



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-110P

Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique

RAPPORT

Établi par

Dr Gilles DUHAMEL

Membre de l'Igas

- Juillet 2010 -

Synthèse

Les chirurgiens-dentistes sont environ 37 000 en France. Leur répartition géographique est très hétérogène. La presque totalité d'entre eux exerce en cabinet libéral et travaille de façon individuelle plutôt qu'en exercice groupé. La majorité a une activité généraliste, les autres chirurgiens-dentistes focalisent plus ou moins leur activité dans certains domaines (parodontologie, orthodontie, implantologie...). Vingt deux mille cabinets emploient en moyenne 1,8 salariées. Il s'agit d'une secrétaire, d'une aide ou d'une assistante dont les tâches sont en partie les mêmes, les assistantes étant les seules habilitées après une formation qualifiante à faire certains gestes techniques. Cette formation professionnelle, organisée dans le cadre de la convention collective des chirurgiens dentistes, se fait en 12 à 18 mois et alterne cours théoriques et stage pratique au cabinet employeur qui finance la formation.

Certains représentants de chirurgiens dentistes et les porte-paroles des assistantes dentaires expriment un certain nombre d'insatisfactions vis-à-vis de la situation présente et formulent des demandes assez circonscrites.

Les griefs portent sur leur formation qui serait inhomogène selon les lieux de formation et inadaptée sur certains points techniques. Le malaise tient aussi à un éventuel exercice illégal dans la mesure où elles sont amenées à exécuter certaines tâches, pour certaines de façon quotidienne, sans être assurées d'en avoir le droit ou alors même qu'elles ne sont clairement pas habilitées à le faire. Mais l'insatisfaction est plus globale et tient essentiellement à un sentiment de non reconnaissance.

Les attentes des assistantes dentaires, si elles concernent leur formation - certaines envisageant la création d'un diplôme national en lieu et place du dispositif actuel de formation professionnelle – ou le besoin de clarification sur les tâches qu'elles peuvent exécuter en toute légalité, se focalisent surtout sur leur place au sein du cabinet qui devrait plus s'inscrire dans une dynamique et un travail d'équipe et sur leur souhait d'être reconnues comme profession de santé dans le code de la santé publique. Cette reconnaissance ne s'accompagne aucunement d'une demande d'autonomisation vis-à-vis du chirurgien dentiste et du cabinet dentaire, alors que dans de nombreux pays existe une profession autonome d'hygiéniste dentaire et que le retard français en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire reste flagrant malgré les actions menées par l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes. Enfin, certains chirurgiens dentistes, notamment les orthodontistes suggèrent que plus de gestes techniques puissent être réalisés par leurs assistantes sous leur contrôle et leur responsabilité, ce à quoi les assistantes adhèrent, pour peu qu'elles soient formées à ces gestes.

La position de la profession des chirurgiens dentistes demeure non consensuelle. A côté de ceux qui militent en faveur des assistantes dentaires (essentiellement un syndicat de chirurgiens dentistes libéraux qui est minoritaire, des chirurgiens dentistes exerçant en centres de santé et des stomatologistes hospitaliers), et de l'appui du Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes, bon nombre de chirurgiens dentistes libéraux semblent prêts à prendre en considération les demandes de leurs assistantes. Mais ils sont peu nombreux à les relayer activement.

Quant à la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) qui regroupe quelques 14 - 15 000 chirurgiens dentistes libéraux, elle reste opposée à ce qu'un statut de profession de santé soit aujourd'hui reconnu aux assistantes dentaires, la qualification et le titre professionnel obtenus dans le cadre actuel de la formation professionnelle leur paraissant suffisant. Une enquête toute récente réalisée auprès de ses adhérents montre que ces derniers ont une attitude moins tranchée, la moitié d'entre eux acceptant que leurs assistantes soient reconnues comme profession de santé. La CNSD propose qu'avant toute reconnaissance éventuelle en tant que profession de santé, une réflexion préalable soit conduite portant sur l'activité des assistantes dentaires, l'évolution éventuelle de leurs tâches, et l'évolution des connaissances et de leur formation qui en découlerait, pour peu que cette réflexion s'inscrive dans le cadre actuel de la convention collective. Il est

difficile de savoir ce que recouvre cette approche qui pourrait être une position tactique, dans la mesure où la CNSD avait adoptée une attitude similaire il y a quelques années sans avoir fait avancer le dossier depuis de façon significative.

Sans qu'il y ait d'impératif, plusieurs éléments justifieraient l'inscription des assistantes dentaires au code de la santé publique en tant que profession de santé. Ils sont de nature politique, juridique et technique.

La reconnaissance par la société de la réalité du rôle propre des assistantes dentaires à la fois comme membre à part entière d'une équipe de soins et comme ayant des fonctions dédiées au sein de cette équipe donnerait aux yeux des usagers – comme à ceux de leurs employeurs - du crédit aux tâches techniques qu'elles remplissent. Plus largement, elle attesterait l'importance accordée par les pouvoirs publics à la santé bucco-dentaire et au besoin d'amélioration de la prévention.

Au plan juridique, la définition de leurs missions et de leurs fonctions dans le code répondrait au sentiment d'insécurité juridique qui entoure certaines de leurs tâches quotidiennes. De surcroît, la reconnaissance en tant que profession de santé permettrait d'une part aux assistantes employées en cabinet libéral d'intervenir avec leur employeur en clinique, d'autre part d'accorder un statut aux assistantes travaillant hors cabinet libéral, notamment en centres de santé.

Enfin, leur identification dans le code permettrait un meilleur encadrement en matière de sécurité sanitaire en particulier pour les tâches techniques qu'on serait amené à les voir réaliser.

Outre les quelques tâches actuellement réalisées en routine bien qu'elles ne figurent pas au référentiel métier de la convention collective (telles les radiographies panoramiques dentaires qu'il conviendrait de rendre possibles), différentes tâches pourraient être déléguées aux assistantes dentaires. Elles seraient réalisées par les assistantes mais sous le contrôle et la responsabilité des chirurgiens dentistes. Les unes ont trait à l'hygiène et la prévention bucco-dentaire. Celles-ci pourraient être réalisées en cabinet mais également hors cabinet par exemple dans le cadre des actions de santé scolaire, en EHPAD ou dans les lieux de détention. Ces actes hors cabinet devraient figurer à la nomenclature et être pris en charge par l'assurance maladie. Les autres concernent la participation et l'implication directe des assistantes dans des gestes techniques en bouche dans le cadre d'interventions réalisées par les chirurgiens dentistes, notamment en orthodontie. Il conviendra de discuter au cas par cas avec la profession et les chirurgiens dentistes chacun des gestes qui pourraient faire l'objet d'une telle délégation.

Autant le principe de telles délégations paraît justifié du fait d'un besoin déjà existant auquel il est mal répondu. Autant il est difficile de quantifier l'ampleur du besoin. Il est important pour ce qui est de la prévention bucco-dentaire dans la mesure où les chirurgiens dentistes sont très peu mobilisés sur cette mission, en tout cas hors de leur cabinet, et où la France accuse le retard que l'on sait en la matière. Pour ce qui concerne les tâches techniques, le besoin variera selon le type et le lieu d'exercice de chaque chirurgien dentiste, tous éléments qui ne font l'objet d'aucune planification, ni d'aucune régulation.

En conclusion, la mission fait un certain nombre de préconisations. Elle recommande que les pouvoirs publics interviennent auprès de la Commission nationale paritaire pour que le socle de base des cours théoriques permettant la qualification des assistantes dentaires soit mis à niveau et harmonisé dans les différents centres de formation quelle agréé. Elle ne voit pas d'avantages suffisants à remplacer le dispositif actuel de formation professionnelle par un diplôme d'Etat ou un diplôme national. En revanche, il y aurait tout intérêt pour la collectivité comme pour les futures assistantes à ce que des stages pratiques en dehors du cabinet employeur soient mis en place, notamment en établissement de santé, et dans différents lieux pour intervenir en prévention (EHPAD, centres scolaires, lieux de détention...).

La profession d'assistantes dentaires devrait être reconnue dans le code de la santé publique et ses missions définies à partir du référentiel existant, remis à niveau pour ce qui concerne les tâches techniques quotidiennement réalisées dans les cabinets et faisant consensus parmi la majorité des chirurgiens dentistes. Le titre et la qualification actuelle par la voie de la formation professionnelle seraient maintenus. Les interventions des assistantes se feraient sous la responsabilité et le contrôle de leurs chirurgiens dentistes employeurs. Des groupes de travail devraient être constitués par type de tâches avec les chirurgiens dentistes concernés en vue de définir les connaissances et cahiers des charges des formations nécessaires pour qu'elles puissent être déléguées à certaines assistantes qui seraient qualifiées à cet effet après avoir suivi une formation complémentaire ad hoc. Ces délégations devront faire l'objet d'une ou de disposition(s) réglementaire(s) spécifique(s). La mission ne voit pas la nécessité de créer un Ordre de la profession.

La mission suggère une politique publique plus déterminée en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire où l'assistante dentaire pourrait (devrait) avoir toute sa place. La prochaine convention entre assurance maladie et chirurgiens-dentistes qui doit intervenir en 2011 devrait fixer des objectifs quantifiés à la profession en matière de prévention, d'hygiène bucco-dentaire et d'indice de dents cariées, absentes, obturées (CAO), et définir un cadre par cabinet en la matière. Les actes de prévention et d'hygiène bucco-dentaire en cabinet pourraient être revalorisés. Ils devraient être autorisés hors cabinet et pris en charge par l'assurance maladie. La convention devrait également garantir la mise à niveau d'un nombre défini d'assistantes dentaires dont les capacités pédagogiques en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire seraient reconnues, de manière à pouvoir reconnaître la profession d'hygiéniste dentaire en cas d'amélioration insuffisante de l'indice CAO dans la population.

Sommaire

SYNTHESE	3
RAPPORT SUR L’OPPORTUNITE ET LES MODALITES D’INSCRIPTION DES ASSISTANTES DENTAIRES DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	9
1. LE CONTEXTE.....	9
1.1. <i>La saisine ministérielle</i>	9
1.2. <i>Le contexte professionnel des chirurgiens-dentistes et de leurs assistant(e)s dentaires</i>	10
1.2.1. <i>La démographie tendue des chirurgiens dentistes</i>	10
1.2.2. <i>L’hétérogénéité de la position des assistant(e)s dentaires</i>	11
2. LES ATTENTES DES ASSISTANTES DENTAIRES ET LA POSITION DES CHIRURGIENS DENTISTES	16
2.1. <i>Les insatisfactions et les attentes des assistantes dentaires sont assez bien circonscrites ..</i>	16
2.1.1. <i>Une amélioration de leur formation.....</i>	16
2.1.2. <i>Une clarification de certaines de leurs tâches.....</i>	17
2.1.3. <i>Un besoin de reconnaissance</i>	18
2.1.4. <i>Vers une extension du partage de tâches</i>	19
2.2. <i>La position des chirurgiens dentistes demeure non consensuelle.....</i>	19
3. LE RETARD FRANÇAIS EN MATIERE DE PREVENTION ET D’HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	22
4. QUELLES REPNSES EN MATIERE DE FORMATION ?	25
5. LES ELEMENTS JUSTIFIANT L’INSCRIPTION DES ASSISTANTES DENTAIRES AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE SONT DE NATURE POLITIQUE, JURIDIQUE ET SANITAIRE.....	28
5.1. <i>Considérations générales</i>	28
5.2. <i>Une plus grande reconnaissance sociétale.....</i>	29
5.3. <i>Un renforcement de la sécurité juridique</i>	30
5.4. <i>Un meilleur encadrement sanitaire</i>	31
6. LES MODALITES ENVISAGEABLES POUR L’INSCRIPTION DE LA PROFESSION DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	31
7. QUELLES RESPONSABILITES DANS LE CADRE D’UNE COOPERATION ENTRE CHIRURGIENS-DENTISTES ET ASSISTANTES DENTAIRES ?	34
8. L’EXTENSION DES TACHES	35
8.1. <i>Intervention à visée préventive en hygiène bucco-dentaire dans et hors cabinet.....</i>	35
8.2. <i>Assistance technique et délégation de tâches</i>	36
9. LES 10 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	38
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION.....	41
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	43

Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique

1. LE CONTEXTE

1.1. *La saisine ministérielle*

L'introduction dans le Code de la santé publique (CSP) de la profession d'assistant(e) dentaire est une demande forte portée depuis quelques années à la fois par les représentant(e)s des assistant(e)s dentaires et par une partie des organisations professionnelles des chirurgiens-dentistes.

Toutefois, l'absence de consensus des organisations professionnelles des chirurgiens-dentistes n'a pas permis d'aboutir à la reconnaissance de la profession dans le code de la santé publique malgré leur participation à un groupe de travail mis en place en 2005 par le ministère de la santé.

Des amendements parlementaires visant à l'inscription des assistantes dentaires dans le code de la santé publique sont régulièrement déposés et repoussés lors de la discussion de projets de loi en matière de santé au Parlement. Ce sujet a été une nouvelle fois abordé lors des débats sur le projet de loi Hôpital – patients – santé – territoires (HPST)¹ en 2009 et la ministre de la santé et des sports s'est engagée à ce que l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) produise une analyse et fasse des propositions sur l'opportunité et les modalités éventuelles d'une telle inscription dans le code (cf. annexe 1 lettre de saisine de l'IGAS).

Madame la ministre a souhaité qu'une concertation approfondie soit engagée avec les organisations concernées afin d'identifier les points de consensus et de divergence en tenant compte des principaux enjeux, et notamment du mode d'exercice des chirurgiens-dentistes, du domaine d'intervention des assistantes dentaires, du développement de la prévention et de l'éducation dans le domaine bucco-dentaire, de l'optimisation des pratiques professionnelles en matière d'hygiène, de qualité et de sécurité des soins.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

1.2. Le contexte professionnel des chirurgiens-dentistes et de leurs assistant(e)s dentaires

1.2.1. La démographie tendue des chirurgiens dentistes

Le répertoire ADELI recensait au 1^{er} janvier 2008, 41 422 chirurgiens dentistes « actifs occupés » en métropole et 824 dans les départements d'outre mer².

Entre 1990 et 2006, le taux de croissance annuel moyen des effectifs a été le plus faible de toutes les professions de santé³. Compte tenu de l'évolution du *numerus clausus*⁴, un mouvement de repli des effectifs est attendu jusqu'au début des années 2020 pour s'atténuer à la fin de cette décennie. Un effectif d'environ 27 000 professionnels est alors anticipé, effectif qui serait similaire à celui de la fin des années 1970.

La profession devrait continuer à vieillir jusqu'en 2015 avant de retrouver en 2030 l'âge moyen de 2006. Entre 2006 et 2015, la part des plus de 55 ans parmi les praticiens actifs passerait de 29% à 40%. En revanche en 2030 les générations les plus âgées ayant pris leur retraite, la part des chirurgiens-dentistes de 50 ans ou plus diminuera fortement. Ce recul devrait être compensé par un accroissement de la part des actifs de moins de 45 ans pour représenter environ 50% de la profession alors qu'elle ne sera que de 36% en 2015.

La féminisation croissante de la profession s'accroît d'année en année, même si c'est l'une des moins marquée des professions médicales (35,9% en 2007). Actuellement une majorité (52%) de femmes s'inscrit chaque année à l'Ordre. Cette féminisation devrait rester soutenue.

A court terme, l'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes ne dépend quasiment que des comportements de cessation d'activité des praticiens en exercice. Entre 2006 et 2007, le nombre d'inscrits à l'Ordre a augmenté de 269, mais le nombre de praticiens actifs a diminué de 52.

Tableau 1 : Nombre de chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre en 2007

	Nombre d'inscrits		Omnipratique	Orthopédie donto faciale
Femmes	16 203	libéraux	11 548	1 026
		salariés	1 687	76
Hommes	28 423	libéraux	23 632	821
		salariés	1 107	14
Total	44 626		37 974	1937

Source : : rapport socio-économique de la branche dentaire. Année 2007

Parmi les quelques 37 000 chirurgiens-dentistes exerçant en libéral, 57 % avaient en 2007 un mode d'exercice individuel, 43% exerçaient en association sous des formes juridiques différentes.

² Le rapport socio-économique de la branche dentaire de 2007 édité par la Confédération nationale des syndicats dentaires d'où sont tirés ces chiffres précise que ceux issus du Conseil national de l'Ordre diffèrent quelque peu mais pas de manière significative.

³ Observatoire national de la démographie des professions de santé. « Analyse des professions : chirurgien-dentiste, périnatalité, bloc opératoire » Rapport 2006-2007.

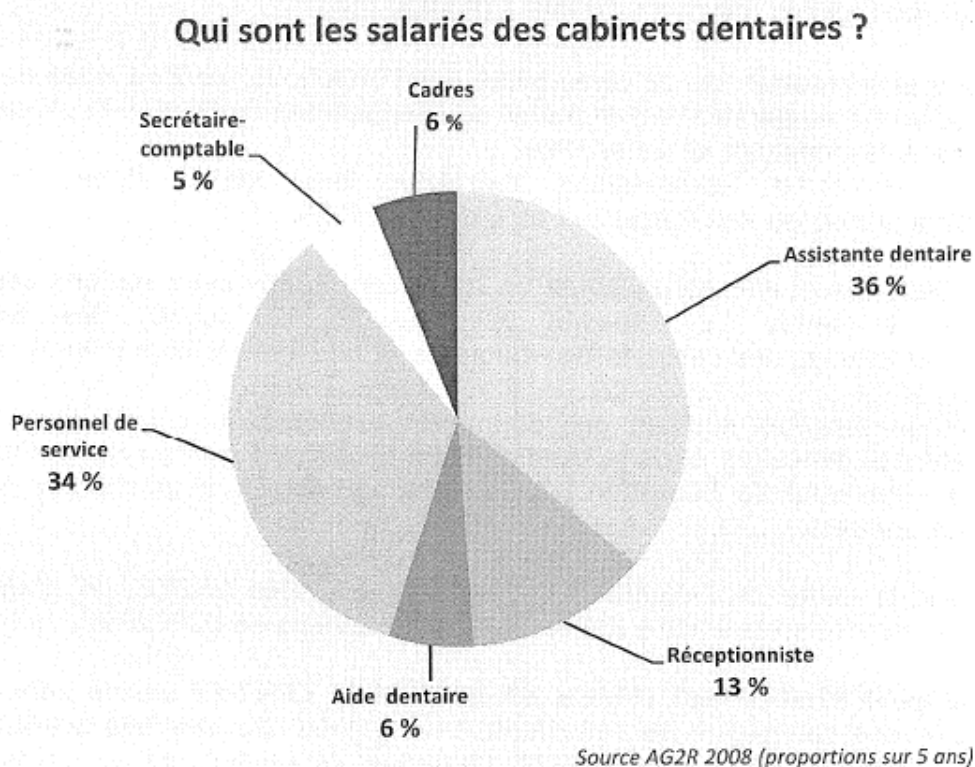
⁴ Le *numerus clausus* pour accéder aux études d'odontologie était de 1930 à son origine en 1971. Il est descendu à 800 entre 1991 et 2000 et est progressivement remonté depuis. Il était de 1047 pour 2007-2008.

La répartition géographique des chirurgiens-dentistes n'est pas homogène. Il existe des inégalités territoriales fortes entre nord et sud, entre communes rurales et grands pôles urbains qui s'expliqueraient davantage par des choix personnels ou professionnels que par la recherche de rentabilité économique. Si l'on prend en compte le nombre d'inscrits à l'Ordre (desquels il faudrait retrancher environ 10% pour apprécier la densité des soignants), leur densité varie à l'extrême selon les départements d'un facteur 8. Si l'on considère l'importance de la commune : 21,7% des soignants exerçaient dans l'agglomération parisienne, 50,5% dans des communes de plus de 200 000 habitants, 7,9% en commune rurale.

1.2.2. L'hétérogénéité de la position des assistant(e)s dentaires

1.2.2.1. Leur nombre

Le rapport socio-économique de la branche dentaire estimait à 45 622 le nombre de salariés des cabinets dentaires en 2007. Parmi ces salariés, quelques 37 000 sont des aides ou des assistantes ou des secrétaires - réceptionnistes. Il est difficile de distinguer précisément entre elles, le nombre d'assistantes (formées ou en formation). Le rapport anglais du National audit office. « Reforming NHS dentistry : ensuring effective management of risks » en retenait 18 500 pour la France en 2004. La tendance est à l'augmentation. Mais, la France est un des pays d'Europe à avoir le moins de personnel salarié par cabinet ou par praticien soignant.



La majorité de ces salariés - qu'ils soient secrétaires, aides, ou assistantes - travaillait à temps partiel en 2007. 97% étaient des femmes.

Leurs employeurs (cabinets individuels ou cabinets de groupe) étaient un peu plus de 22 000. Presque trois quart (un peu plus de 73%) des cabinets employeurs employaient 1 ou 2 salariés.

L'ancienneté dans la branche de l'ensemble des salariés est de 8 ans et s'étend de moins d'un an à plus de 40 ans (données 2007). Pour les assistantes dentaires, l'ancienneté est légèrement plus élevée : l'ancienneté médiane est de 10 ans, et un quart des assistantes sont entrées dans la branche il y a plus de 21 ans. Un quart d'entre elles, malgré tout, ont une ancienneté inférieure à 3 ans. Le pic se situe autour de 25 ans d'ancienneté⁵.

Les mouvements de personnel sont importants dans la profession. La durée moyenne du premier contrat est de 7 ans. Un quart des assistantes dentaires a un premier contrat de moins de 2 ans. Un quart un premier contrat de plus de 18 ans. Les entrées en cabinet recensées ont été au nombre de 19 563 et les sorties au nombre de 15 815 en 2007, un peu plus que les années précédentes. Le turn-over des aides et assistantes reste toutefois relativement stable au fil des années autour de 30%.

Il convient de noter que 49% des praticiens qui travaillent seuls n'emploient pas d'assistant dentaire. Ce pourcentage est de 16% dans le cadre d'un exercice de groupe avec « mutualisation » de l'assistante dentaire. Si en moyenne environ la moitié des cabinets dentaires emploie une assistante dentaire, un chirurgien-dentiste peut employer plusieurs assistantes, et a contrario une assistante dentaire peut travailler dans plusieurs cabinets.

Le rapport socio-économique de 2007 indique qu'il semble exister deux profils d'employeurs :

- un profil de « petits cabinets stables » comprenant en moyenne 1,2 salariés (par an) et ayant eu 2,3 contrats sur l'ensemble des 5 dernières années. Il s'agit généralement de cabinets ayant peu d'assistantes ou d'aides dentaires (0,72 en moyenne sur 5 ans). Dans ces cabinets, la durée moyenne des contrats est de 9,5 ans.
- l'autre profil concerne des cabinets plus importants (4 salariés par an en règle générale) et plus de 9 contrats (soit un peu plus de 2 contrats par poste en 5 ans).
- Ces cabinets sont nettement moins nombreux que les premiers (7501 cabinets)⁶, mais ils ont embauché en moyenne 2,85 aides et assistantes dentaires en 5 ans avec une durée moyenne des contrats de 5 ans. Cette durée moyenne correspond à plusieurs contrats très courts et des contrats de longue durée.
- La durée médiane des contrats est de 9 ans. Le contrat le plus court (par cabinet) a duré moins de 5 ans en médiane, et le contrat le plus long plus de 13 ans en médiane.

Près de 80% des motifs de départs connus⁷ concernant l'ensemble des salariés ont lieu par démission. 70% concernent des assistantes et des aides dentaires. Le licenciement est de l'ordre de 10 % pour l'ensemble des salariés, mais de 20% pour les aides et assistantes dentaires. Le départ à la retraite est de 5-6% entre les différentes catégories de salariées.

Au final, les aides et assistantes dentaires ne constituent pas une catégorie homogène. Pour autant elles se distinguent nettement des autres salariés au niveau de la durée de leur contrat, de leur turn-over, de leur âge moyen et des difficultés d'embauche par région.

1.2.2.2. Leur statut

En France le métier d'assistant(e) dentaire est actuellement encadré uniquement par la convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992, étendue par un arrêté du 2 avril 1992 (JO du 9 avril 1992), et, en particulier, par son annexe I (Classification des emplois), dans ses articles 2.1 et suivants⁸.

⁵ Les salariées qui avaient travaillé dans un même cabinet entre 1984 et 1989 ont pu être déclarée assistante dentaire qualifiée à titre dérogatoire entre 1992 et 1997.

⁶ 8 % des cabinets passent plus du tiers des contrats.

⁷ A noter que 60 % des motifs de sorties d'emplois ne sont pas connus.

⁸ Voir en annexe 2 la convention collective nationale des chirurgiens-dentistes.

L'article 2.1.1 pose les conditions de l'exercice de la profession d'assistant(e) dentaire. Ce texte dispose que « nul ne peut exercer la profession d'assistant dentaire s'il n'est titulaire du titre d'assistant dentaire inscrit au répertoire national des certifications professionnelles ou en cursus de formation ou de validation des acquis de l'expérience, tels que décrits dans l'accord étendu du 1er octobre 2004 relatif à la formation professionnelle dans les cabinets dentaires libéraux, et destiné à obtenir le titre d'assistant dentaire.

Par dérogation au présent article, l'article 3.6.3 de la convention collective nationale des cabinets dentaires prévoit que pendant la période d'absence continue ou discontinue inférieure ou égale à 4 mois, sur les 12 derniers mois, le salarié absent de manière continue ou discontinue pourra être remplacé par un salarié n'ayant pas la même qualification.

Les étudiants en chirurgie dentaire de l'Union européenne ou ayant des accords spécifiques avec l'Etat français, ayant validé leur 3e année de formation, sont autorisés pendant les périodes de vacances universitaires à effectuer le remplacement d'un (ou d'une) assistant(e) dentaire en poste».

Les articles 2.1.2 et suivants de l'annexe I de la convention collective définissent le cadre général de l'exercice de la profession. Ces articles disposent que :

« Article 2.1.2. L'assistant dentaire assume les tâches décrites à l'article 2.4 (nouveau) sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste. Il est seul autorisé à seconder le chirurgien-dentiste dans l'aide opératoire au fauteuil. L'assistant dentaire peut exercer aussi bien au sein d'un cabinet individuel que dans un cabinet de groupe ou d'un centre de soins. Il est soumis au secret professionnel.

Article 2.1.3. L'assistant dentaire ne peut en aucun cas se substituer à la personne du chirurgien-dentiste quant aux prérogatives attachées au diplôme de chirurgien-dentiste.

Article 2.1.4. Un chirurgien-dentiste peut se faire aider dans son cabinet par un ou plusieurs assistants dentaires ».

1.2.2.3. Leur formation

En France, il n'existe pas de diplôme d'Etat mais un certificat professionnel de niveau IV. Celui-ci est sous la responsabilité de la commission paritaire nationale de l'emploi de la formation professionnelle (CPNE-FP) des cabinets dentaires. Celle-ci est compétente pour définir l'organisation de l'enseignement qui est délivré par des écoles de formation professionnelle privées. Seuls les organismes de formation agréés par la CPNE-FP sont habilités à mettre en œuvre la formation et à organiser les épreuves de validation des connaissances. La CPNE-FP est seule habilitée à délivrer le titre d' « assistant(e) dentaire ». Ce titre est inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles.

L'employeur est tenu d'assurer la formation « interne » pratique nécessaire à l'exercice de la fonction et de laisser au salarié concerné le temps nécessaire lui permettant de participer à tous les stages, modules ou cours théoriques mis en place par la profession en vue de la préparation à la validation de la formation.

Dans la pratique, la formation consiste en une alternance de phases théoriques et de phases pratiques, avec des enseignements théoriques en école et des phases de stage dans le cabinet employeur. La durée du cursus varie de un an à 18 mois (voire deux ans) selon l'établissement, en alternance avec le travail en cabinet, et contient a priori le même contenu et le même nombre d'heures de formation théorique (260 heures).

Le titre d'assistant(e) dentaire est également accessible par validation des acquis de l'expérience auprès de la CPNE-FP par toute personne qui justifie d'au moins trois années d'expérience salarié(e), non salarié(e) ou bénévole en rapport avec le titre visé.

Le financement de la formation est assuré par l'employeur. 70 % des aides et assistantes dentaires font leur formation en contrat à durée indéterminée.

1.2.2.4. Leur rôle

Les tâches de l'assistant dentaire sont fixées par les référentiels d'emploi et de formation ou de compétence élaborés par la CPNE-FP de la branche.

En application, l'article 2.4 du titre II de l'annexe I de la convention collective énumère les tâches pouvant être effectuées par un assistant dentaire dans un cabinet dentaire.

Parmi les tâches de l'assistant dentaire on peut distinguer les activités administratives, organisationnelles et logistiques, d'une part, pour lesquelles l'assistant dentaire a besoin de compétences relationnelles et administratives, et les activités techniques, d'autre part, pour lesquelles il a également besoin de compétences techniques.

Ainsi :

- il/elle reçoit, accueille les patients et fixe les rendez-vous ;
- il /elle réalise les tâches administratives, voire comptables, nécessaires à la bonne marche du cabinet (ainsi parmi ses compétences, il assure l'encaissement, les relations avec les organismes d'assurance maladie...);
- il/elle peut assurer des fonctions de secrétariat ;
- il/elle prépare, constitue, actualise et classe les fichiers des dossiers médicaux ;
- il/elle assure la commande de fournitures et la gestion du stock de petit matériel et de produits consommables dont il assure la traçabilité ;
- il/elle assure l'assistance technique du professionnel ;
- il/elle prépare l'ensemble des instruments, matériaux et matériels nécessaires à l'intervention du chirurgien dentiste qui est son employeur ;
- il/elle seconde le chirurgien-dentiste dans l'aide opératoire au fauteuil ;

Dans le cadre de ses compétences techniques :

- il/elle assure la mise en fonctionnement du cabinet en étant susceptible de brancher ou débrancher des appareils, d'en vérifier le bon état et leur fonctionnement ;
- il/elle nettoie, décontamine et range les surfaces et les appareils ;
- il/elle décontamine, nettoie, stérilise et range les instruments ;
- dans le respect de la réglementation en vigueur et du contrat de travail, quel que soit le lieu d'intervention, il assure l'assistance opératoire du praticien quel que soit le type de soin (chirurgie, prothèse, odontologie, conservatrice, parodontologie, pédodontie, orthopédie dento-faciale⁹, radiologie...), en étant capable de préparer l'instrumentation nécessaire à l'intervention, d'anticiper et d'accompagner les gestes du praticien, de connaître les différents instruments, leur indication et leur emploi¹⁰ ;
- il/elle développe, identifie et classe les clichés radiologiques, ou les documents papiers résultant de l'utilisation d'appareillage d'imagerie médicale¹¹ ;
- il/elle est capable de repérer les signes précurseurs d'un malaise et d'assister, dans la limite de ses compétences, le praticien dans les situations d'urgence ;
- il /elle collabore à l'éducation des patients en matière d'hygiène bucco-dentaire ;
- il/elle peut préparer, à partir des empreintes effectuées par le praticien, les moulages d'étude et de travail ;
- il/elle peut, à partir des points anatomiques déterminés par le praticien, effectuer les tracés céphalométriques, dont l'analyse incombe au seul praticien ;

⁹ L'assistant dentaire ayant une mention complémentaire O.D.F. est l'auxiliaire particulièrement désigné pour assister les praticiens pratiquant l'orthopédie dento-faciale. A cet effet il possède des connaissances spécifiques acquises à l'issue d'une formation complémentaire dont le programme et la mise en œuvre sont confiés à la CPNE-FP des Cabinets Dentaires.

¹⁰ L'assistant dentaire ne serait donc pas censé intervenir en bouche sauf lorsqu'il accompagne les gestes du praticien, par exemple en ayant en charge l'aspiration ou en tenant un instrument.

¹¹ L'assistant dentaire n'est donc pas censé prendre des clichés radiologiques.

- sous la surveillance, et/ou après intervention du praticien, il/elle peut préparer tous appareillages, ou accessoires d'appareillages nécessités par le traitement, en montrer l'utilisation aux patients et contrôler leur coopération.

Certaines de ses tâches ont donc un lien direct avec la santé ou le soin des patients : hygiène bucco-dentaire, aseptie, gestion des déchets, préparation des salles de soins, préparation des instruments et des produits, aide opératoire.

En théorie et en application de l'article 2.1.1 précité, seules les personnes titulaires du titre d'assistant dentaire inscrit au répertoire national des certifications professionnelles ou en cursus de formation ou de validation des acquis de l'expérience peuvent exercer la profession d'assistant dentaire. Néanmoins, la frontière est floue dans la pratique quotidienne entre assistante et aide, voire entre assistante, aide et secrétaire. Selon l'Ordre national des chirurgiens-dentistes il est probable qu'un certain nombre de personnes exerce cette profession sans entrer dans le cadre défini par l'article 2.1.1¹², mais l'Ordre ne dispose pas de statistique à ce sujet.

Ainsi, dans le cadre de l'enquête menée récemment par la confédération nationale des syndicats dentaires (voir infra), les chirurgiens dentistes questionnés ne font pas de distinction dans leurs réponses entre assistantes, aides et secrétaires.

L'enquête authentifie également des pratiques non autorisées dans une proportion non négligeable. Le tableau ci-dessous indique la répartition des tâches que ces chirurgiens dentistes – tous syndiqués à la CNSD - délèguent à leur(s) salarié(es)

Accueil, prise de rendez-vous	99 %	Tâches de bureautique et administratives
Gestion de la stérilisation	95 %	
Tâches administratives : assurance maladie, encaissement	87 %	
Travail au fauteuil de façon ponctuelle	65 %	Tâches au fauteuil
Conseil brossage aux patients	38 %	
Travail au fauteuil, travail à quatre mains quasi permanent	34 %	
Prise de radios	17 %	Tâches non autorisées
Empreintes pour moulage d'étude	11 %	
Blanchiment	4 %	
Autres tâches de type maintenance parodontale	3 %	

Source : CNSD

On peut retenir différents groupes de tâches :

- les tâches administratives qui sont généralisées ;
- de même, certaines tâches techniques comme la stérilisation ;
- l'assistance du praticien au fauteuil qui est également très développée ;
- une délégation de tâches non autorisées chez un nombre relativement limité mais non négligeable de praticiens (17 % pour la prise de radios) ;
- une délégation de gestes techniques autres que la prise de radiologies reconnue par un petit nombre de chirurgiens dentistes. Mais il s'agit probablement de praticiens réalisant plus d'actes techniques spécialisés que la moyenne des chirurgiens dentistes omnipraticiens qui représentaient un petit pourcentage des interrogés de l'enquête. La proportion de telles

¹² Ce point a été corroboré par de nombreux interlocuteurs de la mission.

délégations dans les cabinets spécialisés dans certaines activités (la parodontologie par exemple) est possiblement beaucoup plus significative.

Au total, il existe une grande hétérogénéité des situations des assistantes, de leur nombre, de leur qualification réelle, de leur rôle dans les cabinets dentaires et des attentes des chirurgiens-dentistes à leur égard.

1.2.2.5. Dans les autres pays

Il existe en Europe de grandes disparités concernant le métier d'assistant(e) dentaire. Leur nombre varie considérablement : pratiquement tous les chirurgiens-dentistes allemands et autrichiens travaillent avec un(e) assistant(e) dentaire. Ils ne sont que 14% en Grèce et 20 % en Bulgarie.

Le niveau de qualification requis diffère également. Il n'y a pas de diplôme spécifique en Espagne où seul un diplôme d'enseignement secondaire suffit à exercer. Alors qu'en Suisse, en Allemagne et en Autriche la formation dure trois ans et se clôt par un diplôme qualifiant.

Il est actuellement impossible pour une assistante dentaire française de faire reconnaître la valeur de sa qualification dans des pays européens requérant un diplôme.

2. LES ATTENTES DES ASSISTANTES DENTAIRES ET LA POSITION DES CHIRURGIENS DENTISTES

2.1. *Les insatisfactions et les attentes des assistantes dentaires sont assez bien circonscrites*

Certains représentants de chirurgiens dentistes et plusieurs porte-paroles des assistantes dentaires expriment un certain nombre d'insatisfactions voire de griefs vis-à-vis de la situation présente et formulent des demandes. Celles-ci sont assez circonscrites. Les attentes des assistantes dentaires concernent leur formation, une demande de clarification concernant certaines de leurs tâches et, peut-être avant tout, un besoin de reconnaissance.

2.1.1. Une amélioration de leur formation

Selon les témoignages recueillis, le cursus de formation de base ne paraît pas toujours adéquat, le niveau théorique ne serait pas homogène et parfois insatisfaisant selon les lieux, les écoles et les intervenants.

Il serait en décalage vis-à-vis de certaines techniques : certaines continuent à être enseignées bien qu'obsolètes, d'autres innovantes ne le sont pas, ou ne le sont pas en formation de base et ne le sont qu'en sessions de formation continue auxquelles les assistantes dentaires n'ont souvent pas accès, leur accès dépendant du bon vouloir de leur employeur qui paie.

L'enseignement dans certains cas ne serait pas assez approfondi voire inexistant vis-à-vis de nouvelles techniques ou de techniques récentes.

La coordination nationale des assistantes dentaires souligne notamment des manques dans le référentiel métier en matière :

- de radioprotection
- d'hygiène bucco-dentaire
- d'asepsie

Les témoignages recueillis déplorent l'absence de protocoles harmonisés entre écoles, l'absence de cours pratique au fauteuil à l'école, l'absence d'apprentissage de travail à quatre mains (positionnement par rapport au champ visuel du chirurgien-dentiste, positionnement de l'aspiration par rapport aux doigts du chirurgien-dentiste, apprentissage de gestes techniques nécessitant un travail à quatre mains et l'intervention d'un assistant...)

Les phases de stage pratique quant à elles, se font uniquement dans le cabinet de l'employeur, la qualité de la formation pratique de l'assistante dentaire dépend donc uniquement de la qualité professionnelle de son employeur et le spectre des activités dont elle aura connaissance de la pratique de son employeur vis-à-vis des différentes technologies.

Il en résulte de grandes variations en termes de niveau et de contenu du cursus de formation de base des assistantes dentaires ce qui ne favorise pas un niveau de qualité comparable entre cabinets dentaires.

La formation continue des assistantes dentaires, dépendante de leur employeur, semble également s'avérer insuffisante pour nombre d'entre elles. Les assistantes dentaires se considèrent souvent mal loties en matière de formation continue.

Dès lors, bien que qualifiées, certaines peuvent ne pas être compétentes pour certaines des tâches qui leur sont demandées¹³. La coordination nationale des assistantes dentaires estime l'approche par la seule qualification et le référentiel métier qui date de 2002 trop limités vis-à-vis de la réalité des pratiques de soins demandées et des risques encourus. Elle souhaite qu'une évolution se fasse vers un référentiel de compétences.

La coordination appelle à la création d'un diplôme national en lieu et place du dispositif actuel de formation professionnelle avec un niveau de pré-requis plus élevé que l'exigence actuelle.

Cette demande repose sur l'idée qu'ainsi l'homogénéité, la mise à niveau et la qualité en général de leur formation initiale seraient mieux garanties. Elle contient aussi une volonté de s'extraire du champ de la négociation collective.

Les assistantes dentaires souhaiteraient, pour certaines d'entre elles, un accès plus facile à des formations complémentaires ou actualisées dans le cadre de la formation continue qui aujourd'hui tient essentiellement au bon vouloir de leur employeur.

Enfin, la coordination estime nécessaire une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour tout le personnel en place non diplômé dans le care d'un dispositif d'évaluation renforcé par rapport à l'existant.

2.1.2. Une clarification de certaines de leurs tâches

Les assistantes dentaires éprouvent, par ailleurs, un besoin de clarification vis-à-vis des tâches qu'elles doivent pouvoir exécuter en toute légalité

Le malaise tient à un éventuel exercice illégal dans la mesure où elles sont amenées à exécuter certaines tâches, pour certaines de façon quotidienne, sans être assurées d'en avoir le plein droit.

Ce sentiment d'incertitude, assez répandu semble-t-il parmi les assistantes dentaires, existe vis-à-vis de certaines tâches pourtant identifiées dans le référentiel de la convention professionnelle.

L'incertitude et le malaise portent non sur le champ, mais sur les limites de ce qui est autorisé ou non. Cela concerne essentiellement :

- l'assistance opératoire au fauteuil qu'elles assurent ;
- les gestes qui leur sont autorisés en bouche dans le cadre de l'aide opératoire ;
- le degré d'implication en matière d'éducation en matière d'hygiène bucco-dentaire, à laquelle il est prévu que les assistantes puissent collaborer

¹³ L'enquête OPCA PL de 2009 conduites auprès des chirurgiens-dentistes employeurs retient la « nécessité de faire évoluer le contenu du référentiel notamment en raison de l'obsolescence de certains savoirs (développement argentinique, dossiers de prise en charge...).

Ce malaise a été nourri notamment par certains contrôles récents de l'assurance maladie et est entretenu par les propos de certains chirurgiens dentistes réticents à tout partage de tâches avec une assistante.

Le malaise est plus patent encore pour certaines tâches que certaines assistantes réalisent alors même qu'elles ne sont clairement pas habilitées à les faire compte tenu du référentiel de la convention professionnelle.

De nombreux témoignages relatent un décalage entre les tâches autorisées pour les seules assistantes dentaires qualifiées et la réalité de la pratique quotidienne des salariées des cabinets. qu'elles soient assistantes dentaires, aides, voire qu'elles aient essentiellement un rôle de réceptionniste ou de secrétaire.

C'est le cas, par exemple, de la prise de clichés panoramiques dentaires communément réalisés par des assistantes pour des raisons de commodité alors qu'elles n'ont pas reçu de formation spécifique¹⁴. Or, ces pratiques font courir un certain nombre de risques : absence de questionnement et non utilisation d'un tablier de plomb chez une femme en début de grossesse, mauvais positionnement du patient et risque de mauvais cliché et d'exposition inutile ou risque de chute chez une personne âgée ou handicapée.

Il peut également s'agir de gestes techniques en rapport avec une orientation spécialisée du cabinet dans lequel elles travaillent : détartrage, prise d'empreintes, resserrement de brackets.

2.1.3. Un besoin de reconnaissance

Mais plus globalement l'insatisfaction tient essentiellement à un sentiment de non reconnaissance.

Les assistantes dentaires sont généralement peu rétribuées. Leurs perspectives professionnelles sont limitées au sein d'un même cabinet et même en changeant de cabinet. Le métier est considéré comme peu attractif, comme en témoigne indirectement le turn-over en cabinet.

Même si le métier d'assistante dentaire n'est pas méconnu, puisqu'il est reconnu par la convention collective nationale des cabinets dentaires, la profession demeure en mal de reconnaissance. C'est d'abord une question d'image que modifierait à leurs yeux une introduction dans le code de la santé publique où figurent l'essentiel des métiers de la santé.

Aux yeux de nombre de leurs employeurs, leur assistante leur permet d'optimiser leur temps d'intervention. Elle constitue un plus financier dans l'économie de leur cabinet, un plus mais également une charge : le chirurgien-dentiste étant rémunéré à l'acte, le salaire de son assistante vient en soustraction de sa rémunération.

Les assistantes ne remettent pas en cause leur situation hiérarchique vis-à-vis du chirurgien-dentiste. Mais, à leurs yeux, leur place au sein du cabinet mériterait une plus grande attention. Elles devraient plus s'inscrire dans une dynamique et un travail d'équipe plutôt qu'être considérées comme simples auxiliaires du cabinet et reconnues :

- pour l'amélioration des conditions de travail qu'elles procurent aux chirurgiens-dentistes ;
- pour leur apport dans l'ergonomie de prise en charge des patients ;
- reconnues comme ayant leur propre légitimité à l'image des infirmières et non dépendantes de la seule volonté de leur employeur.

Leur souhait principal est d'être reconnu comme profession de santé dans le code de la santé publique.

Cette reconnaissance ne s'accompagne aucunement d'une demande d'autonomisation.

Par ailleurs, les assistantes dentaires ne peuvent aujourd'hui assister les chirurgiens-dentistes et les stomatologues opérant en établissement de santé. Ceux-ci, s'ils veulent ou peuvent se faire seconder, doivent avoir recours à des infirmières ou des aides soignantes qui le plus souvent n'ont pas le niveau de qualification des assistantes dentaires.

¹⁴ Comme en témoigne l'enquête récente de la confédération nationale des syndicats dentaires (voir ci-dessous).

Enfin, les assistantes dentaires travaillant en centres de soins ou dans les collectivités territoriales ne voient pas leur statut propre reconnu.

2.1.4. Vers une extension du partage de tâches

Certains chirurgiens dentistes, notamment les orthodontistes suggèrent que plus de gestes techniques puissent être réalisés par leurs assistantes sous leur contrôle et leur responsabilité. Dans l'enquête de l'OPCA PL DE 2009 réalisée auprès de chirurgiens-dentistes employeurs, les activités amenées à se développer dans les années à venir sont principalement celles des assistantes dentaires : information bucco-dentaire, travail à 4 mains, stérilisation et gestion des stocks.

Les assistantes, au moins certaines d'entre elles, adhèrent à cette perspective pour peu qu'elles soient formées à ces gestes.

Il n'y a pas aujourd'hui de demande réellement relayée par les principales représentantes de la profession, d'autonomisation de la profession vis-à-vis des chirurgiens-dentistes et du cabinet dentaire, alors que dans de nombreux pays comparables à la France en matière de santé, notamment de nombreux pays européens (Angleterre, Danemark, Finlande, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Espagne, Suède), mais également en Australie, au Japon, au Canada¹⁵ ou aux USA existe une profession autonome d'hygiéniste dentaire¹⁶.

2.2. La position des chirurgiens dentistes demeure non consensuelle

La position de la profession des chirurgiens dentistes demeure non consensuelle.

A côté de ceux qui militent en faveur des assistantes dentaires (essentiellement un syndicat de chirurgiens dentistes libéraux qui est minoritaire, des chirurgiens dentistes exerçant en centres de santé et des stomatologistes hospitaliers), et de l'appui du Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes, bon nombre de chirurgiens dentistes libéraux semblent prêts à prendre en considération les demandes de leurs assistantes. Mais ils sont peu nombreux à les relayer activement.

La Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) est le syndicat majoritaire. La confédération regroupe quelques 14 000 - 15 000 chirurgiens dentistes libéraux. Lors des précédents débats sur une éventuelle évolution du métier d'assistantes dentaires en 2004 - 2005, elle s'était opposé à toute évolution vers une plus grande délégation de tâches qui seraient confiées aux assistantes.

Aujourd'hui, dans un contexte où le rôle alloué aux assistantes dentaires pourrait évoluer, les responsables de la confédération ont souhaité réaliser une enquête auprès de leurs syndiqués afin de connaître leur opinion à ce sujet.

Cette étude avait pour principaux objectifs de recenser auprès des membres de la confédération le rôle tenu aujourd'hui par leurs assistantes et leur point de vue sur l'éventuel élargissement de ce rôle à de nouvelles tâches.

¹⁵ Adams TL. « L'exercice autonome de l'hygiène dentaire : opinions des dentistes et des hygiénistes dentaires de l'Ontario ». Journal de l'association dentaire canadienne. Vol. 70 n° 8, 2004.

¹⁶ En fait, les pays comparables à la France en matière de santé qui n'ont pas d'hygiénistes dentaires sont très minoritaires : Belgique, Grèce, Autriche. Au Canada, à l'inverse, les hygiénistes dentaires sont presque aussi nombreuses que les chirurgiens-dentistes (14 104 et 16 486 respectivement pour une population de 30,2 millions d'habitants en 2004), et hygiénistes et assistantes dentaires sont plus que deux fois plus nombreuses que les chirurgiens-dentistes.

L'enquête a été réalisée fin février – début mars 2010 par téléphone auprès d'un échantillon jugé représentatif des syndiqués de la confédération sur des critères d'âge et de région. Ainsi, 59,5 % des chirurgiens dentistes interrogés avaient 50 ans et plus, 24,9 % de 40 à 49 ans. Le mode d'exercice a été pris en compte : cinquante pour cent des chirurgiens dentistes de l'échantillon exerçaient en cabinet individuel et 50 % en cabinet de groupe. En revanche, 96 % étaient omnipraticiens, et les chirurgiens dentistes dont le type d'activité est essentiellement centrée sur une technique ou une pathologie particulières (orthodontie, implantologie...) nécessitant ou susceptible de nécessiter plus d'appui technique de la part d'une assistante que d'autre, étaient très peu représentés.

En moyenne, 76% des chirurgiens dentistes interrogés employaient une salariée (assistante, aide, réceptionniste ou secrétaire) – 88% des chirurgiens dentistes travaillant en cabinet de groupe, 90% des chirurgiens dentistes de moins de quarante ans – 24% n'en employaient pas. Soixante treize pour cent employaient du personnel de ménage. 9% n'avaient aucun employé, aucun salarié.

Parmi les 24% n'employant pas d'assistante, aide ou secrétaire : à la question de savoir pourquoi, c'est une fois sur deux pour des raisons budgétaires, mais également parce qu'ils estiment ne pas avoir besoin de ce type de personnel (47% des cas)¹⁷. Dès lors il n'est pas étonnant qu'à la question de savoir s'ils seraient susceptibles d'embaucher une assistante dentaire si elle était autorisée à remplir certaines tâches médicales, la très grande majorité d'entre eux, 90%, répond par la négative.

En revanche la question de l'extension des tâches vers du travail en bouche est beaucoup plus ouverte parmi les chirurgiens dentistes qui emploient une assistante :

- 53% des praticiens employant une assistante sont favorables à une extension de leur intervention en bouche ;
- 47% ne le sont pas.

Les motifs invoqués par les 47 % défavorables sont les suivants :

- « les gestes médicaux doivent rester de la compétence du chirurgien dentiste » (92%)
- « l'assistante n'est pas qualifiée pour exécuter le travail en bouche » (74%)
- un problème d'ordre éthique, déontologique (60%)
- du fait de la nécessité d'une compensation salariale (44%)
- par crainte de voir émerger un nouveau métier et une concurrence à terme (19%)

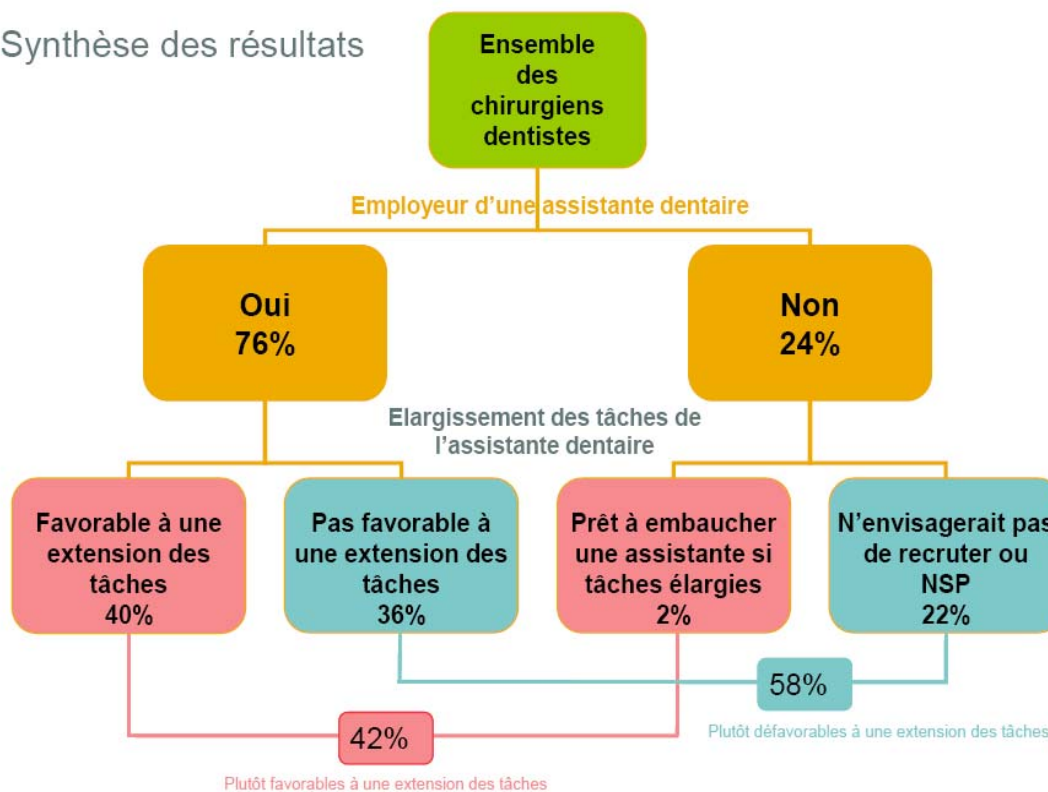
Au total, une majorité (58%) des chirurgiens dentistes syndiqués à la CNSD paraît plutôt défavorable à ce que les assistantes dentaires voient leurs tâches étendues :

- 36% d'entre eux, bien qu'employant déjà une assistante, ne sont pas favorables à une extension de leurs tâches ;
- 22% d'entre eux qui n'emploient pas d'assistante, n'envisageraient pas de le faire si elle était autorisée à réaliser certaines tâches médicales.

42% paraissent plutôt favorables à une extension des tâches des assistantes dentaires.

¹⁷ 43 % indiquent également qu'ils n'emploient pas de personnel pour des raisons de gestion administrative et sociale.

Synthèse des résultats



Source : CNSD 2010

Alors que l'enquête réalisée auprès de ses adhérents montre que ces derniers ont une attitude moins tranchée¹⁸, la CNSD reste opposée à ce qu'un statut de profession de santé soit aujourd'hui reconnu aux assistantes dentaires.

La qualification et le titre professionnel des assistantes obtenus dans le cadre de la formation professionnelle actuel relevant de la convention collective de chirurgiens dentistes paraissent suffisants aux yeux des responsables de la CNSD.

La CNSD propose qu'avant toute reconnaissance éventuelle en tant que profession de santé, une réflexion préalable soit conduite portant sur leur activité, l'évolution éventuelle de leurs tâches, et l'évolution des connaissances et de leur formation qui en découlerait, pour peu que cette réflexion s'inscrive dans le cadre actuel de formation professionnelle.

Il est difficile de savoir ce que recouvre cette approche. Ce pourrait être une position tactique de la part de la confédération dans la mesure où la CNSD avait adoptée une attitude similaire il y a quelques années¹⁹ sans avoir fait avancer le dossier depuis de façon significative.

La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle des cabinets dentaires où siègent représentants des salariés et des employeurs s'est également prononcée en défaveur d'une inscription de l'assistante dentaire au code de la santé publique. Elle a adopté cette position en 2007 et l'a réitérée en 2010. Les partenaires sociaux entendaient « faire évoluer le métier et le statut des assistantes dentaires en 2007 ». Mais force est de constater qu'aucune proposition concrète n'a fait l'objet de négociations élargies au sein de la profession ou avec les pouvoirs publics : ni depuis 2007, ni depuis 2004 date à laquelle le cabinet du ministre de la santé avait souhaité lancer la dynamique.

¹⁸ Environ la moitié des chirurgiens dentistes syndiqués à la CNSD accepteraient que leurs assistantes soient reconnues comme profession de santé.

¹⁹ ADF infos n° 20, 2005. ADSP n° 51, 2005. Le chirurgien-dentiste de France n° 1288, 2007.

3. LE RETARD FRANÇAIS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Les affections bucco-dentaires touchent toute la population et restent une cause de morbidité importante. Une mauvaise santé bucco-dentaire a des conséquences médicales et psycho-sociales sérieuses. Des pathologies dentaires non soignées entraînent des conséquences sanitaires collectives : pathologies générales aggravées, difficultés d'insertion, problèmes esthétiques d'où perte d'image de soi et relations sociales difficiles, dégradation de l'état général des personnes âgées dépendantes.

C'est la raison pour laquelle l'assurance maladie a fait de la prévention bucco-dentaire un des axes majeurs de ses actions en matière de santé publique depuis de nombreuses années en partenariat avec la profession des chirurgiens dentistes : actions d'information de proximité, bilan bucco-dentaire²⁰, devenu fin 2006 examen bucco-dentaire pour les enfants de 6, 9, 12, 15, 18 ans – obligatoire pour les 6 et 12 ans – et pris en charge intégralement ainsi que, en tant que de besoin, les soins consécutifs.

Pour autant, malgré une amélioration progressive, les résultats restent insuffisants.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie regrettait dans son avis du 15 novembre 2004 un « suivi insuffisant des démarches de prévention tant au niveau individuel que collectif et une faible diffusion de la culture de prévention » et notamment « un défaut de suivi des personnes ayant bénéficié de diagnostics »²¹.

Le plan national d'actions de l'UNCAM pour 2010 indique que « les bons résultats obtenus par les 3 régimes dans le cadre du programme « M'T dents » devront être accentués ».

De fait, la situation actuelle de la France en matière de santé bucco-dentaire est loin d'être satisfaisante.

La prévalence de la carie dentaire est toujours très élevée. Bien que l'on ait constaté ces dernières décennies un recul de la carie chez les enfants dans notre pays, les indicateurs sont parmi les plus mauvais d'Europe, et notamment l'indice CAO, un des indicateurs populationnel les plus utilisés en matière de santé dentaire chez l'enfant, comme l'indique l'encadré ci-dessous.

²⁰ Financé depuis 1997 par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS).

²¹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. « Assurance maladie et prévention pour un engagement plus efficient de tous les acteurs ». Novembre 2004.

CAO

L'indicateur habituellement utilisé pour mesurer l'atteinte carieuse est le cao: il enregistre et somme le nombre de dents cariées (c), absentes (a) et obturées (o). L'indicateur cao agrège à la fois la maladie (c,a) et le traitement (o). Il est de fait plus sensible aux décisions thérapeutiques des chirurgiens-dentistes et donc moins valide avec l'augmentation de l'âge. Dans la mesure où chaque composante a le même "poids", il ne rend pas compte de la sévérité des atteintes. Aussi, dans de nombreuses études, cet indicateur est décomposé en C,A,O avec parfois des seuils de sévérité déterminés en nombre de dents ou faces cariées. Dans les pays où a été observé une baisse de la prévalence carieuse, le nombre de personnes indemnes de carie (cao=0) peut être une mesure utile.

La carie se développe à tous les âges, au niveau de la denture temporaire et permanente, et son incidence augmente avec l'âge. La plupart des enquêtes ont été menées auprès des populations d'enfant et d'adolescents, pour lesquelles des programmes de prévention sont efficaces. La santé dentaire est souvent estimée à partir des résultats du cao à l'âge de 12 ans et des comparaisons internationales peuvent être menées.

Une baisse très importante de la prévalence carieuse a été observée dans l'ensemble des pays industrialisés. Mais une minorité d'enfants concentrent la plus grande partie de la maladie, ce qui rend compte d'une inégalité dans l'amélioration de la santé dentaire. En France, l'indice cao est passé de 4,2 en 1987 à 1,94 en 1998. Cet indice est aussi lié à la catégorie socioprofessionnelle: en proportion, c'est chez les enfants de cadres que l'indice moyen s'améliore le plus. En Angleterre, cet indice est toujours très bon, puisqu'il est, depuis plus de 20 ans, numéro un de tous les pays industrialisés. Il est depuis de nombreuses années inférieur à 1.

Les facteurs et indicateurs de risque carieux sont:

- la présence de bactérie buccales cariogènes sur la surface dentaire, formant la plaque dentaire en présence de résidus alimentaires.
- des habitudes nutritionnelles, comme la trop grande fréquence d'ingestion de sucres et une durée de présence suffisante des glucides dans la cavité buccale.
- la susceptibilité de la dent (terrain);
- le passé dentaire lors de la petite enfance;
- l'atteinte carieuse de la mère.
- certains facteurs médicaux aggravants (notamment tout ce qui peut entraîner une baisse du débit salivaire).
- les caractéristiques sociodémographiques: toutes les études chez l'enfant ont montré que l'atteinte carieuse est plus importante dans les catégories sociales les plus défavorisées. Dans les populations en situation de précarité, ce sont le nombre de dents absente non remplacées et le besoin de soins non satisfaits qui sont marquants. Ainsi, lorsque l'on compare le bilan des principales pathologies rencontrées dans la population des bénéficiaires du RMI avec d'autres catégories de population, deux faits s'imposent: ils ont un état de santé équivalent à celui des chômeurs de longue durée, mais ils sont atteints d'un plus grand nombre de troubles et, en premier lieu, les affections dentaires. Un sujet sur trois présente des problèmes de caries dentaires, des problèmes parodontaux ou des besoins de réhabilitation prothétique ¹(4 fois plus que la population générale).

¹ Traité de Santé Publique 2007, Santé Bucco-Dentaire, p. 562



Source : *The Economist*

Les inégalités sont marquées en matière de santé bucco-dentaire.

Les indicateurs carieux des enfants dans les populations de faible niveau économique sont nettement plus élevés que dans les autres secteurs²².

Les enquêtes de recours aux soins constatent des différences notables selon la catégorie socio-professionnelle : le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes non remplacées varie du simple au double (21% à 43%), le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 26 à 47%, les renoncements aux soins ou prothèses dentaires varient de 4% à 12%²³. Précarité et problèmes dentaires sont fortement associés²⁴.

Certains groupes sont plus exposés au risque de pathologies dentaires qui présentent une santé bucco-dentaire nettement plus dégradée que la population générale : personnes handicapées et personnes âgées²⁵

²² DREES. « L'état de santé des enfants de 5 à 6 ans dans les régions (enquête triennale en milieu scolaire » Etudes et résultats. Juillet 2003.

²³ CREDES. « Enquête sur la santé et la protection sociale année 2000.

²⁴ CREDES. Questions d'économie de la santé n° 48. 2002.

²⁵ CPAM Paris. « Enquête sur la perte d'autonomie et l'état de santé bucco-dentaire de la personne âgée en 2001 » ; ELSM Essonne. « Etude sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. » 2000.

Comme l'indiquait le plan national de prévention bucco-dentaire lancé par le ministère de la santé en 2007, il existe des gains de santé potentiels importants dans l'amélioration du comportement des personnes en matière d'hygiène bucco-dentaire :

- peu de personnes consultent au moins une fois par an leur chirurgien-dentiste (4 % avant 6 ans, de 27 % à 33 % entre 6 et 19 ans, 40 % entre 20 et 59 ans, 30 % à partir de 60 ans (source CREDES 20000 citée) ;
- les habitudes d'hygiène bucco-dentaire sont connues mais encore insuffisamment appliquées : un jeune de moins de 20 ans sur trois a des habitudes non conformes aux recommandations²⁶, la vente moyenne de dentifrice est de trois tubes et demi par an au lieu de six nécessaires.

4. QUELLES REPONSES EN MATIERE DE FORMATION ?

Toutes les parties - assistant(e)s dentaires, chirurgiens-dentistes, patients et pouvoirs publics - ont intérêt à ce que soient mis à jour et mieux harmonisés les contenus des programmes dans les écoles de formation professionnelles reconnues par la CPNE-FP.

On ne peut qu'exhorter les parties de la convention collective et de la commission à y veiller.

L'année 2007 a été l'année de mise en place du dispositif résultant de l'inscription du titre d'assistant dentaire au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Une commission d'agrément a été chargée d'analyser les demandes des centres de formation et de vérifier que le cahier des charges fixé aux centres de formation était respecté. En fait, la CPNE-FP a décidé d'agréer dans un premier temps les organismes de formation qui étaient inscrits dans le dossier de dépôt du titre (d'assistant dentaire)²⁷. Pour les autres centres de formation, un appel d'offres devait être lancé en 2010 en vue de la demande de renouvellement d'inscription du titre au RNCP l'année prochaine²⁸.

En sus, l'ouverture de terrains de stage dans les établissements de santé et les EHPAD devrait être envisagée.

Dans les établissements de soins où pratiquent stomatologues et chirurgiens-dentistes, cette ouverture aurait le mérite pour les assistant(e)s dentaires de varier leur initiation et leur formation à des pratiques plus variées, à l'application plus systématisée de protocoles de soins reconnus, elle favoriserait un apprentissage du travail à quatre mains notamment avec les étudiants en chirurgie dentaire²⁹.

Dans les autres établissements et notamment dans les EHPAD, les assistant(e)s dentaires en formation pourraient intervenir pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées résidentes ainsi que la maintenance et le bon usage de leur appareillage dont on connaît le mauvais état. D'autres établissements pourraient également servir de terrain de stage, notamment ceux hébergeant des personnes handicapées.

Formation professionnelle ou reconnaissance et diplôme d'Etat ?

La mission n'a pas fait le bilan de l'action des centres de formation agréés pour la formation des assistantes dentaires et n'a pas analysé en profondeur les avantages et inconvénients respectifs du dispositif actuel de formation vis-à-vis d'une procédure qui transférerait la responsabilité de tout ou partie du dispositif de qualification aux pouvoirs publics dans un schéma plus ou moins décentralisé.

²⁶ URCAMIF. « Etude « La santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans » 2001.

²⁷ Plus un centre qui avait demandé son agrément antérieurement à la reconnaissance du titre.

²⁸ L'appel d'offre n'avait toujours pas été lancé à fin juin 2010.

²⁹ Autissier A., Bonte E., Theoden C., Lasfargues J-J. « Apprentissage du travail à quatre mains en endodontie ». 2009.

En toute hypothèse la mise à niveau et l'harmonisation des programmes se feront avec la profession, et les lieux de formation théoriques actuels devraient être impliqués. Toute amélioration passera par un renforcement du niveau d'exigences à leur égard. L'échéance du renouvellement du titre constitue une opportunité pour les pouvoirs publics permettant de faire valoir le niveau d'exigence souhaité.

La confrontation entre le cahier des charges de la CPNE-FP, le bilan de l'état des lieux qu'elle aura réalisé et les critères pris en compte ou que devraient prendre en compte les pouvoirs publics en matière d'autorisation d'écoles de formation :

- qualification des directeurs ;
- adéquation en nombre et en qualité de l'équipe pédagogique ;
- projet pédagogique conforme, notamment en matière de contenu des programmes, aux modalités de l'enseignement et de l'évaluation des connaissances ;
- organisation satisfaisante de l'articulation entre enseignements théoriques et pratiques ;
- adaptation des locaux et des matériaux pédagogiques ;

Mais également :

- réunions pédagogiques ;
- validation des supports de cours par un tiers ;
- base de données support partagée ;
- introduction d'une approche compétence basée sur la résolution de problèmes.

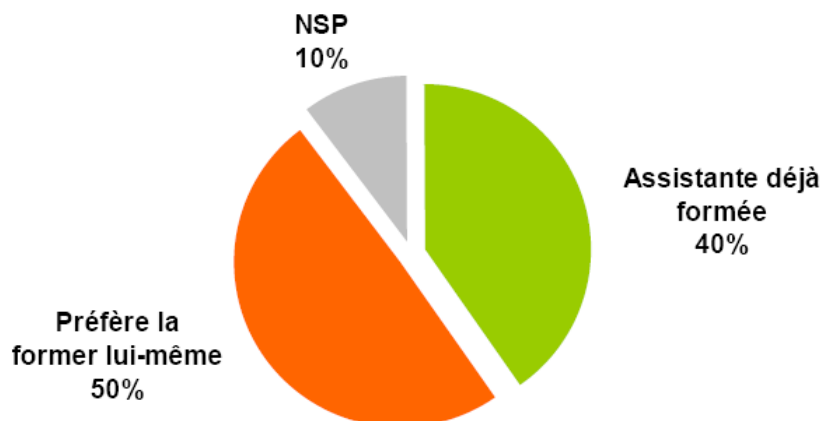
La sécurité juridique du titre et du diplôme d'assistant(e)s dentaires pourraient paraître renforcée si des dispositions réglementaires spécifiques étaient prises en la matière. Toutefois, la réalité du besoin est difficile à appréhender.

Il est difficile de savoir si le non respect en matière d'obligation de formation est un phénomène important. La réflexion actuellement engagée sur la dématérialisation des titres des professionnels de santé devrait comporter des garanties supplémentaires en la matière.

De son côté, l'usurpation de titre ne semble pas se poser en pratique aujourd'hui.

Dans une perspective d'accès à l'emploi pour les assistantes dentaires, le diplôme utile est celui reconnu par le futur employeur. La perception qu'a l'employeur de la qualité éducative des différentes écoles de formation professionnelle si elle varie et le degré d'exigence de l'employeur à son égard ne semblent pas affecter significativement le marché de l'emploi à l'heure actuelle.

Dans l'hypothèse d'un recrutement, préférez-vous avoir recours à une assistante déjà formée ou la former vous-même ?



A noter : le % de réponses est identique que les chirurgiens dentistes soient ou non employeurs actuels d'une assistante dentaire

Source : enquête CNSD 2010.

En revanche le problème semble se poser vis-à-vis de certaines techniques innovantes ou tout simplement « modernes », mais il peut être résolu par la mise à niveau des programmes et surtout un meilleur accès à des programmes de formation continue.

Dans une perspective européenne, la capacité qu'ont les assistantes dentaires d'exercer leur métier en dehors des frontières nationales, tient à la reconnaissance mutuelle des diplômes entre pays membres de l'Union. On peut supposer que la reconnaissance mutuelle sera un jour facilitée par l'existence d'un diplôme unique en France. Mais, dans la mesure où certains pays n'exigent aucun diplôme pour exercer le métier, l'heure de la reconnaissance mutuelle paraît bien éloignée.

Pour ce qui concerne les perspectives d'évolution de carrière des assistant(e)s dentaires, le diplôme actuel délivré par les écoles professionnelles ne donne accès directement à aucune autre filière. En revanche en tant que diplôme de niveau IV il permet une inscription à l'université. Un diplôme d'Etat en l'état actuel des passerelles et des équivalences n'apporterait pas d'opportunité supplémentaire.

Au total :

- Autant les pouvoirs publics doivent pouvoir exercer leur pouvoir d'influence sur les professionnels pour améliorer la situation à partir du dispositif actuel, autant il est aujourd'hui mal armé pour créer lui-même un diplôme d'Etat.
- Plusieurs éléments plaident pour pérenniser la formation professionnelle tout en la renforçant : en mettant l'accent sur son caractère responsabilisant pour la profession, et en associant plus les représentants des assistantes dentaires à la définition des modules de formation dans le cadre de la convention collective et de la commission.

5. LES ELEMENTS JUSTIFIANT L'INSCRIPTION DES ASSISTANTES DENTAIRES AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE SONT DE NATURE POLITIQUE, JURIDIQUE ET SANITAIRE

5.1. *Considérations générales*

Le tableau suivant indique les professions de santé figurant dans le code de la santé publique.

Professions de santé figurant dans le code de la santé publique
Professions médicales :
- médecin
- chirurgien-dentiste
- sage-femme
- généticien
Professions de la pharmacie :
- pharmacien
- préparateur en pharmacie
Auxiliaires médicaux :
- infirmier – infirmière
- masseur- kinésithérapeute, pédicure – podologue
- ergothérapeute et psychomotricien
- orthophoniste et orthoptiste
- manipulateur d'électrologie médicale
- audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées
- diététicien
- aides-soignants
- auxiliaires de puériculture
- ambulanciers
- techniciens en analyse biomédicales

Toutes les professions impliquées dans la santé n'y figurent pas, mais ces dernières sont l'exception³⁰.

Et les critères impliquant la nécessité pour une profession d'être présente dans le code ou au contraire justifiant qu'elle n'y figure pas, ne sont pas explicites.

³⁰ Les prothésistes dentaires par exemple n'y figurent pas comme profession reconnue.

Le fait d'exercer dans le champ de la santé, d'être en contact direct avec les patients ou les personnes malades, le fait de faire encourir un risque direct au patient du fait de l'exercice professionnel ne constituent pas des caractéristiques ayant conduit jusqu'à présent à introduire explicitement et automatiquement la profession concernée dans le code, même si ces éléments n'y sont très probablement pas étrangers.

Récemment, la volonté des pouvoirs publics d'introduire une profession dans le code de la santé publique semble surtout avoir été motivée du fait de difficultés rencontrées par des patients pris en charge pour une question en rapport avec leur santé ou par leur entourage. Ces difficultés tenant à la qualité ou à la sécurité des prestations reçues.

En conséquence les pouvoirs publics ont souhaité voire ces prestations mieux encadrées.

Pour ce faire des dispositions peuvent être prises pour :

- mieux définir ou délimiter l'activité, la fonction en rapport avec les prestations en cause;
- conférer un droit d'exercice, éventuellement exclusif, à une profession donnée en rapport avec l'activité, la fonction, les prestations en question ;
- définir la profession en lui attribuant un titre ;
- réserver l'attribution du titre à l'obtention d'un diplôme³¹ ou à son équivalent.

Toutefois, les dispositions en question peuvent en théorie tout autant relever de conventions collectives professionnelles que de dispositions réglementaires, la voie réglementaire pouvant le cas échéant se conjuguer avec la voie conventionnelle pour renforcer la sécurité juridique de telle ou telle disposition (exercice professionnel, usage du titre...).

Concernant les assistantes dentaires, des dispositions peuvent être prises, par exemple pour rendre licites nombre des activités pratiquées par certain(e)s assistant(e)s dentaires dans certains cabinets, dans l'un ou l'autre de ces cadres : conventionnel et/ou réglementaire.

Pour autant, sans qu'il y ait d'impératif, plusieurs éléments justifieraient l'inscription des assistantes dentaires au code de la santé publique en tant que profession de santé. Ils sont de nature politique, juridique et technique.

5.2. Une plus grande reconnaissance sociale

Les assistantes dentaires exercent quotidiennement un certain nombre de tâches qui ont un lien direct avec la santé ou le soin des patients : hygiène bucco-dentaire, asepsie, gestion des déchets, préparation des salles de soins, préparation des instruments et des produits, aide opératoire. Leur identification comme profession intervenant dans la santé paraît donc toute naturelle.

Mais, plus encore, la reconnaissance par la société de la réalité de leur rôle propre à la fois comme membre à part entière d'une équipe de soins et comme ayant des fonctions dédiées au sein de cette équipe donnerait aux yeux des usagers – comme à ceux de leurs employeurs - du crédit aux tâches techniques qu'elles remplissent.

Plus largement, elle attesterait, aux yeux des usagers comme à ceux de leurs employeurs, l'importance accordée par les pouvoirs publics à la santé bucco-dentaire³².

³¹ L'obtention d'un diplôme a été préférée à la validation d'un niveau de qualification ou de compétence donné.

³² L'inscription au code de la santé publique de la profession d'assistant(e) dentaire pourrait susciter d'autres demandes de la part de professions intervenant dans le champ de la santé mais ne figurant pas dans le code, par exemple celle des prothésistes dentaires, mais le rôle que pourrait (devrait) être amené à jouer les assistantes dentaires en matière de prévention suffit à justifier que les unes soient reconnues dans le code alors que les autres n'y figureraient pas.

5.3. *Un renforcement de la sécurité juridique*

Il existe, comme on l'a vu, un sentiment d'incertitude vis-à-vis de certaines tâches pourtant identifiées dans le référentiel de la convention professionnelle. Le malaise porte sur les limites de ce qui est autorisé ou non, et concerne essentiellement l'assistance opératoire au fauteuil, les gestes qui sont autorisés en bouche dans le cadre de l'aide opératoire, et le degré d'implication possible dans l'éducation en matière d'hygiène bucco-dentaire dans ou hors cabinet.

Le fait de définir clairement les actes autorisés et a contrario ceux qui ne le sont pas, de tracer une ligne de partage précise entre ce qui peut relever de l'intervention des assistantes dentaires et ce qui ne peut l'être, sans le laisser à la seule appréciation des chirurgiens dentistes ou de leurs assistantes met à l'abri à la fois la profession des assistantes et celle des chirurgiens-dentistes.

De surcroît, de nombreux témoignages relatent un décalage entre les tâches autorisées pour les assistantes dentaires qualifiées, tâches qui sont définies par la convention des chirurgiens dentistes, et la réalité de la pratique quotidienne des salariées des cabinets. qu'elles soient assistantes dentaires, aides, voire qu'elles aient essentiellement un rôle de réceptionniste ou de secrétaire.

C'est le cas, par exemple, de la prise de clichés panoramiques dentaires communément réalisés par des assistant(e)s dentaires pour des raisons de commodité alors qu'ils (elles) n'ont pas reçu de formation spécifique et faisant de ce fait courir un certain nombre de risques : absence de questionnement et non utilisation d'un tablier de plomb chez une femme en début de grossesse, mauvais positionnement du patient et risque de mauvais cliché et d'exposition inutile ou risque de chute chez une personne âgée ou handicapée.

Enfin, si l'on doit considérer l'éventualité d'une extension, dans un futur plus ou moins proche, des tâches autorisées aux assistantes dentaires ou à certaines d'entre elles qui auraient acquis une qualification supplémentaire ad hoc, et notamment des tâches techniques au contact direct avec le patient ou pouvant impacter sa santé, il conviendra d'en définir les contours ou au moins d'en asseoir la légitimité.

Au total, au plan juridique la définition des missions et des fonctions des assistantes dentaires dans le code de la santé publique :

- paraît d'ores et déjà justifiée pour répondre au sentiment d'insécurité juridique qui entoure certaines de leurs pratiques quotidiennes.
- elle sera de surcroît nécessaire dans le cadre d'une extension du partage de tâches qui paraît inéluctable pour certaines activités, notamment du fait des perspectives démographiques relatives aux chirurgiens dentistes dans les années à venir et qui est déjà largement pratiquée dans certains pays comparables au notre.

Par ailleurs, la reconnaissance en tant que profession de santé permettrait de combler les lacunes qui pèsent sur certaines situations :

- d'une part elle permettrait aux assistantes employées en cabinet libéral d'intervenir avec leur employeur en clinique ce qui leur est aujourd'hui interdit ;
- d'autre part elle permettrait d'accorder un statut aux assistantes travaillant hors cabinet libéral, notamment en centres de santé.

L'introduction dans le code de la profession d'assistant(e) dentaire leur permettrait d'intervenir dans un autre cadre que celui du cabinet dentaire : en établissement de santé, essentiellement en tant qu'aide opératoire, éventuellement à l'école dans le cadre de la prévention et de l'hygiène bucco-dentaire.

5.4. *Un meilleur encadrement sanitaire*

L'insertion de la profession se justifie bien évidemment dans le code de la santé publique compte tenu du champ d'activité des assistantes dentaires qui s'inscrit dans celui de la santé et des soins apportés aux personnes.

L'identification de la profession dans le code permettrait un meilleur encadrement en matière de sécurité sanitaire.

Cela paraît opportun alors que les exigences techniques en matière de sécurité se renforcent année après année, notamment dans le cadre de l'hygiène des cabinets, de la décontamination, de la stérilisation, et du traitement des déchets.

Cela paraît d'autant plus opportun que les conditions actuelles de réalisation de ces tâches ne sont pas toujours satisfaisantes comme l'a montré une enquête récente dans les UCSA et en cabinets dentaires de ville³³.

Un renforcement de l'encadrement réglementaire sera également à prévoir pour les tâches plus techniques qu'on serait amené à voir réaliser par certaines assistantes, en particulier celles qui seraient susceptibles d'attenter à l'intégrité physique des personnes soignées par exemple du fait du caractère invasif du geste technique.

L'adoption de mesures réglementaires d'encadrement à visée sécuritaire devra avoir été précédée d'une reconnaissance de la profession dans le code.

6. LES MODALITES ENVISAGEABLES POUR L'INSCRIPTION DE LA PROFESSION DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Le Code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé³⁴ :

- les « professions médicales » : les médecins, les sages –femmes et les chirurgiens-dentistes ;
- les « professions de la pharmacie » : les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie ;
- les « professions d'auxiliaires médicaux » : infirmier(e), masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue, ergothérapeute et psychomotricien(ne), orthophoniste et orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien(ne).

Comme l'indique la Haute autorité de santé³⁵, la formation de ces différentes professions, les conditions juridiques de leur exercice, la définition juridique des professions, le contexte économique et organisationnel constituent le cadre de référence au sein duquel s'organisent la prise en charge des patients et les modalités d'intervention des uns et des autres.

La possession d'un diplôme déterminé par la loi, et donc la formation, est ce qui autorise l'exercice d'une profession de santé réglementée. De surcroît, le droit d'exercice, le droit de faire et la qualification à faire adossée à un diplôme constitue une garantie de sécurité.

³³ INVS. « Analyse du risque infectieux lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire. » décembre 2008.

³⁴ Le conseiller en génétique constitue une autre profession de santé.

³⁵ L'essentiel du présent paragraphe est tiré de la recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) d'avril 2008 « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? ».

La formation, dont la durée varie grandement selon les professions, est à la fois théorique et pratique pour l'ensemble des professions de santé. Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les conseillers en génétique suivent une formation universitaire qui dépend de l'enseignement supérieur. Les autres professions suivent une formation professionnelle sous l'égide du ministère de la santé. Le cursus des médecins est particulièrement long (9 à 11 ans). Il est de 5 ans pour les sages-femmes et dure entre 6 et 8 ans pour les chirurgiens-dentistes. La formation des auxiliaires médicaux dure en moyenne trois ans donc plus longtemps que celle des assistantes dentaires actuellement.

Les conditions d'exercice des différentes professions de santé sont le plus souvent définies en référence à celles des médecins.

Dans le système de droit français, une intervention sur le corps humain, si elle entraîne un dommage, constitue par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes » au sens du Code pénal. Elle est, à ce titre, punissable, la peine dépendant de la gravité de l'atteinte.

Cela implique notamment que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain et à porter atteinte à l'intégrité corporelle d'un être humain. Cette autorisation n'est ni transférable, ni déléguable³⁶;

Les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle sont mentionnées à l'article L.16-3 du Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'une équivalence. La notion de qualification constitue donc la clé de voûte du système³⁷.

La profession médicale qui est au cœur du système d'organisation des professions de santé, est définie sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle. Cette exonération constitue le « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole.

Pour les professions médicales autres que les médecins (sages-femmes et chirurgiens-dentistes) ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties.

Pour les auxiliaires médicaux, elles sont autorisées dans le cadre de décrets d'actes. L'arrêté du 6 janvier 1962 définit ainsi la liste limitative des actes pouvant être délégués par un médecin à un professionnel paramédical, les actes en question étant réalisés sous le contrôle direct d'un médecin ou sur sa prescription³⁸. Les possibilités légales d'intervention des auxiliaires médicaux sont donc déterminées au regard d'une liste limitative d'actes.

L'arrêté de 1962 a été pris sur le fondement des dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice illégal de la médecine.

Si la liberté du commerce est un principe premier, une personne ne peut, toutefois, exercer une activité dite réglementée que si elle y est expressément habilitée. L'inscription dans le droit positif d'une profession réglementée confère le droit de faire, mais de ne faire que ce qui est autorisé et donc défini. Le reste est implicitement interdit.

³⁶ Un médecin ou un chirurgien-dentiste qui transférerait ou déléguerait certaines activités qui appartiennent à lui seul sur le plan légal, de manière isolée, à un professionnel paramédical engagerait sa responsabilité pénale.

³⁷ La HAS souligne à ce propos que l'organisation du système n'est pas fondée sur la compétence qui renvoie à la capacité pour les professionnels de mettre en œuvre une combinaison de savoirs en situation (à une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter), mais sur l'inscription de l'intervention des professionnels dans un cadre légal renvoyant à la possession d'un diplôme et/ou d'un titre.

³⁸ Le cas de l'infirmier(e) est particulier dans la mesure où il (elle) peut réaliser des actes dans le cadre de son « rôle propre ».

Reconnaître une profession, autoriser réglementairement une activité nécessite que celle-ci soient suffisamment définie :

- pour la profession d’assistante dentaire elle-même si un jugement devait être porté sur les conditions d’exercice d’une professionnelle ;
- pour les chirurgiens-dentistes dans la mesure où leur responsabilité pourrait être incriminée et d’éventuelles sanctions leur être appliquées ;
- vis-à-vis d’autrui suspect d’exercice illégal de la profession ;
- dans tous ces cas, le respect du principe constitutionnel de la proportionnalité des délits et des peines interdit tout flou dans une éventuelle incrimination.

Reconnaître une profession implique souvent d’en fixer les règles de bonne conduite et de confier le contrôle de la bonne application de celles-ci à autrui, et le cas échéant au juge pénal.

L’autorisation de faire équivaut à un principe d’interdit pour autrui : autrui ne peut faire si cela ne rentre pas dans ses missions (sachant que certaines missions peuvent être partagées entre professionnels). Reconnaître une profession, c’est en interdire l’exercice à qui n’en relève pas. Pour ce faire un régime de sanction doit être prévu.

Peu ou prou, l’ensemble de ces principaux éléments sont précisés dans le code de la santé publique pour caractériser les professions de santé qui y figurent.

Même si la manière dont sont caractérisées les professions de santé figurant dans le code de la santé publique présente certaines inhomogénéités³⁹.

Ainsi, leur exercice est conditionné à une qualification qui est reconnue par l’obtention d’un diplôme⁴⁰ ou équivalent⁴¹ et, pour nombre de professions, mais pas toutes, à un enregistrement, une inscription à un registre, à une base de données.

Leurs missions sont plus ou moins précisément définies : exercice d’un art, d’une pratique, intervention dans, participation à un champ d’actions, précisions apportées quant à la capacité d’effectuer certaines activités, certaines tâches, certains actes pour certaines professions mais pas pour d’autres.

Selon les professions, le code prévoit, ou non, un régime de sanction pour exercice illégal.

Quoiqu’il en soit, ces principaux éléments devront être clarifiés et repris si la profession d’assistantes dentaires devait être inscrite dans le code, comme l’indique le tableau ci-dessous.

³⁹ Des distinctions existent également (et légitimement) selon qu’elles disposent, ou non, d’un monopole, selon que leur intervention s’effectue de façon autonome ou non, sur prescription d’un autre professionnel, et/ou sous la responsabilité d’un autre professionnel, en sa présence, sous son suivi, sous son contrôle...

⁴⁰ Il peut s’agir d’un diplôme d’Etat ou d’un diplôme reconnu par l’Etat. Certains diplômes étrangers sont automatiquement reconnus, d’autres le sont par dérogation.

⁴¹ Par assimilation la reconnaissance d’acquis de l’expérience peut valoir diplôme.

**Eléments devant être pris en compte pour caractériser la profession
d'assistante dentaire dans le code de la santé publique**

Par voie législative :

- missions imparties (leur conférant le cas échéant le droit d'intervenir sur le corps humain)
- qualification professionnelle (leur autorisant le cas échéant une intervention sur le corps humain)
- formation et diplôme (ou autre modalité) assurant cette qualification (précisant éventuellement sa durée et son caractère à la fois théorique et pratique)
- conditions d'exercice et leurs liens (ou non) avec un (ou les) chirurgien-dentiste(s) : selon sa (leur) prescription, sous sa responsabilité, en sa présence effective, sous son suivi, sous son contrôle...
- régime de sanction pour exercice illégal
- éventuelles règles de bonne pratique et identification de l'institution qui en assurerait le contrôle

Par voie réglementaire :

- définition des tâches ou actes qui leur seraient autorisés
- encadrement d'un éventuel contrôle du respect des règles de bonne pratique

**7. QUELLES RESPONSABILITES DANS LE CADRE D'UNE COOPERATION
ENTRE CHIRURGIENS-DENTISTES ET ASSISTANTES DENTAIRES ?**

La responsabilité pénale des professionnels de santé en général est encourue lorsque ces derniers ont commis des fautes pénales sanctionnées notamment par des peines privatives de liberté ou des peines d'amende.

L'exercice illégal de la médecine ou de l'art (la chirurgie) dentaire est constitué dès lors que le professionnel de santé ne respecte pas les décrets d'actes ou agit en dehors des limites de la mission qui lui est impartie.

Qu'il y ait ou non exercice illégal de la médecine ou de l'art (chirurgie) dentaire, les professionnels de santé peuvent voir engagée leur responsabilité pénale à raison d'une atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique du patient. Selon l'article L.121-3 alinéa 2 du Code pénal, il n'y a délit en cas de faute, d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement que « s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ».

Le médecin (ou le chirurgien-dentiste) sous l'autorité duquel sont (seraient) réalisés les actes peut également engager sa responsabilité pénale en vertu de l'article L.121-3, alinéa 3 : « Les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsable pénalement s'il est établi soit une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement soit une faute caractérisée qui expose autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer ».

En matière de responsabilité civile, dans la mesure où l'auxiliaire – l'assistant(e) dentaire – est le salarié du chirurgien-dentiste qui exerce à titre libéral, seul le chirurgien-dentiste engage sa responsabilité du fait des actes dommageables de l'auxiliaire, lequel n'est responsable que s'il a excédé les limites de sa mission.

8. L'EXTENSION DES TACHES

8.1. *Intervention à visée préventive en hygiène bucco-dentaire dans et hors cabinet*

Comme on l'a vu, et alors même que les programmes de prévention à grande échelle ont fait la preuve de leur efficacité, les conditions actuelles de prévention et d'accès aux soins en France ne permettent pas de répondre de façon adéquate aux besoins bucco-dentaires de la population⁴².

La mission n'a pu disposer des données permettant d'analyser l'ampleur de l'implication de la profession des chirurgiens-dentistes dans la prévention. Mais il fait peu de doute que malgré les efforts déployés, ceux-ci restent en retrait par rapport aux besoins.

Sans remettre en question la nécessité pour les pouvoirs publics d'inciter les chirurgiens-dentistes à persévérer dans leur engagement, il apparaît opportun de s'interroger sur la contribution que pourraient apporter les assistantes dentaires à l'extension nécessaire des efforts de prévention en matière d'éducation pour la santé et l'hygiène bucco-dentaire.

Bien que la corrélation entre le nombre de chirurgiens-dentistes ou le nombre de professionnels de santé impliqués en santé bucco-dentaire et les résultats en matière de santé bucco-dentaire de la population ne soit pas établie, et que les facteurs de réussite sont multifactoriels, on ne peut que relever le mauvais résultat français en indice CAO alors que le nombre de chirurgiens-dentistes rapporté à la population est parmi les plus élevés, comparé au résultat en Angleterre où le nombre de chirurgiens-dentistes est d'un tiers moindre, mais où les assistantes dentaires et les hygiénistes dentaires sont parmi les plus nombreuses.

⁴² L'amélioration de l'indice CAO au cours des dernières décennies peut être rapportée à plusieurs causes : amélioration de l'alimentation, usage de dentifrice fluoré, addition de fluor dans l'eau, soins dentaires, mais la prévention d'une alimentation sucrée et le brossage adéquat des dents restent des enjeux très importants.

	CAO	Habitants (millions)	Dentistes	Hygiénistes dentaires	Assistants dentaires
Angleterre	0,7	49,8	21 902	3 680	27 700
Australie	0,8	18,7	8 500	420	10 500
Pays-Bas	0,9	15,9	7 284	1 750	11 800
Danemark	0,9	5,3	4 884	935	7 200
Autriche	1	8,1	3 802	0	7 000
Suède	1,2	8,9	7 594	2 780	14 000
Belgique	1,2	10,2	8 514	0	900
Espagne	1,2	39,4	17 538	1 000	20 000
Finlande	1,25	5,2	4 890	1 270	6 834
Allemagne	1,25	82,2	63 202	100	122 830
Norvège	1,5	4,5	3 900	1 010	3 500
Portugal	1,5	10,2	3 320	172	3 200
France	1,8	59,1	40 153	0	18 500

Sources : OCDE 2006 pour CAO et NAO 2004 pour les autres données⁴³

Aussi, la mission propose-t-elle une politique publique plus déterminée en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire où l'assistante dentaire pourrait (devrait) avoir toute sa place.

La prochaine convention entre assurance maladie et chirurgiens-dentistes qui doit intervenir en 2011 devrait fixer des objectifs quantifiés à la profession en matière de prévention, d'hygiène bucco-dentaire et d'indice CAO, et définir un cadre par cabinet en la matière. La difficulté sera d'en vérifier la réalité et la qualité.

Les actes de prévention et d'hygiène bucco-dentaire en cabinet pourraient être revalorisés. Ils devraient être autorisés hors cabinet et pris en charge par l'assurance maladie (éventuellement financés par le FNPEIS).

La convention devrait également garantir la mise à niveau d'un nombre défini d'assistantes dentaires dont les capacités pédagogiques en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire seraient reconnues, de manière à pouvoir reconnaître la profession d'hygiéniste dentaire en cas d'amélioration insuffisante de l'indice CAO dans la population.

8.2. Assistance technique et délégation de tâches

La question se pose de savoir :

- si doivent être reconnues les ou certaines des tâches réalisées par certaines assistantes dentaires selon l'orientation de la pratique du cabinet, tâches qui sont aujourd'hui illicites car non identifiées par la convention collective nationale ;
- si d'autres tâches pourraient également leur être assignées, aujourd'hui ou dans un futur proche ;
- et, si oui, dans quelles conditions.

La liste de ces tâches est ouverte et ne rencontre de consensus ni parmi les chirurgiens dentistes, ni parmi les assistantes dentaires.

⁴³ National audit office. « Reforming NHS dentistry : ensuring effective management of risks ». November 2005

A titre d'illustration, la mission n'ayant ni la vocation ni la compétence pour trancher en la matière, il pourrait s'agir, en présence du praticien :

- d'aide opératoire avec de travail à quatre mains en bouche : pour une extraction dentaire, une obturation canalair, une séance de parodontologie, un détartrage sous gingival à quatre mains... ;
- de pose de composite ou d'amalgame ;
- de prise d'empreintes ;
- de recherche de descellements de bagues, de décollement des attaches ;
- de dépose de ligatures ou d'arcs ;
- de pose de ligatures sur arc mis en place par le praticien ;
- de pose de prothèse ;
- de détartrage...

Chacune devra faire l'objet de discussion au cas par cas et il n'incombait pas à la mission d'en initier la dynamique.

Sans en fixer le cadre, différents éléments peuvent toutefois être pris en considération.

On peut ainsi distinguer parmi ces différentes tâches, celles qui viendraient en appui technique de l'intervention d'un chirurgien-dentiste (par exemple un détartrage à quatre mains) et celles qui viendraient s'y substituer permettant l'intervention propre d'une assistante pour certaines tâches (par exemple un détartrage, une section d'arc qui dépasse et blesse, un contrôle de plaque... exécutés par une assistante dentaire).

Aux yeux des unes (assistantes dentaires) et des autres (chirurgiens-dentistes favorables au principe d'extension) les interventions d'appui technique ne se concevraient que sous la responsabilité et le contrôle des chirurgiens-dentistes.

Aux yeux de certains chirurgiens-dentistes - il s'agit essentiellement de chirurgiens-dentistes focalisant tout ou partie de leur activité dans une sphère donnée d'intervention, par exemple en orthodontie – cette extension en appui technique paraît d'ores et déjà souhaitable aujourd'hui. Leur argument principal est qu'ils sont, en tout cas dans certaines zones géographiques, en petit nombre et ils plaident pour le principe d'une telle extension afin de disposer de plus de temps pour se consacrer à des gestes plus techniques.

Ils soulignent que des telles extensions seront rendues nécessaires dans un avenir plus ou moins proche selon les zones géographiques du fait des effets conjugués du libre choix du type d'activité et du lieu d'installation, et des évolutions démographiques de leur profession.

L'ampleur de tels besoins est difficile à évaluer. Il s'agit toutefois d'actes pour lesquels le reste à charge souvent très élevé ne permet pas un accès équitable à l'ensemble de ceux qui pourraient en bénéficier.

Si le principe d'une intervention plus large des assistantes dentaires dans ce cadre était retenu, il permettrait une plus grande activité du cabinet dans ce domaine au profit d'un plus grand nombre de patients (d'enfants) sans régler pour autant les problèmes d'inégalité d'accès à ces prestations et au plus grand bénéfice financier des chirurgiens-dentistes du cabinet.

Pour sa part, la réalisation d'un acte technique dans le cadre d'une intervention propre d'une assistante dentaire pose – au moins aux yeux de nombre de chirurgiens-dentistes – un problème de principe. Celui-ci est à distinguer de la nature même de l'acte technique en question.

De surcroît, il conviendra de discuter séparément et au cas par cas chaque tâche envisagée pour une éventuelle intervention propre d'une assistante dentaire. Ainsi, l'opportunité d'autoriser une assistante (bien sûr formée à cet effet) à réaliser un recollement provisoire en urgence, doit être distinguée de celle de les voir pouvoir réaliser un détartrage.

A titre d'illustration, le tableau ci-dessous identifie les principales tâches effectuées par les hygiénistes dentaires en Angleterre.

Principales tâches des hygiénistes dentaires en Angleterre

- motivation
- dossier patient : création, suivi
- détartrage
- scellement de sillons + application de fluor
- anesthésie locale
- scellement temporaire
- prise d'empreintes
- dépistage d'anomalies des muqueuses (cancer)

Deux dispositifs différents peuvent être envisagés pour avancer en matière d'extension de tâches :

- soit une discussion entre pouvoirs publics et professionnels (chirurgiens-dentistes et assistants dentaires) pour identifier au cas par cas les interventions en question dont la mise en œuvre pourrait se référer à une disposition-type. Ce dispositif présente l'avantage de rechercher un consensus au sein des professions et le désavantage que celui-ci est rarement obtenu rapidement.
- soit mise en œuvre locale au cas par cas de dispositions équivalentes à celles de l'article L.4011-1 du code de la santé publique. Cette option a le mérite d'éviter les blocages professionnels, mais elle est en pratique compliquée à mettre en place au niveau d'un cabinet.

Quelque soit le choix du dispositif, sa mise en œuvre nécessitera :

- une identification préalable de la profession d'assistant(e) dentaire dans le code de la santé publique ;
- une formation qualifiante ad hoc au cas par cas ;
- éventuellement un titre spécifique par exemple celui d'assistante technique dentaire proposé par certains.

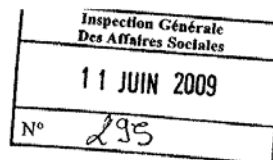
9. LES 10 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

1. Mettre à niveau et harmoniser les formations des assistantes dentaires. Redéfinir avec les professionnels le cahier des charges des centres de formation et y inclure une approche compétence basée sur la résolution de problèmes
2. Permettre et mettre en place des stages pratiques de formation en dehors du cabinet employeur
3. Garantir l'application par la profession des chirurgiens dentistes des règles d'accès à la formation professionnelle continue
4. Reconnaître la profession d'assistante dentaire dans le code de la santé publique
5. Inscrire à la nomenclature des actes professionnels des interventions d'éducation relatives à l'hygiène bucco-dentaire hors cabinet dentaire et permettre aux assistantes dentaires de réaliser des interventions d'hygiène bucco-dentaire hors cabinet qui seraient rémunérées au cabinet.

-
6. Fixer dans la future convention des chirurgiens-dentistes un contrat d'objectif pour la profession et un cadre par cabinet en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire
 7. Garantir la mise à niveau d'un nombre défini d'assistantes dentaires en matière de formation à la prévention et à l'hygiène bucco-dentaire, de manière à pouvoir reconnaître la profession d'hygiéniste dentaire en cas d'amélioration insuffisante de l'indice CAO dans la population.
 8. Faire avancer au cas par cas le chantier de l'extension des tâches de certaines assistantes.
 9. Mieux distinguer entre aides, et assistantes : selon le type de tâches effectuées, une distinction pourrait être établie entre aides, assistantes et techniciennes qui pourraient relever de niveaux de qualification différents, qualification qui relèveraient de modules de formation qui viendraient se surajouter les uns aux autres à partir d'un cursus de base.
 10. Il n'est pas recommandé de créer un diplôme d'Etat. Il n'est pas utile de créer un Ordre des assistantes dentaires.

Dr Gilles DUHAMEL

Annexe 1 : lettre de mission



Ministère de la Santé et des Sports

Paris, le 11 JUN 2009

Le Ministre

Cab RBN/NN/MA – Me D-09-4068

Cher Monsieur l'inspecteur général,

L'introduction dans le code de la santé publique de la profession d'assistant dentaire est une demande forte portée depuis 2005 par une partie des organisations professionnelles de chirurgiens-dentistes.

Toutefois, l'absence de consensus des organisations professionnelles n'a pas permis d'aboutir à une telle reconnaissance de cette profession dans le code de la santé publique malgré leur participation à un groupe de travail mis en place dès 2005. Des amendements visant à inscrire les assistants dentaires dans le code de la santé publique sont régulièrement déposés et repoussés depuis 2006. Ce sujet a une nouvelle fois été abordé lors des débats sur le projet de loi HPST. Je me suis engagée à ce que l'inspection générale des affaires sociales produise une analyse et des propositions préalables à toute prise de décisions sur ce sujet

Aussi, je vous demande, au regard des attentes exprimées, de me faire des propositions sur l'opportunité et les modalités éventuelles d'une telle inscription dans le code de la santé publique.

A cette fin, vous engagerez avec toutes les organisations concernées une concertation approfondie afin d'identifier les points de consensus et de divergence. Vous tiendrez compte des enjeux d'ores et déjà identifiés, tels que le développement de la prévention et de l'éducation dans le domaine bucco-dentaire, l'optimisation des pratiques professionnelles en matière d'hygiène, de qualité et de sécurité des soins.

Si cette inscription vous paraît envisageable, il vous appartiendra d'étudier avec les professionnels, notamment les chirurgiens dentistes, leur domaine d'intervention, en poursuivant notamment la réflexions sur le référentiel métier telle qu'elle a été initiée en 2006, leur mode d'exercice, leur formation, leur positionnement dans le code de la santé publique au regard des autres professions de santé et d'évaluer les impacts financiers et salariaux, voire statutaires, qui pourraient en résulter.

Monsieur André NUTTE
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39/43 quai Citroën
75015 PARIS

Il vous reviendra enfin de formuler des propositions sur l'impact juridique de la reconnaissance de cette profession. Vous tiendrez compte à cette occasion du dispositif existant et de son devenir au sein de la branche professionnelle considérée.

Vous pourrez bénéficier dans votre mission du concours de mes services et notamment de l'appui de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour mener à bien ces travaux.

Vous voudrez bien me faire part de vos conclusions sous forme d'un rapport pour le 1^{er} novembre 2009.

Bien à vous,



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe 2 : liste des personnes rencontrées

ADF : Dr C. BOUCHET

AFPPCD : Dr C.THEODEN

Assemblée nationale : Mr R. MALLIE, premier questeur, député des Bouches-du-Rhône

Association Asdez AD.49 Mmes L. LHOMMEAU, E.PITON, I.SIMON

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : Mme Agathe DENECHERE

Commission nationale paritaire de l'emploi des cabinets dentaires : Dr BONNAURE (Président)

Confédération nationale des syndicats dentaires CNSD : Dr R.L'HERBON (Président), Dr M-F. GONDARD-ARGENTI, Mme MOJAISKY

Conseil d'Etat : Mr F.STASSE

Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes : Dr C. COUZINOU (Président)

Coordination des assistantes dentaires : Mmes C.BRUEL, M.COMAS, Y.MARBACH, D. MUNOZ

Fédération CFDT Santé Sociaux : Mme N.PERUEZ

Fédération des chirurgiens-dentistes de France : Dr Hervé PARFAIT

Fédération des syndicats dentaires libéraux : Dr B. OLIVIER, Dr J.BONNAURE, Dr V.PIGEOT

Fédération nationale indépendante des syndicats du personnel des cabinets et laboratoires dentaires : Mr L. VERGNIAUD

Ministère de la santé (DGOS) : Mr BOUDET, Mme C.MERLE

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGESIP) : Mme S.DECKER

OPCA PL : Mme N/MARQUES

Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé : Dr F.COHEN

Syndicat national des odontologistes des hôpitaux publics : Dr E.GERARD, Dr D.PERRIN

Union des jeunes chirurgiens-dentistes : Dr Ph. DENOYELLE

UFSBD : Dr S. DARTEVELLE

Pr Th. ORLIAGUET Doyen de l'UFR d'Odontologie et chef de service au CHU de Clermont-Ferrand

Dr S. TELLIEZ chirurgien-dentiste, auteur du rapport « Organisation comparée des soins dentaires en France et en Angleterre » Executive master Sciences Po, travail en cours

