. IAS(infections Associées aux Soins)

Selon le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS.

L'IAS englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure ou une démarche de soins, dans un sens très large. Elle comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé. Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins. Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et coll., 2007).

En France

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est venue clarifier le cadre de la responsabilité relative aux infections nosocomiales et le régime d'indemnisation. Selon article L. 1142-1 alinéa 2 du CSP, les établissements, services et organismes susmentionnés, sont responsables des dommages résultant d'infections associées aux soins sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère. Toutefois, dans un cabinet libéral en matière d'hygiène, la preuve de la faute est à la charge du demandeur (patient). Si le patient n'arrive pas à établir l'existence d'une faute du praticien, il ne pourra obtenir réparation.

A l'étranger

Les conditions d'exercice sont hétérogènes en termes de normes dans les pays développant le tourisme dentaire. Ainsi, la sécurité sanitaire, la stérilisation, l'élimination des déchets de soins ne sont pas toujours soumises aux mêmes règles que sur le territoire français (ONCD 92, 2008). Dans le contexte du soin à l'étranger, les prestations ne sont pas encadrées

par les autorités françaises et dépendent de la législation étrangère souvent inconnue du patient. Cela ne veut pas dire que les prestations sont de meilleure ou de moins bonne qualité mais cela signifie seulement que les autorités françaises ne peuvent contrôler les actes réalisés à l'étranger. Le gouvernement français s'exonère de toute responsabilité.

En cas d'IAS, le patient se trouvera dans une situation inconfortable, les soins auront été délivrés dans un pays autre que celui où il réside, dont la législation diffère. Comme pour le suivi, il sera compliqué d'intenter une action en justice. Il n'existe aucun recours sur le plan juridique concernant un éventuel acte chirurgical, qui aurait été négligé ou mal exécuté lors d'un voyage à des fins médicales. Evidemment, le risque zéro n'existe pas en France.

Toutefois, dans sa démarche de soins transfrontaliers, le patient augmentera les risques de contracter des IAS. Les Ministères du Tourisme et de la Santé ont conjointement émis des mises en garde contre de telles pratiques dès juillet 2005. L'absence de garanties proposées par les agences intermédiaires et les cliniques étrangères est soulignée, notamment vis-à-vis du respect de l'hygiène et de l'asepsie des locaux et du matériel médical.

Cet aspect est peu étayé dans les médias mais le patient doit le prendre en considération dans son choix. Il devra être attentif au cadre de soins (la clinique) mais aussi au cadre général de santé (importance des maladies saisonnières ou endémiques locales). Ces éléments peuvent avoir une incidence plus ou moins de grave sur la santé du patient.

Pendant son séjour médical, les infections que le touriste-patient peut contracter sont de deux types :

- des infections communautaires liées à la destination : paludisme, dengue, hépatite A, salmonelles, shigelles (etc.) ;
- des infections associées aux soins : hépatite B, hépatite C, VIH, bactéries multi-résistantes ;
- les risques sanitaires individuels peuvent devenir des risques collectifs : la propagation de bactéries ou de virus résistants devenant un souci sanitaire croissant.

Rares sont les articles à haut niveau de preuve sur les risques sanitaires liés au tourisme médical. En 2006, Canales a publié un article et conclue à une aggravation des risques pour les patients ayant eu recours au tourisme médical. D'autres articles aboutissent cependant à des conclusions inverses et donc à l'absence de risque supplémentaires. Certains articles traitent de manière générale les risques sanitaires liés à la mondialisation et aux migrations

internationales, mais ceux-ci ne sont pas intrinsèquement liés au tourisme médical (Khelifa, 2013).

L'absence de données en routine et de structure de suivi à long terme aboutit au fait qu'on a peu d'idées sur la prévalence de ces infections ou sur les différences entre touristes médicaux et touristes réguliers (Khelifa, 2013). Dans les pays acteurs du tourisme dentaire, notamment dans les pays de l'Est de l'Europe, certains récits évoquent des pratiques douteuses en termes de recyclage d'implants pour augmenter davantage les marges de profit. Les implants rejetés par les patients seraient ainsi réutilisés chez d'autres. Un risque d'IAS serait donc évident dans ce cas sans évoquer la transparence et le défaut de traçabilité (Fouche, 2012).

Il n'existe pas d'institution de santé qui s'occupe des aspects sanitaires du tourisme dentaire (Khelifa, 2013). Comme il s'agit du secteur privé, il n'y a pas de moyens par lesquels l'Etat pourrait contrôler ce flux de patients. Le tourisme médical ne peut être institutionnalisé : il s'agit d'un choix et d'un droit individuel du patient. Les soins à l'étranger sont aux risques et périls du patient (Evrard et coll., 2011). Contrairement aux agences de voyages, qui font l'objet de règles et de contrôles professionnels, les intermédiaires de tourisme dentaire ne sont soumis à aucun contrôle. Il n'existe ni accréditation, ni règle d'assurance qualité de ceux-ci.

Le 6 juillet 2005, lors d'un communiqué, le ministère délégué au Tourisme et le ministère de la Santé ont mis en garde les patients qui doivent avoir pleinement conscience des risques éventuels auxquels ils s'exposent. Les autorités françaises n'ont aucun pouvoir de contrôle sur des soins et pratiques réalisés en dehors du territoire national et s'exonèrent donc de toute responsabilité. Il incombe alors aux touristes de prendre leurs dispositions (Perrin, 2007).

III. Le tourisme dentaire et ses conséquences légales

1. La limite de cette pratique : la déontologie de l'odontologie en France.

La déontologie d'un corps professionnel est un ensemble complexe de devoirs moraux et sociaux que les membres de cette profession doivent observer afin qu'il y ait cohésion des comportements dans l'exercice de l'activité. La déontologie médicale est souvent rapprochée à l'éthique médicale. La déontologie médicale est une obligation professionnelle, formalisée par un Code de Déontologie intégré au Code de la Santé Publique et donc à la législation française. Des sanctions sont ainsi prévues en cas de manquement au Code de Déontologie des chirurgiens- dentistes. Il s'applique pour tout praticien inscrit au tableau de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes français quel que soit son lieu d'exercice. Il est la source réglementaire

fondamentale qui conditionne l'exercice professionnel des chirurgiens-dentistes en France et qui a pour finalité de protéger tout patient. Actuellement, ce code ne précise d'aucune manière que ce soit la façon dont doit se dérouler la relation de soins, l'exécution des soins et la responsabilité dans le cadre du tourisme dentaire. Il définit et régit uniquement les obligations des praticiens envers leurs patients dans le pays concerné (Leput, 2007).

a) Consentement et l'information

L'information doit être claire, accessible, loyale et appropriée. Un praticien doit révéler à son patient tout ce que celui-ci, en tant que personne prudente, voudrait savoir au moment de subir ou non l'intervention proposée. Elle permet aux patients de participer pleinement aux choix. Elle porte sur les investigations, traitements ou actions de préventions proposées ainsi que sur les alternatives éventuelles. L'information doit répondre à des critères de qualité, être hiérarchisée et reposer sur des données validées. Elle doit présenter les bénéfices, les inconvénients et les risques des soins envisagés. Elle doit être compréhensible, le praticien doit s'assurer que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. L'information est sous entendue dans l'article R. 4127-233 du Code de la Santé Publique.

Le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes ne fait pas l'obligation au praticien d'informer son patient sur son état, ses investigations et les soins envisagés alors que ce devoir d'information est pourtant largement consacré par la jurisprudence judiciaire et administrative. En cas de litige, il appartient au professionnel d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé (Béry et Delprat, 2006)

Le consentement est indispensable au quotidien dans la relation soignante, dans toutes les étapes de la démarche du patient. Il constitue la relation juridique entre un patient et le praticien qui accepte de s'occuper de lui. Le consentement est le fait de reconnaître la liberté du patient.

En plus d'une prestation de soins, il bénéficie d'une prise en compte de sa personne. Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Il doit être libre et éclairé, le patient doit avoir été préalablement informé des actes à suivre, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles (Béry et Delprat, 2006 ; Terrini, 2012).

➤ Information et consentement

La parole accompagne nécessairement l'acte médical dont elle constitue un élément essentiel. La parole est soumise à l'obligation de sincérité selon l'article L-1111-4 du Code de la Santé Publique. L'information du patient est la condition nécessaire d'un consentement de qualité. Le consentement n'est supportable que par l'échange. Cet échange doit toujours avoir lieu, il est une condition inhérente à la réussite d'un traitement. L'information du consentement vise à promouvoir le bien-être du patient et respecter son droit à l'autodétermination. Un maximum d'informations doit être fourni dans un langage compréhensible par la personne soignée afin qu'elle puisse discuter de l'opportunité d'un soin et éventuellement de débattre du meilleur bénéfice/risque. Le malade peut ainsi accepter ou refuser le traitement proposé (Terrini, 2012) (Béry et Delprat, 2006). L'information est donc une phase préalable au consentement, devenant alors éclairé, cela signifie que le patient est en position de consentir car il est informé. Mais, si le patient est « contraint » (en raison de son état de santé préexistant) de consentir, l'information n'est alors pas déterminante de son consentement. Or, la Cour de cassation considère que de ne pas informer (ou insuffisamment informer) porte atteinte à la dignité humaine, et cette atteinte constitue en soi un dommage. Le défaut d'information est nécessairement à l'origine d'un dommage (Jacotot, 2012)

➤ Il existe une différence entre consentement et consentement éclairé

Le Pr. Bernard Weil, membre du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), définit le consentement comme « un implicite de la relation de soins ». Le patient considère de façon passive que le praticien va forcément effectuer l'acte le plus approprié à sa santé. Le consentement éclairé donne toutes les informations sur la situation et permet de hiérarchiser les choix en présentant les avantages et inconvénients de chaque possibilité thérapeutique. Il existe de nombreux actes pour lesquels une procédure écrite n'est toutefois pas nécessaire ni légalement obligatoire. Le consentement éclairé ne se justifie que dans certaines situations médicales. Pour le reste le praticien doit avoir une attitude déontologique en exposant tout, afin que la décision soit prise en commun sans faire pour autant l'objet d'un document écrit (Terrini, 2012). En juin 2014, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes a mis en place une charte Ordinale sur le consentement éclairé.

➤ Devis et consentement

Lorsqu'un praticien propose un devis, un délai de réflexion (14 jours) doit être accordé au patient pour lui permettre éventuellement de se rétracter ou de demander un autre avis s'il le souhaite. Les contextes offerts par le tourisme dentaire conduisent inéluctablement à des discussions sur la relation de soins ainsi qu'à des interrogations sur le respect des points importants que sont l'information et le consentement (Fouche, 2012).

➤ A l'étranger

En termes d'échanges, le tourisme dentaire diffère de l'offre de soins classique, en raison de l'éloignement et du mode de communication constitué par internet. Il semble donc que cette offre de soins dentaires à l'étranger soit à l'origine de difficultés relatives à l'obtention du consentement éclairé, à la délivrance d'informations, particulièrement avec la barrière linguistique (ONCD 92, 2008). Le patient doit donc être prudent en termes d'information et de consentement dans le support de médiation qu'est Internet (Fouche, 2012).

Le chirurgien-dentiste exerçant à l'étranger doit avoir la possibilité de bénéficier d'informations sur l'état de santé, les antécédents médicaux et les radiographies antérieures, relatives à son futur patient, et ce, afin de le traiter de façon optimale, en toute sécurité. De ce fait, il doit pouvoir communiquer avec les autres acteurs de la santé, le médecin et le dentiste traitant. Or cette démarche est délicate pour chaque acteur de santé. Le patient n'osera pas informer son chirurgien-dentiste traitant de son projet. Il sera plus enclin à informer son médecin traitant pour obtenir un compte rendu et d'éventuels conseils.

Le patient est totalement responsable et autonome dans sa démarche. L'obtention d'informations de qualité peut se révéler être une épreuve du fait des innombrables sources d'informations (Cousseau, 2009). Il n'existe pas d'organisme compétent pour guider de façon objective le patient avant son départ afin que son choix soit fait en toute connaissance de cause. A défaut d'organisme compétent pour renseigner tout individu tenté par cette démarche, il se tourne vers les agences de voyages organisatrices de séjours dentaires, les cliniques dentaires étrangères, les forums etc. Face à ce flux d'informations, le choix est difficile, le patient étant totalement livré à lui-même. La barrière linguistique est un obstacle supplémentaire à une communication de qualité, mais la clinique a souvent recours à une équipe polyglotte pour pallier à cela. Cependant, le fait de parler dans la même langue n'est pas garant d'informations

honnêtes, correctes, de qualité et donc de consentement totalement éclairé. Les informations juridiques et administratives font souvent défauts, que ce soit à propos du suivi en cas de complications ou du remboursement alors qu'ils ont autant d'importance que les autres.

Dans le tourisme dentaire, le consentement mutuel consiste en la signature d'un formulaire avant le départ, avant la consultation à l'étranger. La confirmation du choix se fait par la formalisation de l'accord par la signature d'un document de consentement mutuel entre le chirurgien-dentiste et son patient. Sans ce consentement écrit les procédures ne peuvent démarrer. Sur place, après la première consultation, un devis définitif est remis avec le document de consentement préalablement signé par le patient. Lors de l'examen clinique le praticien peut s'apercevoir que d'autres soins sont nécessaires. Le patient peut alors se voir proposer un second devis, avec un prix revu à la hausse.

Dans la plupart des cas, il n'y a pas d'examen clinique avant le départ. Les devis des soins se font sur la base d'une radiographie panoramique dentaire envoyée au praticien à l'étranger. Or, pour avoir un consentement éclairé, selon la législation française, cela est insuffisant. Le consentement repose sur des informations de qualité délivrées lors d'un entretien individuel. La transmission d'un document stéréotypé ne remplace pas un échange verbal, pré requis du consentement. Le document doit faire ressortir que le chirurgien-dentiste a informé le patient sur les risques que le traitement comporte, les autres solutions et les conséquences prévisibles en cas de refus (Uzel, 2012).

Or dans le contexte du soin à l'étranger, le patient signe un document écrit de consentement avant même d'avoir rencontré le praticien. Certes le patient, une fois sur place, pourra refuser de débiter les soins mais du fait qu'il ait fait le déplacement, qu'il ait déjà engagé des frais, son choix n'est plus totalement libre et objectif. Il s'agit là d'une excellente stratégie commerciale visant à limiter les refus des patients n'osant pas faire marche arrière.

A l'étranger, ces questions peuvent paraître également secondaires, le patient ne sera pas revu, le temps est consacré à la délivrance des soins, l'information est délivrée par le biais d'internet. Le praticien se libère de cette responsabilité. Les lois n'imposent pas nécessairement de délai légal minimal entre la première consultation et le début des soins lourds. Il semble difficile de qualifier l'information de « satisfaisante » étant donné le contexte si particulier offert par le tourisme dentaire et le consentement « d'éclairé et de qualité » quand le délai de réflexion est si court.

b) Secret professionnel

Rappelons que le secret professionnel est une obligation légale et déontologique. L'article R. 4127-206 du Code de la Santé Publique définit « le secret professionnel qui s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». Conformément à l'article R. 4127-207 du Code de la Santé Publique, les personnes qui assistent le chirurgien-dentiste doivent être instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conformer. Le secret professionnel étant absolu, son obligation touche non seulement les informations proprement médicales mais également l'ensemble des données administratives concernant le patient. Le secret médical est institué pour protéger la personne malade (Béry et Delprat, 2006).

Le dossier médical est quant à lui une documentation sur l'état du patient, soumise au secret médical. Il contient l'anamnèse, le diagnostic, les traitements effectués ou prévus et leurs raisons, les pronostics, les contrôles et tous les identifiants du patient. C'est une base de travail pour le praticien, une aide pour ses confrères et tout autre acteur de la santé impliqué dans le traitement du malade ou sa reconnaissance. Il constitue un élément essentiel pour l'établissement de la responsabilité lors d'un litige et pour une éventuelle procédure d'identification.

Des recommandations ont été élaborées par la HAS en mai 2000 pour l'odontologie définissant un cadre de dossier applicable quel que soit le type d'exercice. Hormis ce rapport, le Code de Déontologie ne mentionne pas l'obligation de tenir un dossier du patient. Mais la responsabilité d'un chirurgien-dentiste peut être engagée sur 30 ans. Il doit alors conserver ses dossiers pendant cette période. De plus, lors de changement de praticien, les chirurgiens-dentistes devront remettre au patient les informations nécessaires à son suivi (article R. 4127-264 du CSP). Chaque praticien est libre de constituer ou non un dossier patient, tant qu'il le protège de toute indiscretion, qu'il ait établi des devis et qu'il puisse donner des informations nécessaires au suivi des soins. Le but d'une bonne tenue de dossier est la prise en charge globale du patient et l'optimisation de l'exercice du praticien. En ce sens, elle permet d'agir avec logique et sans perte de temps, d'expliquer et de discuter des traitements avec le patient à partir d'éléments du dossier, de planifier des traitements, d'avoir une trace des traitements effectués, de favoriser la gestion administrative et la transmission d'informations du dossier à un confrère.

Le recours aux soins transfrontaliers conduit à des débats sur le respect des principes sus-décrits. Chaque pays de l'UE a sa propre législation en matière de tenue d'un dossier médical. Le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes diffère d'un pays à l'autre. Si un patient français s'adresse à des praticiens étrangers, il sera soumis à la législation du pays et aux potentielles failles de celle-ci. De fait, le touriste-patient n'est pas protégé comme il le serait s'il se faisait soigner dans son pays. Or la tenue d'un dossier médical par le chirurgien-dentiste n'est pas une obligation légale. Etant donné la vocation commerciale des structures, le dossier médical ne semble pas être une priorité pour les praticiens puisque le patient ne sera pas suivi sur plusieurs années. Le risque réside alors dans la mauvaise voire la non tenue du dossier.

Le tourisme médical demeure une menace à la continuité informationnelle des soins, que ce soit du praticien traitant vers le praticien étranger ou du praticien étranger vers son confrère exerçant en France. Il n'existe présentement aucun système adéquat pour permettre le transfert de dossiers médicaux entre les touristes-patients, leur praticien traitant et les praticiens des pays destinataires. Il se peut donc qu'il n'y ait pas de continuité dans le dossier médical des patients qui ont décidé d'aller à l'étranger en tant que touristes-patients. Les transferts internationaux et non règlementés des dossiers médicaux peuvent aussi menacer la sécurité des renseignements personnels des patients (Crooks et Snyder, 2011).

Que faut-il penser du secret médical lorsque dans la plupart des cas la sélection en amont des patients est faite par des *medical planners* sur la base de questionnaires remplis sur internet ? Autant dire qu'il n'existe aucune règle d'assurance qualité ni aucun Code de Déontologie des intermédiaires de cliniques étrangères. Ils ne sont pour ainsi dire soumis à aucun contrôle. Or ce sont eux qui entrent en contact avec le patient par le biais de leur site web, site web où tout se passe. Les patients remplissent un dossier en ligne en y joignant photographies, radiographies et données médicales. En fonction du nombre de cliniques qui travaillent avec les agences intermédiaires, le patient recevra autant de devis. Certains intermédiaires sont des structures soucieuses de l'intérêt de leurs patients et garantes d'une déontologie et d'un processus de qualité. D'autres sont en revanche moins respectueux des principes.

Le rôle de ces intermédiaires est d'aider leurs clients à faire le meilleur choix alors que l'accès au secret médical leur est interdit. Comment conseiller de façon optimale et objective un patient si la personne qui le guide est ignorante de son état de santé. Le fait que les données du patient circulent sur internet d'une clinique à l'autre multiplient les acteurs ce qui multiplie aussi les risques de rupture du secret médical (Cousseau, 2009 ; Khelifa, 2013).

En France des agences de voyages ne peuvent vendre des prestations médicales à la différence de l'Angleterre. La Directive 97/66/CE précise que « les activités qui, par leur nature, ne peuvent pas être réalisées à distance ou par voie électronique, telles que [...] la consultation médicale requérant un examen physique du patient, ne sont pas des services de la société de l'information ». Ceci exclue toute possibilité de prétendre faire un diagnostic par le biais d'internet. Or de nombreux sites proposent de remplir des formulaires qui s'apparentent aux questions posées lors d'un entretien individuel. La limite est mince entre communication et consultation. Qui dit consultation, dit données médicales et donc secret médical.

c) Relation de confiance vers une relation de services.

Dans le contexte du tourisme dentaire, on peut se demander quelles confiances peuvent avoir les patients dans un praticien qu'ils n'ont jamais vu, exerçant dans un pays aux lois et aux formations médicales différentes de leur pays d'origine. La notion de confiance thérapeutique est liée à la dimension relationnelle. L'établissement de la confiance dans une relation de soin est fondé sur la relation entre le praticien et son patient en termes d'information, d'écoute, de suivi et de responsabilité en cas d'échec.

Cette relation permet au chirurgien-dentiste de cerner le patient en termes de préoccupations et de répondre à ses attentes. Cet échange est indispensable à toute action de soin. Il s'établit après plusieurs rendez-vous et repose sur un travail de conciliation des deux parties. Elle se construit au travers d'une écoute attentive, de gestes mesurés, du regard porté et de la parole donnée. La confiance naît d'une relation de soin dite privilégiée qui se construit dans le temps, elle est fondée sur le partage d'un passé, d'un présent, d'un futur commun visant à la santé et au bien-être du patient. Elle est par nature, prenante, difficile, et coûteuse économiquement et moralement (Fouche, 2012).

Il semble pertinent d'explorer l'impact des deux modèles de soins sur la relation de soin, de définir cette nouvelle relation et son importance. Surtout en ces temps de mondialisation, où le secteur de la santé et notamment la relation praticien patient, se trouve au centre de tensions, politiques, économiques et éthiques.

Que ce soit à l'étranger ou en France, la relation de soin entre le chirurgien-dentiste et son patient se trouve modifiée. Pour un bon nombre, l'approche globale du patient est fondée sur la dimension technique des praticiens et la dimension relationnelle, ces deux aspects participent majoritairement à l'identité des professionnels. Or la dimension relationnelle est difficilement

concevable dans un système de rationalisation de la chaîne de soins. Le nombre de séances de soins étant restreint, une relation durable ne peut se créer dans de telles conditions (Evrard et coll., 2011). Particulièrement dans un parcours de soin volontairement programmé à l'étranger, le chirurgien-dentiste ne connaît pas le patient, ce n'est pas celui qui le suit habituellement, il est prestataire de services dans le sens où il s'apparente à un technicien opérateur ou à un commerçant vendant sa marchandise.

Selon les récits de patients, la relation de soins à l'étranger est impersonnelle et pauvre en information, le déficit relationnel est compensé par la confiance agrégée dans les témoignages lus sur internet et la perspective de la fin rapprochée des soins. Dans ce contexte, la relation de confiance se trouve donc affectée, elle se transforme en service commercial à faible coût, rapide et facile. On assiste à un glissement de la relation de confiance vers une relation de service.

d) La responsabilité des chirurgiens dentiste en France

La responsabilité n'est pas seulement une vertu. Elle est le fondement même d'une conception inédite de l'éthique. Sous des vocables divers, le droit énonce et sanctionne « ce dont on doit répondre ». La responsabilité contractuelle est celle qui résulte de l'inexécution de l'obligation née d'un contrat, lorsqu'un contractant n'exécute pas l'obligation mise à sa charge par le contrat, il peut causer un préjudice à son cocontractant, créancier de l'obligation. Pour la jurisprudence, le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son patient entraîne pour le premier de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables des soins si, eu égard à cette obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs. Le chirurgien-dentiste est, en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre le service qu'il peut en attendre. Cette obligation, innovation de l'arrêt du 23 novembre 2004, qui inclut la conception et la confection de cet appareillage, est une obligation de résultat (Béry, 2008 ; Béry et Delprat, 2006).

La définition éthique de la responsabilité

La responsabilité c'est la réponse *sponsor, spondere* se porter garant, promettre, s'engager. Pour l'Autre et devant la Loi, c'est-à-dire la communauté des Autres (Vacquin, 1994).

La définition juridique de la responsabilité

Une définition juridique de la responsabilité pourrait être l'obligation de réparer le préjudice résultant soit de l'inexécution d'un contrat (responsabilité contractuelle), soit de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui par son fait personnel ou du fait des choses dont on a la garde, ou du fait des personnes dont on répond (responsabilité du fait d'autrui). Lorsque la responsabilité n'est pas contractuelle, elle est dite délictuelle ou quasi-délictuelle. D'un point de vue général, la responsabilité est le fait de devoir répondre de ses actes devant une autorité, c'est-à-dire d'en assumer les conséquences (Béry et Delprat, 2006 ; Guillien, 1990).

Le fondement de la responsabilité médicale

Le 18 juin 1935 la Cour de cassation a reconnu la relation praticien-patient sur la responsabilité délictuelle c'est-à-dire sur le fondement des articles 1382 « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » et 1383 du Code Civil « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

Le 20 mai 1936, l'arrêt Mercier de la Cour de Cassation établit la nature contractuelle de la relation juridique entre le médecin et son patient. Il donne donc naissance à un véritable contrat équilibré où des obligations réciproques pèsent à la charge des deux parties (Béry et Delprat, 2006).

L'action en réparation :

Si les parties s'entendent amiablement pour déterminer la réparation, leur accord constitue un contrat de transaction qui permettra d'éviter un procès (article 2044 et suivants du Code Civil). A défaut, la victime devra engager une procédure judiciaire pour obtenir réparation de son préjudice (Béry et Delprat, 2006).

La responsabilité du fait de ses employés :

Depuis une jurisprudence du 9 novembre 2004, le principe de la responsabilité de l'employeur s'applique également aux chirurgiens-dentistes libéraux. Ils sont donc non seulement responsables des fautes commises par leurs salariés administratifs (assistantes dentaires, secrétaires), mais également médicaux dotés d'une indépendance professionnelle (chirurgien-dentiste salarié). Ce droit ne s'applique pas non plus aux praticiens exerçant ailleurs qu'en France.

La responsabilité du fait des produits défectueux :

La loi du 19 mai 1998 vient poser aux articles 1386-1 et suivants du Code Civil un régime spécifique de responsabilité en matière de produits défectueux. Le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit, qu'il soit ou non lié par un contrat avec la victime. Les personnes concernées par ce régime sont les producteurs, les fournisseurs et les assimilés. Le producteur est le fabricant. Les assimilés au producteur sont ceux qui apposent sur le produit leur nom, marque ou autre signe distinctif. Le fournisseur est celui qui participe au circuit de distribution.

e) Préjudices post opératoires

Sur le plan juridique, en France, si un patient subit un préjudice post-opératoire il peut solliciter la justice et le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Les praticiens sont assurés et sont tenus par la loi d'informer les patients sur la procédure d'une intervention, ses risques et son prix. Certes, du point de vue économique le tourisme dentaire est une aubaine mais le revers de la médaille de ce système tient en l'absence de ces obligations dans certains pays. Les choses ne sont pas forcément plus aisées en ayant fait appel à une agence intermédiaire. Bien que les sièges de ces organisations soient installés en France, il sera très difficile de les attaquer dans la mesure où elles ne sont pas responsables des actes médicaux (Cousseau, 2009). En outre, la question de la responsabilité professionnelle reste entière.

Les recours existent, mais cela peut relever du parcours du combattant, il faut pouvoir prouver les dommages causés. Le litige relève de plus du droit local et donc de la compétence des tribunaux du pays étranger où se trouve la clinique en question. Si un patient se retourne contre le chirurgien-dentiste ou la clinique étrangère, il devra agir selon le système légal du pays étranger (Esnard, 2005 ; Fouche, 2012). Il devra se rendre sur place, faire appel à un

avocat du pays, se plonger dans la législation nationale. Entamer une procédure dans ces conditions n'est pas chose aisée, voire impossible. « Il n'est pas toujours permis d'intenter une action de justice à l'étranger pour la simple raison que la loi manque sur ce point. En clair sans texte traitant de ce point pour se défendre, il est impossible de se défendre » (Cousseau, 2009). « Les autorités d'un pays n'ont aucun pouvoir de contrôle sur des pratiques réalisées en dehors du territoire national » (ONCD 92, 2008). Le patient se retrouve alors dans une situation très délicate.

La solution pourrait être une uniformisation des lois au niveau de l'Europe, projet sur lequel travaille déjà le conseil de l'Ordre des médecins. Dans l'attente d'un cadre plus protecteur pour les patients, la souscription à une assurance privée pourrait être une alternative. Mais l'inconvénient reste son coût généralement très élevé et les conditions de prise en charge, en raison de la crainte des assureurs vis-à-vis des complications post-opératoires une fois le patient de retour chez lui (Cousseau, 2009 ; Esnard, 2005).

Les échecs thérapeutiques, les complications post-opératoires peuvent entraîner la réalisation de soins supplémentaires en France ou à l'étranger. Le risque est que le patient doive refaire de multiples soins comprenant probablement des soins prothétiques, implantaires, parodontaux. Or, en France, la prise en charge de ces soins par la Sécurité Sociale est faible, voire inexistante. Le total des frais pourra atteindre des sommes élevées et dépasser le total des frais de départ si les soins avaient été réalisés en France. « La décision de se faire soigner à l'étranger peut s'avérer à la longue moins rentable en raison du suivi nécessitant des actes complémentaires dans le pays d'origine du patient ». Alors que dans la plupart des cas les patients se tournent vers cette pratique pour des raisons de budget limité et souhaitent réaliser des économies.

Si le patient souhaite se tourner vers le praticien, la clinique ou l'agence il sera probablement confronté à de nombreux obstacles. Le patient ne sera très certainement pas indemnisé par son assurance en cas de complications. Obtenir un remboursement ou un paiement de ces frais par le chirurgien-dentiste étranger ou de la société intermédiaire sera compliqué, pour ne pas dire impossible (Fouche, 2012).

Mis à part le coût constitué par des actes complémentaires, le coût d'une action en justice intentée dans un pays étranger contre un praticien ou une clinique locale est extrêmement cher et hasardeux avec très peu de chances d'aboutir. En bref, le patient risque de se trouver face à de grosses dépenses s'ajoutant aux souffrances physiques et souvent psychiques. Pour éviter ce genre d'événements, les touristes médicaux doivent avoir de solides garanties de qualité et de couverture en cas de problème avant leur départ. Devant l'ampleur de la tâche et le coût des

procédures, la majorité des victimes renonce à se lancer dans une bataille juridique. Faute médicale établie ou accident malheureux, il reste une évidence : rien ne garantit un suivi sérieux (Esnard, 2005 ; Evrard et coll., 2011 ; ONCD 92, 2008).

2. Contentieux dans l'UE

a) Le dossier médical

En France, les chirurgiens-dentistes sont assez réticents face à ces patients « voyageurs » pour la simple raison qu'ils ne veulent pas assumer la responsabilité d'un travail qu'ils n'ont pas eux même engagé. Concrètement réintervenir sur un travail lourd et complexe, que le praticien français n'a pas réalisé, engage potentiellement sa responsabilité professionnelle sur l'ensemble du travail accompli en bouche, avec le risque d'être impliqué en cas d'échec.

Nous voyons clairement se dessiner ici une situation d'abstention thérapeutique dans la relation de soins sur le sol français pour des raisons de chaîne de responsabilité dans le soin lorsque les acteurs sont multiples. Nous assistons à un désengagement des praticiens des deux pays et au transfert de cette responsabilité vers le patient. Selon une enquête menée en 2012 fondée sur un questionnaire envoyé à 198 chirurgiens-dentistes exerçant en France, 63 % affirment ne pas vouloir assurer dans le présent ou le futur le suivi de ces patients ayant recouru à des soins à l'étranger (Fouche, 2012).

La logique procédurale et assurantielle est un nouvel acteur dans la relation de soin. « La sur-responsabilisation des praticiens en France, et la déresponsabilisation des praticiens participant à ces parcours à l'étranger, les incitent à réduire la relation de soin au calcul d'une rentabilité et à délivrer leurs soins sous condition de risque zéro ». C'est pourquoi cette situation avec ce nouveau type de patientèle dissuade la profession. Reprendre les soins après un autre praticien ayant réalisé la totalité des soins n'est pas chose facile. Elle entrave la relation de confiance entre le praticien français et le touriste-patient (Fouche, 2012). Toutefois, nous pouvons nous interroger sur l'obligation de traiter un patient issu du tourisme dentaire hors cas d'urgence.

D'après l'article R. 4127-211 du CSP, le chirurgien-dentiste doit soigner « avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut

éprouver à leur égard ». En d'autres termes le praticien qui reçoit en consultation ce type de patient, ne doit pas se montrer déplaisant avec ce dernier.

D'après l'article R. 4127-232 du CSP, « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

- de ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
- de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tout renseignement utile ;
- le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211 ».

Dans la majorité des cas, ce sont des complications sérieuses qui amènent un patient ayant eu recours au tourisme dentaire à consulter un praticien français, lequel n'aura pas d'autres choix d'après le Code de Déontologie que de l'accueillir en consultation d'urgence. S'il ne souhaite pas réaliser la suite des soins, il doit le ré adresser soit au praticien ayant exécuté le traitement mis en cause, soit à confrère libéral ou hospitalier.

Par conséquent, le « nouveau » praticien doit rester vigilant et se garantir contre la mise en cause de sa propre responsabilité. En effet, en cas de procédure judiciaire intentée par le patient s'agissant de la reprise de traitements antérieurs réalisés à l'étranger, le praticien devra être en mesure de prouver et de distinguer les soins qu'il a lui-même réalisés de ceux de son confrère, précédemment intervenu. Le dossier médical tenu par le professionnel de santé joue ainsi un rôle probatoire essentiel devant les tribunaux. Il peut permettre de reconstituer la chronologie des diagnostics et des traitements effectués par les différents intervenants antérieurs.

En cas de litiges avec le patient, dans le respect du secret professionnel, le praticien s'appuiera donc en priorité sur le dossier médical pour justifier de la bonne exécution de ses obligations de soins et d'information. Le dossier médical constitue donc une réelle référence permettant au juge de fonder ou rejeter une action en responsabilité en recherchant un éventuel lien de causalité entre une faute du praticien et un préjudice qu'aurait subi le patient.

Par conséquent, en cas de complications suite aux soins ayant eu lieu dans un pays étranger, l'information des patients est primordiale. En d'autres termes, si le cas du patient nécessite de nouveaux soins, afin de le soulager et rectifier les soins réalisés hors de nos frontières tels que la dépose d'un implant, d'éléments prothétique, l'avulsion d'une ou plusieurs dents non ou mal traitées, la retouche d'une prothèse amovible, une trépanation à travers un

élément prothétique (etc.), le patient doit être informé et averti de la situation dans laquelle il se trouve. Il faudra évoquer l'aspect bénéfice/risque des interventions à venir, les suites secondaires possibles et les éventuelles conséquences. Concernant cette information préalable, une liste exhaustive n'est pas obligatoire : il faut développer essentiellement les complications fréquentes et aborder celles plus rares en fonction de leur gravité potentielle ou du cas clinique particulier. Les textes légaux n'imposent pas sous forme écrite la preuve de l'information préalable. Par conséquent, il faut remplir le dossier médical en mentionnant ce sujet et en précisant le contenu des informations délivrées.

Dans l'intérêt du chirurgien-dentiste, il doit obtenir le consentement éclairé du patient, proposer un nouveau devis et tenir un dossier médical complet. Il peut solliciter de la part du patient la signature d'un document écrit reprenant les principales informations communiquées oralement (ONCD 87, 2010).

b) L'état dentaire

Le praticien français intervenant à la suite d'un confrère étranger doit donc :

- obtenir le dossier médical du nouveau patient,
- Réaliser un état des lieux de la dentition du patient (radiographies, photographies..), et le rédiger sous forme de certificat médical initial.
- Informé le patient sur les thérapeutiques et risques éventuels.

Il a aussi la possibilité de limiter son intervention aux soins urgents (article R.4127-232 du CSP. Donc comme sur le dossier médical : le praticien doit disposer des éléments lui permettant de réaliser les soins appropriés, pour ce faire, il doit avoir accès à l'historique dentaire du patient.

Problème : le dossier est détenu par un confrère étranger. Le praticien doit donc inviter son patient à solliciter la communication de son dossier médical auprès du confrère étranger. Il convient que le praticien conserve la preuve qu'il a invité son patient à le faire : copie du document remis au patient, indication au dossier médical.

Sur le constat de l'état dentaire :

Il est primordial que le praticien, avant toute intervention, réalise un état des lieux de l'état dentaire, cela permettra de qualifier l'état antérieur de patient. Dans le cadre d'une expertise, cet état des lieux permettra à l'Expert de juger de la conformité des soins réalisés

compte tenu de l'état antérieur.

A défaut d'un tel constat, le praticien s'expose au risque d'endosser une partie de la responsabilité du praticien étranger.

Enfin la complexité de l'état dentaire pourra permettre au praticien de justifier le fait qu'il refuse de traiter le patient et ainsi préserver sa responsabilité déontologique au titre du refus de prise en charge (attention, cela n'exonère pas le praticien de son obligation d'assurer les soins urgents, les soins visant à lutter contre la douleur, et la continuité des soins).

Attention : le constat de l'état dentaire seul ne suffit pas. Le praticien doit en effet informer le patient sur les risques que peut entraîner cet état dentaire et sur les thérapeutiques à mettre en place pour éviter toute aggravation. Le praticien se doit de garder une trace de cette information au dossier médical.

3. La réglementation et la publicité

a) Les différents intermédiaires.

La santé ne doit pas se concevoir comme un commerce (article R. 4127-215 du Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes), elle n'est en aucun cas un bien marchand. Ce concept est loin d'être récent puisqu'il apparaît dans le serment d'Hippocrate (IVème siècle avant J-C). Sont notamment interdits :

- L'exercice de la profession dans un local dont l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale ;
- Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial;
- Tous procédés directs ou indirects de publicité ;
- Les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Le Code de Déontologie des médecins énonce quelques points intéressants qui en définitive s'appliquent à notre profession : « L'acte médical ne peut pas être considéré comme une denrée, une marchandise échangée pour une contrepartie financière. Le médecin ne vend pas des ordonnances ou des soins. La médecine est un service. Le contrat de soins n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite, où ce qu'apporte l'un n'est pas l'équivalent de ce qu'apporte l'autre.

Cette notion, que l'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité

commerciale, a une grande importance et de nombreuses conséquences juridiques. Elle ne renferme aucun jugement péjoratif vis-à-vis des professions commerciales. Celles-ci ont leurs propres règles, les missions du médecin sont d'une autre nature. S'il n'est pas immoral que le gain soit le moteur d'une entreprise commerciale, la rentabilité ne peut être l'objectif principal du professionnel de santé » (article R. 4127-19 du Code de la Santé Publique).

Le tourisme dentaire est un concept marketing qui renferme des accroches commerciales, des slogans etc. Toute société faisant du tourisme dentaire devrait privilégier l'information aux patients et mettre en retrait les attraits touristiques. Elle est souvent reléguée au second plan. Il est difficile de statuer sur la légitimité d'une information sous une forme publicitaire. Si les Codes de déontologie des chirurgiens-dentistes des pays de l'UE ont tous le même discours concernant le fait de délivrer une information loyale et honnête, le recours à la publicité est parfois autorisé.

Si le tourisme dentaire n'a rien d'illégal, il peut être déontologiquement condamnable dès lors qu'il implique un praticien français. « Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations et se garder de toute attitude publicitaire. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle » (articles R 4127-13 et R. 4127-20 du Code de la Santé Publique).

Les praticiens ne doivent pas être associés aux sociétés de tourisme médical et dentaire sous quelques formes que ce soit, En France aucune forme de publicité n'est autorisée. Par ailleurs, on observe d'un côté l'existence de sociétés spécialisées dans le tourisme dentaire qui ne respectent pas les règles déontologiques en vigueur en France en matière de publicité et, de l'autre, un organisme de Sécurité Sociale qui prend en charge les soins dentaires réalisés dans ce cadre. Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a alerté le ministère de la Santé de ce problème (ONCD 111, 2012).

b) Inégalités des réglementations sur la publicité en Europe.

En Espagne, aux Etats-Unis, en Thaïlande, en Hongrie en ce qui concerne les soins médicaux le cadre juridique est plus souple. Pour exemple, l'affichage publicitaire sur le web

est autorisé. La notion de publicité est très disparate d'un pays à l'autre, la publicité est considérée comme un vecteur et une forme d'information pour certains pays, pour d'autre il s'agit d'un support commercial.

Pour exemple, l'Autorité de la Concurrence Hongroise (GVH) favorise la libre concurrence sur le marché et réduit les pratiques anti-compétitives depuis une loi de 1990. Puis en 1999, le Conseil du GVH estima que les articles du Code relatifs à la publicité des soins médicaux et aux honoraires étaient trop contraignants limitant l'accès à l'information aux consommateurs sans assurer pour autant une plus grande qualité ou un contrôle des services.

Il paraît évident que si la réglementation en termes de publicité était égale entre tous les pays, notamment les pays de l'UE, les conflits entre les différentes législations et le droit communautaire n'existeraient pas. Il n'y aurait pas de concurrence déloyale, mais un cadre juridique commun qui impliquerait des compromis (ONCD 92, 2008).

Ouverture :

L'interdiction de publicité, imposée aux médecins depuis plus de 70 ans, trop stricte, doit être remplacée par un droit à une communication libre avec le public, tant qu'elle n'est pas commerciale, selon le Conseil d'État.

Cette évolution est proposée dans une étude sur les "Règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité" publiée jeudi par le Conseil d'État.

Elle concerne aussi d'autres professions de santé. Le groupe de travail, présidé par Yves Doutriaux, souhaite accorder ce droit de communication aux professions de santé dotées d'un ordre professionnel, donc d'une autorité disciplinaire : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens (qui ont déjà le droit de faire de la publicité pour la parapharmacie, mais ne pourront toujours pas en faire pour les médicaments).

L'interdiction de faire de la "réclame" pour les médecins remonte au moins à 1947.

Deux raisons principales motivent cette proposition de mettre fin à certaines des restrictions actuelles en matière d'information.

M. Doutriaux cite d'abord, à l'heure d'internet et des réseaux sociaux, "les attentes légitimes du public" en matière de santé. Les patients veulent en savoir plus sur le professionnel de santé avant de prendre rendez-vous : quels actes il pratique habituellement, quelle est son expérience, combien coûte la consultation, combien reste à charge...

À cet argument, s'ajoute une évolution de la jurisprudence européenne de nature à fragiliser la réglementation française. Un arrêt récent de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), saisie par la Belgique dont la législation est très proche de celle de la France, qui a jugé contraire au droit européen une prohibition générale et absolue de la publicité relative aux soins (tv5 monde info).

Synthèse des propositions

Proposition n° 1 – Prévoir la faculté pour les professionnels de santé, dans le respect des règles déontologiques, de communiquer au public des informations sur leurs compétences et pratiques professionnelles, leur parcours professionnel, des informations pratiques sur leurs conditions matérielles d'exercice ainsi que des informations objectives à finalité scientifique, préventive ou pédagogique et scientifiquement étayées sur leurs disciplines et les enjeux de santé publique.

Proposition n° 2 – Rendre obligatoire, dès la prise de rendez-vous, la diffusion, sur tout support, des informations économiques précises dont l'article R. 1111-21 du code de la santé publique impose déjà l'affichage dans les salles d'attente ou lieux d'exercice.

Proposition n° 3 – Favoriser le développement de la communication des pharmaciens auprès du public, afin de l'assister dans le parcours de soins, sur la gamme des prestations qu'ils peuvent délivrer et leur qualité, leur certification quant à la dispensation des médicaments, la validation de leur formation professionnelle continue ainsi que leur appartenance éventuelle à des groupements d'officines ou à d'autres réseaux professionnels. Ces informations à caractère objectif et informatif pourraient être diffusées par tout support, et en particulier sur les sites Internet des officines.

Proposition n° 4 – Imposer aux professionnels libéraux venus d'autres États membres, auxquels un accès partiel à l'exercice de certaines activités a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du code de la santé publique, d'informer préalablement le public, par tout support, de la liste des actes qu'ils ont été habilités à effectuer.

Proposition n° 5 – Supprimer l'interdiction de la publicité directe ou indirecte dans le code de la santé publique et poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, sous réserve du respect des règles gouvernant leur exercice professionnel.

Proposition n° 6 – Imposer, par des dispositions expresses, que la communication du professionnel de santé soit loyale, honnête et ne fasse état que de données confirmées, que ses messages, diffusés avec tact et mesure, ne puissent être trompeurs, ni utiliser des procédés comparatifs, ni faire état de témoignages de tiers.

Proposition n° 7 – Inviter les ordres à encourager les professionnels de santé à davantage communiquer au public, conformément à leurs recommandations, de manière à éviter toute « auto-proclamation » non vérifiée de spécialités, pratiques ou parcours professionnels.

Proposition n° 8 – Prévoir que les nouvelles informations diffusées par les professionnels de santé le soient par tout support adéquat n'étant pas de nature à rendre cette diffusion commerciale. Les codes de déontologie pourraient confier aux ordres le soin de préciser, par des recommandations, les conditions dans lesquelles ces modes de publication seraient déontologiquement admis.

Proposition n° 9 – Inciter les professionnels de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue, à davantage utiliser les outils numériques pour communiquer sur leurs expériences et pratiques professionnelles et intervenir efficacement sur tout support afin de répondre aux fausses informations ou approximations susceptibles d'affecter la protection de la santé publique.

Proposition n° 10 – Moderniser et harmoniser les rédactions des dispositions des codes de déontologie relatives au contenu et aux procédés de diffusion des informations.

Proposition n° 11 – Les pouvoirs publics pourraient inclure, en accord avec les professionnels de santé, sur leurs sites numériques, le cas échéant par des liens hypertextes, les informations que ces professionnels communiqueraient au public volontairement ou obligatoirement. Les professionnels de santé seraient autorisés à diffuser au public les informations les concernant rendues publiques par les sites numériques des administrations. Les sites d'information mis en ligne par les pouvoirs publics gagneraient à être davantage coordonnés afin d'en accroître le référencement numérique et d'en améliorer l'accessibilité.

Proposition n° 12 – Veiller, au besoin en insérant des clauses en ce sens dans les conventions conclues avec l'assurance maladie, à ce que les établissements de santé ne placent pas les professionnels de santé qui y travaillent en contradiction avec leurs obligations déontologiques en matière de communication au public et puissent, le cas échéant, faire l'objet de rappels à la loi à cet effet.

Proposition n° 13 – Suggérer aux ordres de proposer que soit ajoutée à leur code de déontologie une formule inspirée de l'article R. 4321-124 du code de la santé publique relatif aux masseurs-kinésithérapeutes, qui distinguerait les activités relevant du monopole, pour lesquelles la libre communication serait encadrée, de celles qui n'en relèvent pas, pour lesquelles la publicité serait autorisée sous certaines conditions.

Proposition n° 14 – Mettre en place des outils d'évaluation des effets de la publicité ou de la communication commerciale sur les dépenses de santé ainsi que des effets induits, à terme, sur l'offre de soins en France par la concurrence entre prestataires au sein de l'Union européenne et dans le reste du monde.

Proposition n° 15 – Proposer aux États membres de l'Union européenne une concertation en vue d'une meilleure coordination des législations nationales fixant les règles applicables aux professionnels de santé en matière de communication, à partir d'un livre vert de la Commission.

Propositions du Conseil d'état.

Conclusion

Pour conclure, le tourisme dentaire est donc un phénomène récent et en plein essor. Chaque année, de plus en plus de Français se font soigner à l'étranger, notamment pour réaliser des économies financières. Bien que la majorité de ces patients se rendent dans des pays voisins de la France, c'est en Hongrie que le total des montants dépensés pour des soins dentaires par des assurés français est le plus élevé ces dernières années. Ce tourisme dentaire organisé par l'intermédiaire d'agences touristiques spécialisées dans le domaine attire des patients qui renoncent généralement à se faire soigner en France à cause d'un reste à charge qu'ils jugent trop important sur des actes peu ou pas remboursés dans notre pays (prothèses et implants notamment).

Certes, le tourisme dentaire peut représenter un réel atout économique et permet une véritable mise en avant pour des pays comme la Hongrie, mais sur le plan médical notamment beaucoup de points sont à remettre en cause. Car ces soins, moins chers qu'en France du fait d'un coût horaire moindre de ces cliniques étrangères (grâce aux loyers, aux salaires, aux impôts ...), ne semblent, par ailleurs, pas toujours compatibles avec une santé bucco-dentaire stable et pérenne dans le temps.

Ainsi, même si les quelques milliers de patients qui se font soigner à l'étranger chaque année peuvent paraître une goutte d'eau par rapport à l'ensemble de la population, les conséquences légales qu'engendre le tourisme dentaire ne sont pas négligeables vis-à-vis des chirurgiens-dentistes français qui doivent assurer la continuité des soins de ces patients une fois qu'ils rentrent en France.

Nous verrons à l'avenir si le tourisme dentaire va continuer à prendre de l'ampleur en France dans les prochaines années, mais la nouvelle convention, qui prévoit notamment le plafonnement du prix des prothèses, pourrait peut-être freiner ce phénomène en diminuant le nombre de patients renonçant à ces soins pour des raisons financières.

Bibliographie

- 1- CHASLES V. *Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion généralement appelée « tourisme médical »* [en ligne]. Géoconfluences. 2011 : [consulté le 07/10/17] .Disponible : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm>
- 2- LOTFI B. *Le tourisme médical : un enjeu stratégique pour la Tunisie* [en ligne]. 2012 : [consulté le 07/10/17] . Disponible : http://www.ctee.tn/wp-content/uploads/jes2012_tourisme_medical.pdf
- 3- CONNELL J. Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tour Manag* . 2006;27:1093-100.
- 4- TURNER L. *Le «tourisme dentaire» : enjeux liés à l'obtention de soins dentaires à l'étranger*. *J Assoc Dent Can*. 2009 ; 75 (2) : 117-119.
- 5- DENTAL SUISSE. *Tourisme dentaire : le piège ?* [en ligne]. Dental Suisse. 2009 [consulté le 07/10/17]. Disponible : http://www.dental-suisse.ch/numero/dental_04_web.pdf
- 6- HEMM E. *Prise en charge des soins reçus à l'étranger*. *Inf Dent*. 2007 ; 89 (7) : 311-313.
- 7- PERRIN C. *Tourisme médical: quelles garanties pour les patients ?*. *Concours Méd*.2007 ; 129 (3/4) : 102-103.
- 8- ANIDO FREIRE N. *L'essor du tourisme médical: joindre l'utile à l'agréable ?*. CRISC. [en ligne]. 2010 [consulté le 07/10/17]. Disponible : http://www.iscparis-recherche.com/fileadmin/templates/iscparis2/Recherche/CRISC_26.pdf
- 9- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. Les chiffres du tourisme dentaire en 2016. *La Lettre*. 2017;(161):13-6.
- 10- La Rédaction JDN. Nombre d'internautes dans le monde [Internet]. [consulté le 29/10 /17]. Disponible sur: <http://www.journaldunet.com/ebusiness/le-net/1071539-nombre-d-internautes-dans-le-monde/>
- 11- INTERNETWORLDSTATS. france internet usage and telecommunications Report [Internet]. [consulté le 29/10 /17]. Disponible sur: <http://www.internetworldstats.com/eu/fr.htm>
- 12- COUSSEAU C. *Tourisme médical*. *Petit Futé Mag*. 2009 : 104-109.
- 13- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. La Hongrie reste la première destination du tourisme dentaire. *La Lettre*. 2016;(151):5-7.

- 14- SERVICE-PUBLIC. Soins reçus à l'étranger - Déclaration à compléter par l'assuré [Internet]. [consulté le 07/10/17]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R17466>
- 15- JETCOST. Vol Lyon - Bucarest pas cher | Comparateur de billet d'avion [Internet]. Jetcost. [consulté le 07/10/17]. Disponible sur: <http://www.jetcost.com/vol-lyon-bucarest.htm>
- 16- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE. Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens [Internet]. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_fnors.pdf
- 17- TOUTELEUROPE. La carte de l'espace Schengen [Internet]. Toute l'europe.eu. [consulté le 07/10/17]. Disponible sur: <http://www.touteleurope.eu/actualite/la-carte-de-l-espace-schengen.html>
- 18- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. Les chiffres du tourisme dentaire en 2016. La Lettre. 2017;(161):13-6.
- 19- WIKIPEDIA. Assurance maladie en France. [Internet]. 2017 [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Assurance_maladie_en_France&oldid=139280689
- 20- Actes Opposables [Internet]. [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: <http://www.infosoins.fr/AmoRembl.html>
- 21- Les chirurgiens-dentistes en chiffres... [Internet]. [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: <http://www.cnsd.fr/tout-sur-la-cnsd/que-faisons-nous/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>
- 22- WIKIPEDIA. Couverture maladie universelle.[Internet]. 2017 [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Couverture_maladie_universelle&oldid=139194004
- 23- AMELI /Assurance maladie. La protection universelle maladie [Internet]. [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
- 24- LE PORTAIL DES MINISTERES ECONOMIQUES ET FINANCIERS. La mutuelle d'entreprise devient obligatoire au 1er janvier 2016 dans le secteur privé [Internet]. [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: <http://www.economie.gouv.fr/entreprises/mutuelle-entreprise-obligatoire>

- 25- Une généralisation de la complémentaire santé... à 5 % des Français ? [Internet]. jechange. [consulté le 15/10/2017]. Disponible sur: <https://www.jechange.fr/assurance/mutuelle-sante/news/generalisation-complementaire-sante-5-francais-28-04-2016-3897>.
- 26- WIKIPEDIA. Compagnie aérienne à bas prix. [Internet]. 2016 [consulté le 15/10/17]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Compagnie_a%C3%A9rienne_%C3%A0_bas_prix&oldid=129486908
- 27- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE. Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens [Internet]. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_fnors.pdf
- 28- La carte de l'espace Schengen [Internet]. Toute l'europe.eu. [consulté le 21/10/17]. Disponible sur: <http://www.touteurope.eu/actualite/la-carte-de-l-espace-schengen.html>
- 29- Voyage Dental | Voyage dentaire Hongrie, tourisme et soin dentaire [Internet]. [consulté le 21/10/17]. Disponible sur: <http://voyagedental.fr/>
- 30- BERY A, DELPRAT L. *Droits et obligations du chirurgien-dentiste*. Hericy : Editions du Puits Fleuri ; 2006.
- 31- SANIEZ M. *La chirurgie dentaire dans l'union européenne des 25*. Thèse d'exercice d'odontologie. Université de Lille 2 ; 2006.
- 32- FOUCHE G. *Soins dentaires à l'étranger : impacts sur la relation chirurgien-dentiste / patient* [Mémoire de master 2 Recherche en éthique]. Paris : Université Paris Descartes , 2012. Disponible : http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/sites/default/files/m2_fouche.pdf
- 33- O'CONNELL B, O'SULLIVAN M. *Have teeth will travel : dental tourism - informing the public*. J Irish Dent Assoc. 2007 ; 53 (4) : 180-182.
- 34- PIRNAY P, VALCARCEL J, LELIEVRE N. *Je suis chirurgien-dentiste, mais je ne soigne pas les caries!*. Inf Dent. 2014 ; 96(1) : 30-34.
- 35- ÖSTERLE A, BALAZS P, DELGADO J. *Travelling for teeth : characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary*. Br Dent J. 2009 ; 206 (8) : 425-428.
- 36- WARMUTH C; *les vrais chiffres du tourisme dentaire*. Chir Dent Fr .2012 ; (1539) :19-21.
- 37- ASAI RG, JONES KD. *Am I obligated to treat a patient whose need for emergency care stems from dental tourism ?* J Am Dent Assoc. 2007 ; 138 (7) : 1018-9.

- 38- BURKE FJ. *The perils of dental tourism*. Dent Update. 2007 ; 34 (10) : 605–6.
- 39- BAULIG C, WEIBLER-VILLALOBOS U, KÖRNER I et coll. *Evaluation von Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlichprothetischer Versorgungen im (Nicht- EU-) Ausland*. Deutsche Zahnärztl Zeitschr. 2004 ; 59: 230-235.
- 40- JOSS A, CHRISTENSEN MM, JAKOB S, OBERHOLZER G et coll. *Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn)*. Acta Med Dent Helv 1999; 4 :77-85.
- 41- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. *Une émission sur France 2 .Tourisme dentaire et télé : un journalisme au rabais*. La Lettre. 2008 ; (66) : 9.
- 42- ESNARD L. *Le boom de la chirurgie à prix réduit*. Téoros. 2005 ; 24 (3) : 25-29.
- 43- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. *Les vrais chiffres du tourisme dentaire*. La Lettre.2014 ;(130) :5-8.
- 44- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes en France par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
- 45- HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Outils de sécurisation et d'autoévaluation del'administration des médicaments* [en ligne]. 2011 [consulté Le01/11/17]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf
- 46- COMPRENDRECHOISIR.COM. *Traçabilité des soins : principe et infos sur la traçabilité des soins* [en ligne]. 2007-2014 [consulté le 01/11/17]. Disponible : <http://rfid.comprendrechoisir.com/comprendre/tracabilite-des-soins>
- 47- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. *Traçabilité des dispositifs médicaux* [en ligne]. 2014 [consulté le 01/11/17]. Disponible : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/tracabilite-des-dispositifs-medicaux.html>
- 48- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. *Tourisme dentaire, terre d'aventures... à l'étranger et en France*. La Lettre. 2008 ; (92) : 5-7.

- 49- ELKAÏM S. *Chirurgiens-dentistes et prothésistes : une relation bouleversée par la mondialisation*. Clinica 2008 ; 29 : 12-15.
- 50- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS - DGS/DHOS - CTINILS. *Définition des infections associées aux soins*. 2007. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf
- 51- DUVAL-ARNOULD D. *La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002* [en ligne]. 2002 [consulté le 01/11/17]. Disponible : http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html
- 52- EUSTACHE I. *Le tourisme médical ne cesse de se développer*. 2007 [consulté le 11/11/17]. Disponible : <http://www.e-sante.fr/tourisme-medical-ne-cesse-se-developper/actualite/422>
- 53- SHAH S. *Safari scalpel à New Delhi, ou les périls du tourisme médical* [en ligne]. 2012 [consulté le 11/11/17]. Disponible : <http://www.monde-diplomatique.fr/2012/12/SHAH/48473>
- 54- KHELIFA A. *Mondialisation des soins et tourisme médical* [en ligne]. Institut Montparnasse. 2013 : [consulté le 11/11/17] . Disponible : <http://www.institut-montparnasse.fr/mondialisation-des-soins-et-tourisme-medical/>
- 55- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. *La déontologie médicale et son environnement juridique* [en ligne]. 2004 [consulté le 05/02/18]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-deontologie-medecale-et-son-environnement-juridique-719>
- 56- LEPUT S. *Le tourisme médical: opportunité ou menace pour le système de santé Français?* [Mémoire de licence Management de la santé]. Paris : IUT Paris Descartes;2007. disponible : https://moodle.iut.parisdescartes.fr/pluginfile.php/3088/mod_folder/content/0/Sandrine_Leput.pdf?forcedownload=1
- 57- TERRINI A. *Un déficit de consentement éclairé*. Chir Dent. 2012 ; (1553) : 34-35.
- 58- MENVIELLE L, MENVIELLE W. *Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager*. Téoros 2010 ; 29 (1) : 109-119.

- 59- JACOTOT D. *Pas de concession judiciaire sur le devoir d'information!*. La Lettre. 2012 ; (111) : 29 - 30.
- 60- SOCIETE FRANCAISE DE CHIRURGIE ORALE. *Info du patient* [en ligne]. 2014 [consulté le 05/02/18]. Disponible: <http://societechirorale.com/fr/sfco/info-du-patient#.U6vZYkCnqus>
- 61- UZEL A. *Consentement.com*. Clinic. 2012 :19.
- 62- CROOKS VA, SNYDER J. *Tourisme médical : ce que les médecins de famille canadiens doivent savoir*. Can Fam Phys. 2011 ; 57 (5) : 151-153.
- 63- VACQUIN M. *La responsabilité: la condition de notre humanité*. Paris : Autrement , 1994.
- 64- GUILLIEN R. *Lexique des termes juridiques*. Paris : Dalloz , 1990.
- 65- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES. *Une actualisation du passeport implantaire*. La Lettre, 2012 ; (111) : 18-25.

SAVRAN (Selim). -« Le tourisme dentaire» : conséquences médico-légales. .-88f. ; ill. ; tabl ; 68 ref ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2018)

RESUME

A travers cette thèse, nous avons voulu étudier le phénomène grandissant du tourisme dentaire.

Nous avons d'abord défini de manière générale ce qu'était le tourisme médical, puis nous nous sommes penchés sur le versant odontologique du sujet en nous intéressant aux conséquences médicales de ce phénomène pour finir sur les conséquences légales et les limites de cette pratique.

Ainsi, cela nous a permis de dégager certaines observations à l'encontre de cette pratique qui n'est pas dénuée de risques pour les patients et de conséquences importantes pour les chirurgiens dentistes français.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Déontologie.

MOTS CLÉS / MESH

Tourisme médical/ Medical Tourism.

Soins dentaires/ Dental Care.

Jurisprudence/ Jurisprudence.

Éthique médicale/ Ethics,medical

Législation en odontologie/ Legislation,dental

Europe/ Europe.

JURY

Président : Professeur GIUMELLI Bernard.

Directeur : Docteur *AMADOR DEL VALLE Gilles.*

Assesseur : Docteur JORDANA Fabienne.

Assesseur : Docteur BRAY Estelle.

ADRESSE DE L'AUTEUR :

5 Impasse de l'azalée 41100 Saint Ouen.

Selim.savran@outlook.fr