Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales

# Evaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

## RAPPORT

Établi par


Dr Francis FELLINGER
Conseiller général des établissements de santé

Dr Lise ALTER
Interne en santé publique
Stagiaire à l'IGAS


- Mai 2013 -

RM2013-054P

# SYNTHESE

[1] La ministre des affaires sociales et de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission d'évaluation, conjointe avec l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, des six services hospitalo-universitaires d'odontologie de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), services assurant la formation odontologique en Ile-de-France. Francis FELLINGER, conseiller général des établissements de santé et Lise ALTER, interne en santé publique, ont été désignés pour conduire cette mission avec M. Roland JOUVE, inspecteur général à l'IGAENR.

[2] La mission s'est limitée strictement au cadre fixé par la lettre ministérielle et n'a pas étudié la qualité et de la sécurité des soins, ni la gestion des risques associés aux soins.

[3] L'odontologie hospitalo-universitaire est organisée en centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD). Ces centres assurent trois missions essentielles : activité de soins (prévention, diagnostic et traitement des maladies buccodentaires), de formation (formation clinique des étudiants et internes en odontologie) et de recherche. A l'AP-HP, les services d'odontologie sont répartis dans six hôpitaux, à Paris et dans la petite couronne. Quatre d'entre eux dépendent de l'université Paris V et constituent le premier CSERD d'Ile-de-France (A. Chenevier, C. Foix, L. Mourier, Bretonneau). Les deux autres dépendent de l'université Paris VII et constituent le deuxième CSERD d'Ile-de-France (Rothschild et Pitié-Salpêtrière). Ces six services disposent au total de 262 fauteuils dentaires et 76,3 équivalents temps plein (ETP) de personnel médical. Un projet de fusion des deux UFR est en réflexion, dans le cadre du Pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) Paris Cité.

**Les six services d'odontologie présentent des difficultés organisationnelles communes et un défaut de pilotage central par le siège de l'AP-HP**

[4] Les six services sont globalement bien équipés, deux d'entre eux ayant même fait l'objet d'une rénovation complète en 2010-2011 (les services de Rothschild et de C. Foix). Toutefois, d'autres services sont situés dans des locaux préfabriqués vétustes datant des années 1970. Si le service de L. Mourier a pu bénéficier d'extensions successives, celui d'A. Chenevier n'a pu faire l'objet d'aucun aménagement. La mission recommande la mise en œuvre du projet de regroupement des services d'odontologie de Mondor et d'A. Chenevier sur le site de Mondor en raison de la détérioration des locaux et des conditions d'accueil des patients.

[5] Les CSERD étant historiquement dédiés à la formation clinique des étudiants, l'activité de soins des six services repose essentiellement sur les étudiants en odontologie. Par ailleurs, le nombre de praticiens hospitaliers y est faible ce qui limite la productivité des services. Toutefois, les résultats d'activité des six services sont extrêmement hétérogènes, le service d'A. Chenevier étant clairement le plus performant. La mission recommande de recruter davantage de praticiens hospitaliers temps plein afin d'améliorer leur productivité.

[6] En outre, la gestion du personnel médical doit faire l'objet d'améliorations : un trop grand nombre de praticiens exerce à temps partiel ce qui nuit à la coordination des soins et à l'implication de ces praticiens dans les problématiques organisationnelles. Le recours à des praticiens bénévoles doit être abandonné. Enfin, l'organisation du temps médical hospitalier doit être uniformisée sur l'ensemble des sites à deux demi-journées de 4h30 par jour.

[7] Des efforts importants doivent être menés dans l'optimisation du codage des actes réalisés, en particulier par les étudiants. De même, l'amélioration de la gestion des rendez-vous mais aussi du matériel bio-médical et la rationalisation des achats, notamment prothétiques, seraient source de gains d'efficience.

[8] Toutefois, de telles améliorations nécessitent un pilotage fort, aussi bien au niveau local, qu'au niveau du siège de l'AP-HP, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il n'y a, en effet, aucun positionnement stratégique de l'AP-HP dans le domaine de l'odontologie.

[9] La charge que représente l'encadrement des étudiants est variable selon les services, car l'autonomie et le temps de présence dans les services sont croissants de la 4ème à la 6ème année. La répartition des étudiants entre les services devrait faire l'objet d'une harmonisation par le siège de l'AP-HP en tenant compte du niveau d'ancienneté des étudiants (D2, D3, T1).

[10] Enfin, le temps universitaire consacré à la recherche n'a pas pu être objectivé de façon quantitative par la mission. Il semble toutefois insuffisant, dans la mesure où moins d'un praticien sur trois seulement publie dans les six services d'odontologie de l'AP-HP.

**Des services majoritairement déficitaires**

[11] Les résultats financiers de quatre des six services sont largement déficitaires (Bretonneau, L. Mourier, Rothschild et C. Foix). Le déficit global de l'activité pour l'ensemble des deux CSERD est estimé à 4,9 M€, soit près de 20 % de la recette brute générée. Seul le service de Chenevier-Mondor est considéré comme équilibré sur le plan financier, tant dans les documents internes à l'AP-HP, que par l'ARS d'Ile de France. Les données partielles de la Pitié Salpêtrièrie objectivent, quant à elles, un équilibre des comptes dès 2011.

[12] La mission a estimé la productivité des soins des services à partir d'un indice de productivité rapportant la recette brute annuelle par fauteuil et par ETP qui tend à confirmer que le service le plus efficient de l'AP-HP est celui de Chenevier-Mondor.

**Des services dont l'offre de soins et la répartition territoriale doivent être repensées afin de répondre aux besoins régionaux**

[13] Les CSERD ont une mission de service public hospitalier et devraient, à ce titre, jouer un rôle majeur dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins buccodentaires de la population francilienne, en particulier pour les populations vulnérables (patients âgés, handicapés, précaires, hospitalisés, jeunes enfants). Leur mission de santé publique doit pourtant être renforcée :

- La répartition régionale des services est inhomogène et ne couvre pas certains territoires pourtant sous dotés en chirurgiens dentistes libéraux. La mission recommande d'implanter un service d'odontologie en Seine-Saint-Denis par redéploiement d'une partie des fauteuils des sites de Rothschild et de Bretonneau ;
- L'offre de soins dispensée au sein des six services doit être renforcée en faveur des populations spécifiques. Il serait utile de mettre en place des règles communes à l'ensemble des services et, en particulier, de définir un nombre minimum de vacations à destination des populations spécifiques dans chacun des centres.

[14] Enfin, l'activité de pédodontie doit être réorganisée. Les services ayant une activité importante de pédodontie sont tous situés dans des hôpitaux gériatriques (Rothschild, C. Foix, Chenevier et Bretonneau) à l'exception de celui de L. Mourier. L'organisation de la permanence des soins de la Pitié-Salpêtrière n'est par ailleurs pas adaptée à la prise en charge des urgences pédiatriques. La mission recommande d'ouvrir un centre de référence en pédodontie au sein d'un hôpital pédiatrique (Debré ou Necker) et de conserver des antennes de pédodontie de proximité au sein des services existants (Mondor, Rothschild, C. Foix, L. Mourier).

**Les internes formés dans les cinq prochaines années compenseront difficilement les départs a la retraite des praticiens hospitalo-universitaires dans les conditions actuelles.**

[15] A l'AP-HP, la moitié des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et le quart des maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) ont plus de 60 ans en 2012. Des solutions doivent donc être envisagées rapidement afin d'augmenter l'attractivité de l'exercice hospitalo-universitaire. La mission étudie deux pistes : l'augmentation du nombre d'internes, l'amélioration de l'attractivité des postes hospitaliers.

# Sommaire

SYNTHESE ..... 3

RAPPORT ..... 11

**1 LA REGION ILE-DE-FRANCE EST MARQUEE PAR DE PROFONDES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES ..... 11**

1.1 Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes, méconnues et considérées par l'OMS comme un fléau de santé publique ..... 11

1.2 Les limites de l'accès aux soins bucco-dentaires sont multiples ..... 11

1.3 La santé buccodentaire est une priorité pour l'ARS Ile-de-France ..... 12

1.4 Le rôle des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) doit être précisé dans l'offre de soins bucco-dentaire régionale ..... 12

**2 LES SERVICES D'ODONTOLOGIE DE L'AP-HP RENCONTRENT DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES COMMUNES ..... 13**

2.1 Des services globalement bien équipés, mais situés pour certains dans des locaux vétustes ..... 13

2.1.1 Deux des services ont fait l'objet d'une rénovation récente tandis que le service d'A. Chenevier est situé dans des locaux préfabriqués vétustes et exigus ..... 14

2.1.2 Des sites globalement bien équipés en matériel technique et pédagogique ..... 15

2.1.3 Tous les services sont porteurs de projets mais celui de Chenevier-Mondor s'avère prioritaire ..... 16

2.2 Une organisation des soins comparable mais des résultats d'activité qui varient du simple au double ..... 16

2.2.1 Des centres ouverts en moyenne 220 jours par an ..... 16

2.2.2 L'activité de soins repose essentiellement sur les étudiants en odontologie et le nombre de praticiens hospitaliers est faible ce qui limite la productivité des services ..... 17

2.2.3 Les soins programmés sont majoritaires ..... 19

2.2.4 Le département d'A. Chenevier-Mondor est le plus performant de l'AP-HP ..... 19

2.3 L'efficience de l'organisation médicale actuelle doit être améliorée ..... 23

2.3.1 Un trop grand nombre de praticiens exerce à temps partiel ..... 24

2.3.2 L'organisation du temps médical hospitalier doit être uniformisée ..... 25

2.3.3 L'absence d'assistant dentaire fait défaut sur le plan de l'activité de soins et de la formation des étudiants ..... 25

2.3.4 L'absentéisme chronique du personnel non médical serait fréquent ..... 27

2.3.5 Le recours à des praticiens bénévoles doit être abandonné ..... 27

2.4 L'exhaustivité et la qualité du codage, la gestion des files d'attente et du matériel biomédical doivent être améliorés ..... 28

2.4.1 Le circuit du patient est globalement bien identifié mais des efforts doivent être menés dans le codage de l'activité ..... 28

2.4.2 Les délais de rendez-vous sont très longs ce qui occasionne beaucoup d'annulation de la part des patients ..... 29

2.4.3 La gestion des achats et du matériel biomédical peut être améliorée ..... 30

2.5 Une activité d'enseignement et de recherche difficilement quantifiable ..... 32

2.5.1 L'encadrement des étudiants est très variable selon les sites ..... 32

2.5.2 Moins d'un tiers des praticiens publie ..... 35

2.6 Un management et un pilotage variables selon les sites ..... 35

2.6.1 Les services d'odontologie sont dans l'ensemble intégrés au sein d'un pôle ..... 35

2.6.2 Seuls trois services organisent des staffs réguliers ..... 36

2.6.3 Un pilotage très hétérogène qui reste dépendant de l'implication des praticiens des structures ..... 37

2.7 L'AP-HP n'a pas défini de stratégie concernant l'activité d'odontologie ..... 38

**3 DES SERVICES MAJORITAIREMENT DEFICITAIRES ..... 40**

**4 DES SERVICES DONT L'OFFRE DE SOINS ET LA REPARTITION TERRITORIALE DOIVENT ETRE REPENSEES AFIN DE REPONDRE AUX BESOINS REGIONAUX ..... 43**

4.1 Les CSERD ont une mission de service public hospitalier et devraient permettre de lutter contre les inégalités d'accès aux soins buccodentaires de la population francilienne ..... 43

4.1.1 Les inégalités d'accès aux soins sont marquées dans le domaine buccodentaires en Ile-de-France, en particulier pour les populations les plus vulnérables ..... 43

4.1.2 Les CSERD participent au service public hospitalier ..... 44

4.2 Une répartition territoriale inhomogène des centres ..... 44

4.3 Des soins insuffisamment orientés vers les populations à besoins spécifiques ..... 46

4.3.1 Tous les centres sont équipés pour délivrer des soins externes ne pouvant être réalisés par les praticiens libéraux ..... 46

4.3.2 Les six services délivrent essentiellement des soins généralistes de proximité ..... 46

4.3.3 L'activité de soins à destination des populations spécifiques et/ou précaires occupe une place secondaire ..... 47

4.4 L'activité de pédodontie doit être réorganisée ..... 49

4.4.1 Les services ayant une activité de pédodontie sont très majoritairement situés dans des hôpitaux gériatriques ..... 49

4.4.2 L'organisation de la permanence des soins de la Pitié-Salpêtrière n'est pas adaptée à la prise en charge des urgences pédiatriques ..... 50

4.5 Une permanence des soins unique en France : la grande garde de la Pitié-Salpêtrière ..... 50

**5 LES INTERNES FORMES DANS LES CINQ PROCHAINES ANNEES COMPENSERONT DIFFICILEMENT LES DEPARTS A LA RETRAITE DES PRATICIENS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LES CONDITIONS ACTUELLES ..... 51**

5.1 Le nombre d'étudiants formé est faible au regard des prévisions de départ à la retraite des chirurgiens dentistes sur la région Ile-de-France ..... 51

5.1.1 Le taux de départ à la retraite des chirurgiens dentistes libéraux sera important dans les cinq prochaines années ..... 51

5.1.2 A l'AP-HP, la moitié des PU-PH et le quart des MCU-PH ont plus de 60 ans en 2012 52

5.1.3 Le nombre d'internes en formation est faible ..... 53

5.1.4 L'activité libérale au sein des centres doit être encouragée afin d'améliorer l'attractivité ..... 55

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION ..... 57

LETTRE DE MISSION ..... 61

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ..... 63

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DU GH A. CHENEVIER-H. MONDOR ..... 65

ANNEXE 2 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE GARANCIERE-ROTSCHILD ..... 75

ANNNEXE 3 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE LA PITIE-SALPETRIERE ..... 89

ANNEXE 4 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE CHARLES FOIX ..... 97

ANNEXE 5 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DE BRETONNEAU – LOUIS MOURIER ..... 103

SIGLES UTILISES ..... 113

BIBLIOGRAPHIE ..... 115

# RAPPORT

## 1 LA REGION ILE-DE-FRANCE EST MARQUEE PAR DE PROFONDES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

### 1.1 Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes, méconnues et considérées par l'OMS comme un fléau de santé publique

[16] Malgré des données épidémiologiques parcellaires et incomplètes, en particulier en France, la fréquence des pathologies bucco-dentaires est avérée. Les pathologies buccodentaires sont nosologiquement groupées en trois grandes catégories : les caries dentaires, les maladies parodontales et les cancers. S'ajoutent à cette nosologie les malformations génétiques et les traumatismes, qui ont une importance particulière pour la prise en charge en urgence et la coordination entre odontologistes et chirurgiens.

[17] Les caries et les maladies parodontales, c'est-à-dire du tissu de soutien de la dent (gencive et os alvéolaire) sont liées à des étiologies infectieuses et immunitaires et peuvent être prévenues par une hygiène adaptée et la correction de facteurs de risques et de pathologies associées. Parmi ces facteurs de risque et pathologies peuvent être cités le diabète, le tabagisme, l'immunodépression, les poly pathologies du sujet âgé, ou certaines maladies psychiatriques. D'après une étude de la MSA, 37 % des personnes âgées relevant de ce régime et vivant à domicile auraient une dent à soigner.

### 1.2 Les limites de l'accès aux soins bucco-dentaires sont multiples

[18] La première limite est liée aux patients, qui sous évaluent l'impact de ces pathologies et consultent souvent avec retard. En particulier, certaines populations spécifiques (personnes âgées dépendantes, personnes détenues, personnes en situation de handicap) ont des difficultés d'accès aux soins dentaires et les rares études épidémiologiques existantes confirment la fréquence des pathologies dentaires non traitées.

[19] La deuxième limite est liée aux aspects démographiques de la profession. En effet, le nombre global des chirurgiens-dentistes est stable depuis plus de vingt ans, en dépit de l'accroissement de la population et de l'augmentation prévisible de la demande de soins. De plus, la pyramide des âges des chirurgiens dentistes et le numérus clausus ne garantissent pas le remplacement des départs en retraite.

[20] La troisième limite est d'ordre financière, le coût représentant, d'après la DREES[1] et l'Irdes[2], la première cause de renoncement aux soins bucco-dentaires. L'assurance maladie obligatoire prend en charge environ le tiers du coût des soins, mais cette participation est de 18 % seulement pour les soins prothétiques, les plus couteux. L'assurance maladie complémentaire prend en charge un deuxième tiers des frais engagés, ce qui laisse un reste à charge important pour les ménages.

---

[1] E.Rigal et J.Micheau. DREES. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, septembre 2007

[2] Comportement de recours aux soins et santé buccodentaire, IRDES, mai 2005

## 1.3 La santé buccodentaire est une priorité pour l'ARS Ile-de-France

[21] La densité globale des chirurgiens dentistes d'Ile de France est conforme à la densité nationale (64/100 000 habitants), mais les différences départementales infra régionales sont importantes (136 pour Paris intra muros, 46 en Seine Saint Denis) et les évolutions globales préoccupantes, compte tenu de la pyramide des âges y compris à Paris intra muros.

[22] Les données démographiques et le retentissement somatique, psychologique et social des pathologies buccodentaires ont conduit l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France à élaborer un volet spécifique bucco-dentaire du schéma régional d'organisation des soins hospitaliers du projet régional de santé publié en décembre 2012.

[23] Différents programmes et réseaux de prévention et de prise en charge, concernant soit les enfants soit les publics spécifiques, ont été développés en Ile-de-France, en collaboration avec les collectivités territoriales, l'assurance maladie, l'Etat (en particulier l'Education nationale) et les professionnels : Arcade, Rhapsod'if…

[24] L'hygiène buccodentaire s'apprend et les campagnes d'éducation mises en place en Ile-de-France ont permis d'améliorer les indices carieux chez les enfants. Ces indices carieux témoignent d'inégalités liées aux conditions sociales, inégalités qui restent à corriger. En Val de Marne, 23,2 % des enfants de 4 à 5 ans avaient une dent cariée en 2006. Seule la moitié des enfants de 12 ans étaient indemnes de carie.

## 1.4 Le rôle des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) doit être précisé dans l'offre de soins bucco-dentaire régionale

[25] L'offre de chirurgie dentaire est essentiellement libérale, les chirurgiens dentistes libéraux réalisant environ 85 % des prises en charge, mais comporte aussi une offre en centre de santé et une offre hospitalière.

[26] L'organisation de la chirurgie dentaire hospitalo-universitaire francilienne est structurée en deux centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) prévus par les articles L 6142-3 et L6142-17 du CSP. Seize CSERD existent en France.

[27] Les deux CSERD d'Ile-de-France dépendent, pour l'un de l'AP-HP et de l'université Paris V, pour l'autre de l'AP-HP et de l'université Paris VII[3].

[28] Le CSERD de Paris VII (UFR de Montrouge) est constitué de quatre services hospitalo-universitaires, situés respectivement dans le groupe hospitalier Paris Nord Val de Seine (services de Bretonneau et de Louis Mourier), dans le groupe hospitalier Mondor-Chenevier (service de A. Chenevier) et dans le groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (service de Charles Foix).

[29] Le CSERD de Paris V (UFR de Garancière) est constitué du service de la Pitié-Salpêtrière (groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière) et de celui de l'hôpital Rothschild (groupe hospitalier de l'est parisien).

[30] Cette mission s'inscrit dans cette volonté de l'ARS Ile-de-France d'améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire en Ile-de-France, et notamment, d'optimiser le fonctionnement et l'organisation des centres d'odontologie hospitalo-universitaires de l'AP-HP.

[3] Même si la convention constitutive concernant ce CSERD n'est pas formellement signée

[31] En effet, l'amélioration de l'organisation des soins buccodentaires et de l'accessibilité à ces soins passe, avant tout, par la conduite d'une réflexion sur l'organisation et du fonctionnement des CSERD, centres de soins dentaires hospitalo-universitaires dédiés à la formation clinique des étudiants en odontologie à l'AP-HP.

[32] L'objet de la mission est d'étudier le fonctionnement et l'organisation de ces CSERD, afin d'évaluer leur mission d'enseignement, de recherche, leur rôle dans l'offre de soins, tant en soins primaires qu'en soins de recours, et leur efficience médico-économique.

# 2 LES SERVICES D'ODONTOLOGIE DE L'AP-HP RENCONTRENT DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES COMMUNES

## 2.1 Des services globalement bien équipés, mais situés pour certains dans des locaux vétustes

[33] Les six services d'odontologie de l'AP-HP comptent au total 262 fauteuils. Quatre d'entre eux sont situés au sein d'hôpitaux gériatriques (Albert Chenevier, Rothschild, Bretonneau, Charles Foix).

[34] *Le département de Chenevier-Mondor* (groupe hospitalier Mondor) est constitué d'un service d'odontologie basé à Albert Chenevier (A. Chenevier) et d'une unité fonctionnelle sur le site de Mondor. Il dispose au total de 32 fauteuils. Le service du site A. Chenevier comporte 29 fauteuils, l'unité fonctionnelle d'H. Mondor trois fauteuils. En outre, le département dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé[4] (PASS) buccodentaire ouverte en juillet 2011, en phase de montée en charge, sur le site de Mondor.

[35] *Le département d'odontologie de Louis Mourier-Bretonneau* (groupe hospitalier Paris Nord Val de Seine –PNVS) est constitué des services de l'hôpital Louis Mourier et de Bretonneau. Le service d'odontologie de l'hôpital Bretonneau dispose de 42 fauteuils sur le site de Bretonneau et d'une antenne de deux fauteuils à Bichat. Le service de Louis Mourier compte 24 fauteuils.

[36] *Le service de Charles Foix* comprend une zone de soins de 40 fauteuils.

[37] *Le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière* comptait initialement 47 fauteuils. Il s'est enrichi en 2010 de 22 fauteuils issus du centre de Garancière[5] et dispose donc actuellement de 69 fauteuils. Il s'agit du seul service assurant une permanence des soins 24h/24 et tous les jours de l'année. Théoriquement l'ensemble des praticiens seniors des six services participe à cette permanence de nuit, de week-end et de jours fériés, à raison d'environ deux gardes par an par praticien.

[38] *Le pôle d'odontologie de l'hôpital Rothschild* dispose, quant à lui, de 55 fauteuils (issus de l'ancien service de Garancière).

---

[4] En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

[5] Le service d'odontologie de Garancière, actuellement fermé, disposait de 98 fauteuils en 2002, dont 43 ont récemment été transférés à la Pitié-Salpêtrière (août 2010) et 55 à l'hôpital Rothschild (2011).

[39] Ces deux services (Rothschild et Pitié-Salpêtrière) sont conventionnés avec l'université Paris VII. Ils ont bénéficié d'un redéploiement des moyens initialement alloués au centre Garancière, dépendant sur le plan hospitalier de l'Hôtel-Dieu. Garancière a fermé en 2010, en raison de sa vétusté et de problèmes de mises aux normes incendies. Ses moyens ont été partagés entre le service actuel de Rothschild- Garancière doté de 55 fauteuils, créé dans le cadre d'une construction neuve (nouvel hôpital Rothschild) et celui de la Pitié-Salpêtrière dont les moyens ont été renforcés de 22 fauteuils, adjoints aux 47 fauteuils déjà installés.

[40] Les quatre autres services sont conventionnés avec l'université Paris V.

Tableau 1 : Nombre de fauteuils par service des six services de l'AP-HP

| Service | Nombre de fauteuils |
|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 32 (29 + 3) |
| **Bretonneau** | 44 (42 + 2) |
| **Mourier** | 24 |
| **Pitié-Salpêtrière (PASS et urgences comprises)** | 69 |
| **Rothschild** | 55 |
| **Charles Foix** | 40 |
| **TOTAL** | 262 |

*Source : Données issues des six services d'odontologie de l'AP-HP*

### 2.1.1 Deux des services ont fait l'objet d'une rénovation récente tandis que le service d'A. Chenevier est situé dans des locaux préfabriqués vétustes et exigus

#### 2.1.1.1 Le pôle d'odontologie de Rothschild résulte du transfert partiel du service de Garancière à l'hôpital Rothschild, reconstruit en 2010.

[41] Les 55 fauteuils du service sont issus de l'ancien service d'odontologie de Garancière. Les locaux sont entièrement neufs et les fauteuils sont situés dans des boxes fermés. L'organisation des locaux est adaptée, avec une zone chirurgicale, une zone destinée à l'enseignement pratique des étudiants de 3ème et 4ème années, et une zone destinée aux soins plus complexes, réalisés par des internes, des étudiants en spécialité (Diplôme d'université) et des praticiens du service.

#### 2.1.1.2 Le service de Charles Foix a été entièrement rénové en 2011

[42] Initialement dans des locaux en préfabriqué (depuis les années 70), le service d'odontologie de Charles Foix a été transféré dans des locaux neufs de 2 500 m2 en 2011. Les fauteuils sont installés dans des boxes fermés et spacieux. Le service est divisé en aires de formation (salle de staff ; bureaux médicaux et administratifs) et de traitement (accueil des patients et activité de soins).

#### 2.1.1.3 Le service d'A. Chenevier est installé depuis 1971 dans des bâtiments provisoires préfabriqués

[43] L'activité du service est limitée par l'exigüité du bâtiment (380 m$^2$ pour 180 patients par jour et 90 étudiants environ, absence de salle de réunion, étroitesse des bureaux[6]…), par la vétusté des locaux et par la dégradation des conditions d'accueil et de prise en charge des patients qui en découlent. Les fauteuils sont situés dans des boxes largement ouverts avec des cloisons de séparation d'une hauteur d'environ 1,5 mètres, de type *open space* (à l'exception de trois boxes fermés), ne permettant pas de respecter la confidentialité des informations médicales, Enfin, la localisation et l'emprise du bâtiment ne permettent pas l'extension.de ces locaux.

### 2.1.2 Des sites globalement bien équipés en matériel technique et pédagogique

[44] Les six services sont équipés pour réaliser des radiographies (panoramiques et rétro-alvéolaires, *Cone Beam*[7]) et des soins de prothétiques (présence de microscopes optiques).

[45] Les services de Bretonneau et de Rothschild[8] disposent d'un laboratoire de prothèse (avec présence de prothésistes sur place) ainsi que celui de Charles Foix (sans présence de prothésiste sur place).

[46] Tous les services délivrent des soins d'implantologie et de chirurgie buccale.

[47] En revanche, tous les services ne sont pas équipés pour dispenser des soins d'odontologie chirurgicale sous anesthésie générale. seuls les services de Louis Mourier et Pitié-Salpêtrière ont un accès direct à une salle de bloc opératoire avec possibilité d'anesthésie générale sur place (à raison d'une vacation par semaine pour le service de la Pitié-Salpêtrière et de deux vacations par semaine pour Louis Mourier[9]). Le service de Rothschild n'a pas la possibilité d'organiser d'interventions sous anesthésie générale. Quant aux autres services (Charles Foix, Bretonneau, Mondor-Chenevier), ils ne peuvent en réaliser que sur d'autres sites[10], ce qui complique l'organisation de ces interventions, en particulier pour les patients (déplacements parfois importants).

[48] Enfin, le service de Charles Foix a la particularité de disposer de deux équipements de conception et fabrication assistée par ordinateur (CFAO) dans le cadre d'un contrat de recherche (PHRC). Cet équipement permet la réalisation immédiate et sur mesure, de certaines prothèses, qui peuvent être implantées au cours de la même séance que la prise de mesure, ce qui améliore le confort du patient, diminue le coût de la prise en charge et augmente l'efficience du service. Cet équipement participe de surcroît à l'adaptation de la formation initiale aux réalités de la chirurgie dentaire libérale moderne.

---

[6] La surface du bureau de l'adjointe au chef de service est de l'ordre de 3 m$^2$, installation par nécessité de certains agents dans un coin du bureau du chef de service, etc.
[7] Uniquement sur le site de Bretonneau (ou tomodensitométrie volumique à faisceau conique).
[8] Confection de toutes les prothèses autres que conjointes (fournies par des prestataires externes dans le cadre de marchés locaux) et réparation des prothèses.
[9] Une vacation pour les adultes et une vacation pour les enfants.
[10] Centre intercommunal de Créteil pour Chenevier-Mondor, Louis Mourier pour Bretonneau et Pitié-Salpêtrière pour Charles Foix.

### 2.1.3 Tous les services sont porteurs de projets mais celui de Chenevier-Mondor s'avère prioritaire

[49] Un premier projet de reconstruction du service d'odontologie de Chenevier Mondor sur le même site a été initié en 2005 pour être arrêté en 2009. Le coût de ce projet était estimé à dix millions d'euros environ. Le projet ayant été jugé trop onéreux, l'appel d'offre pour la réalisation des travaux n'a jamais été lancé et le projet n'a pas pu voir le jour.

[50] Suite aux conclusions du schéma directeur immobilier et technique est de l'AP-HP (2010-2011), un projet de transfert du service d'odontologie sur Mondor, moins couteux que le précédent (six millions d'euros environ), a donc été conçu. Il prévoit entre autres, une augmentation du nombre de fauteuils (39 demandés pour 32 actuellement) et la création de trois salles équipées pour l'activité de chirurgie dentaire. Le projet serait réalisé à effectif médical constant (le nombre de fauteuils demandés supplémentaires correspond à l'augmentation du numerus clausus et à la création de la sixième année d'odontologie qui n'ont jamais été compensées). Concernant le personnel non médical, quatre ETP pourraient être rendus (centralisation de la partie lavage et conditionnement au niveau de la stérilisation centrale du site de Mondor). Ce projet[11] conçu en 2009 est actuellement au point mort

[51] Au vu de la vétusté et de l'étroitesse des locaux du service d'A. Chenevier qui limitent l'augmentation du nombre de venues annuelles et au vu des performances actuelles du service en termes d'activité de soins (voir section 2.2.4) et en termes de résultat financier (voir section 3), la mission juge que ce projet est parfaitement justifié.. La problématique de Louis Mourier est proche de celle de Créteil, notamment en terme de confidentialité de la zone de soins,, mais les travaux récents d'extension autorisent le temps de la réflexion pour la rénovation nécessaire de ce service.

**Recommandation n°1 : Mettre en œuvre de façon urgente le projet de regroupement des services d'odontologie de Mondor et d'A. Chenevier sur le site de Mondor en raison de la détérioration des bâtiments du service d'A. Chenevier et de la détérioration des conditions d'accueil des patients. Prévoir un schéma directeur global des CSERD.**

## 2.2 Une organisation des soins comparable mais des résultats d'activité qui varient du simple au double

### 2.2.1 Des centres ouverts en moyenne 220 jours par an

[52] Les services d'odontologie ont une amplitude horaire moyenne de neuf heures par jour, cinq jours par semaine. Ils ferment annuellement six semaines par an environ (soit une moyenne de 220 jours ouvrables dans l'année), à l'exception de L. Mourier qui ne ferme que les jours fériés mais qui adapte toutefois son amplitude horaire quotidienne durant l'été[12], et du service de la Pitié-Salpêtrière qui assure une permanence des soins 24h/24 toute l'année pour la prise en charge des urgences.

[11] L'étude de faisabilité du projet (dimensionnement, faisabilité spatiale, estimation économique) figure en annexe 1B.
[12] Mi-temps (9h-13h) durant l'été

### 2.2.2 L'activité de soins repose essentiellement sur les étudiants en odontologie et le nombre de praticiens hospitaliers est faible ce qui limite la productivité des services

[53] Les services d'odontologie ayant été conçus avant tout pour répondre aux nécessités de la formation clinique des étudiants en odontologie[13], l'activité de soins, au sein des services, est assurée essentiellement par les étudiants (D2, D3 et T1), sous la responsabilité des praticiens de chaque service. Toutefois, et bien que cela ait été confirmé par l'ensemble des praticiens et chefs de service rencontrés par la mission, la part d'activité de soins réellement réalisée par les étudiants n'a pas pu être objectivée par la mission.

[54] La répartition des étudiants au sein des différents services et les modalités d'encadrement sont décrites dans la section consacrée à la formation (2.5.1). Selon leur ancienneté, les étudiants sont plus ou moins autonomes :

- les étudiants en 6ème année (T1) réalisent les soins de façon autonome et sont présents à plein temps à l'hôpital (une demi-journée de cours par semaine) ;
- les étudiants de 4ème et 5ème année sont moins autonomes, ils réalisent les soins en binôme (le plus souvent de même année d'ancienneté) et sont présents à mi-temps à l'hôpital.

[55] Le nombre et la durée des vacations des étudiants varient suivant les sites (entre quatre et six vacations de quatre heures et 30 minutes par semaine à Chenevier, entre deux et trois vacations de trois heures et 30 minutes par semaine à Rothschild…).

[56] Par ailleurs, les six services d'odontologie de l'AP-HP emploient au total 61 ETP d'hospitalo-universitaires (HU) pour seulement 3,9 ETP de praticiens hospitaliers (PH). Ce déséquilibre apparaît comme un facteur limitant la productivité des sites dans la mesure où les praticiens HU consacrent en réalité la majeure partie de leur temps « hospitalier » à l'encadrement des étudiants qui réalisent les soins. Le ratio praticiens HU/ (PH+HU) est, en effet, très supérieur au ratio habituel des disciplines médico-chirurgicales (86 % pour la Pitié-Salpêtrière qui emploie à elle seule deux PH TP soit deux des 3,9 ETP de PH de l'AP-HP).

[57] Ce constat est particulier aux services d'odontologie. Le tableau 2 montre, en effet, que le ratio HU/ (PH+HU) s'élève à 73 % au niveau national pour l'odontologie contre 16 % pour les services de chirurgie, 10 % pour les services de médecine et 4 % pour les services d'anesthésie réanimation.

[13] P. 27,28 rapport IGAS-IGAENR, audit de l'appareil de formation odontologique, 2006

Tableau 2 : ETP par discipline dans les établissements publics de santé, au 31 décembre 2011

| Discipline | Total ETP HU | ETP des praticiens hospitaliers | Ratio HU/(HU+PH) |
|---|---|---|---|
| **Anesthésie-réanimation** | 185,8 | 4 077,4 | 4 % |
| **Biologie médicale** | 828,3 | 1 959,3 | 30 % |
| **Chirurgie** | 1 073,1 | 5 505,6 | 16 % |
| **Médecine** | 2 235,2 | 19 951 | 10 % |
| **Odontologie** | 342,0 | 126,3 | 73 % |
| **Pharmaciens** | 88,5 | 2 017,7 | 4 % |
| **Psychiatrie** | 131,0 | 5 237,6 | 2 % |
| **Radiologie** | 296,3 | 1 590,2 | 16 % |
| **Total** | 5 180,1 | 40 465,1 | 11 % |

*Source : DREES-SAE*

[58] Cette situation est en partie historique, les CSERD étant avant tout des écoles de formation professionnelle dentaire, où la prise en charge de patients résulte de la nécessité, pour les étudiants, d'une mise en situation pratique compte tenu de la nature gestuelle d'une partie importante de l'activité professionnelle. L'activité de ces centres est de même typologie que les soins en cabinet libéraux, à de très rares exceptions près, comme par exemple les gestes sous anesthésie générale, qui nécessitent un véritable plateau technique hospitalier.

[59] La réponse de ces services à un besoin de soins de la population régionale n'est discutée que depuis peu, dans le cadre de l'élaboration des SROS, ainsi qu'en témoigne l'absence de prise en compte de ces besoins bucco-dentaires de la population dans les documents stratégiques de l'AP-HP. Par ailleurs, la réponse à des besoins de santé, en particulier pour des populations spécifiques (personnes en situation de précarité ou de handicap, personnes âgées, etc.), souhaitée par les autorités de tutelles, est davantage liée à des problématiques économiques et sociales qu'à une nécessité technique de recourir à l'hôpital. En effet, les tarifs des chirurgiens dentistes libéraux et les restes à charge importants pour les patients sont à l'origine de nombreux cas de renoncement aux soins buccodentaires. La tutelle estime, par conséquent, que la part assurance maladie du financement des CSERD doit permettre d'améliorer l'accessibilité des soins bucco-dentaires. La mission partage cette appréciation, le renforcement de l'offre de soins délivrés par ces services, donc de leur productivité passant par la création de postes de praticiens hospitaliers temps plein (mono-appartenant).

[60] En effet, le nombre de patients s'adressant à l'AP-HP et n'obtenant pas de réponse n'est pas quantifié de façon précise, mais est important si l'on croise les motifs (rejet de l'appel téléphonique fréquents dans plusieurs centres, tel Rothschild, La Pitié, Charles Foix, Bretonneau.., limitation de file active, conseil d'adressage en cabinet de ville, etc.). Il importe par conséquent, dans le cadre de la mission de l'hôpital public, qu'une réflexion sur l'amélioration de l'offre de soins des services des CSERD soit conduite par l'AP-HP et l'ARS d'Ile de France. Le renforcement de cette offre nécessitera un temps de chirurgiens dentistes seniors, indépendamment du statut.

**Recommandation n°2 : Favoriser le recrutement de praticiens hospitaliers temps plein sous réserve d'une réflexion stratégique et d'une analyse médico-économique par l'AP-HP, recrutement adapté à la réponse au besoin d'offre de soins**

### 2.2.3 Les soins programmés sont majoritaires

[61] Dans tous les sites, à l'exception de la Pitié Salpêtrière[14] où l'activité d'urgence représente plus de la moitié de l'activité de soins, la part d'activité programmée est prépondérante (90 % de l'activité totale en moyenne), les urgences ne représentant que dix[15] à quinze[16] patients par jour et par site environ.

[62] Le service de Bretonneau va même jusqu'à limiter volontairement à 15 le nombre de patients pris charge en urgence chaque jour (pris en charge le matin uniquement). Les patients supplémentaires qui s'y présentent sont ensuite adressés aux chirurgiens dentistes libéraux, aux urgences de la Pitié-Salpêtrière ou à des centres de soins dentaires.

[63] Les services d'odontologie assurent tous des consultations et des soins spécialisés : orthopédie dento-faciale, pédodontie ; pédodontie, soins prothétiques, implantologie, gérontodentie, parodontologie, endodontie, soins sous sédation consciente (MEOPA[17]), chirurgie buccale (extractions dentaires…) sous anesthésie locale et sous anesthésie générale (en particulier pour les patients handicapés). En revanche, comme cela a déjà été précisé plus haut, tous n'ont pas accès à un bloc opératoire pour réaliser des soins buccodentaires sous anesthésie générale (en particulier pour la prise en charge des patients handicapés).

### 2.2.4 Le département d'A. Chenevier-Mondor est le plus performant de l'AP-HP

[64] Afin de rendre les données d'activité comparables entre les sites, la mission a exclu de la comparaison certaines données très spécifiques, notamment :

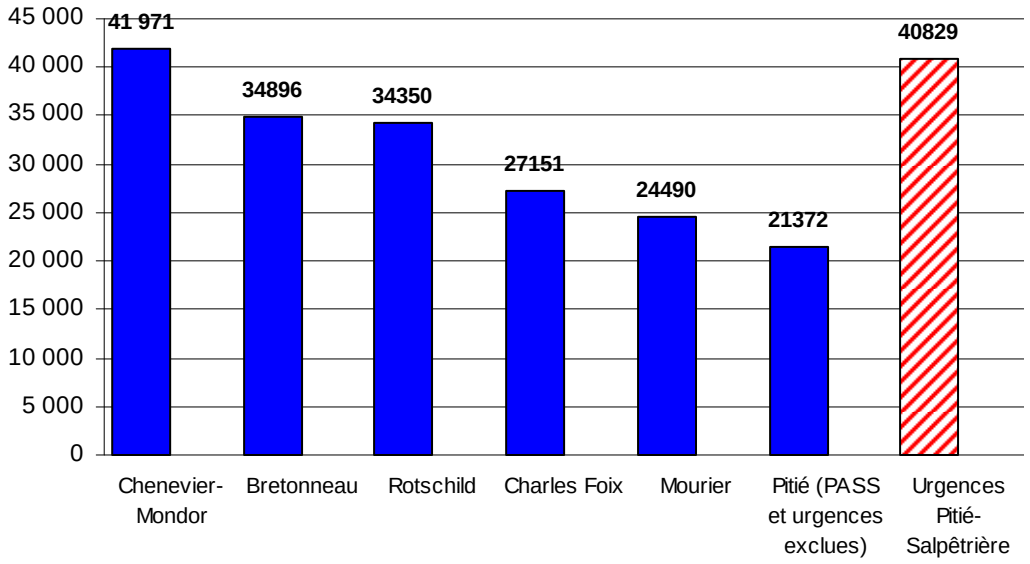
- l'activité d'urgences du service de la Pitié-Salpêtrière (activité représentant plus de la moitié de l'activité totale avec 40 829 actes réalisés en 2012 et à laquelle sont dédiés des moyens spécifiques en ETP et en fauteuils). Il n'a, en effet, pas semblé pertinent à la mission de retenir ces données dans le cadre d'une comparaison de l'activité des services odontologiques hospitalo-universitaires dans la mesure où l'activité d'accueil des urgences 24h/24 du service de la Pitié-Salpêtrière est unique à l'AP-HP et dispose de moyens dédiés en ETP[18] et en fauteuils (dix fauteuils dédiés). En théorie les praticiens des deux CSERD participent à cette activité d'urgence, mais le suivi de cette activité par praticien est imprécis et les modifications du tableau de garde ne sont pas toujours formalisées ;
- ainsi que l'activité des deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) buccodentaires de l'AP-HP (Mondor, 221 actes en 2012, et Pitié-Salpêtrière, 2 151 actes en 2012).

[14] Accueil des urgences 24h/24 avec lits et personnel dédiés.
[15] Mondor-Chenevier.
[16] Charles Foix, Louis Mourier, Bretonneau, Rothschild.
[17] Mélange equimolaire oxygène protoxyde d'azote
[18] Un PH temps plein, 0,5 ETP de praticiens attachés, 10 étudiants, un interne de la Pitié-Salpêtrière en journée ; des Praticiens HU de tous les services de l'AP-HP et une demi garde d'interne la nuit.

[65] Le volume d'activité réalisée est hétérogène selon les sites : elle varie du simple au double (41 971 actes à Chenevier-Mondor contre 21 372 à la Pitié-Salpêtrière[19]). Par ailleurs, un des sites fournit des données d'activité extrêmement divergentes par rapport à celles fournies par la direction de la politique médicale (DPM) de l'AP-HP[20]. Les données centralisées de la DPM de l'AP-HP ont été retenues par la mission pour réaliser les comparaisons inter-sites.

[66] La part d'actes hors nomenclature (HN) et donc à la charge du patient, varie de 4 % à 25 %. L'importance de cet écart s'explique en partie par l'absence de codage exhaustif de l'activité hors nomenclature par certains services.

Graphique 1 : Nombre total d'actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) réalisés en 2012




*Source : Opale, DPM de l'AP-HP.*

[67] Comme le montre le tableau 3, la répartition de l'activité par lettre clef est globalement la même pour tous les sites, à l'exception :

- de la Pitié-Salpêtrière qui a réalisé en 2012 une part importante de son activité en orthopédie dento-faciale. Cette activité n'a été que récemment transférée sur le site de Rothschild afin d'y concentrer la prise en charge des enfants et adolescents ;
- de Rothschild qui a réalisé une part importante de soins prothétiques en 2012.

[19] Activité d'urgence et de la PASS exclues.
[20] Les données du site prennent en compte des actes non valorisés financièrement (du point de vue du service) comme la prise en charge de patients hospitalisés ou se présentant aux urgences générales de l'hôpital.

Tableau 3 : Nombre et pourcentage d'actes NGAP par lettre clef en 2012 ; actes inscrits à la nomenclature et hors-nomenclature (HN)

| Actes par lettre clef 2012 | Chenevier-Mondor | | Urgences Pitié-Salpêtrière | | Bretonneau | | Rothschild | | Charles Foix | | Louis Mourier | | Pitié-Salpêtrière | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ATU** | | | 19247 | 47 % | | | | | | | | | | |
| **SPR** | 1419 | 3 % | 7 | 0 % | 1428 | 4 % | 4064 | 12 % | 1489 | 5 % | 1136 | 5 % | 1050 | 5 % |
| **SC** | 8965 | 21 % | 847 | 2 % | 9194 | 26 % | 8069 | 23 % | 6322 | 23 % | 5683 | 23 % | 2801 | 13 % |
| **TO** | 1229 | 3 % | 3 | 0 % | 1877 | 5 % | 82 | 0 % | 1089 | 4 % | 377 | 2 % | 2947 | 14 % |
| **Z** | 5906 | 14 % | 358 | 1 % | 8202 | 24 % | 6193 | 18 % | 5177 | 19 % | 7572 | 31 % | 1009 | 5 % |
| **D** | 12 | 0 % | 1 | 0 % | 30 | 0 % | 125 | 0 % | 54 | 0 % | 13 | 0 % | 13 | 0 % |
| **DC** | 4097 | 10 % | 5546 | 14 % | 3698 | 11 % | 4282 | 12 % | 2991 | 11 % | 3273 | 13 % | 6185 | 29 % |
| **KC** | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 4 | 0 % |
| **C** | 9069 | 22 % | 14774 | 36 % | 7746 | 22 % | 7867 | 23 % | 7838 | 29 % | 4665 | 19 % | 3203 | 15 % |
| **CS** | 655 | 2 % | 21 | 0 % | 498 | 1 % | 64 | 0 % | 399 | 1 % | 768 | 3 % | 1935 | 9 % |
| **SC9** | 1322 | 3 % | 5 | 0 % | 473 | 1 % | 1280 | 4 % | 639 | 2 % | 352 | 1 % | 537 | 3 % |
| **TO9** | 513 | 1 % | 0 | 0 % | 508 | 1 % | 125 | 0 % | 31 | 0 % | 33 | 0 % | 950 | 4 % |
| **DC9** | 6565 | 16 % | 0 | 0 % | 242 | 1 % | 696 | 2 % | 277 | 1 % | 132 | 1 % | 376 | 2 % |
| **SPR9** | 2219 | 5 % | 20 | 0 % | 1000 | 3 % | 1503 | 4 % | 845 | 3 % | 486 | 2 % | 362 | 2 % |
| **Activité totale** | 41971 | | 40829 | | 34896 | | 34350 | | 27151 | | 24490 | | 21372 | |
| ***part HN*** | | *25,3 %* | | *0,1 %* | | *6 %* | | *10,5 %* | | *7%* | | *4 %* | | *10,4 %* |

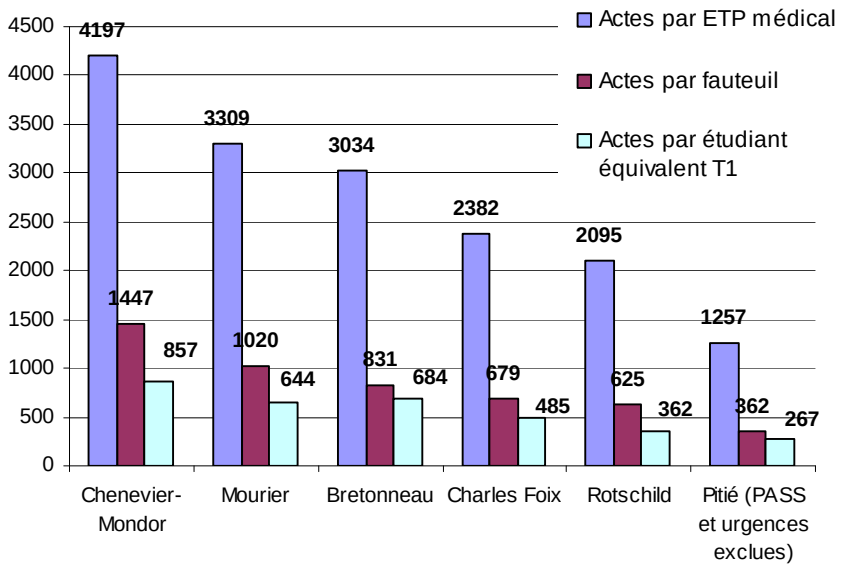
*ATU : forfait accueil et traitement des urgences ; SPR : actes de prothèse dentaire ; SC : soins conservateurs ; TO : Traitement d'orthopédie dento-faciale ; Z : acte d'odontologie ; SC : soins conservateurs ; D et DC : autre orthopédie dento-faciale ; K : intervention de chirurgie ; C : consultation ; CS consultation spécialisée ; 9 : hors nomenclature (HN).*

*Source : Opale, DPM de l'AP-HP*

[68] Le ratio nombre d'actes réalisés/ETP médical[21] varie du simple au triple suivant les sites : de 1 257 actes à 4 197 actes par ETP médical. Le ratio actes réalisés par fauteuil[21] varie quant à lui de 362 actes par fauteuil à 1447 actes par fauteuil. Enfin, le ratio actes par étudiant équivalent T1 est également très variable selon les sites (de 267 à 857).

[69] Tous les indicateurs sont donc convergents et montrent que le service d'A.Chenevier est le plus performant des services de l'AP-HP. Au contraire, l'activité de soins programmés de la Pitié-Salpêtrière, qui représente environ 40 % de l'activité totale du service[22], est la moins efficiente au regard des moyens mis à disposition, en nombre de fauteuils et en personnel médical.

Graphique 2 : Actes par ETP médical, par étudiant (en équivalent T1) et par fauteuil au sein des six services d'odontologie de l'AP-HP, année 2012




*Source : Données Opale, DPM de l'AP-HP.*

[70] Le nombre de venues constitue un excellent indicateur de pilotage dans la mesure où il sert de base au calcul du taux de rotation (nombre de patients par jour et par fauteuil) qui permet d'estimer l'efficience de chaque service. Toutefois, le siège de l'AP-HP a décidé de ne retenir comme indicateur de suivi de l'activité réalisée[23] que le nombre d'actes.

[71] Les données d'activité en nombre de venues annuelles fournies par les six services d'odontologie sont par ailleurs ininterprétables dans la mesure où chaque site possède sa propre source : certains utilisent les données issues du logiciel institutionnel *AGENDA*[24],

[21] Les 10 fauteuils dédiés à la prise en charge des urgences en journée, les 10 étudiants T1, les 1,5 ETP (1 ETP de PH et 0,5 ETP de praticien attaché) dédiés aux activités d'urgences et 1'ETP dédié à la PASS buccodentaire du service de la Pitié-Salpêtrière ont été exclus de cette analyse afin de rendre les données comparables entre les sites.

[22] L'activité de soins d'urgences représente les 60% restants

[23] A la demande de la mission, le siège a exceptionnellement accepté d'extraire le nombre de venues annuelles pour chaque service d'odontologie de l'AP-HP. Toutefois, l'extraction de ces données via le logiciel GILDA étant trop complexe au niveau central, elles ont donc été obtenues via le logiciel AGENDA. Pour les raisons évoquées en note 23 et 24 ci-dessous, le nombre de venues annuelles n'a donc pas été retenu par la mission pour réaliser les comparaisons entre les sites. Il n'a pas été possible de connaître la file active par centre.

[24] Le nombre de venues fourni par ce logiciel n'est pas fiable dans la mesure où seuls les rendez-vous programmés y sont enregistrés (AGENDA ne prend pas en compte les urgences). Par ailleurs, certains sites ne saisissant pas systématiquement les rendez-vous honorés, leur activité en nombre de venues est alors sous-estimée. Au contraire, les patients n'honorant pas leur rendez-vous et qui sont reprogrammés peuvent être

d'autres les données du logiciel de traitement externe *GILDA TE DENTAIRE*[25] ; d'autres réalisent encore un croisement des données issues d'*AGENDA* et des données issues de *GILDA TE DENTAIRE*, quant au service de Charles Foix, il utilise encore un autre logiciel de gestion des rendez-vous (*QMatic*).

[72] La mission constate que le siège de l'AP-HP ne pilote pas les services d'odontologie sur la base du nombre de venues et du taux de rotation. Elle n'a par donc jamais cherché, pour ce faire, à uniformiser les remontées d'informations concernant les données d'activité, en nombre de venues, de chaque service en réalisant les extractions à partir d'un seul des logiciels institutionnels de l'AP-HP.

**Recommandation n°3 : Uniformiser le mode d'extraction du nombre de venues par service en recommandant l'utilisation du logiciel institutionnel *GILDA TE DENTAIRE* et utiliser les données d'activité ainsi obtenues (venues annuelles et taux de rotation par service) pour piloter les services au niveau local et au niveau du siège de l'AP-HP.**

## 2.3 L'efficience de l'organisation médicale actuelle doit être améliorée

[73] Le ratio ETP de personnel médical/fauteuil est du même ordre de grandeur dans tous les services : de 0,28 (Pitié Salpêtrière) à 0,31 (L. Mourier/Mondor Chenevier). Les différences importantes d'activité constatées entre les six services (voir section 2.2.4) ne sont donc pas liées à des disparités concernant les effectifs de personnel médical.

Tableau 4 : Personnel médical des six services d'odontologie de l'AP-HP (effectifs en ETP), 2012

| Statut | PUPH | MCU PH TP | MCU PH Tpa | AHU TP | AHU Tpa | PH TP | PH Tpa | NPA | PA TP | PA Tpa | TOTAL | TOTAL ETP HU | Ratio HU/ (PH+HU) | Ratio ETP/ fauteuil |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 0,5 | 2 | 2,4 | | 2,5 | 1 | | | | 1,6 | **10** | 7,4 | 88 % | 0,31 |
| **Bretonneau** | 1,7 | 1,5 | 2,6 | | 3,8 | | 0,4 | | | 1,5 | **11,5** | 9,6 | 96 % | 0,27 |
| **Mourier** | 1,5 | 2 | 0,8 | | 2,4 | | | | | 0,7 | **7,4** | 6,7 | 100 % | 0,31 |
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 2,5 | 3 | 2,6 | 1 | 3 | 2 | | 2 | | 3,5 | **19,6** | 12,1 | 86 % | 0,28 |
| **Rothschild** | 4,5 | 3 | 4,2 | 0,5 | 3,2 | | 0,5 | | | 0,5 | **16,4** | 15,4 | 97 % | 0,30 |
| **Charles Foix** | 2 | 2,5 | 1,6 | 0,5 | 3,2 | | | | 1 | 0,6 | **11,4** | 9,8 | 100 % | 0,29 |
| **TOTAL** | **12,7** | **14** | **14,2** | **2,5** | **17,6** | **3** | **0,9** | | **1** | **8,4** | **76,3** | **61** | **94 %** | **0,35** |

*TP : temps plein ; Tpa : temps partiel ; PUPH : Professeur des Universités, praticien hospitalier ; MCU-PH : Maître de conférence des Universités, praticien hospitalier ; AHU : Assistant hospitalo-universitaire ; PH : praticien hospitalier ; NPA : Nouvelle procédure d'autorisation (praticien à diplôme hors union européenne) ; PA : Praticien attaché ; ETP : équivalent temps plein ; HU : hospitalo-universitaire.*

*Source : Données issues des six services d'odontologie. Retraitement mission.*

comptés deux fois. Ce logiciel est donc à éviter pour l'extraction du nombre de venues annuelles au sein des services.

[25] Ce logiciel de traitement externe permet d'obtenir le nombre de venues incluant les patients pris en charge en urgences. Il est donc à privilégier pour le calcul des venues annuelles et pour réaliser les comparaisons entre les services.

### 2.3.1 Un trop grand nombre de praticiens exerce à temps partiel

[74] Bien que le recrutement de praticiens hospitalo-universitaires à temps partiel ne soit plus autorisé depuis 2011, 52 % des 61 ETP HU exerçant au sein des six services de l'AP-HP exercent leur activité à temps partiel. Le temps hospitalier de ces temps partiels correspond à deux demi-journées de présence (0,2 ETP), voire à deux « vacations » dans le service de l'hôpital Rothschild, le service étant organisé en trois « vacations » de quatre heures par jour ouvré.

[75] Les responsables des services justifient ce temps partiel par le maintien d'un lien avec la réalité de l'activité libérale, débouché de la majorité des étudiants, puisque 85 % des chirurgiens dentistes d'Ile-de-France exercent en cabinet libéral.

[76] Le second argument est lié à l'attractivité des postes hospitaliers. En effet, le différentiel important de revenu entre exercice hospitalier et libéral, en particulier en orthopédie dento-faciale[26], handicape l'attractivité des services d'autant que les conditions de travail -renouvellement lent du matériel, locaux parfois vétustes, absence d'assistants/tes dentaires, procédures administratives complexes- ne compensent pas ce différentiel de revenu.

Tableau 5 : Part de praticiens exerçant à temps partiel dans les six services d'odontologie de l'AP-HP

| Service | ETP total | ETP Tpa | % Tpa (HU et non HU) | % Tpa (HU) |
|---|---|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 10 | 6,5 | 65 % | 66 % |
| **Bretonneau** | 11,5 | 8,3 | 72 % | 67 % |
| **Mourier** | 7,4 | 3,9 | 53 % | 48 % |
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 19,6 | 9,1 | 46 % | 46 % |
| **Rothschild** | 16,4 | 8,4 | 51 % | 48 % |
| **Charles Foix** | 11,4 | 5,4 | 47 % | 47 % |
| **TOTAL** | 76,3 | 41,1 | 54 % | 52 % |

*Source : Données issues des six services d'odontologie. Retraitement mission*

[26] Le chiffre d'affaire annuel par chirurgien dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale s'élevait en 2010 à 441 734 euros, soit un revenu annuel moyen de 190 000 euros (source CNAMTS). Ces chiffres ont néanmoins été contestés par le syndicat de chirurgiens-dentistes.

[77] Or, l'ensemble des responsables médicaux et administratifs des services d'odontologie de l'AP-HP rencontrés par la mission souligne que la nette prédominance de praticiens (HU et non HU) exerçant à temps partiels est moins favorable au bon fonctionnement des services et à l'implication de ces praticiens dans les problématiques organisationnelles (codage, gestion du matériel, gardes…). La fragmentation des présences ne permet pas de réunions régulières d'équipes (usuelles dans les autres services hospitaliers médico-chirurgicaux) permettant d'unifier les protocoles de prise en charge, d'améliorer les organisations et de partager un projet médical commun. La cohésion d'équipe ne repose donc que sur les praticiens hospitalo-universitaires temps pleins (dont l'activité hospitalière correspond à 0,5 ETP, donc à mi-temps), qui assurent également l'essentiel des tâches médico-administratives et institutionnelles. Par ailleurs, la mission constate que des recrutements de PH temps pleins ont eu lieu, et que les postes de PU-PH sont pourvus.

**Recommandation n°4 : Favoriser le recrutement de praticiens temps pleins et limiter la part de praticiens exerçant à temps partiel.**

### 2.3.2 L'organisation du temps médical hospitalier doit être uniformisée

[78] En 2003, la notion de vacation a été remplacée dans les statuts des différentes catégories de praticiens intervenant en milieu hospitalier par celle de demi-journée de travail. Les modalités de calcul du temps de travail des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques sont précisées dans une circulaire du ministre de la santé datée du 5 janvier 2007. Une note du directeur de la politique médicale de l'AP-HP, en date du 20 octobre 2008, a, quant à elle, a repris ces précisions et stipule que les obligations de service des praticiens à statut hospitalier et universitaire exerçant à temps plein sont de cinq demi-journées et à temps partiel de deux demi-journées. Cette note fixe, pour l'AP-HP, la durée de la demi-journée à quatre heures 30.

[79] Pourtant, la durée d'une demi-journée est variable selon les sites. Ainsi, le service d'odontologie de l'hôpital Rothschild, est organisé en demi-journées de trois heures 30 (et non quatre heures 30), à raison de trois demi-journées par jour et par fauteuil. Il ne respecte donc pas ces nouvelles modalités de fonctionnement et génère un surcout horaire du personnel médical.

[80] Par ailleurs, bien que tous les sites disposent d'un tableau de service, le respect des obligations de service et le suivi du tableau de service conformément à la réglementation n'a pas pu être évalué par la mission qui n'a réalisé qu'une visite ponctuelle des services d'odontologie.

**Recommandation n°5 : Uniformiser la durée du temps de travail médical sur l'ensemble des sites de l'AP-HP : durée de la demi-journée fixée à quatre heures 30, à raison de deux demi-journées par jour d'activité.**

### 2.3.3 L'absence d'assistant dentaire fait défaut sur le plan de l'activité de soins et de la formation des étudiants

[81] Les services les mieux dotés en personnel non médical sont ceux de Chenevier-Mondor et de L. Mourier. Deux des six sites disposent d'un manipulateur en radiologie (Chenevier-Mondor et Rothschild) et d'un prothésiste dentaire (Bretonneau et Rothschild).

Tableau 6 : ETP de personnel non médical et répartition par statut pour chaque service d'odontologie de l'AP-HP

| Service | AH | Adj. cadre hosp. | Adj. adm. hosp. | Ass. med psy | AS | IDE | Cadre IDE | IBODE | IADE | Prothésiste dentaire | Manip-radio | Secr. Méd. | TechLab. | Chargé de mission | Ouvrier d'Etat | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | | | | | 15 | 2 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 20 |
| **Bretonneau** | 1 | 1 | 4 | | 11 | 2 | 0,5 | | | | | 1 | | | 2 prothé-sistes | 22,5 |
| **Mourier** | 2 | | 1 | | 6 | 3 | 0,5 | | | | | 1 | | | | 13,5 |
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 2 | | | | 18 | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | | 2 | 25,8 |
| **Rothschild** | 5,33 | | 1 | | 9,8 | 1 | 1 | | 0,54 | 1 | 1 | 0,86 | | 0,99 | | 22,52 |
| **Charles Foix** | 3 | | 1 (secré-taire med) | 1 | 11 | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | 18,6 |

*AH : agent hospitalier ; Adj. cadre hosp. : adjoint cadre hospitalier ; Adj.adm hosp. : adjoint administratif hospitalier ; AS : aide soignant ; IDE : infirmière diplômée d'Etat ; IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat ; IADE : infirmière anesthésiste diplômée d'Etat ; secr.med. : secrétaire médicale ; Tech.lab : technicien de laboratoire.*

*Source : Données issues de six services d'odontologie.*

Tableau 7 : Ratio ETP personnel non médical par fauteuil

| Service | Ratio ETP PNM/fauteuils |
|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 0,63 |
| **Bretonneau** | 0,51 |
| **Mourier** | 0,56 |
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 0,37 |
| **Rothschild** | 0,41 |
| **Charles Foix** | 0,47 |
| **TOTAL** | 0,47 |

*Source : Retraitement mission.*

[82] Aucun des sites n'étant autorisé à employer d'assistante dentaire, les étudiants ne sont pas formés à l'exercice de l'odontologie « à quatre mains », pourtant couramment pratiqué en ville. L'ensemble des praticiens rencontrés par la mission souligne que la présence d'assistants/es dentaires améliorerait la productivité, en économisant du temps médical. En effet, en l'absence d'assistant(te) dentaire, les praticiens sont obligés d'intervenir en binôme pour réaliser des actes complexes. La mission considère que cette demande est justifiée, ainsi que le préconisait les conclusions de la mission IGAS de 2010[27], mission dont les préconisations, inscription de la profession au CSP sans création d'un diplôme d'état, ce qui autoriserait de les employer en établissement public de santé.

[27] Rapport IGAS sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le code de la santé publique, Gille Duhamel, juillet 2010.

**Recommandation n°6 : Inscrire les assistant(e)s dentaires au code de la santé publique, sans toutefois remplacer le dispositif de formation professionnelle actuel par un diplôme d'Etat, conformément aux recommandations de la mission IGAS de 2010.**

### 2.3.4 L'absentéisme chronique du personnel non médical serait fréquent

[83] L'absentéisme chronique du personnel non médical a été souligné par les responsables des sites de la Pitié-Salpêtrière et de Rothschild. La mission ne dispose pas d'éléments factuels confortant ces dires.

[84] Un suivi de l'absentéisme est nécessaire au sein des six services afin d'objectiver sa typologie (court et répétitif et/ou long) et son importance et de mettre en place des actions correctives éventuelles.

### 2.3.5 Le recours à des praticiens bénévoles doit être abandonné

[85] Des praticiens bénévoles, interviennent, de façon historique, dans la plupart des sites ; ils participent à l'encadrement des étudiants. Les bénévoles fournissent une copie de leur assurance responsabilité civile professionnelle (étendue à leur activité hospitalière), un certificat de vaccination et une copie de leur inscription à l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ces documents sont demandés par les chefs de service, mais l'administration hospitalière n'est pas destinataires de ces pièces, ni informée de ces présences. Certains responsables hospitalo-universitaires ont fait part à la mission de la nécessité de ces bénévoles pour l'encadrement des étudiants. Toutefois, ces bénévoles n'ont aucun lien juridique avec l'hôpital qui les accueille et leur présence pose un problème de responsabilité pour l'établissement et pour eux-mêmes, ainsi qu'un problème de cotation des actes et soins éventuellement dispensés.

**Recommandation n°7 : Supprimer l'activité bénévole de soins ou de formation au sein de services d'odontologie de l'AP-HP et, le cas échéant, régulariser la situation des bénévoles par des contrats de praticien attachés si leur présence est nécessaire. Vérifier la mise en œuvre effective de la décision.**

## 2.4 L'exhaustivité et la qualité du codage, la gestion des files d'attente et du matériel biomédical doivent être améliorés

### 2.4.1 Le circuit du patient est globalement bien identifié mais des efforts doivent être menés dans le codage de l'activité

#### 2.4.1.1 Le circuit du patient est clairement identifié dans la majorité des services

[87] La qualité et l'exhaustivité du codage passent tout d'abord par un circuit du patient, muni de sa fiche de circulation, clairement identifié. C'est désormais le cas dans tous les centres[28], exception faite des services de Bretonneau[29] et de la Pitié-Salpêtrière (services sur plusieurs étages et circuit du patient difficilement lisible). Ainsi, après le passage en salle d'attente, le patient est pris en charge par un étudiant qui le conduit au niveau d'un box de soins. A la fin de la consultation, le patient sont orientés vers les caisses afin de régler les soins prodigués.

#### 2.4.1.2 Le contrôle de la qualité et de l'exhaustivité du codage s'avère insuffisant dans cinq des six sites

[88] Le service d'A. Chenevier est exemplaire dans le domaine. A la fin du soin, l'étudiant en odontologie doit impérativement coder le ou les actes réalisés. L'adjointe du chef de service, assure quotidiennement la vérification du codage de l'activité du service.

[89] En revanche, le contrôle du codage s'avère encore insuffisant dans les autres sites.

- Ainsi, à Charles Foix, la marge d'amélioration du codage est de l'ordre de 20 à 30 % d'après les responsables du service. Le nouveau chef de service, a récemment mis en place une action de sensibilisation des étudiants à la nécessité d'un codage exhaustif des actes réalisés. Toutefois, la mise en œuvre d'un contrôle systématique de l'exhaustivité du codage paraît indispensable à la mission.
- A la Pitié-Salpêtrière, bien que le codage de l'activité odontologique tende à s'améliorer (les actes ATU et HN qui n'étaient pas codés jusqu'à présent le sont désormais), il ne fait l'objet d'aucun contrôle systématique.
- Le service d'odontologie de l'hôpital Rothschild a fait l'objet d'un rapport d'audit interne par l'AP-HP en 2011[30]. Les auditeurs « ont constaté qu'un certain nombre de patients repassaient en caisse avec une feuille non renseignée. Dans ce cas, les agents des caisses éliminent les feuilles. L'hôpital Rothschild prenant en compte un insuffisant retour des feuilles de circulation, a en projet la disparition des feuilles en support-papier […]. Les auditeurs ont été frappés par la méconnaissance des étudiants quant à l'enjeu que représente une parfaite saisie dans l'application informatique ». Lors de sa visite à Rothschild, la mission a constaté qu'une fiche de circulation papier pré-remplie a récemment été mise en place afin de faciliter le codage par les étudiants. Par ailleurs, le chef de service fait état de deux autres mesures ayant permis une

[28] Le service de Louis Mourier a récemment amélioré le circuit des fiches de circulation dans le cadre d'un chantier « performance » ANAP. A présent, les patients sortent des boxes avec leur fiche de circulation à proximité des caisses ce qui facilité le règlement des soins réalisés.

[29] Toutefois, dans le cadre du chantier performance ANAP et sous l'impulsion du nouveau chef de service de Bretonneau, des mesures d'amélioration du circuit du patient sont en phase de mise en œuvre mais n'ont pas pu être évaluées par la mission.

[30] Anne Dagues, Marie-Claude Condamine, Pierre-Frédéric Salmon. Mission d'appui sur le pôle d'odontologie Garancière-Rothschild, rapport définitif, Direction de l'inspection et de l'audit, AP-HP, N°APPUI 10-03, 14 juin 2011.

amélioration de l'exhaustivité du codage : un contrôle des feuilles de circulation délivrées au patient lors de son enregistrement à l'accueil administratif, celles-ci devant être signées par un praticien du service ; un contrôle du codage réalisé par les étudiants[31]. Toutefois, en pratique, la mission n'a pas pu identifier clairement la ou les personnes chargées du contrôle systématique du codage des étudiants.

- Les hôpitaux Bretonneau et L. Mourier ont, quant à eux, fait l'objet en 2012 d'un chantier « performance » Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Dans ce cadre, l'axe majeur d'amélioration de l'organisation des deux services d'odontologie était l'amélioration de l'efficience de la facturation. Il est cependant trop tôt pour évaluer les résultats des préconisations émises fin 2012 (en particulier embauche en contrat à durée déterminée d'un vérificateur des fiches de circulation et des dossiers patients).

**Recommandation n°8 : Mettre en place un contrôle de l'exhaustivité du codage des étudiants par un senior dans les services de Rothschild, Pitié-Salpêtrière, Bretonneau, L. Mourier et Charles Foix.**

### 2.4.2 Les délais de rendez-vous sont très longs ce qui occasionne beaucoup d'annulation de la part des patients

[90] Dans tous les centres, la prise de rendez-vous est réalisée par des secrétaires médicales (10h-17h30 en moyenne).

[91] Sur le site de Rothschild, la prise de rendez-vous est particulièrement difficile : le standard téléphonique reçoit en moyenne 300 appels téléphoniques par jour mais ne peut répondre qu'à une centaine.

[92] La part de patients n'honorant pas leur rendez-vous est considérable dans l'ensemble des services (plus de 50 % dans certains services). Elle s'explique en partie par les délais de rendez-vous, qui sont souvent supérieurs à un mois.

[93] C'est la raison pour laquelle les services de L. Mourier et Bretonneau ont mis en place un système de listes d'attentes volontairement fermées[32] ainsi que l'envoi systématique d'un SMS au patient 48h avant son rendez-vous. Malgré ces deux mesures le taux de patients n'honorant par leur rendez-vous est encore de 25 % dans ces services.

[94] Des difficultés d'accès téléphoniques génèrent une perte, non chiffrée mais signalée par les interlocuteurs dans la plupart des services, de patients potentiels qui n'accèdent pas au secrétariat et renoncent à s'adresser à l'AP-HP. Le service de La Pitié Salpêtrière a donc récemment mis en place un serveur internet de prise de rendez-vous, qui facilite l'accès à la consultation programmée.

[31] Les actes réalisés par les étudiants puis saisis dans AGAR (logiciel de gestion de l'activité odontologique) doivent être systématiquement validés par les enseignants. En comparant les actes saisis dans AGAR et le codage des fiches de circulation remises par les étudiants, les actes non codés, et donc non facturés, peuvent ainsi être identifiés.

[32] La prise de rendez-vous est volontairement stoppée lorsque tous les rendez-vous ont été attribué à trois mois pour l'orthopédie dento-faciale et à un mois pour les autres spécialités. Pour les soins prothétiques, le service prend en charge quatre-vingts patients et n'ouvre sa liste d'attente que lorsqu'un patient libère sa place.

Tableau 8 : Gestion des rendez-vous et files d'attente au sein des services d'odontologie de l'AP-HP en 2012

| Service | % de patients n'honorant pas leur rendez-vous programmé | Délais rendez-vous (hors urgences) | Durée d'attente avant prise en charge en urgence[33] |
|---|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 2 %[34] | de 2 semaines à 1 an selon les spécialités[35] | <1h |
| **Mourier/Bretonneau** | 25 % | liste d'attente fermée | 1h-1h30 |
| **Pitié-Salpêtrière** | 6 % | 3 à 6 mois pour une prise en charge sous anesthésie générale, 2 à 3 semaines pour les autres prises en charge | 1h-1h30 |
| **Rothschild** | 10 à 54 %[36] | 4 mois | <1h30 |
| **Charles Foix** | 25 % | 4 mois | <1h |

*Source : Données issues des six sites. Retraitement mission*

**Recommandation n°9 : Faciliter l'accueil téléphonique par les services, adapter les modalités de prise de rendez vous aux nouvelles technologies de l'information et mettre en place sur l'ensemble des sites des mesures destinées à limiter le nombre de rendez-vous non honorés (appel du patient la veille du rendez-vous par exemple).**

[95] En journée, les délais de prise en charge en urgence sont raisonnables (une heure à une heure 30 maximum). Toutefois, ces délais sont un peu artificiels dans la mesure où certains services limitent l'accès des patients aux soins d'urgence en les réorientant vers des praticiens libéraux, vers les urgences de la Pitié-Salpêtrière ou encore vers des centres de santé.

### 2.4.3 La gestion des achats et du matériel biomédical peut être améliorée

#### 2.4.3.1 Centraliser les achats de prothèses pour l'ensemble des services d'odontologie de l'AP-HP

[96] Les achats entrent dans le cadre des marchés de l'AGEPS[37], à l'exception des prothèses qui font l'objet de marchés locaux au sein de chaque site.

[33] Hors urgences graves : un système de hiérarchisation des urgences est mis en place dans les sites, les urgences vitales (type cellulite) étant prises en charge immédiatement.
[34] Noter qu'en 2010 le taux de patients n'honorant pas leur rendez-vous était de 27 % et en 2011 de 24 %. Le service a mis en place en 2012 un système de confirmation par SMS quatre jours avant le rendez-vous, qui a porté ses fruits.
[35] Endodontie et odontologie conservatrice : sept semaines, chirurgie buccale et implantologie : deux semaines, Parodontologie : trois à quatre semaines, orthopédie dento-faciale : un an, pédodontie : cinq semaines, prothèses : un an.
[36] Toutes les venues n'étant pas saisies, en croisant le nombre de venues et les rendez-vous pris, le service arrive à un taux de 10% de patients non venus.
[37] Agence Générale des Equipements et Produits de Santé.

[97] A Chenevier-Mondor, les achats de prothèses sont très encadrés, ce qui a permis de réduire les dépenses. Les arbitrages et la validation des devis sont entièrement gérés par l'un des responsables de l'équipe et les marchés de prothèses sont limités à deux laboratoires[38] (cette limitation a généré 150 000 euros d'économies).

[98] Dans les autres sites, les marchés de prothèses font l'objet d'appels d'offres locaux[39] y compris au sein des deux sites disposant de prothésistes en interne (Bretonneau[40] et Rothschild[41]). Toutefois, la mission n'a pas les moyens d'évaluer la réduction des coûts qui découlerait d'une gestion plus rigoureuse de ces appels d'offres et qui impliquerait en contre partie une limitation dans le choix des fournisseurs par les praticiens.

**Recommandation n°10 : Encadrer le processus d'achats prothétiques en le centralisant afin de limiter la multiplication des marchés locaux. Développer les techniques innovantes telles que la CFAO qui constitue une piste majeure d'amélioration de l'efficience des services tout en garantissant le confort du patient.**

#### 2.4.3.2 Améliorer la traçabilité du matériel biomédical

[99] Les sites font part d'une consommation excessive du matériel couteux. Ainsi, à Charles Foix, les responsables du service signalent la perte de petit matériel rotatif onéreux (perte, passage aux poubelles, vols…). Ces pertes s'expliquent en partie par l'absence de contrôle du matériel lors de sa distribution et à sa restitution, contrairement à ce qui a été mis en place dans le service de Chenevier et plus récemment à L. Mourier/Bretonneau[42].

[100] Ainsi, à Chenevier-Mondor, le matériel (le plus souvent en kit) ne peut être distribué aux étudiants que sur présentation de la fiche de circulation du patient. Ce matériel est également contrôlé lors de sa restitution. De plus, la gestion des stocks, bien que non informatisée, est également rigoureusement contrôlée et sécurisée (accès contrôlé, absence de « libre service », respect des marchés de l'AGEPS).

[101] Un partage d'expériences entre les sites serait donc souhaitable dans la mesure où il permettrait d'améliorer l'organisation des services d'odontologie de l'AP-HP.

**Recommandation n°11 : Améliorer la traçabilité du matériel utilisé par les étudiants et les praticiens en contrôlant systématiquement ce matériel lors de sa distribution et sa restitution.**

#### 2.4.3.3 Rationaliser le programme de renouvellement des fauteuils pour l'ensemble des services

[102] Les fauteuils de certains services font l'objet d'un renouvellement annuel (Chenevier-Mondor), d'autres n'ont pas été renouvelés depuis plus de dix ans (Pitié-Salpêtrière), et d'autres encore sont entièrement neufs (Rothschild, Charles-Foix).

---

[38] Un laboratoire pour les prothèses fixes et un laboratoire pour les prothèses amovibles.
[39] A titre d'exemple : sept marchés locaux pour l'achat de prothèses à Rothschild.
[40] Deux prothésistes y sont employés (réparation de prothèses, réalisation de prothèses adjointes et de gouttières de contention) mais le service ne limite pas le recours aux laboratoires extérieurs pour les autres.
[41] Le laboratoire de prothèse dispose d'un prothésiste dentaire qui permet la confection de toutes les prothèses en dehors des prothèses conjointes (fournies par des prestataires externes dans le cadre de marchés locaux) ainsi que leur réparation.
[42] Recommandation issue du chantier performance « ANAP », 2012 : la distribution du matériel est contrôlée via une fiche de prêt de matériel qui permet le contrôle au retour du matériel.

[103] Il n'y pas eu d'étude de coût concernant un éventuel programme biomédical de renouvellement des fauteuils comparant les coûts de maintenance et les coûts de renouvellement de ces matériels, soumis à de fortes contraintes du fait d'intervenants multiples, en particulier étudiants.

**Recommandation n°12 : Réaliser une étude de coûts pour évaluer la fréquence optimale de renouvellement des fauteuils d'odontologie à l'AP-HP et définir une procédure de renouvellement au niveau de l'AP-HP.**

## 2.5 Une activité d'enseignement et de recherche difficilement quantifiable

### 2.5.1 L'encadrement des étudiants est très variable selon les sites

[104] Les six services d'odontologie de l'AP-HP accueillent au total 596 étudiants en 2012.

[105] Les services d'A. Chenevier, de Charles Foix, de L. Mourier et de Bretonneau accueillent des étudiants de la faculté de chirurgie dentaire de Paris V. Les services de la Pitié-Salpêtrière et de Rothschild accueillent des étudiants de la faculté de chirurgie dentaire de Paris VII.

[106] La concertation menée par les services de la Pitié et de Rothschild avec l'université Paris VII a débouché sur une rationalisation du lieu de déroulement des années du cursus de formation des étudiants à compter de l'année universitaire 2011-2012 : les stages cliniques du 2ème cycle (années D2 et D3) se déroulent à Rothschild, tandis que le stage clinique de l'année du 3ème cycle court (T1) est à la Pitié.

[107] Pour les autres services dépendant de Paris V, les étudiants de chacune des trois années de formation se répartissent au sein des quatre services d'odontologie.

**Méthodologie – Etudiant « équivalent T1 »**

Les stagiaires travaillent trois années dans les services où ils acquièrent les compétences cliniques nécessaires à l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Les étudiants de 4ème et 5ème année ne sont présents qu'à mi-temps à l'hôpital mais les étudiants de 6ème année n'ont plus qu'une demi-journée de cours par semaine. De plus, les 4ème et 5ème années travaillent en binôme (de même année le plus souvent[43]) alors que les étudiants en T1 (6ème année) travaillent seuls ou encadrent les étudiants de 4ème année débutants. La productivité d'un étudiant de 6ème année est donc bien supérieure à celle d'un étudiant de 4ème ou de 5ème année.).
La mission a émis l'hypothèse selon laquelle un étudiant en D2 ou en D3 équivaut à 0,5 étudiant « équivalent T1 », en termes de productivité et d'autonomie. Cette notion d'équivalent T1 sera utilisée par la suite, en particulier dans le calcul des ratios d'activité par étudiant, afin de comparer l'efficience des services.

[43] Selon un enseignant hospitalo-universitaire, chaque étudiant de D2 traite en moyenne un patient par demi-journée (ils réalisent là leur premier stage clinique, leur formation ayant été auparavant théorique et pratique sur des simulateurs ou « fantômes »).

Tableau 9 : Effectif des étudiants (D2, D3, T1) des six services d'odontologie de l'AP-HP et correspondance en équivalent T1, 2012

| Service | Etudiants | Etudiants en équivalents T1 |
|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 73 | 49 |
| **Bretonneau** | 100 | 51 |
| **Mourier** | 59 | 38 |
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 90 | 90 |
| **Rothschild** | 190 | 95 |
| **Charles Foix** | 84 | 56 |

*Source : Données issues des six services d'odontologie de l'AP-HP et retraitement mission.*

[108] Les étudiants effectuent les soins sous la responsabilité des praticiens hospitalo-universitaires des services mais l'encadrement et la formation des étudiants se révèle hétérogène. A titre d'exemple, l'organisation de staffs à destination des étudiants, avec présentation de cas cliniques, n'est effective que pour deux services (L. Mourier et Charles Foix).

[109] Un étudiant en T1 (6ème année) délivrant des soins seul sur un fauteuil, le ratio optimal "nombre d'étudiants équivalents T1 par fauteuil" devrait être égal à un. Or, ce ratio est strictement supérieur à un dans tous les services d'odontologie de l'AP-HP et varie de 1,2 à 1,7 selon les sites: les fauteuils sont donc saturés, ce qui représente un facteur limitant la productivité des services.

[110] Le taux d'encadrement varie quant à lui de cinq à sept étudiants équivalents T1 par ETP HU. La charge d'encadrement des étudiants est donc lourde[44], les praticiens ayant cinq à sept fauteuils[45] à surveiller simultanément, ce qui explique que cette activité occupe la majeure partie du temps hospitalier des praticiens hospitalo-universitaires.

[111] Les services où la charge d'encadrement pour les praticiens hospitalo-universitaires est la plus lourde et où le nombre d'étudiants (en équivalents T1) par fauteuil est le plus élevé, sont ceux d'A. Chenevier-Mondor et de Rothschild.

**Recommandation n°13 : Harmoniser la répartition des étudiants entre les services au niveau du siège de l'AP-HP en tenant compte du niveau d'ancienneté des étudiants (D2, D3, T1)**

[44] A titre d'exemple, le CHU de Grenoble emploie 244 ETP de praticiens hospitalo-universitaires (pour les disciplines MCO) qui encadrent 571 étudiants, soit un taux d'encadrement de 2,3 étudiants par ETP hospitalo-universitaire

[45] Eux même occupés par un à deux étudiants selon l'ancienneté des étudiants

Tableau 10 : Taux d'encadrement et nombre d'étudiants par fauteuil dans les six services d'odontologie de l'AP-HP

| Service | Nombre de fauteuils | Nombre d'étudiants total | D2 | D3 | T1 | ETP HU | Taux d'encadrement en ETP HU par étudiant équivalent T1 | Ratio étudiants équivalent T1 /fauteuil |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 29 | 73 | 25 | 23 | 25 | 7,4 | 7 | 1,7 |
| **Bretonneau** | 42 | 100 | 38 | 30 | 32 | 9,6 | 5 | 1,2 |
| **Mourier** | 24 | 59 | 24 | 18 | 17 | 6,7 | 6 | 1,6 |
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 69 | 90 | 0 | 0 | 90 | 12,1 | 7 | 1,3 |
| **Rothschild** | 55 | 190 | 91 | 99 | 0 | 15,4 | 6 | 1,7 |
| **Charles Foix** | 40 | 84 | 31 | 25 | 28 | 9,8 | 6 | 1,4 |

*Source : Données issues des six services d'odontologie, retraitement mission.*

[113] Par ailleurs, la répartition d'étudiants en diplôme d'université (DU) et en formation postuniversitaire (type mastère spécialisé) est extrêmement variable selon les sites : le nombre d'étudiants en DU/formation postuniversitaire par fauteuil va de 0,29 à Louis Mourier à 1,20 à Rothschild.

[114] Dans tous les services, les étudiants en DU et en formation postuniversitaire pratiquent des soins sous la responsabilité des enseignants, dans le cadre de leur formation pratique, ce qui n'est pas légal dans la mesure où ces étudiants ne disposent pas d'un statut les rattachant à l'hôpital.

[115] De plus, le nombre d'étudiants en DU/formation postuniversitaire par fauteuil varie sensiblement d'un service à l'autre (de 0,29 à 1,20 étudiants par fauteuil), ce qui traduit un manque de coordination entre les services et les universités pour homogénéiser leur répartition sur l'ensemble des services d'odontologie de l'AP-HP. La répartition des étudiants des DU et des autres formations postuniversitaires organisés par les deux universités (Paris V et Paris VII), au sein des six services d'odontologie de l'AP-HP, mériterait donc de faire l'objet d'une réflexion centralisée par le siège de l'AP-HP.

Tableau 11 : Nombre d'étudiants DU et autres formations postuniversitaires dans chacun des six services d'odontologie de l'AP-HP, 2012

| | Etudiants en DU | Etudiants en formation postuniversitaire | Total | Ratio par fauteuil |
|---|---|---|---|---|
| **A. Chenevier** | 15 | 0 | 15 | 0,52 |
| **Pitié** | 20 | 0 | 20 | 0,34 |
| **Charles Foix** | 14 | 2 | 16 | 0,40 |
| **Louis Mourier** | 3 | 4 | 7 | 0,29 |
| **Bretonneau** | 14 | 5 | 19 | 0,45 |
| **Rothschild** | 22 | 44 | 66 | 1,20 |

*Source : Données issues des six services d'odontologie de l'AP-HP*

**Recommandation n°14 : Revoir le statut des étudiants en DU/formation postuniversitaire afin de les rattacher à l'hôpital (exemple : statut de praticien attaché ou praticien attaché associé pour les étudiants titulaires d'un diplôme hors communauté européenne). Le siège de l'AP-HP doit mener une réflexion quant à leur répartition au sein des six services de l'AP-HP afin d'homogénéiser le nombre d'étudiants en DU/formation postuniversitaire par fauteuil.**

### 2.5.2 Moins d'un tiers des praticiens publie

[116] Le score SIGAPS[46] (2007-2011) de chacun des six services est compris entre 330 et 831. Seuls 23 à 38 % des praticiens des services publient, alors que 85 à 100 % des praticiens sont hospitalo-universitaires. En moyenne chaque service publie à raison d'une publication environ par an et par praticien (avec des écarts allant de 0,7 pour Charles Foix à 2,7 pour Rothschild).

Tableau 12 : Score SIGAPS 2007-2011 pour les six services d'odontologie de l'AP-HP

| Service | SIGAPS | Nombre de publications | % praticiens publiant | Publications/ an/praticien |
|---|---|---|---|---|
| **Chenevier-Mondor** | 518 | 45 | 33% | 1 |
| **Bretonneau** | 794 | 63 | 33% | 1 |
| **Mourier** | 330 | 39 | 23% | 1 |
| **Pitié** | 831 | 67 | 33% | 0,9 |
| **Rothschild** | 479 | 33 | 38% | 2,7 |
| **Charles Foix** | 578 | 63 | 31% | 0,7 |

*Source : Siège de l'AP-HP.*

[117] Le temps universitaire consacré à la recherche n'a pas pu être objectivé de façon quantitative par la mission. Il semble toutefois nettement inférieur à celui dédié aux activités d'enseignement et d'encadrement des étudiants.

## 2.6 Un management et un pilotage variables selon les sites

### 2.6.1 Les services d'odontologie sont dans l'ensemble intégrés au sein d'un pôle

[118] L'intégration des services au sein de leur pôle de rattachement est extrêmement variable selon les sites.

[46] Le logiciel SIGAPS permet le calcul, par chercheur, service, pôle ou hôpital, d'indicateurs synthétiques de production scientifique. Le score SIGAPS d'un article est un indicateur qui tient compte de la catégorie de l'article, C1 (A, …E) et de la position des auteurs, C2 (premier, …, dernier auteur). Il est le produit des deux coefficients C1 et C2. Le score d'un service (d'un pôle ou d'un hôpital) est calculé avec les règles suivantes :
- chaque article n'est comptabilisé qu'une seule fois pour une structure administrative ;
- prise en compte de la « meilleure » des positions des auteurs (« meilleur » score possible).

[119] Les services de la Pitié-Salpêtrière et de Charles Foix appartiennent au pôle chirurgie-néphrologie-urologie-gynécologie. Ces deux services collaborent avec le service de chirurgie maxillo-faciale et bénéficient d'une vacation par semaine au sein du bloc opératoire du service de chirurgie maxillo-faciale. Par ailleurs, le service de Charles Foix prend en charge, à la demande, les patients âgés hospitalisés à Charles Foix mais aucune activité de dépistage n'est organisée (consultation à la demande).

[120] Le service de Chenevier-Mondor est rattaché au pôle médecine-interne – gériatrie – génétique – urgences – spécialités (MINGUS). Le département est bien intégré avec les services de Mondor. Il dispose d'une vacation au bloc opératoire et prend en charge les patients hospitalisés[47], adressés par les différents services du groupe hospitalier.

[121] Les services d'odontologie de L. Mourier et Bretonneau sont rattachés au pôle tête-cou-orthopédie-rachis (TCOR) mais fonctionnent de façon autonome :

- le service de L. Mourier est bien intégré avec le reste de l'hôpital : organisation de staffs communs et de consultations au lit du patient, participation à la vie institutionnelle, utilisation du bloc opératoire ;
- le service de Bretonneau est également bien intégré au reste de l'hôpital et a organisé une activité spécifique d'odontologie gériatrique afin de répondre aux besoins de l'hôpital : une équipe mobile dentaire intervient au sein de l'hôpital, une consultation dédiée aux patients âgés (en particulier de l'hôpital) est organisée ;
- enfin, les deux services (L. Mourier et Bretonneau) collaborent activement l'un avec l'autre. La nomination récente d'un chef de département commun aux deux services en est l'illustration.

[122] Enfin, le service de Rothschild (qui constitue un pôle à lui seul) s'avère isolé du reste de l'hôpital. L'activité de gérontodontie n'y est ni organisée ni formalisée : pas d'unité mobile organisée, pas d'activité de dépistage systématique pour les nouveaux patients, absence de convention avec les services de gériatrie et de médecin physique et réadaptation (MPR) de l'hôpital Rothschild.

### 2.6.2 Seuls trois services organisent des staffs réguliers

[123] Les seuls services organisant des staffs quotidiens sont ceux de Charles Foix[48], de la Pitié-Salpêtrière[49] et de L. Mourier[50]. Ces staffs sont l'occasion de sensibiliser les étudiants à la nécessité d'un codage exhaustif des actes réalisés.

[124] Les services de Rothschild et de la Pitié-Salpêtrière n'ont, quant à eux, pas mis en place de staff quotidien mais organisent des réunions auxquelles participent les étudiants de 3ème cycle.

[125] Enfin, à Bretonneau et à A. Chenevier[51], aucun staff n'est formellement réalisé.

---

[47] Ils représentent, en 2010, 15,6 % des patients sur le site A. Chenevier et 39 % des patients sur Mondor. Ces patients présentent un contexte médical lourd (transplantés, cardiopathies, attente de greffe, hépatite-HIV, maladies neurodégénératives, immunodéprimés…).

[48] Une zone entière du service est dédiée à la formation des étudiants. Des staffs de 30 minutes y ont lieu quotidiennement. Les thématiques traitées tiennent compte du niveau de compétence des étudiants et de leurs demandes spécifiques et les étudiants sont amenés à présenter régulièrement leurs cas cliniques en cours et les difficultés rencontrées.

[49] Deux staffs hebdomadaires : un dédié à l'activité d'implantologie/prothèses et l'autre à la chirurgie orale

[50] Un staff quotidien de 30 minutes est organisé et animé par les enseignants du service (cas cliniques odontologiques, participation d'intervenants extérieurs).

[51] Faute de salle adaptée

**Recommandation n°15 : Mettre en place des staffs réguliers à destination des étudiants de 4ème, 5ème et 6ème année dans l'ensemble des services d'odontologie afin de former les étudiants à la présentation de cas cliniques et à la lecture critique d'articles scientifiques et améliorer la coordination d'équipe et l'harmonisation des pratiques.**

### 2.6.3 Un pilotage très hétérogène qui reste dépendant de l'implication des praticiens des structures

#### 2.6.3.1 Un pilotage et un management forts, portés par l'équipe dirigeante du service de Chenevier-Mondor

[126] Le pilotage et le suivi de l'activité par un des responsables du service reposent :

- sur la présence de tableaux de service (praticiens et internes) et de feuilles de présences (enseignant et étudiant) permettant de contrôler quotidiennement la présence et l'activité des praticiens ;
- sur le contrôle quotidien de l'exhaustivité du codage et de la facturation des actes réalisés (présence d'une fiche de circulation pour chaque patient) ;
- sur la mise en place de tableaux de bord de suivi d'activité.

[127] La coordination des soins et l'activité de recherche sont assurées par le chef de service.

[128] L'organisation est donc efficace mais repose sur l'engagement personnel fort des deux praticiens responsables de la structure, ce qui peut constituer une zone de fragilité dans la pérennité des résultats en cas de départ de ces praticiens.

#### 2.6.3.2 A Rothschild, un comité de management est chargé de piloter le suivi des recommandations du rapport d'audit interne de l'AP-HP

[129] Un comité de management du pôle d'odontologie a été créé à Rothschild en juillet 2011. Il réunit la direction du groupe hospitalier, le doyen de l'UFR Paris V, le pôle de gérontologie, et les services partenaires sur le site (pharmacie, radiologie) afin de faire un point d'étape sur les actions entreprises au sein du pôle pour répondre aux recommandations. Il a, en particulier, défini trois grandes orientations : définir des objectifs, rendre l'activité plus efficiente et améliorer le management permis. Ce comité se réunit tous les trimestres afin de faire le point sur la mise en œuvre des recommandations émises par la mission d'appui. La dernière réunion du comité date de janvier 2013 : de nombreuses recommandations n'ont pas encore été suivies d'effets, mais certains axes ont été améliorés (par exemple, la mise en place d'une nouvelle fiche de circulation, pré-codée pour faciliter le codage de l'activité par les étudiants).

#### 2.6.3.3 De nouveaux chefs de service à Bretonneau et L. Mourier et un chantier performance ANAP devraient améliorer le pilotage des services

[130] Le chef de service de Bretonneau vient d'être nommé et le chef de service de L. Mourier assure depuis peu de temps la chefferie du département dans son ensemble.

[131] Pour l'heure, des tableaux de service existent, mais le département ne dispose pas encore d'outils de pilotage formalisés. Le fonctionnement du département est en cours de réorganisation avec l'aide d'un consultant ANAP, dans le cadre du chantier performance (définition d'indicateurs de suivi d'activité, fixation d'objectifs cibles[52]…).

[132] La mission manque encore de recul pour apprécier l'impact des mesures en cours de mises en place et leur appropriation par les praticiens.

#### 2.6.3.4 Un pilotage plus flou à la Pitié-Salpêtrière et à Charles Foix

[133] Dans les services de la Pitié-Salpêtrière et de Charles Foix, la mission n'a pu identifier de procédure formalisée de pilotage de l'activité.

## 2.7 L'AP-HP n'a pas défini de stratégie concernant l'activité d'odontologie

[134] Ainsi que le rappelait la mission d'audit interne de l'assistance publique concernant le site de Rothschild-Garancière en 2011, reprenant les termes d'un groupe de travail de la direction de la politique médicale de l'AP-HP de 2004, l'odontologie hospitalo-universitaire se caractérise par un positionnement imprécis entre école dentaire et discipline hospitalo-universitaire, entre activités de référence et activités de proximité.

[135] La mission générale des CSERD est définie par le décret du 26 avril 1968 qui les crée. Mais l'évolution de la discipline odontologique, son intégration progressive comme activité hospitalo-universitaire, son intégration dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins, et la nécessité d'une transparence quant à l'utilisation des ressources qui leur sont allouées justifient la définition d'un cadre stratégique hospitalier. Actuellement ce cadre n'existe pas à l'AP-HP pour l'odontologie, dont le déficit estimé dépasse probablement cinq millions d'euros en 2011, malgré différents groupes de travail mis en place ces dernières années. Ainsi ne sont définis ni le rôle, en termes de mission de soins, de formation et de recherche que l'AP-HP entend attribuer à ces centres, ni les modalités de pilotage stratégique, en termes de réponse aux besoins sanitaires.

[136] A titre d'exemple le transfert du site de Garancière vers Rothschild en 2009 a essentiellement procédé de la vétusté des locaux de Garancière-Hôtel Dieu, les rendant insécures, et de la disponibilité foncière et architecturale, liée à la reconstruction concomitante de l'hôpital Rothschild. Cet hôpital dont l'activité est gériatrique et de rééducation est situé dans la même rue qu'un centre actif de soins dentaires à but non lucratif53. L'activité du service de l'hôpital Rothschild est en grande partie consacrée à la pédodontie, alors que l'établissement est dédié aux activités de gériatrie et de rééducation. Cette implantation n'a pas pris en compte l'environnement externe à l'AP-HP, ni le besoin sanitaire régional puisque la densité de chirurgiens dentistes à Paris intra-muros est élevé ce qui n'est pas le cas dans certains départements où l'AP-HP est implantée.

[52] Exemple : taux de rotation cible de trois patients par jour et par fauteuil, suivi de l'occupation des fauteuils…

[53] Centre Elio Habib qui appartient à l'œuvre secours enfants (OSE), association de 1912 reconnue d'utilité publique, délivrant, en particulier, des soins dentaires en orthopédie dento-faciale, des soins en implantologie et des soins à destination des patients gériatriques.

[137] Cette absence de plan stratégique pour une activité globalement déficitaire est délétère pour les arbitrages en termes de ressources humaines et d'investissements. Ainsi le service vétuste d'A. Chenevier, longtemps le seul non déficitaire de l'AP-HP, a une activité importante, un ancrage territorial et un équilibre médico-économique du fait d'une gestion rigoureuse, liée à une étroite coopération médico administrative. Il a fait l'objet de différents projets de rénovation depuis dix ans, sans qu'un arbitrage clair sur sa rénovation ne soit rendu par la direction de l'AP-HP

[138] Ainsi que l'a constaté la mission, lors des demandes d'informations en termes de ressources humaines ou de données financières, le rôle respectif du siège et des directions de groupe hospitalier n'est pas toujours clairement défini. Le pilotage de l'activité par le siège de l'AP-HP se limitant, ainsi que cela a été précisé à la mission, au suivi du nombre d'actes réalisés par les sites. Ainsi le déficit effectif de l'activité n'est pas établi en 2011, ce qui complique la définition d'objectifs cibles d'un éventuel plan visant à l'équilibre médico-économique.

[139] L'absence de cadre stratégique se traduit également par des projets non coordonnées émanant des acteurs locaux, qui ne maitrisent pas la subtilité des circuits de décisions. Ainsi les équipes médicales de Louis Mourier ont élaboré un projet de fusion (projet écrit remis à la mission) avec l'équipe de chirurgie dentaire du CASH de Nanterre, projet qui implique deux établissements juridiquement autonome. Ce projet qui n'apparaît dans aucun document de l'AP-HP, s'est construit directement entre les chefs de service, sans que les directoires n'y soient associés, bien qu'il implique un transfert potentiel d'une activité hospitalo-universitaire vers un établissement non conventionné avec l'université. La mission ne se prononce pas sur le bienfondé du projet, mais ce type de projet mérite une réflexion institutionnelle.

[140] Ce flou stratégique s'exprime également dans les relations entre AP-HP et universités. Ainsi, si la convention avec l'université Paris V est formalisée et signée, la convention avec l'université Paris VII est obsolète depuis 2007 ; la direction générale de l'AP-HP va toutefois corriger cette anomalie. Par ailleurs, le regroupement des services en pôles n'a pas tenu compte du rattachement universitaire des CSERD. Ainsi sont regroupés dans un même pôle le service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière, (Paris V), le service d'Odontologie de l'hôpital Charles Foix (Paris VII) et le service de chirurgie maxillo-faciale de la Pitié Salpêtrière (Paris VI). L'organisation actuelle du cursus pédagogique des étudiants est différent, en particulier pour l'activité hospitalière entre les deux facultés dentaires, ce qui exclue les passerelles éventuelles et complique les projets communs. Le service de la Pitié-Salpêtrière, rattaché au même CSERD que celui de Rothschild, travaille en coopération avec ce dernier. Ce mille-feuille organisationnel complique les mutualisations et les regroupements éventuels par spécialités.

[141] La mission considère qu'en l'absence de cadre stratégique clair et partagé avec les responsables des groupes et des CSERD, les mesures de retour à l'équilibre ne pourront être acceptées, mises en œuvre et pérennisées.

**Recommandation n°16 : Engager au niveau de l'AP-HP une réflexion stratégique, afin de définir la mission des services d'odontologie, leur rôle en termes de formation initiale et spécialisée, en termes de mission de soins, et en termes d'objectifs de recherche, en lien avec l'ARS et les instances universitaires, et décliner ces axes stratégiques en objectifs opérationnels.**

**Recommandation n°17 : Développer les outils de pilotage au niveau du siège de l'AP-HP : définir des indicateurs d'activité et d'efficience (exemple : suivi des recettes et dépenses, nombres d'actes par fauteuil et par ETP, taux de rotation sur les fauteuils (nombre de venues par jour et par fauteuil), pourcentage de patients honorant leur rendez-vous…) avec fixation d'objectifs et suivi de l'activité.**

**Recommandation n°18 : Clarifier le rôle respectif des différents échelons décisionnels dans le pilotage de l'activité d'odontologie.**

**Recommandation n°19 : Réactualiser et signer la convention hospitalo-universitaire avec l'université Paris VII**

## 3 DES SERVICES MAJORITAIREMENT DEFICITAIRES

[142] Seul le service d'A.Chenevier-Mondor, dont la gestion quotidienne est assurée par une MCU-PH temps plein qui vérifie le codage proposé par les intervenants, contresigne les plans de soins et les devis avant mise en œuvre, assure un suivi rigoureux des achats de matériels en particulier des prothèses avec l'aide d'une préparatrice en pharmacie dédiée, était considéré comme équilibré sur le plan financier, tant dans les documents internes à l'AP-HP, que par l'ARS d'Ile de France. Les autres services sont considérés comme déficitaires, bien que les données partielles de La Pitié Salpêtrière objective un équilibre des comptes dès 2011

[143] La mission a procédé à un audit partiel et incomplet des comptes d'exploitation hospitaliers des six services. Les objectifs de cet audit sont d'abord d'évaluer le solde global de cette activité d'odontologie au niveau de l'AP-HP, puis par comparaison entre les entités de production, d'identifier les facteurs discriminants de performance et de proposer des pistes de correction dans les services où l'activité ne permet par d'atteindre l'équilibre financier. La mission s'est heurtée a des difficultés, liées à l'absence de compte de résultats analytiques pour deux des six services jusqu'en 2012, l'absence de cohérence et d'homogénéité de la comptabilité analytique dans les documents fournis, obligeant à des retraitements approximatifs à partir des données éparses fournies à la mission. Ces retraitements ont bénéficié de l'aide active des directions financières des groupes hospitaliers ce que la mission souhaite souligner. La mission s'est également heurtée à des discordances, entre les données du siège et ceux des groupes hospitaliers, discordances significatives pouvant atteindre 22%, par exemple sur le montant des MIGAC.

[144] Aucune comparaison inter service n'est par conséquent totalement fiable. Les modalités de calculs et de présentation des comptes de résultat analytiques remis à la mission dans les services qui en disposait en 2011, n'intégraient pas systématiquement les charges d'amortissement et les charges indirectes. ce qui ne permettait pas une appréciation exacte des soldes de résultats. L'évaluation des déficits n'est donc pas fiable. Dans l'optique d'une certification des comptes, cette fiabilisation est nécessaire.

**Recommandation n°20 : La mission recommande une présentation homogène des comptes de résultat analytiques par unité de production (service et/ou pôle), intégrant l'ensemble des charges et des produits, et la mise en place d'un contrôle de cohérence, qui sera nécessaire dans l'optique de la certification des comptes.**

[145] Les données concernant l'année 2012 ne sont pas consolidées dans tous les centres ; mais des efforts importants sont réalisés en terme de codage, et d'amélioration du circuit du patient et des modalités de suivi de la facturation, ainsi que l'a constaté la mission dans les visites sur sites. Les données médico-économiques seront dorénavant disponibles pour l'ensemble des services. Les données disponibles pour les trois premiers quadrimestres de 2012 dans certains services objectivent une amélioration des résultats parfois importantes sous l'effet d'un meilleur suivi du codage des actes ; même s'il n'existe pas dans tous les services de contrôle de premier niveau de l'exhaustivité et de la qualité du codage, souvent réalisé par les étudiants.et les stagiaires. Ainsi le service de Rothschild Garancière réduit de près de 50 % son déficit annuel d'exploitation, après mise en œuvre des mesures préconisées par la mission d'audit interne de l'AP-HP menée en 2011 dans ce service.

**Recommandation n°21 : La mission considère que les outils médico-économiques doivent être régulièrement et systématiquement mis à disposition et discutés avec les responsables médicaux et soignants des services et pôles, afin d'améliorer le pilotage de cette activité,**

[146] Les résultats des services sont largement déficitaires pour quatre d'entre eux. Le détail est présenté dans le tableau 13. Le déficit global de l'activité pour l'ensemble des deux CSERD est estimé à 4,9 M€, soit près de 20 % de la recette brute générée.

Tableau 13 : Solde de résultat des services d'odontologie

| | Pitié-Salpêtrière | C. Foix | Chenevier-Mondor | Rothschild | Bretonneau | L. Mourier |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Résultat 2011 ou 2012 (euros)** | 42 111 | -2 031 151 | 276 544 | -164 766 | -1 080 546 | -448 968 |

*Source : Retraitement mission IGAS 2013*

[147] Avec l'aide active des services financiers des quatre GH concernés, la mission a estimé les résultats 2012 et les a retraités, le cas échéant, pour intégrer les charges indirectes lorsque l'établissement n'était pas en mesure de les fournir, afin de disposer d'éléments comparatifs de productivité.

[148] Avec les nombreuses réserves méthodologiques exposées précédemment, la mission a réalisé une estimation de la productivité des services à partir d'un indice de productivité rapportant la recette brute annuelle par fauteuil et par ETP. Cette estimation est approximative car utilisant les seules données disponibles. Ces données concernent, pour quatre services, les données de l'année 2011 et, pour deux services, les données de l'année 2012.

[149] Les données issues de cette estimation sont toutefois cohérentes avec les données d'activité présentées en 2.2.4 et objectivent des différences de performance médico-économique entre services. Ainsi, le service d'A.Chenevier apparaît clairement comme le plus efficient de l'AP-HP, ce qui justifie l'amélioration des conditions de travail dans le service.

[150] Ces résultats médico-économiques, liés aux ressources mobilisées, ne préjugent toutefois pas des résultats en termes de qualité des soins, qui ne sont pas dans le champ de l'étude. La corrélation entre performance et qualité n'a pas été analysée par la mission.

Tableau 14 : Evaluation de la productivité par fauteuil et par service

| | Pitié | Charles Foix | Chenevier | Rothschild | Bretonneau | L.Mourier |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Indice de productivité** | 5 649 | 7 303 | 13 749 | 6 332 | 5 409 | 9 804 |
| **Rés/fauteuil** | 610 | -50 778 | 7 758 | -30 086 | -26 190 | -18 750 |
| **Rés. (hors amort)/fauteuil** | 2 117 | -44 410 | 5 807 | –13 005 | -16 634 | -8 904 |

*Source : Mission IGAS, à partir des données des comptes d'exploitation des services 2011 ou 2012 de l' AP-HP, retraités.*

**Recommandation n°22 : La mission recommande une analyse annuelle des données de suivi de la performance médico-économique odontologique, associant l'ensemble des chefs de pôles et des chefs de services ainsi que les directions concernées. Cette analyse doit faire l'objet d'une information de l'ensemble des praticiens et cadres des services concernés, afin de mutualiser les bonnes pratiques et d'améliorer l'efficience.**

[151] L'attribution des crédits des missions d'intérêt général (MIGAC), prévu par l'art. D166-6 du code de la sécurité sociale fait l'objet d'une répartition (tableau 15) entre les six services concernés. La répartition répond à cinq critères : activité sous sédation conscient par MEOPA, soins aux patients greffés, soins aux patients avec troubles de l'hémostase, soins aux patients souffrant de cancer des voies aéro-digestives, soins aux patients handicapés ou dépendants. La valorisation par service sur la base de ces critères a été établi par une « enquête flash » pendant un mois. Pour des raisons que la mission n'a pas réussi à déterminer, le service de l'hôpital Charles Foix n'avait pu participer à cette enquête et n'est pas attributaire de ces enveloppes financières, bien qu'il répond manifestement à certains de ces critères (MEOPA, troubles de l'hémostase et patients en EPHAD en particulier). Il semble souhaitable à la mission que l'AP-HP se dote des outils de suivi permettant une adaptation annuelle ou biannuelle de cette répartition.

Tableau 15 : MIGAC 2012 (global et par fauteuil)

| Pitié | Charles Foix | Chenevier-Mondor | Rothschild | Bretonneau | L. Mourier |
|---|---|---|---|---|---|
| 146075 | 0 | 171277 | 104161 | 35043 | 43131 |
| 2117/fauteuil | 0 | 5352/f | 1893/f | 834/f | 1797/f |

*Source : Direction de la politique médicale (DPM) AP-HP, 2013*

[152] Le financement par dotation MIGAC des permanences d'accès aux soins dentaires ne permettent pas de couvrir les charges, du fait de la spécificité de la prise en charge bucco-dentaire, dont les soins sont prolongés au-delà des durées usuelles d'accompagnement pour des soins médicaux ou chirurgicaux, et du fait de la couverture très incomplète des soins prothétiques par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (CMU-C). Jusqu'en 2012, seul la PASS dentaire de la Pitié Salpetrière avait une activité réelle et significative, avec une organisation et des moyens dédiés. Les ressources MIGAC/ PASS bucco-dentaires n'étaient pas identifiées dans les MIGAC attribués aux permanences d'accès aux soins de cet établissement. Cette identication est effective en 2012. La valorisation de cette MIGAC spécifique à l'activité bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière est 553 148 euros, ce qui correspond à un déficit prévisionnel de plus de 700 000 euros.

Tableau 16 : MIGAC PASS (euros).

| Pitié-Salpêtrière (2012) | Louis Mourier (2012) | Henri Mondor (2011 et 2012) |
|---|---|---|
| 553148 | 185000 | 168000 |

*Source : DPM APHP 2013*

**Recommandation n°23 : La mission recommande une analyse annuelle des données utilisées pour la répartition des MIG entre les différents services.**

**Recommandation n°24 : Concernant les MIG, la mission recommande l'utilisation, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS, du tableau simplifié charges/recettes préconisé par le guide méthodologique de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS).**

# 4 DES SERVICES DONT L'OFFRE DE SOINS ET LA REPARTITION TERRITORIALE DOIVENT ETRE REPENSEES AFIN DE REPONDRE AUX BESOINS REGIONAUX

## 4.1 Les CSERD ont une mission de service public hospitalier et devraient permettre de lutter contre les inégalités d'accès aux soins buccodentaires de la population francilienne

### 4.1.1 Les inégalités d'accès aux soins sont marquées dans le domaine buccodentaires en Ile-de-France, en particulier pour les populations les plus vulnérables

[153] La santé buccodentaire fait l'objet d'un volet du projet régional de santé (PRS) Ile-de-France pour 2012. Comme cela y a été décrit, plusieurs types de populations n'ont pas suffisamment, voire pas du tout, accès à la santé buccodentaire :

- les personnes en situation de handicap, qui constituent un groupe de personnes à haut risque de pathologies orales[54], l'état de santé bucco-dentaire du patient handicapé devenant, dès l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale. En outre, le recours aux soins pour ces patients est plus limité du fait des manifestations non reconnues de la douleur. Lorsqu'ils se présentent en milieu hospitalier pour un recours à une anesthésie générale, ils présentent donc une accumulation de pathologies[55] ;
- les personnes âgées dépendantes : une étude exhaustive de la consommation de soins dentaires en 2006 par les bénéficiaires de l'assurance maladie dans les Hauts de Seine, âgés de 65 ans et plus, a montré que 60 % de cette population ne recourait pas aux soins[56] ;
- les personnes en situation de précarité (en particulier bénéficiaires de la CMU, CMUc) : en 2003, une étude menée par l'assurance maladie[56] a mis en évidence que le nombre de dents absentes était supérieur chez les patients bénéficiaires de la CMUc. Le risque de ne pas recevoir de soins était multiplié par 1,5 à 3 chez les plus démunis.

[154] Ces populations bénéficient rarement d'un accès aux soins bucco-dentaires compatible avec leurs handicaps et leurs revenus. Il en résulte un mauvais état dentaire, avec un retentissement important sur leur état de santé (dénutrition, infections, douleurs) pouvant conduire à des soins pénibles et coûteux.

[155] Par ailleurs, la région Ile-de-France est marquée par d'importantes inégalités de répartition territoriale des chirurgiens-dentistes : la densité de chirurgiens-dentistes libéraux est équivalente en Ile-de-France à la moyenne nationale (64 pour 100 000 habitants) mais la densité parisienne (113 pour 100 000 habitants) et des Hauts-de-Seine (71 pour 100 000 habitants) est nettement supérieure à celle des autres départements, en particulier la Seine-Saint-Denis (34,5 pour 100 000 habitants).

[54] Les pathologies dont la prévalence augmente chez les personnes handicapées peuvent être de nature infectieuse (lésions parodontales et carieuses), fonctionnelle (troubles associés de la ventilation, de la succion, de la déglutition, de la mastication et de la phonation) et traumatique (du fait de la fréquence des chutes). On observe aussi des phénomènes d'usure (bruxisme) liés aux mouvements involontaires. Source : rapport Handicap - Marysette Folliguet - Direction Générale de la santé SD2B - Septembre 2006.
[55] Source : rapport Handicap - Marysette Folliguet - Direction Générale de la santé SD2B - Septembre 2006.
[56] Source : PRS Ile de France 2012, volet buccodentaire.

### 4.1.2 Les CSERD participent au service public hospitalier

[156] Les CSERD ont été conçus avant tout pour répondre aux nécessités de formation des étudiants en odontologie, ce qui a été clairement confirmé à la mission lors de ses entretiens : les soins y sont essentiellement réalisés par les étudiants en formation et le temps de présence hospitalier des praticiens hospitalo-universitaires est largement dédié à l'encadrement des étudiants.

[157] Toutefois, ces services ont également d'autres missions de service public[57] :

- ils participent à la prise en charge des soins de premier recours sur les bassins de vie dans lesquels ils sont installés et les soins buccodentaires des patients hospitalisés ;
- ils accueillent les urgences buccodentaires en journée et, situation unique en France, la nuit dans le cadre de la grande garde de la Pitié Salpêtrière ;
- ils délivrent des soins à des tarifs inférieurs de 20 à 30 % à ceux pratiqués en ville, y compris hors nomenclature et disposent de PASS[58] buccodentaire (une à Mondor, une à la Pitié-Salpêtrière et bientôt une à L. Mourier) à destination des patients précaires ;
- ils prennent en charge des populations spécifiques et délivrent des soins complexes non réalisables en ville (patients handicapés, patients atteints de pathologies lourdes, complexes ou multiples, patients âgés).

[158] Ces missions assurées par l'hôpital public constituent d'importants moyens de lutte contre les inégalités d'accès aux soins buccodentaires, d'où la nécessité pour les services d'odontologie de l'AP-HP de cibler, davantage qu'ils ne le font actuellement, leur activité sur les populations qui en ont le plus besoin.

## 4.2 Une répartition territoriale inhomogène des centres

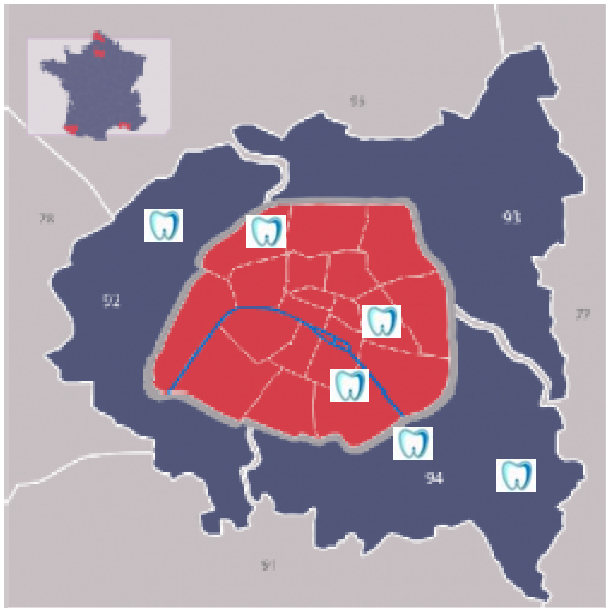
[159] Les six services d'odontologie de l'AP-HP sont répartis au niveau territorial selon une diagonale, allant du Val-de-Marne jusqu'aux Hauts-de-Seine.

[160] Tous les centres sont concentrés au niveau de la petite couronne et, au sein de la petite couronne, la moitié d'entre eux est située à Paris intra-muros (Nord et Est), traduisant une inadéquation de l'offre aux besoins de soins buccodentaires en Ile-de-France.

[57] Outre leur activité de recherche universitaire et leur mission d'enseignement.

[58] Permanence d'accès aux soins de santé, créées par la loi N° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Article 76. Les missions de PASS ne sont pas financées en fonction du nombre de patients traités mais relèvent de financements forfaitaires dans le cadre de missions dites d'intérêt général (MIG).

Graphique 3 : Répartition territoriale des six services de l'AP-HP




*Source :* *Retraitement mission.*

[161] Alors que la Seine-Saint-Denis est le département d'Ile-de-France le moins bien doté sur le plan de la démographie de chirurgiens-dentistes libéraux (densité de 46 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants contre 136 pour 100 000 habitants à Paris intra-muros), aucun service d'odontologie de l'AP-HP n'y est implanté.

[162] En outre, la pertinence du transfert des fauteuils d'odontologie de l'ancien service de Garancière à l'hôpital Rothschild interroge, dans la mesure où :

- la localisation d'un centre supplémentaire à Paris intra-muros où la densité de chirurgien-dentiste est la plus forte de l'Ile-de-France, n'est pas en cohérence avec les besoins de santé de la population francilienne, nettement supérieurs dans les zones sous-denses en chirurgiens-dentistes libéraux, c'est-à-dire prioritairement en Seine-Saint-Denis ;
- l'activité du service de Rothschild est clairement orientée vers la pédodontie, alors même que l'environnement immédiat de l'hôpital est essentiellement gériatrique ;
- le service de Rothschild a fait l'objet de coûts d'investissements importants alors qu'aucune étude de la concurrence n'a été réalisée préalablement à l'implantation du service au sein de l'hôpital Rothschild. La mission a pourtant constaté que le service est situé en face d'un centre mutualiste délivrant également des soins dentaires, ce qu'ignorent encore les praticiens du service d'odontologie de Rothschild.

[163] De la même façon, la localisation d'un service d'odontologie au sein de l'hôpital gériatrique Bretonneau, non loin de celui de L. Mourier et également situé à Paris intra-muros, ne semble pas idéale.

**Recommandation n°25 : Implanter un service d'odontologie en Seine-Saint-Denis pour répondre aux besoins de santé buccodentaire de la population par redéploiement d'une partie des fauteuils des sites de Rothschild et de Bretonneau**

## 4.3 Des soins insuffisamment orientés vers les populations à besoins spécifiques

### 4.3.1 Tous les centres sont équipés pour délivrer des soins externes ne pouvant être réalisés par les praticiens libéraux

[164] L'ensemble des services est équipé pour délivrer des soins sous sédation consciente (MEOPA), sous anesthésie locale et même sous anesthésie générale[59]. Ils peuvent donc tous prendre en charge des patients âgés et/ou polypathologiques, des patients présentant des troubles de l'hémostase, mais aussi des patients porteurs de handicaps[60].

[165] En effet, trois des services[61] prennent en charge des patients lourds hospitalisés : patients immunodéprimés, traités par radiothérapie (confection de gouttières fluorées), souffrant de cancers oro-faciaux, patients transplanté, en attente de chirurgie lourde (cardiaque en particulier), patients hospitalisés en psychiatrie. Cette activité reste toutefois faible[62] en regard de l'activité annuelle des services (moins de 5 % de l'activité en moyenne).

### 4.3.2 Les six services délivrent essentiellement des soins généralistes de proximité

#### 4.3.2.1 Un recrutement majoritairement loco-régional

[166] Seuls les services de Louis Mourier et de Charles Foix disposent de données relatives à l'origine géographique de leurs patients.

[167] Entre 60 et 70 % des patients pris en charge au sein de ces services sont issus du même département. 20 à 30 % proviennent des autres départements d'Ile-de-France. Moins de 10 % des patients ont une origine extérieure à l'Ile-de-France.

#### 4.3.2.2 Des services qui répondent essentiellement aux besoins de santé de la population issue du bassin de vie

[168] Tous les services assurent en grande partie des consultations externes généralistes, couvrant toutes les disciplines odontologiques : orthopédie dento-faciale, pédodontie, pédodontie, soins prothétiques, implantologie, gérontodentie, parodontologie, endodontie.

[169] En outre certains centres proposent des consultations et des soins plus spécifiques :

- le service de Charles Foix assure des consultations spécifiques « douleur chronique oro-faciale » et « apnée du sommeil », dentisterie esthétique et a accès pour les soins prothétiques à la CFAO ;

[59] Sur place pour les services de Louis Mourier et de la Pitié-Salpêtrière, sur le site du CHIC pour le service d'A. Chenevier-Mondor, sur le site de Louis Mourier pour Bretonneau et sur le site de la Pitié-Salpêtrière pour le service de Charles Foix. Le service de Rothschild ne réalise des interventions sous anesthésie générale que pour les enfants sur le site de Trousseau.

[60] Noter toutefois, que l'hôpital Rothschild ne dispose pas d'accès à un bloc opératoire pour délivrer des soins sous AG dans le cadre de la prise en charge des patients handicapés.

[61] Chenevier-Mondor, Pitié-Salpêtrière, Louis Mourier.

[62] 375 patients en 2012 à Chenevier-Mondor soit 1% des venues annuelles environ ; 118 patients à Pitié-Salpêtrière soit 0,25 % des venues annuelles environ ; données approximatives à Louis Mourier (4 à 5 patients par jours ; soit 1 000 patients par an environ, représentant moins de 5 % de l'activité du service) et à Mondor (30 % des patients pris en charge environ selon le rapport d'activité du Pr Gogly).

- le service de Rothschild est une antenne du centre de référence des malformations rares de la face et de la cavité buccale à destination des enfants, en lien avec l'hôpital Trousseau ;
- le service de Bretonneau assure une consultation dédiée aux maladies rares (une matinée par semaine).

### 4.3.3 L'activité de soins à destination des populations spécifiques et/ou précaires occupe une place secondaire

#### 4.3.3.1 La prise en charge des patients handicapés reste très limitée

[170] Bien que la plupart des sites soient équipés pour prendre en charge des patents handicapés[63] et bien que la plupart aient signé des conventions de partenariat avec des réseaux régionaux[64] ou avec des maisons d'accueil spécialisées, le nombre de patients handicapés prise en charge annuellement au niveau des centres est faible, moins de 1 % des patients pris en charge en moyenne[65]. Le nombre de patients handicapés pris en charge n'est toutefois pas connu, ni suivi, partout (certains services, à l'instar de celui de la Pitié-Salpêtrière ou de celui de Rothschild, ne connaissent pas la part de patients handicapés pris en charge).

#### 4.3.3.2 La prise en charge des patients précaires se fait essentiellement au sein des deux PASS buccodentaires de l'AP-HP

[171] Les deux PASS buccodentaires de l'AP-HP (Chenevier-Mondor et Pitié-Salpêtrière) sont entièrement dédiées à la prise en charge des patients précaires, bénéficiaires ou non de la CMU, et « en situation de renoncement aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières ».

[172] Ainsi, la PASS du service de la Pitié-Salpêtrière facilite la délivrance de soins dentaires et, en particulier, de soins prothétiques aux patients non solvables. L'accès des patients au dispositif peut se faire par une consultation en urgence, par un rendez-vous avec un praticien hospitalier ou par l'intermédiaire de partenaires avec lesquels l'établissement a passé une convention (SAMU Social, BUS dentaire, Médecins du monde, Emmaüs, Aide Odontologie Internationale). La prise en charge médicale est complétée par une prise en charge par l'assistante sociale de la PASS. La file active de la PASS buccodentaire de la Pitié-Salpêtrière est de 800 patients dont la durée moyenne de traitement est de 32 mois. Un PH en est responsable à plein temps et 2156 actes[66] ont été réalisés dans ce cadre en 2012.

[173] La PASS de Mondor est en phase de montée en charge puisque seuls 221 actes[67] ont été réalisés depuis son ouverture en juillet 2011.

[174] Les patients en précarité sociale consultent également au sein des six services d'odontologie de l'AP-HP pour des soins classiques mais difficilement réalisables en ville pour des problèmes de coût. La part de patients bénéficiaires de la CMU pris en charge au sein des services d'odontologie est d'environ 15 %[68].

---

[63] Possibilité de réaliser des interventions sous anesthésie générale, en particulier
[64] Rhapsod'if par exemple
[65] 75 patients handicapés à Charles Foix (soit 0,3% environ), 150 à A. Chenevier-Mondor (0,5 % environ) ; 94 à Louis Mourier (0,4 % environ)
[66] Source DPM, opale, 2012
[67] Source DPM, opale 2012
[68] 14 % de patients CMU à la Pitié-Salpêtrière, source Direction des Finances de la Pitié-Salpêtrière, 2012 ; 13,9 % de patients CMU à Louis Mourier et 18,2 % de patients CMU à Bretonneau en 2012 (source services d'odontologie de Louis Mourier et de Bretonneau)

[175] Toutefois, la part de patients précaires (bénéficiaires de la CMU en particulier), n'est connue et suivie que dans trois de six services de l'AP-HP[69]. Compte tenu des enjeux de santé publique et des enjeux médico-économiques, un pilotage plus précis de la patientèle précaire par les responsables de sites et par les services centraux de l'AP-HP est pourtant souhaitable, à visée de pilotage stratégique et d'organisation (calibrage de la permanence d'accès aux soins, adaptation des locaux par exemple).La mission souligne donc, à ce titre, la faiblesse des systèmes d'information de l'AP-HP qui constituent un frein à l'action des responsables médico-administratif des pôles.

#### 4.3.3.3 La prise en charge des patients âgés doit être mieux organisée

[176] Les quatre services d'odontologie situés au sein d'hôpitaux gériatriques (A. Chenevier, Bretonneau, Charles Foix, Rothschild) ont une activité de gérontodontie.

[177] Pourtant, cette activité n'est pas organisée ni formalisée partout. Ainsi, les seuls services ayant réellement organisé leur activité de gérontodontie sont ceux de Bretonneau et d'A. Chenevier :

- Le service de Bretonneau a mis en place une unité fonctionnelle (UF) dédiée d'odontologie gériatrique et a signé des conventions avec plusieurs structures gériatriques. Cette UF s'organise de la façon suivante : une consultation par l'équipe mobile dentaire (constituée de deux étudiants T1), une matinée par semaine au sein de l'hôpital et une consultation au sein du service (par un enseignant et deux T1) pour les patients de l'hôpital et venant de l'extérieur.
- Le service de A. Chenevier, a, quant à lui, développé des partenariats avec les services gériatriques du groupe hospitalier et signé des conventions avec différents réseaux régionaux visant à promouvoir les liens ville-hôpital.

[178] Toutefois, dans les quatre services, la part de patients âgés pris en charge est relativement faible au regard de l'activité globale et de l'environnement immédiat, exclusivement gériatrique, de ces services (moins de 10 % de l'activité réalisée en moyenne[70]).

[179] Enfin, dans les services situés dans des hôpitaux MCO (Pitié-Salpêtrière et Louis Mourier), l'activité d'odontogériatrie est très faible[71] également.

**Recommandation n°26 : Renforcer l'offre de soins dispensée au sein des six services de l'AP-HP en faveur de populations spécifiques et précaires. Mettre en place des règles communes à l'ensemble des services et, en particulier, de définir un nombre minimum de vacations à destination des populations spécifiques (précaires, âgées, handicapées, enfants) dans tous les centres.**

**Recommandation n°27 : Mieux organiser l'activité d'odonto-gériatrie au sein des services situés dans des hôpitaux gériatriques, avec mise en place d'unités mobiles, de consultation de dépistage systématiques et signature de conventions.**

[69] Les trois autres services (Chenevier-Mondor, Rothschild, Charles Foix) n'ont pas été en mesure de préciser le volume de patients bénéficiaires de la CMU

[70] 438 patients de plus de 70 ans à Charles Foix en 2012 (1,8% des patients pris en charge), 700 patients de plus de 70 ans à A. Chenevier-Mondor en 2012 (2,7 % des patients pris en charge dans le service), 11,2 % de patients âgés de plus de 70 ans à Louis Mourier et 5,3 % à Bretonneau.

[71] 1434 patients de plus de 70 ans en 2012 à la Pitié-Salpêtrière sur les 47 000 venues annuelles environ

## 4.4 L'activité de pédodontie doit être réorganisée

### 4.4.1 Les services ayant une activité de pédodontie sont très majoritairement situés dans des hôpitaux gériatriques

[180] L'activité de pédodontie a la particularité d'être délaissée par les praticiens libéraux, au profit d'activités plus rémunératrices (prothèses, implantologie, orthopédie dento-faciale…) qui adressent de plus en plus fréquemment leurs petits patients vers les services odontologiques de l'AP-HP.

[181] Tous les services d'odontologie de l'AP-HP ont une activité de pédodontie à l'exception du service de la Pitié-Salpêtrière, et tous les praticiens rencontrés par la mission s'accordent pour souligner que cette activité nécessite une prise en charge spécifique.

[182] Les services ayant une activité importante de pédodontie sont tous situés dans des hôpitaux gériatriques (Rothschild[72], Charles Foix, Chenevier et Bretonneau) à l'exception de celui de L. Mourier.

[183] Ainsi, aucun hôpital pédiatrique n'accueille actuellement de service de référence en pédodontie. Le seul service ayant un lien avec un hôpital pédiatrique est celui de Rothschild qui abrite une unité du centre de référence des malformations rares de la face et de la cavité buccale[73] de l'hôpital Trousseau (coordonnée par le chef de service de chirurgie maxillo-faciale de Trousseau). Toutefois, le déménagement de la chirurgie maxillo-faciale de Trousseau sur le site de l'hôpital Necker va compliquer cette collaboration[74] (une convention doit être formalisée pour poursuivre la collaboration en dehors du GH),

[184] L'ensemble des praticiens, y compris ceux spécialisés en pédodontie, souligne que l'absence d'environnement (pédiatres et anesthésistes spécialisés dans la prise en charge des enfants notamment), et d'équipement pédiatrique adapté à proximité des services serait préjudiciable (en termes de qualité et de sécurité des soins) en cas de complication grave, anesthésique en particulier.

[185] Par ailleurs, du fait de l'absence d'environnement pédiatrique adapté, les soins de pédodontie sous AG ne peuvent pas être proposés aux patients (en particulier enfants handicapés), à l'exception du service de Louis Mourier (à raison d'une vacation d'une demi-journée par semaine destinée à la prise en charge des enfants au bloc opératoire) et de l'hôpital Trousseau dans le cadre de la collaboration avec Rothschild pour la prise en charge des malformations de la face et de la cavité buccale (service de chirurgie maxillo-faciale pédiatrique et centre de référence national maladie rare).

**Recommandation n°28 : Ouvrir un centre de référence en pédodontie au sein d'un hôpital pédiatrique (Debré ou Necker) et conserver des antennes de pédodontie de proximité au sein des services existants (Mondor, Rothschild, Charles Foix, Mourier).**

[72] Les enfants y sont adressés par la médecine de ville mais aussi par des centres de santé qui récusent de plus en plus les enfants. L'activité d'orthodontie, initialement transférée de Garancière à la Pitié-Salpêtrière a été finalement centralisée à Rothschild ce qui a multiplié l'activité pédiatrique par deux.
[73] Prise en charge des fentes palatines, des maladies génétiques…
[74] La distance entre les services complique les déplacements des patients, familles et soignants

### 4.4.2 L'organisation de la permanence des soins de la Pitié-Salpêtrière n'est pas adaptée à la prise en charge des urgences pédiatriques

[186] La permanence des soins de la Pitié-Salpêtrière (accueillant les urgences buccodentaires 24h/24) est destinée à la prise en charge de toutes les urgences odontologiques, mais l'absence d'environnement pédiatrique dans l'établissement est peu adaptée la prise en charge des urgences en odontologie pédiatrique, et certains des praticiens de garde ne se sentent pas compétents pour réaliser ces prises en charge de pédodontie, compte tenu de leur activité habituelle, exclusivement d'adultes, et du faible nombre de gardes dans l'année. Le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière a, pour les mêmes raisons, d'absence d'environnement pédiatrique et de praticiens compétents, transféré la pédodontie à l'hôpital Rothschild, conventionné avec la même université Paris V, le rattachement universitaire ayant prévalu sur le rattachement hospitalier, puisque la Pitié est dans le même pôle que le service de Charles Foix, alors que le service de l'hôpital Rothschild appartient à un autre Groupe Hospitalier de l'AP-HP.

**Recommandation n°29 : Mettre en place un système d'astreinte pédiatrique la nuit au sein d'un hôpital pédiatrique (Debré ou Necker), le volume d'urgences pédiatriques de nuit ne justifiant pas la création d'une garde de nuit spécifique.**

## 4.5 Une permanence des soins unique en France : la grande garde de la Pitié-Salpêtrière

[187] Le service de la Pitié-Salpêtrière participe de façon exceptionnelle à la permanence des soins buccodentaires en Ile-de-France avec la prise en charge des urgences buccodentaires 24h/24. Cette grande garde buccodentaire de nuit est la seule de France et répond, d'après l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission, à un besoin réel de la population, aucune permanence des soins buccodentaires n'étant organisé en ambulatoire, la nuit. Le recrutement du service des urgences couvre donc l'ensemble de la région Ile-de-France, voire au-delà.

[188] Le responsable du service estime que les urgences véritables (traumatismes, infections sur terrains spécifiques, douleur) représentent seulement 25 % de l'activité.

[189] L'activité d'urgences (de jour) dispose de moyens dédiés en personnel et en fauteuils : 1 ETP de PH, 0,5 ETP de praticien attaché, un interne et dix étudiants. La nuit, la permanence est assurée par un système de « grande garde » qui repose sur l'ensemble des praticiens hospitalo-universitaires de l'AP-HP (un senior HU de garde et une demi garde d'interne chaque nuit[75]).

[190] Par ailleurs, l'organisation de la grande garde de nuit pose un certain nombre de difficultés organisationnelles :

- les praticiens du service de la Pitié-Salpêtrière rencontrés par la mission font état d'une saturation de la garde de la Pitié-Salpêtrière, en particulier lors de la fermeture annuelle des centres ;
- le délai de prise en charge avant les soins est important (plusieurs heures, aux dires de l'ARS Ile de France). La mission n'a toutefois pas pu objectiver le temps d'attente réel, de nuit, aux urgences de la Pitié-Salpêtrière ;
- le respect du planning de garde est difficile à obtenir par la direction du site, la garde étant régulièrement sous-traitée par les praticiens hospitalo-universitaires de l'AP-HP.

[75] Noter qu'au printemps 2013, cette demi-garde d'interne sera enrichie d'une garde complète d'interne soit 1,5 internes par nuit à l'accueil des urgences buccodentaires

**Recommandation n°30 : Réaliser les prévisions de fermeture en coordination avec les cinq autres services d'odontologie de l'AP-HP et étaler les fermetures sur les mois d'été dans le cadre de la continuité des soins.**

# 5 LES INTERNES FORMES DANS LES CINQ PROCHAINES ANNEES COMPENSERONT DIFFICILEMENT LES DEPARTS A LA RETRAITE DES PRATICIENS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DANS LES CONDITIONS ACTUELLES

## 5.1 Le nombre d'étudiants formé est faible au regard des prévisions de départ à la retraite des chirurgiens dentistes sur la région Ile-de-France

### 5.1.1 Le taux de départ à la retraite des chirurgiens dentistes libéraux sera important dans les cinq prochaines années

[191] 1729 chirurgiens dentistes exerçant en Ile de France ont plus de 60 ans en 2012 et risquent de partir à la retraite dans les cinq prochaines années. En parallèle, l'AP-HP forme environ 200 jeunes chirurgiens dentistes chaque année[76], soit un total de 1000 nouveaux chirurgiens dentistes dans les cinq prochaines années.

[192] Bien que ces données soient approximatives[77], la part de chirurgiens dentistes de plus de 60 ans est élevée en Ile de France (24 % en 2012). Le nombre d'étudiants formés chaque année comblera donc difficilement ces départs, en particulier dans les départements les moins dotés et les moins attractifs actuellement (Seine Saint Denis en particulier).

Tableau 17 : Nombre de chirurgiens dentistes libéraux au premier janvier 2012 et estimation des départs à la retraite dans les cinq prochaines années, en Ile-de-France

| Département | En exercice | Estimation du taux de départ à la retraite dans les cinq prochaines années[78] | Estimation du nombre de départ à la retraite dans les cinq prochaines années[74] |
|---|---|---|---|
| **Paris** | 2 419 | 30 % | 725 |
| **Seine-et-Marne** | 564 | 22 % | 126 |
| **Yvelines** | 780 | 23 % | 177 |
| **Essonne** | 582 | 19 % | 110 |
| **Hauts-de-Seine** | 1 060 | 20 % | 217 |
| **Seine-Saint-Denis** | 491 | 23 % | 111 |
| **Val de Marne** | 713 | 20 % | 144 |
| **Val d'Oise** | 487 | 24 % | 119 |
| **Total Ile-de-France** | 7 096 | 24 % | 1 729 |

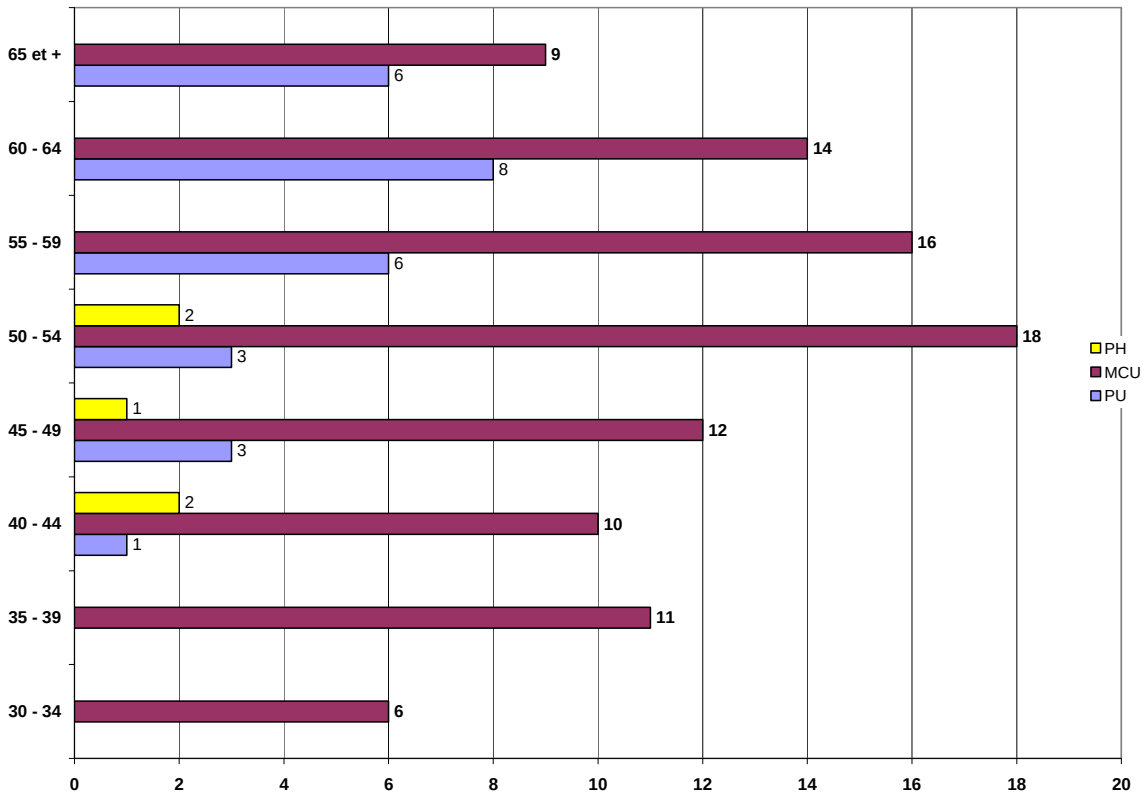
*Source : FNPS - Assurance-Maladie (Chirurgiens dentistes libéraux au 01/01/2012)*

[76] 192 étudiants auront terminé leurs études en 2013 ; 195 en 2014 et 209 en 2015
[77] L'ARS ile de France n'ayant pas été en mesure de fournie à la mission des données relatives au profil de départ à la retraite des chirurgiens dentistes en Ile de France
[78] Obtenue en prenant la part de chirurgiens dentistes de plus de 60 ans dans chaque département d'Ile de France

### 5.1.2 A l'AP-HP, la moitié des PU-PH et le quart des MCU-PH ont plus de 60 ans en 2012

[193] Cette situation n'épargne pas les praticiens hospitalo-universitaires de l'AP-HP. En effet, neuf des MCU-PH et six des PU-PH de l'AP-HP ont plus de 65 ans. Quatorze des MCU-PH et huit des PU-PH ont entre 60 et 64 ans. Ainsi, 51,8 % des PU-PH de l'AP-HP (14 au total) et 24 % des MCU-PH (23 au total) ont plus de 60 ans en 2012.

Graphique 4 : Pyramide des âges des PU-PH, MCU-PH et PH des six services d'odontologie de l'AP-HP




*Source : DPM de l'AP-HP*

[194] Des solutions doivent donc être envisagées rapidement afin d'augmenter l'attractivité de l'exercice hospitalo-universitaire. Pour ce faire, deux pistes ont été envisagées par la mission :

- augmenter le nombre d'internes (vivier de recrutement des futurs hospitalo-universitaires) et l'enrichissement des filières d'internat (en plus des trois filières existantes) ;
- encourager l'exercice libéral au sein des services d'odontologie de l'AP-HP.

### 5.1.3 Le nombre d'internes en formation est faible

[195] L'internat qualifiant en odontologie est composé de trois filières :

- la chirurgie orale (CO), pour une formation en quatre ans, cursus commun avec les internes de médecine (spécialité chirurgicale) ;
- l'orthopédie dento-faciale (ODF, communément appelée orthodontie), pour une formation en trois ans (correction des problèmes de positionnement dento-maxillo-faciales et des problèmes d'occlusion) ;
- la médecine bucco-dentaire (MBD), pour une formation en trois ans (prise en charge de patients à risque afin de gérer les conséquences des pathologies générales sur la sphère oro-faciale).

[196] La mise en place de ces filières doit permettre de faire évoluer l'odontologie polyvalente vers deux spécialités, la chirurgie orale ou la médecine bucco-dentaire. Le Conseil National de l'Ordre devrait mettre en place deux commissions de qualification pour les PH et le concours de PH devrait évoluer vers deux spécialités. La formation des internes en odontologie comprend un enseignement théorique et une formation clinique. Après validation de la formation théorique et pratique, l'interne obtient un diplôme d'études spécialisées (DES).

[197] 39 internes[79] réalisent leur formation au sein d'un des six services odontologiques de l'AP-HP. Les autres ont pour terrain de stage des services médico-chirurgicaux de l'AP-HP, certaines affectations étant communes à la médecine et à l'odontologie.

[198] Le service le mieux doté, au vu du nombre de fauteuils et des effectifs médicaux en ETP est la Pitié-Salpêtrière ; les services les moins bien dotés étant ceux de Mourier et Chenevier-Mondor.

[199] Par ailleurs, au regard du nombre d'étudiants en odontologie, le nombre d'internes en formation au sein des services apparaît faible[80] (en moyenne par service, un interne pour 20 étudiants[81]).

Tableau 18 : Répartition des internes au sein des six services de l'AP-HP

| Service | Nombre d'internes | Ratio étudiants/ internes | Ratio Internes/ fauteuil | Ratio Internes/ ETP HU | Ratio Internes/ ETP médical |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 15 | 24,3 | 0,22 | 1,24 | 0,77 |
| **Rothschild** | 8 | 16,7 | 0,14 | 0,63 | 0,52 |
| **Bretonneau** | 6 | 19,7 | 0,15 | 0,52 | 0,49 |
| **Charles Foix** | 4 | 6 | 0,13 | 0,45 | 0,41 |
| **Chenevier-Mondor** | 3 | 25 | 0,10 | 0,41 | 0,35 |
| **Mourier** | 3 | 21,3 | 0,09 | 0,41 | 0,30 |
| **TOTAL** | 39 | 24,3 | 2,00 | 1,97 | 1,65 |

*Source : Données issues des six services d'odontologie, retraitement mission.*

[79] Incluant les internes anciens régimes (AEA) et les 27 internes inscrits à l'un des trois DES d'odontologie

[80] A titre d'exemple, le CHU de Grenoble dispose de 491 internes pour 571 étudiants hospitaliers (activité MCO), soit un ratio de 1,2 étudiant par interne

[81] A l'exception de la Pitié Salpêtrière où les étudiants sont en 6ème année sont autonomes et quasiment à plein temps à l'hôpital, voir chapitre 2.5.1 du présent rapport.

[200] Chaque année, entre 10[82] et 20 internes[83] environ terminent leur formation. 80 nouveaux praticiens environ, issus de l'internat d'odontologie, seront donc formés dans les cinq prochaines années[84]. Ils permettraient théoriquement de combler le départ à la retraite des MCU-PH et des PU-PH de plus de 60 ans à l'AP-PH (en 2012, 37 ont plus de 60 ans au total), dans l'hypothèse où la moitié d'entre eux environ feraient le choix d'un exercice hospitalier et où aucun ne quitterait la région parisienne. L'internat en odontologie étant récent[85] et les premières promotions d'internes des trois spécialités n'ayant pas encore terminé leur formation, la mission manque de recul pour réaliser une telle évaluation et il est faudra encore quelques années pour apprécier le devenir de ces praticiens (choix de l'exercice libéral ou de l'exercice hospitalier).

[201] Cependant, entre 50 %[86] et 65 %[87] des internes formés actuellement sont spécialisés en ODF, spécialité dont le mode d'exercice privilégié est libéral (spécialité qui connaît une demande forte et où le différentiel de rémunération entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier est élevé). Ces données laissent donc présumer que le remplacement des futurs praticiens hospitalo-universitaires de l'AP-HP risque d'être problématique dans les cinq prochaines années, à organisation constante (absence d'assistant(e)s dentaires, donc de délégation de tâches, en particulier).

[202] L'intérêt de former davantage d'internes est donc double. D'une part, les internes représentent une force de travail non négligeable pour les services d'odontologie où ils participent à plein temps à l'activité de soins et à l'encadrement des étudiants; d'autre part, les internes constituent le principal vivier de recrutement des futurs praticiens hospitalo-universitaires des services d'odontologie, dans la mesure où leur formation les sensibilise à l'exercice hospitalier ainsi qu'aux activités de recherche universitaire.

**Recommandation n°31 : Réévaluer à la hausse les effectifs d'internes pour chaque spécialité, en région Ile-de-France étant données les difficultés actuelles de recrutement de praticiens hospitalo-universitaires et des PH en odontologie à temps plein à l'hôpital et le fait que l'internat soit désormais l'unique voie de formation aux spécialités odontologiques (en particulier l'orthopédie dento-faciale[88] et la chirurgie buccale),**

[203] En outre, il paraît souhaitable, comme cela a été le cas pour les disciplines médicales, d'ouvrir la voie à d'autres spécialités dans le domaine de l'odontologie. La création de telles filières permettrait, en effet, d'ouvrir de nouvelles perspectives de carrières hospitalo-universitaires (via le développement d'activités d'excellence) et donc de valoriser l'exercice hospitalier. De plus, la régulation du nombre de praticiens odontologistes dans certaines spécialités prisées (implantologie/prothèses, orthopédie dento-faciale) ou au contraire délaissées par la profession (pédodontie) serait souhaitable et pourrait passer par l'ouverture de nouvelles spécialités à internat avec attribution d'un nombre de postes déterminé par région.

---

[82] Les trois promotions d'internes actuellement en formation représentent 39 internes soit 13 internes nouvellement formés par an en moyenne

[83] 22 postes vont être ouverts en 2013, répartis en 14 postes d'internes en ODF, 6 postes d'internes en MBD et 2 postes d'internes en CO offerts au concours national d'internat pour l'année universitaire 2013-2014, source : arrêté du 5 mars 2013 portant répartition des postes offerts au titre de l'année 2013-2014 au concours national d'internat donnant accès u troisième cycle long des études odontologiques

[84] En prenant pour hypothèse que le nombre de postes ouverts en 2014-2013 sera identique à celui de l'année universitaire 2013-2014

[85] Décret n°2011-22 du 5 janvier 2011 relatif à l'organisation du troisième cycle d'études odontologiques, qui s'applique depuis l'année universitaire 2011-12. L'internat ancienne formule perdure jusqu'à la rentrée universitaire 2016-17, date à laquelle le décret de 1994 sera abrogé dans son ensemble.

[86] Sur les 27 internes inscrits à l'un des trois DES d'odontologie et actuellement en formation, 14 sont inscrits au DES d'ODF, soit 51 % d'entre eux.

[87] 22 postes vont être ouverts en 2013-2014 dont 14 postes en ODF, soit 63% des postes

[88] Spécialité qui connaît une demande de soins supérieure à l'offre et une densité médicale à la baisse, voir SROS Ile de France 2012 volet buccodentaire.

**Recommandation n°32 : Conduire une réflexion sur l'ouverture de nouvelles filières pour l'internat en odontologie, en particulier la pédodontie et l'implantologie/activité prothétique.**

### 5.1.4 L'activité libérale au sein des centres doit être encouragée afin d'améliorer l'attractivité

[204] Six praticiens temps pleins exercent une activité libérale sur l'ensemble des services d'odontologie de l'AP-HP et sont concentrés dans deux services (Rothschild et Pitié-Salpêtrière).

[205] La mission considère que cette activité libérale, peut constituer un élément d'attractivité dans une discipline à fort différentiel de revenu public/privé, où la politique de résorption des praticiens à temps partiel est souhaitée, sous réserve de conformité à la réglementation : absence de moyens spécialement dédiés, exercice libéral représentant au maximum 20 % du temps hospitalier du praticien, sous forme de demi-journées inclues dans le temps de travail du praticien, les actes réalisés devant être de même nature et réalisés dans les mêmes conditions que ceux réalisés au cours de vacations publiques, paiement d'une redevance à l'hôpital.

**Recommandation n°33 : Favoriser la possibilité pour les praticiens exerçant temps plein d'avoir une activité libérale encadrée et respectant la réglementation en vigueur au sein des centres afin de rendre attractif l'activité hospitalière.**

Dr Francis FELLINGER Dr Lise ALTER

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

| N° | Recommandation | Autorité responsable | Echéance |
|---|---|---|---|
| | **Stratégie - AP-HP** | | |
| **16** | Engager au niveau de l'AP-HP une réflexion stratégique, afin de définir la mission des services d'odontologie, leur rôle en termes de formation initiale et spécialisée, en termes de mission de soins, et en termes d'objectifs de recherche, en lien avec l'ARS et les instances universitaires, et décliner ces axes stratégiques en objectifs opérationnels. | Direction Générale (DG) de l'AP-HP, ARS Ile de France, Universités | Commission de suivi à 18 mois |
| | **Pilotage de l'activité d'odontologie** | | |
| **18** | Clarifier le rôle respectif des différents échelons décisionnels dans le pilotage de l'activité d'odontologie. | DG de l'AP-HP, direction des groupes hospitaliers (GH) | Commission de suivi à 18 mois |
| **17** | Développer les outils de pilotage au niveau du siège de l'AP-HP : définir des indicateurs d'activité et d'efficience (exemple : suivi des recettes et dépenses, nombres d'actes par fauteuil et par ETP, taux de rotation sur les fauteuils (nombre de venues par jour et par fauteuil), pourcentage de patients honorant leur rendez-vous…) avec fixation d'objectifs et suivi de l'activité. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **3** | Uniformiser le mode d'extraction du nombre de venues par service en recommandant l'utilisation du logiciel institutionnel *GILDA TE DENTAIRE* et utiliser les données d'activité ainsi obtenues (venues annuelles et taux de rotation par service) pour piloter les services au niveau local et au niveau du siège de l'AP-HP. | DG de l'AP-H et direction des GH | Commission de suivi à 18 mois |
| | **Pilotage financier des services** | | |
| **20** | La mission recommande une présentation homogène des comptes de résultat analytiques par unité de production (service et/ou pôle), intégrant l'ensemble des charges et des produits, et la mise en place d'un contrôle de cohérence, qui sera nécessaire dans l'optique de la certification des comptes. | DG de l'AP-HP, Direction des GH | Commission de suivi à 18 mois |
| **21** | La mission considère que les outils médico-économiques doivent être régulièrement et systématiquement mis à disposition et discutés avec les responsables médicaux et soignants des services et pôles, afin d'améliorer le pilotage de cette activité. | DG de l'AP-HP, Direction des GH et chefs de pôles | Commission de suivi à 18 mois |
| **22** | La mission recommande une analyse annuelle des données de suivi de la performance médico-économique odontologique, associant l'ensemble des chefs de pôles et des chefs de services ainsi que les directions concernées. Cette analyse doit faire l'objet d'une information de l'ensemble des praticiens et cadres des services concernés, afin de mutualiser les | DG de l'AP-HP, Direction des GH et chefs de pôles | Commission de suivi à 18 mois |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | bonnes pratiques et d'améliorer l'efficience. | | |
| **23** | La mission recommande une analyse annuelle des données utilisées pour la répartition des MIG entre les différents services. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **24** | Concernant les MIG, la mission recommande l'utilisation, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS, du tableau simplifié charges/recettes préconisé par le guide méthodologique de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). | ARS, DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **Structures/locaux** | | | |
| **1** | Mettre en œuvre de façon urgente le projet de regroupement des services d'odontologie de Mondor et d'A. Chenevier sur le site de Mondor en raison de la détérioration des bâtiments du service d'A. Chenevier et de la détérioration des conditions d'accueil des patients et élaborer un schéma directeur des services des CSERD de l'AP-HP. | DG AP-HP et Direction du GH Henri-Mondor | 2013-2014 |
| **Amélioration de l'organisation des services** | | | |
| **8** | Mettre en place un contrôle de l'exhaustivité du codage des étudiants par un senior dans les services de Rothschild, Pitié-Salpêtrière, Bretonneau, L. Mourier et Charles Foix | Direction des GH concernés – services d'odontologie | Commission de suivi à 18 mois |
| **9** | Faciliter l'accueil téléphonique par les services, adapter les modalités de prise de rendez vous aux nouvelles technologies de l'information et mettre en place sur l'ensemble des sites des mesures destinées à limiter le nombre de rendez-vous non honorés (appel du patient la veille du rendez-vous par exemple). | Direction des GH concernés – services d'odontologie | Commission de suivi à 18 mois |
| **10** | Encadrer le processus d'achats prothétiques en le centralisant afin de limiter la multiplication des marchés locaux. Développer les techniques innovantes telles que la CFAO qui constitue une piste majeure d'amélioration de l'efficience des services tout en garantissant le confort du patient. | DG de l'AP-HP, Direction des GH | Commission de suivi à 18 mois |
| **11** | Améliorer la traçabilité du matériel utilisé par les étudiants et les praticiens en contrôlant systématiquement ce matériel lors de sa distribution et sa restitution. | Direction des GH concernés – services d'odontologie | Commission de suivi à 18 mois |
| **12** | Réaliser une étude de coûts pour évaluer la fréquence optimale de renouvellement des fauteuils d'odontologie à l'AP-HP et définir une procédure de renouvellement au niveau de l'AP-HP. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **Ressources humaines - personnel médicale** | | | |
| **2** | Favoriser le recrutement de praticiens hospitaliers sous réserve d'une réflexion stratégique et d'une analyse médico-économique par l'AP-HP recrutement adapté à la réponse au besoin d'offre de soins,. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **4** | Favoriser le recrutement de praticiens temps pleins et limiter la part de praticiens exerçant à temps partiel. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5** | Uniformiser la durée du temps de travail médical sur l'ensemble des sites de l'AP-HP : durée de la demi-journée fixée à quatre heures 30, à raison de deux demi-journées par jour d'activité. | DG de l'AP-HP, Direction des GH | Commission de suivi à 18 mois |
| **7** | Supprimer l'activité bénévole de soins ou de formation au sein de services d'odontologie de l'AP-HP et, le cas échéant, régulariser la situation des bénévoles par des contrats de praticien attachés si leur présence est nécessaire. Vérifier la mise en œuvre effective de la décision. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **33** | Favoriser la possibilité pour les praticiens exerçant temps plein d'avoir une activité libérale encadrée et respectant la réglementation en vigueur au sein des centres afin de rendre attractif l'activité hospitalière. | DG de l'AP-HP (Directoire) | Commission de suivi à 18 mois |
| | **Formation, enseignement** | | |
| **13** | Harmoniser la répartition des étudiants entre les services au niveau du siège de l'AP-HP en tenant compte du niveau d'ancienneté des étudiants (D2, D3, T1). | DG de l'AP-HP, ARS Ile de France, Universités | Commission de suivi à 18 mois |
| **14** | Revoir le statut des étudiants en DU/formation postuniversitaire afin de les rattacher à l'hôpital (exemple : statut de praticien attaché ou praticien attaché associé pour les étudiants titulaires d'un diplôme hors communauté européenne). Le siège de l'AP-HP doit mener une réflexion quant à leur répartition au sein des six services de l'AP-HP afin d'homogénéiser le nombre d'étudiants en DU/formation postuniversitaire par fauteuil. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **15** | Mettre en place des staffs réguliers à destination des étudiants de 4ème, 5ème et 6ème année dans l'ensemble des services d'odontologie afin de former les étudiants à la présentation de cas cliniques et à la lecture critique d'articles scientifiques et améliorer la coordination d'équipe et l'harmonisation des pratiques. | Chefs de pôles – chefs de services d'odontologie, Doyens des UFR d'odontologie de Paris V et Paris VII | Commission de suivi à 18 mois |
| **31** | Réévaluer à la hausse les effectifs d'internes pour chaque spécialité, en région Ile-de-France étant données les difficultés actuelles de recrutement de praticiens hospitalo-universitaires et des PH en odontologie à temps plein à l'hôpital et le fait que l'internat soit désormais l'unique voie de formation aux spécialités odontologiques (en particulier l'orthopédie dento-faciale et la chirurgie buccale). | Ministère de l'enseignement supérieur et ministère de la santé | Commission de suivi à 18 mois |
| **32** | Conduire une réflexion sur l'ouverture de nouvelles filières pour l'internat en odontologie, en particulier la pédodontie et l'implantologie/activité prothétique. | Ministère de l'enseignement supérieur et ministère de la santé | Commission de suivi à 18 mois |
| **19** | Réactualiser et signer la convention hospitalo-universitaire avec l'université Paris VII | DG de l'AP-HP, président d'Université Paris VII | Commission de suivi à 18 mois |

| Missions de santé publique | | | |
|---|---|---|---|
| **25** | Implanter un service d'odontologie en Seine-Saint-Denis pour répondre aux besoins de santé buccodentaire de la population par redéploiement d'une partie des fauteuils des sites de Rothschild et de Bretonneau | DG de l'AP-HP, ARS Ile de France | Commission de suivi à 18 mois |
| **26** | Renforcer l'offre de soins dispensée au sein des six services de l'AP-HP en faveur de populations spécifiques et précaires. Mettre en place des règles communes à l'ensemble des services et, en particulier, de définir un nombre minimum de vacations à destination des populations spécifiques (précaires, âgées, handicapées, enfants) dans tous les centres. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **27** | Mieux organiser l'activité d'odonto-gériatrie au sein des services situés dans des hôpitaux gériatriques, avec mise en place d'unités mobiles, de consultation de dépistage systématiques et signature de conventions. | Direction des GH, chefs de pôles et chefs de services d'odontologie | Commission de suivi à 18 mois |
| **28** | Ouvrir un centre de référence en pédodontie au sein d'un hôpital pédiatrique (Debré ou Necker) et conserver des antennes de pédodontie de proximité au sein des services existants (Mondor, Rothschild, Charles Foix, Mourier). | DG de l'AP-HP, ARS, Doyens | Commission de suivi à 18 mois |
| **29** | Mettre en place un système d'astreinte pédiatrique la nuit au sein d'un hôpital pédiatrique (Debré ou Necker), le volume d'urgences pédiatriques de nuit ne justifiant pas la création d'une garde de nuit spécifique. | DG de l'AP-HP, ARS, Doyens | Commission de suivi à 18 mois |
| **30** | Réaliser les prévisions de fermeture en coordination avec les cinq autres services d'odontologie de l'AP-HP et étaler les fermetures sur les mois d'été dans le cadre de la continuité des soins. | DG de l'AP-HP | Commission de suivi à 18 mois |
| **6** | Inscrire les assistant(e)s dentaires au code de la santé publique, sans toutefois remplacer le dispositif de formation professionnelle actuel par un diplôme d'Etat, conformément aux recommandations de la mission IGAS de 2010. | DGOS, DGS | Commission de suivi à 18 mois |

# LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection Générale Des Affaires Sociales
12 OCT. 2012
N° 566

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*Le Ministre*

Paris, le 11 OCT. 2012

CAB OTS - JC/FR - Me D12-5891

Note à l'attention
de Monsieur Pierre Boissier
Chef de service
Inspection générale des affaires sociales

---

**Objet :** mise en œuvre d'une mission d'inspection IGAS et IGAENR des six services odontologiques hospitalo-universitaires de l'AP-HP assurant la formation odontologique en Ile-de-France.

Mon attention, ainsi que celle de Madame la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, a été récemment appelée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France sur l'organisation et le fonctionnement des six services hospitalo-universitaires odontologiques de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Ces six services sont les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) :

- de l'hôpital Rothschild et de l'hôpital de la Salpêtrière pour l'Université Paris-Diderot-Paris VII ;
- de l'hôpital A. Chenevier, de l'hôpital Charles Foix, de l'hôpital Louis Mourier et de l'hôpital Bretonneau pour l'Université René-Descartes-Paris V.

Cette demande d'inspection s'inscrit dans un contexte marqué par le projet de fusion des deux facultés odontologiques et de la mise en place de l'internat qualifiant en odontologie.

Je souhaite que vous réalisiez une mission qui :

- d'une part, dresse un état des lieux de l'organisation et du fonctionnement de ces services ;
- et, d'autre part, fixe, le cas échéant, des recommandations d'amélioration de l'efficience dans un contexte d'optimisation et d'accessibilité aux soins.

Cette étude et ces recommandations doivent prendre place dans le cadre d'une réflexion plus générale visant à la nécessaire adéquation entre la capacité de formation initiale de ces services hospitalo-universitaires et le nombre d'étudiants à former au cours des prochaines années. Elles doivent également s'inscrire dans la perspective d'une évaluation du niveau de soins que le service public hospitaliers doit satisfaire au vu des besoins en santé bucco-dentaires régionaux et des objectifs d'accessibilité aux soins fixés par le programme régional de santé (PRS).

Cette mission devra nous remettre son rapport avant le 31 janvier 2013.

Marisol Touraine

Marisol TOURAINE

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. (33) 01.40.56.60.00

# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## 1. Cabinet de madame la ministre des affaires sociales et de la santé

François Crémieux, coordonnateur du pôle organisation territoriale des soins
Djillali Annane, conseiller pour l'enseignement médical et la recherche

## 2. ARS Ile-de-France

Claude Evin, Directeur Général de l'ARS Ile de France
Andrée Barreteau, Directrice de l'offre de soins et médico-sociale
Edmée Bert, chirurgien dentiste, Direction de l'offre de soins et médico-sociale

## 3. Direction générale de l'offre de soins

Jean Debeaupuis, Directeur Générale de l'offre de soins
Raymond Lemoigne, sous-directeur, sous direction des ressources humaines du système de santé)
Natacha Lemaire, sous-directrice, sous direction de la régulation de l'offre de soins

## 4. Siège de l'AP-HP

Monique Ricomes, Secrétaire Générale de l'AP-HP
Loïc Capron, Président de CME
Georges Sebbane, Vice Président de CME
Michel Fournier, Directeur de la politique médicale

## 5. Visite du service de Chenevier-Mondor

Martine Orio, Directrice du groupe hospitalier Mondor-Chenevier
Isabelle Burkhard, directrice du site A. Chenevier
Dr Landru (adjointe au chef de service, le Pr Gogly),
Dr Gaultier (MCU-PH responsable de l'activité d'implantologie)

## 6. Visite du service de Charles Foix

Marianne Bensaid, Directrice du site de Charles Foix
Edith Benmansour, Directrice des finances du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles Foix
Didier Frandji, Directeur des Ressources Humaines du Groupe Hospitalier Pitie-Salpêtrière/Charles Foix
Pr Chemla, chef de service
Pr Maman, praticien du service et doyen de la faculté d'odontologie de Paris V

## 7. Visite du service de la Pitié-Salpetriere

Jacques Leglise Directeur du groupe hospitalier Pité-Salpêtrière-Charles Foix
Edith Benmansour Direction des Finances du Groupe Hospitalier Pitie-Salpêtrière-Charles Foix

Professeur Grenier (président du CCM de la Pitié-Salpêtrière),
Didier Frandji, Directeur des Ressources Humaines du Groupe Hospitalier Pitie-Salpêtrière-Charles Foix
Professeur Azerad, chef de service
Dr Rilliard (PH responsable de la PASS buccodentaire de la Pitié-Salpêtrière)

## 8. Visite du service de Rothschild

Pascal de Wilde, directeur du groupe hospitalier Paris Est
Solenne Barat-Clerc, Directrice des finances du groupe hospitalier Paris-Est
Professeur Picard, chef de service
Pr Boyle-Lefevre (PUPH pédodontie)
Pr Fromentin, praticien du service
Madame Jardin, cadre administratif de pôle

## 9. Visite du service de Louis Mourier - Bretonneau

Pr Folliguet, chef de service

## 10. Rencontre des doyens

Pr Maman, doyen de la faculté d'odontologie de Paris V
Pr Garcia, doyen de la faculté d'odontologie de Paris VII

# ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DU GH A. CHENEVIER-H. MONDOR

## 1 UN DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE EFFICIENT ET EXEMPLAIRE SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

### 1.1 Un centre multi-sites constitué d'un service d'odontologie basé à A. Chenevier et de quatre unités fonctionnelles

[206] Le département d'odontologie du Groupe Hospitalier Henri Mondor est composé d'un service situé à l'hôpital A.Chenevier et de quatre unités fonctionnelles dans les établissements Henri Mondor, G.Clémenceau, Jofffre-Dupyren, et Emile Roux. Le département est rattaché au pôle Médecine-interne – Gériatrie – Génétique – Urgences – Spécialités (MINGUS).

[207] Le département dispose au total de 32 fauteuils. Le service du site A. Chennevier comporte 29 fauteuils et l'unité fonctionnelle d'H. Mondor trois fauteuils. Les fauteuils de tous les sites font l'objet d'un plan de renouvellement annuel.

#### 1.1.1 Service d'A. Chenevier

[208] Le service dispose de 29 fauteuils équipés pour dispenser les soins d'odontologie chirurgicale, conservatrice, restauratrice, pédiatrique, d'implantologie, d'orthopédie dento-faciale et de parodontologie.

[209] En outre, le service dispose d'une salle de radiologie où sont effectués des radiographies panoramiques et des bilans rétro-alvéolaires. Parmi les 29 fauteuils, trois sont installés dans des cabinets pouvant être fermés, permettant ainsi de réaliser des actes complexes et des radiographies (un des trois boxes est réservé aux patients traités sous MEOPA).

[210] Sur le site d'A. Chenevier, le service est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 18h et le samedi de 8h30 à 13h. Le service est fermé durant six semaines annuellement.

#### 1.1.2 Unité fonctionnelle de Mondor

[211] L'unité dispose de trois fauteuils équipés pour dispenser les soins d'odontologie chirurgicale, les détartrages et la suppression de foyers infectieux parodontaux, les soins d'urgence (pulpites, abcès) ainsi que la réalisation de gouttières fluorées.

[212] Des radiographies rétro-alvéolaires peuvent être réalisées. Les radiographies panoramiques pour bilan sont faites dans le service de neuroradiologie.

[213] La PASS de Mondor assure un accueil téléphonique (prise de rendez-vous) tous les jours de 9h à 12h. Les soins y sont réalisés de 13h30 à 18h30 du lundi au vendredi. L'unité est fermée six semaines durant l'année.

### 1.1.3 Unités fonctionnelles de Clémenceau, E. Roux et Dupuytren

[214] Chaque unité dispose d'un fauteuil équipé (toutefois, ces fauteuils ne sont pas toujours utilisés en pratique, faute d'équipe médicale sur place à plein temps) pour dispenser les soins d'odontologie chirurgicale, les détartrages et suppressions de foyers infectieux parodontaux, les soins d'urgence ainsi que la réalisation de gouttières fluorées.

## 1.2 Organisation de l'activité de soins du département

### 1.2.1 Des soins essentiellement programmés

#### 1.2.1.1 Service de Chenevier et UF de Mondor

[215] Le département prend en charge les soins buccodentaires des patients en consultation externe ou dans le cadre d'une hospitalisation.

[216] Les soins réalisés au sein du département concernent toutes les spécialités de la discipline : soins conservateurs, parodontologie, chirurgie buccale, prothèses adjointes ou conjointes, prothèses implanto-portées, orthodontie, odontologie pédiatrique, odontologie gériatrique.

[217] Dans le service d'A. Chenevier, la part d'activité d'urgences est inférieure à 10 patients par jour en moyenne. Sur le site de Mondor tous les soins sont programmés.

[218] Les actes chirurgicaux ne sont réalisés qu'au sein du site de Mondor où une salle de bloc opératoire est disponible. Toutefois, le centre ne bénéficie pas de l'accès aux soins dentaires sous anesthésie générale (AG). En cas de nécessité, les patients devant être traités sous AG (patients handicapés en particulier) sont donc adressés au CHIC (unité de stomatologie du service d'ORL) et opérés par un odontologiste qui travaille sur les trois sites (Mondor, Chenevier et CHIC) qui est responsable de cette filière de soins.

#### 1.2.1.2 UF de Dupuytren, E. Roux et Clémenceau

[219] Dans les trois autres sites, hormis Dupuytren où 22 % des patients viennent d'EHPAD ou du domicile, tous les consultants sont des patients hospitalisés ne bénéficiant que de soins d'urgence.

[220] Par ailleurs, les trois Unités Fonctionnelles des sites Clemenceau/Dupuytren/E.Roux ont une orientation d'odontologie gériatrique ville/hôpital.

#### 1.2.1.3 Le PASS de Mondor

[221] Les patients ne bénéficiant d'aucune couverture sociale sont pris en charge au sein du PASS de Mondor, ouvert le 4 juillet 2012.

### 1.2.2 Données quantitatives concernant l'activité du département en 2012

#### 1.2.2.1 Venues annuelles (A. Chenevier)

[222] Le département a reçu 28673 patients[89] et a pris en charge 375 patients hospitalisés en 2012. La file active (nouveaux dossiers) de patients est de 2991 patients en 2012.

[223] Le nombre de venues en 2012 fourni par la DPM de l'AP-HP[90] est de 27688 patients. Toutefois, comme cela a été décrit dans le rapport (section 2.2.4), le logiciel AGENDA (dont sont issues ces données) sous estime le nombre de venues annuelles.

#### 1.2.2.2 Nombre d'actes NGAP annuels

[224] En 2012, le service d'A. Chenevier a réalisé 41 971 actes et 9 596 actes ont été réalisés sur le site de Mondor[91].

[225] De même, le PASS de Mondor dont l'ouverture est récente (4 juillet 2012), est en phase de montée en charge (16 patients ont été pris en charge en juillet contre 43 en octobre). Au total, le PASS a accueilli 160 patients entre juillet et novembre 2012 et réalisé 221 actes.

#### 1.2.2.3 Ratio d'activité

[226] Le département a réalisé 1 312 actes par fauteuil, soit 4197 actes par ETP médical (soit 19 actes par ETP et par jour ouvrable[92]) et 857 actes par étudiant équivalent T1 (soit quatre actes par étudiant équivalent T1 et par jour ouvrable) en 2012.

[227] Le taux de rotation[93] (nombre de patients par jour et par fauteuil) est de 4,5 dans le service d'A.Chenevier.

### 1.2.3 Le circuit du patient est bien identifié

[228] Le service d'A. Chenevier accueille un grand nombre de patients (180 patients par jour environ) et d'étudiants (90 par semaine environ). La gestion du flux de patients et d'étudiants est donc un exercice difficile étant donné la faible surface du service (380 m2).

[229] Après avoir obtenu leur fiche de circulation, les patients passent en salle d'attente puis sont reçus par un étudiant en odontologie ou un praticien du service. Le matériel (le plus souvent en kit) ne peut leur être distribué que sur présentation de la fiche de circulation du patient (afin de garantir une exhaustivité de la facturation).

[230] Les étudiants travaillent en binôme de même ancienneté (le pool d'étudiant tournant chaque jour), sauf les T1. Ils sont sous la responsabilité des enseignants.

[231] Les boxes sont informatisés ce qui permet aux étudiants et praticiens de donner directement une date de nouveau rendez-vous au patient. En revanche, les dossiers médicaux des patients ne sont pas informatisés.

---

[89] Source : données issue du service d'A.Chenevier, via le logiciel institutionnel AGENDA
[90] Source : logiciel institutionnel AGENDA
[91] Source : opale, AP-HP
[92] 220 jours
[93] Source : venues annuelles fournies par le service d'A. Chenevier, 220 jours ouvrables annuellement ; retraitement mission

[232] A la fin du soin, l'étudiant en odontologie doit impérativement coder le ou les actes réalisés (une vérification quotidienne est réalisée par l'adjointe au chef de service) et déposer son matériel dans des cuves de décontamination. La stérilisation du matériel est externalisée à Mondor.

### 1.2.4 Gestion des files d'attentes : un faible taux de rendez-vous non honorés

[233] La prise de rendez-vous se fait par téléphone auprès des secrétaires du service. Elle est informatisée (utilisation d'un logiciel institutionnel Agenda) ce qui permet de savoir précisément quels patients sont pris en charge chaque jour et par quel praticien.

[234] Les délais de rendez-vous moyens (hors soins d'urgence) sont les suivants :

- Endodontie et OCE : sept semaines ;
- Chirurgie buccale et implantologie : deux semaines ;
- Parodontologie : trois à quatre semaines ;
- Orthopédie dento-faciale : un an ;
- Pédodontie : cinq semaines ;
- Prothèses : un an.

[235] Le taux de patients n'honorant pas leur rendez-vous est de 2 % en 2012 contre 24 % en 2011 et 27 % en 2010. Un système de confirmation du rendez-vous par SMS, quatre jours avant le rendez-vous a été mis en place en 2012 et a porté ses fruits.

### 1.2.5 Ressources humaines au sein du département

[236] Plus de la moitié des praticiens hospitalo-universitaire (66 %) du service exercent à temps partiel. Le nombre d'ETP de personnel médical par fauteuil est de 0,31.

[237] En outre, Les praticiens du service ne pratiquent aucune activité libérale.

Tableau 19 : ETP de personnel médical du département

| PUPH | MCU PH TP | MCU PH Tpa | AHU TP | AHU Tpa | PH TP | PA Tpa | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,5 | 2 | 2,4 | 0 | 2,5 | 1 | 1,6 | 10 |

*Source : Service d'odontologie d'A. Chenevier*

[238] Le nombre d'ETP de personnel non médical par fauteuil est de 0,63.

Tableau 20 : Effectifs du personnel non médical en ETP

| AS | IDE | Cadre IDE | Manipulateur radio | Secr. Méd. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | 2 | 1 | 1 | 1 | 20 |

*Source : Service d'odontologie d'A. Chenevier*

## 1.3 Organisation de l'enseignement et de la formation

[239] Le service d'A. Chenevier accueille des stagiaires de la faculté de chirurgie dentaire de Paris V. Les stagiaires travaillent trois années dans le service et acquièrent les compétences cliniques nécessaires à l'obtention du diplôme d'état de Docteur en chirurgie dentaire. En 2012 le service accueillait 25 stagiaires de 4ème année (DCEO2), 23 de 5ème année (DCEO3) et 25 de 6ème année (TCEO1). Le service accueille également trois internes en formation (en première, deuxième et troisième année d'internat), des praticiens de diplômes d'université (quatre pour le diplôme de parodontologie, sept pour le DU de prothèse complète, quatre pour le DU de chirurgie buccale et implantologie).

[240] La formation est assurée par les praticiens hospitalo-universitaires du service. Les stagiaires effectuent entre quatre et six vacations hebdomadaires.

[241] Au cours de leur dernière année de formation, les stagiaires réalisent des stages de santé publique dans tous les hôpitaux du groupe (principalement orientés sur l'évaluation de l'état bucco dentaire des patients âgés).

[242] Le ratio étudiants équivalents T1/fauteuil est égal à 1,2 et le taux d'encadrement (ratio : étudiants équivalents T1/ETP de praticien HU) est de 6,62.

## 1.4 Organisation de la recherche

[243] Le Score SIGAPS (2007-2011) du département est de 518 (45 publications soit une publication par an et par médecin). Par ailleurs, en 2012, le chef de service a reçu le prix d'excellence de Paris V pour son activité de recherche.

[244] Le département a orienté son activité de recherche autour de trois axes principaux :

- les biomatériaux dentaires, en appui avec le laboratoire de la faculté dentaire de Paris Descartes (un PHRC[94], mené par un MCU-PH du service, concerne l'utilisation des biomatériaux),
- la physiopathologie orale avec le laboratoire U872 de physiopathologie orale et moléculaire de l'institut des Cordeliers,
- la réalisation d'études épidémiologiques et de prise en charge dentaires des personnes âgées dans le cadre du réseau ville-hôpital du département.

[245] En outre, une activité de recherche en implantologie en lien avec l'EFS est actuellement menée par le chef de service en matière de thérapie cellulaire et un travail de recherche en lien avec le service de dermatologie de Mondor est en cours.

[246] Neuf brevets ont été déposés depuis 1997 dont sept depuis 2005.

## 1.5 Données financières et médico-économiques : un service efficient

[247] Le service d'odontologie du site d'A. Chenevier présente la particularité d'être le seul de sa discipline à présenter une efficience médico-économique. Ceci est dû à des restructurations qui ont permis d'améliorer les recettes, de limiter les dépenses et de développer des activités MIGAC et MERRI.

[94] Programme Hospitalier de Recherche Clinique

[248] L'augmentation des recettes provient en partie d'une gestion rigoureuse de la facturation et du respect scrupuleux des devis. Ceci a eu pour conséquence en 2011 une augmentation des recettes de 26 % alors que le nombre d'actes ne progressait que de 2,8 %.

[249] La limitation des dépenses est liée à la mise en place d'une gestion des 3456 dispositifs médicaux référencés dans le service ainsi que le suivi des factures/commandes et de l'adéquation des actes pratiqués en regard des devis et des honoraires perçus. La négociation des marchés de prothèses en fait partie.

## 1.6 Un pilotage et un management forts, portés par le chef de service et son adjointe

### 1.6.1 La logistique et le contrôle de gestion sont assurés par l'adjointe au chef de service

[250] La gestion du matériel biomédical (choix, arbitrages, validation des devis) est supervisée par l'adjointe au chef de service. Ainsi, les modalités d'achats de dispositifs médicaux (DM) stériles et non stériles sont clairement formalisées dans le but de contrôler les dépenses : interdiction des achats hors marché de l'AGEPS[95] et limitation du marché de prothèse à deux laboratoires[96] (cette limitation ayant permis de générer 150 000 euros d'économies). Les commandes sont passées par une préparatrice en pharmacie : la gestion des stocks, bien que non informatisée, est également rigoureusement contrôlée et sécurisée (accès contrôlé, absence de « libre service », respect des marchés de l'AGEPS).

[251] Le pilotage et le suivi de l'activité par l'adjointe au chef de service reposent :

- sur la présence de tableaux opératoires (praticiens et internes) et de feuilles de présences (enseignants et étudiants) quotidiens permettant de contrôler la présence et l'activité des praticiens
- sur le contrôle quotidien de l'exhaustivité du codage et de la facturation des actes réalisés (présence d'une fiche de circulation pour chaque patient)
- sur la mise en place de tableaux de bord de suivi d'activité.

### 1.6.2 La coordination des soins et l'activité de recherche sont assurées par le chef de service

[252] La coordination des soins au sein du service, bien qu'informelle (l'absence de salle de staff ne permettant pas de réunir l'ensemble de l'équipe au sein du service), est réalisée par le chef de service.

[253] En outre, le service est parfaitement intégré au sein de son pôle et travaille en lien avec les autres services de l'hôpital et du groupe hospitalier (chirurgie maxillo-faciale, dermatologie, cardiologie et services sociaux à Mondor ; SSR et psychiatrie à A. Chenevier, services gériatriques des trois autres UF etc…).

[254] L'activité de recherche (déjà présentée ci-dessus) est également encadrée par le chef de service.

---

[95] Agence Générale des Equipements et Produits de Santé
[96] un laboratoire pour les prothèses fixes et 1 laboratoire pour les prothèses amovibles

# 2 LE DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DELIVRE DES SOINS COMPLEXES ET REPOND A DES BESOINS DE SANTE PUBLIQUE

## 2.1 Le département délivre des soins externes ne pouvant pas être réalisés par les médecins libéraux

### 2.1.1 Des soins complexes délivrés aux patients hospitalisés ou aux patients ne pouvant être traités en ville

[255] Le service prend en charge des patients dont les soins ne peuvent être réalisés par des praticiens libéraux. Cinq types de patients sont concernés : les patients traités sous MEOPA, les patients présentant des troubles de l'hémostase, les patients irradiés dans la sphère cervico-faciale, transplantés, et enfin les patients présentant un handicap.

[256] Ainsi, les patients lourds hospitalisés sont adressés par les différents services du groupe hospitalier. Ces patients présentent le plus souvent un contexte médical lourd (transplantés, cardiopathies, attente de greffe, hépatite-HIV, maladies neurodégénératives, immunodéprimés…). La nature des soins est variée (bilans pour les patients en hôpital de jour, prise en charge des urgences pour les patients hospitalisés, éradication des foyers buccodentaires des patients en attente d'intervention chirurgicale ou des patients immunodéprimés, réalisation de gouttières fluorées pour les patients sous radiothérapie…). En dehors du groupe, les principaux partenariats hospitaliers sont les suivants : centre de maladie rare vasculaire de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), service de cardiologie de l'HEGP, Necker, Trousseau.

[257] Toutefois, la part de ces patients est faible dans l'activité du service : 375 patients hospitalisés ont été pris en charge en 2012 à A. Chenevier[97] (soit 1 % de l'activité du service). Elle est plus importante sur le site de Mondor, où les patients hospitalisés représentent environ 30 % des patients prise en charge[98].

### 2.1.2 Un département compétent dans le domaine de la pédodontie

[258] Le département prend spécifiquement en charge les très jeunes enfants. Deux assistants odontologistes et un MCU-PH sont dédiés à cette activité sur le site d'A. Chenevier.

[259] En outre, une convention a été signé avec la Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse du Val de Marne afin d'améliorer la prise en charge buccodentaire des jeunes confiés à la protection judiciaire de la jeunesse.

[97] Source : donnée issue du service d'odontologie d'A. Chenevier
[98] Source : rapport d'activité 2012 du Pr Gogly, Mondor

### 2.1.3 Implantologie et conception assistée par ordinateur (CAO)

[260] D'un point de vue technique, le département s'adapte aux évolutions futures, en particulier dans le domaine de l'implantologie et de la CAO[99] :

- Recrutement en septembre 2009 d'un spécialiste dans le domaine de l'implantologie (Dr Gauthier, MCU-PH). Des conventions signées avec des industrielles ont permis au département de disposer à titre gracieux de 62 000 euros de matériel à but pédagogique,
- Discussions en cours avec un industriel pour acquérir un matériel de CAO à 25 % du prix du marché (25 000 euros) dans l'objectif de former les externes.

## 2.2 Le département participe à la mise en place de réseaux ville-hôpital dans les champs du handicap et des personnes âgées et a récemment ouvert une PASS buccodentaire

[261] La mission du département s'inscrit dans la volonté de l'ARS de lutter contre ces inégalités d'accès aux soins de populations spécifiques.

### 2.2.1 Accès aux soins buccodentaires des personnes handicapées

[262] Le département a signé plusieurs conventions dans le cadre de la prise en charge des soins buccodentaires des personnes handicapées[100]. Les soins sous AG des patients handicapés (adultes) sont réalisés sur le site du centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC). Toutefois, seuls 150 personnes âgées ont été prise en charge dans le service en 2012, soit 0,5 % de l'activité du service.

### 2.2.2 Accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées

[263] Dans le domaine gériatrique, le département développe des partenariats avec les services gériatriques de Chenevier, Clémenceau, Dupuytren et Emile Roux. Par ailleurs, dans le cadre du projet transversal Essonne-Val de Marne Est[101], le département passera bientôt des conventions avec le réseau APPOLLINE[102], le réseau Hippocampes[103] et le réseau Santé

---

[99] Une image optique de la préparation des dents qui seront couronnées est analysée par un ordinateur qui réalise l'élément prothétique dans des matériaux esthétiques (généralement Zircone). Le département a testé un matériel en 2010 qui a démontré les nombreux avantages d'une telle technique (absence d'empreintes donc de déformations, rapidité d'exécution, qualité irréprochable de la prothèse et coût dérisoire (moins de 10 euros le bloc de Zircone).

[100] - Convention de partenariat relative à la prise en charge buccodentaire des personnes handicapées du réseau RHAPSO'DIF ;
- convention cadre définissant les objectifs généraux du projet de santé buccodentaire mis en œuvre conjointement en direction des usagers de l'Institut Le Val Mandé ;
- convention de partenariat en direction des adultes autistes hébergés à la maison perce neige de Mandres-les-Roses, afin de permettre à ces patients de bénéficier d'un bilan et de soins dentaires.

[101] Projet qui consiste à étendre le dépistage des pathologies buccodentaires et leur traitement au bénéfice des personnes handicapées, âgées et précaires par la mise en œuvre d'une organisation où tous les niveaux de prise en charge seront possibles, avec un parcours de soins et de réhabilitation bucco-dentaire défini pour chacun au plus près de ses besoins. Les partenaires sont : les établissements hospitaliers (du groupe Mondor, de la filière gériatrique Essonne Est, le centre intercommunal de Créteil), les établissements médico-sociaux pour Personnes âgées et Personnes handicapées, les services d'aide et de soins à domicile de l'Est, les associations de handicapés APF et PAPJH.

[102] Réseau de santé bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap de l'Essonne

[103] Le réseau Hippocampes intervient sur l'ensemble des communes du département de l'Essonne, autour de la personne âgée en perte d'autonomie du fait de polypathologies et de maladie chronique invalidante.

Solidarité permettant ainsi de développer l'activité d'odontologie gériatrique dans le cadre d'une activité ville/hôpital.

[264] Toutefois, la prise en charge des patients de plus de 70 ne représente que 2% environ de l'activité du service (700 patients de plus de 70 ans en 2012).

### 2.2.3 Accès aux soins buccodentaires des populations précaires

[265] Les patients en précarité sociale, bénéficiaires ou non de la CMU consultent pour des soins classiques mais difficilement accessibles pour des problèmes de coût en cabinet libéral. Toutefois, la part de patients bénéficiaires de la CMU et pris en charge dans le département n'est pas connue ni suivie en routine dans le service.

[266] Les patients ne bénéficiant d'aucune couverture sociale et « en situation de renoncement aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières » sont pris en charge au sein de la PASS[104] buccodentaire, récemment ouverte (juillet 2012) sur le site de Mondor. Elle est placée sous la double responsabilité du chef de service et d'une assistante sociale. Les patients y sont adressés par des partenaires associatifs ayant contracté des conventions avec l'AP-HP, par des services hospitaliers, médicaux ou sociaux, ou le plus souvent par l'intermédiaire de la consultation d'urgences de jour du service d'A.Chenevier et des urgences de Mondor. Son activité est satisfaisante après seulement six mois d'activité (221 actes en 2012).

## 2.3 Le département a mis en place deux actions de prévention

[267] En lien avec la ville de Créteil, le département a mis en place d'une activité de prévention et de dépistage dentaire dans les écoles de la ville,

[268] Une opération « journée portes ouvertes » du service d'A. Chenevier, labellisée ARCADE[105] par l'URCAMIF[106] a lieu annuellement.

# 3 UN SERVICE INSTALLE DEPUIS 1971 DANS DES BATIMENTS PROVISOIRES, MAIS PORTEUR D'UN PROJET DE NOUVELLE STRUCTURE

## 3.1 Des locaux vétustes, exigus installés sur le site d'A. Chenevier depuis 1971

[269] Le service d'odontologie est installé depuis 1971 dans des bâtiments provisoires sur le site de l'hôpital A. Chenevier. Les conditions de travail, mais aussi d'accueil et de prise en charge des patients sont dégradées par le manque de place (380m2 pour 180 patients par jour et environ 90 étudiants, absence de salle de staff, étroitesse des bureaux…) et par la vétusté des locaux.

[270] De plus, l'activité du centre est limitée par l'exigüité des locaux et par la mise à disposition d'une seule salle de bloc opératoire, sur le site de Mondor.

---

Il prend également en charge les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés, quel que soit leur âge.

[104] Permanence d'accès aux soins de santé

[105] Action Régionale Contre les Atteintes Dentaires des Enfants

[106] Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Île-de-France

## 3.2 Un projet de reconstruction du service d'odontologie en friche depuis plus de dix ans

### 3.2.1 Un premier projet de reconstruction sur le même site a été initié en 2005 pour être arrêté en 2009

[271] Le projet initié en 2005 prévoyait une reconstruction du service d'odontologie sur le site d'A.Chenevier. Le coût de ce projet était estimé à 10 millions d'euros environ. L'appel d'offre pour la réalisation des travaux n'ayant jamais été lancé, le projet n'a jamais pu voir le jour.

### 3.2.2 Un second projet, moins couteux, de transfert sur le site de H. Mondor est au point mort

[272] A terme, se pose la question de la coexistence de l'hôpital A. Chenevier, à quelques centaines de mètres de l'hôpital Mondor. D'autant que cinq HA de terrain, situés derrière l'hôpital Mondor, seraient récupérables en 2019.

[273] Suite aux conclusions du Schéma Directeur Immobilier et Technique Est de l'AP-HP (2010-2011), un projet de transfert du service d'odontologie sur Mondor, moins couteux que le précédent (6 millions d'euros environ), a donc été conçu. Il prévoit entre autres, une augmentation du nombre de fauteuils (39 demandés) et de salles de bloc opératoires à disposition (trois salles). Le projet serait réalisé à effectif médical « constant » (le nombre de fauteuils demandés supplémentaire correspond à une augmentation du numerus clausus et à la création de la sixième année d'odontologie qui n'ont jamais été compensées. Concernant le personnel non médical, quatre ETP pourraient être rendus (centralisation de la partie lavage et conditionnement au niveau de la stérilisation centrale du site de Mondor).

[274] L'étude de faisabilité du projet (dimensionnement, faisabilité spatiale, estimation économique) figure en annexe 1B.

# ANNEXE 2 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE GARANCIERE-ROTSCHILD

## 1 LE SERVICE D'ODONTOLOGIE GARANCIERE-ROTHSCHILD A FAIT L'OBJET DE RESTRUCTURATIONS RECENTES

### 1.1 Le pôle d'odontologie de Rothschild résulte du transfert du service de Garancière à l'hôpital Rothschild et à la Pitié-Salpêtrière

#### 1.1.1 Le service dispose de 55 fauteuils issus de l'ex-service de Garancière

[275] Le service d'odontologie de Garancière disposait de 98 fauteuils en 2002, dont 43 ont été transférés à la Pitié-Salpêtrière (21 fauteuils en septembre 2002 pour accueillir l'activité de la PASS buccodentaire puis 22 en août 2010).

[276] Les 55 fauteuils restant de Garancière ont tous été transférés, en 2011, à l'hôpital Rothschild. Ils sont répartis de la façon suivante :

- 18 fauteuils consacrés à l'activité d'odonto-pédiatrie
- 18 fauteuils consacrés à l'activité des étudiants de 2ème cycle (soins polyvalents)
- 12 fauteuils (six consacrés à l'activité d'urgence, aux premières consultation, aux consultation préopératoires et postopératoires et six fauteuils consacrés à l'activité d'odontologie conservatrice, d'endodontie (OCE) et de prothèse avec microscope optique et radiographies) : activité réalisée par les internes et praticiens du service
- Sept fauteuils réservés à l'activité de chirurgie buccale (hors anesthésie générale)

#### 1.1.2 Le service constitue un pôle à lui seul

[277] Il est constitué de quatre unités fonctionnelles :

- UF d'accueil des urgences, consultations, orientation ;
- UF d'accueil et traitement de l'enfant et de l'adolescent ;
- UF de chirurgie et buccale et parodontale ;
- UF de polyclinique/réhabilitation orale.

[278] Le pôle est également doté d'une unité de radiologie, d'une stérilisation, d'un laboratoire de prothèse et d'une antenne de la pharmacie à usage intérieur. Il inclut une zone d'accueil des usagers et des locaux de la caisse des traitements externes.

### 1.1.3 Le service est situé dans les locaux entièrement neufs de l'hôpital Rothschild

[279] Les fauteuils et les locaux sont entièrement neufs. Par ailleurs, le service est doté des équipements de radiologie suivants :

- Un panoramique Trophippan, marque Jodak
- Un long cône Kodak 2000

[280] Le service dispose également d'un laboratoire de prothèses neuf et moderne.

## 1.2 Le service d'odontologie de Rothschild a fait l'objet d'un rapport d'audit par la direction de l'inspection et de l'audit de l'AP-HP en 2011

### 1.2.1 Les 42 recommandations issues du rapport d'audit de l'AP-HP

[281] Les recommandations formulées suite à l'audit du pôle odontologie en 2011 figurent en annexe 2A. Elles visent à améliorer l'organisation du travail, l'activité, et le taux d'occupation des fauteuils et des blocs.

### 1.2.2 Un comité de management est chargé de piloter le suivi des recommandations

[282] Concernant l'organisation de la gouvernance du pôle d'odontologie, un comité de management du pôle a été créé. Il réunit régulièrement la direction du groupe hospitalier, le doyen de l'UFR d'odontologie, le pôle de gérontologie et les services partenaires sur le site (pharmacie, radiologie) afin de faire un point d'étape sur les actions entreprises au sein du pôle pour répondre aux recommandations. Il s'est réuni les 3 juillet et 3 octobre 2011 et a défini trois grandes orientations : 1- définir des objectifs ; 2- rendre l'activité plus efficiente ; 3- améliorer le management.

[283] Le comité se réunit une fois par trimestre. La dernière réunion remonte au 22 janvier 2013, et a permis de faire le point sur la mise en œuvre des recommandations émises par la mission d'appui. Le principal axe développé récemment par le service concerne la mise en place d'une fiche de circulation pré-remplie pour faciliter le codage des étudiants. De nombreux axes restent toutefois à améliorer (le compte rendu de la réunion du 22 janvier 2013 a été mis à la disposition de la mission).

# 2 L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE S'AMELIORE GLOBALEMENT MAIS DES DIFFICULTES SUBSISTENT ET LE SERVICE RESTE DEFICITAIRE

## 2.1 Des efforts sont menés sur le contrôle du codage et l'optimisation du circuit du patient

### 2.1.1 Amplitude horaire de l'ouverture du service

[284] Depuis le 3 octobre 2011, les horaires d'ouverture du service au public ont été fixés de 8h30 à 19h30, tous les jours sauf le vendredi (16h30).

[285] En outre, le service ferme six semaines par an (une semaine à Pâques, deux dernières semaines d'août, deux semaine en fin d'année). La continuité des soins est effectuée par le service des urgences de la Pitié Salpêtrière, avec la contribution (théorique) des praticiens de tous les services d'odontologie de l'AP-HP.

### 2.1.2 Une activité de soins organisée en quatre unités fonctionnelles

[286] Le pôle d'odontologie est divisé en quatre unités fonctionnelles (UF) dont les activités sont les suivantes :

- Accueil des urgences, consultation, orientation

La première consultation est toujours réalisée par un praticien ou un interne du service, sous la responsabilité d'un senior. Ce secteur comprend deux salles d'attentes et 12 boxes de soins. Six d'entre eux sont officiellement dédiés aux urgences et aux première consultations (programmées, spécialisées ou générales) et les six autres aux soins de suite programmés.
Les urgences dentaires représentent 9,5% des actes totaux réalisés en 2012.

- Accueil et traitement de l'enfant et de l'adolescent – unité odontologique du centre de maladies rares

Le pôle assure la prise en charge des soins polyvalents d'odontologie pédiatrique.
Elle constitue également un des sites du centre de référence des malformations rares de la face et de la cavité buccale (avec le service de chirurgie maxillo-faciale, l'unité de neurophysiologie et le service de génétique et embryologie médicales de l'hôpital Trousseau) dont le médecin coordonateur est le chef de service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Trousseau et le médecine coordonateur adjoint, odontologiste et responsable de l'unité INSERM de Paris VII. Les patients qui y sont pris en charge ont tous leur première consultation en son sein (et non dans l'UF d'accueil des urgences, consultations et orientation), réalisée par un praticien senior qui porte le diagnostic et établit le plan de traitement.

- Polyclinique et réhabilitation orale

Cette UF regroupe les activités de réhabilitation orale (endodontie, odontologie conservatrice, odontologie prothétique, parodontologie) et de prothèses implanto-portées de la personne adulte. Dans le cadre de la prothétique maxillo-faciale, elle est chargée des relations avec les services d'ORL des hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière, Lariboisière et HEGP.

- Pathologie et chirurgie orale et parodontale

Cette unité est composée de sept boxes opératoires, un poste de soins et une salle de surveillance des patients opérés. Elle regroupe l'ensemble des activités de chirurgie buccale et traitements invasifs qui justifient des interventions en bloc opératoire. En revanche le service ne dispose pas d'accès à un bloc opératoire pour réaliser des interventions sous anesthésie générale.
La petite chirurgie pratiquée par les internes est également sous la responsabilité de cette unité.

[287] De façon plus limitée, le service prend en charge des patients atteints d'apnée du sommeil (réalisation d'orthèse) en lien avec le service d'ORL de l'hôpital St Antoine.

### 2.1.3 Aspects quantitatifs de l'activité de soins

[288] Le service de Rothschild a réalisé 34 350 actes en 2012[107], soit 625 actes par fauteuil, 2095 actes par ETP médical et 95 actes par étudiant équivalent T1.

[289] Le nombre de venues annuelles s'élève à 29 872[108] (dont 5110 nouveaux dossiers adultes) en 2012 d'après le service de Rothschild. D'après la DPM de l'AP-HP, le nombre de venues en 2012 est de 10 914[109]. Toutefois, ce dernier chiffre sous-estime l'activité du service dans la mesure où il ne tient pas compte des venues non programmées.

[290] Le taux de rotation moyen n'est pas calculé ni suivi en routine par le service. Un étudiant prend en moyenne un à deux patients par vacation de 3h30 contre six ou sept patients par vacations pour les seniors (consultations spécialisées).

[291] Le service a pour projet de développer l'activité d'implantologie. Les prévisions pour 2012 étaient d'atteindre les 1000 implants. Au total en 2012, le service en a effectivement posé 640 (contre 638 en 2011).

### 2.1.4 Un suivi de l'activité et un contrôle du codage encore insuffisants

[292] Le système d'information est constitué de trois applications : Gilda (dossier administratif du patient), Agenda (prise de rendez-vous : première consultation, consultations de suivi, programmation du bloc opératoire, validation de présence des praticiens et enseignants pour leur vacation et enregistrement de la venue du patient) et Agar (logiciel universitaire renseignant l'activité des étudiants dans le cadre de quotas d'actes imposés par leur cursus).

[293] Le service d'odontologie de l'hôpital Rothschild a fait l'objet d'un rapport d'audit interne par l'AP-HP en 2011. Les auditeurs « ont constaté qu'un certain nombre de patients repassaient en caisse avec une feuille non renseignée. Dans ce cas, les agents des caisses éliminent les feuilles. L'hôpital Rothschild prenant en compte un insuffisant retour des feuilles de circulation, a en projet la disparition des feuilles en support-papier […]. Les auditeurs ont été frappés par la méconnaissance des étudiants quant à l'enjeu que représente une parfaite saisie dans l'application informatique ». Lors de sa visite à Rothschild, la mission a constaté qu'une fiche de circulation papier pré-remplie a récemment été mise en place afin de faciliter le codage par les étudiants.

[294] Par ailleurs, concernant les recommandations relatives à l'amélioration du codage de l'activité et de sa facturation, le chef de service fait état de trois mesures ayant permis une amélioration dans ce domaine :

- un contrôle des feuilles de circulation délivrées au patient lors de son enregistrement à l'accueil administratif qui doivent systématiquement être signées par un praticien ou un enseignant (si le patient est pris en charge par un étudiant). Depuis le mois d'octobre, la cadre administrative a mis en place des fiches de circulation précisant les UH concernées par les soins (UH pré-remplies afin de faciliter le codage par les étudiants).
- La suppression de la possibilité du versement d'un acompte pour les soins prothétiques : le prépaiement des frais de prothèses et implants doit être réglé désormais en totalité par le patient ;

[107] Source opale AP-HP
[108] Source Rothschild : croisement des bases de données issues des logiciels GILDA et AGENDA par le contrôle de gestion de l'hôpital
[109] Source : logiciel institutionnel AGENDA

- un contrôle du codage des étudiants : les actes réalisés par les étudiants doivent être validés par les enseignants (dans AGAR). En comparant les actes condés dans AGAR (codage confirme à celui de la facturation) et les fiches de circulation remises par les étudiants, les actes non codés, et donc non facturés, peuvent ainsi être identifiés. Toutefois, aucune procédure systématique de contrôle du codage par les étudiants, ni aucun responsable attitré n'ont pu être identifiés par la mission.

### 2.1.5 Le circuit du patient est bien identifié

[295] Le circuit du patient est bien individualisé de celui des soignants et du matériel.

### 2.1.6 La gestion du matériel et les marchés de prothèses sont peu encadrés

[296] Le laboratoire de prothèse du pôle permet la confection de toutes les prothèses autres que conjointes (fournies par des prestataires externes dans le cadre de marchés locaux) et leur réparation. Il dispose d'un prothésiste dentaire.

[297] Le service dispose d'une unité de la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital et d'une préparatrice en pharmacie.

[298] Pour les commandes de matériel biomédical, le service passe par les appels d'offre centraux de l'APGEPS, à l'exception des commandes de prothèses. Les prothèses font, en effet, l'objet de sept marchés locaux.

[299] En outre, les actes soumis à dépassement d'honoraire sont soumis à un prépaiement (en particulier au moment de la commande des prothèses).

## 2.2 Activité de recherche et organisation de l'enseignement

### 2.2.1 Recherche

[300] Pour la période 2007-2011 le score SIGAPS du service est de 479 (33 publications soit 2,7 publications par an et par médecin).

[301] Le service travaille en lien avec le PH responsable du laboratoire INSERM de l'université Paris VII qui produit 14 à 15 publications par an dans le domaine de la physiopathologie orale.

[302] Un contrat d'interface INSERM a permis au laboratoire de disposer de 30 000 euros par an pour une durée de trois ans. Les travaux entrant dans le cadre de ce contrat concernent la biologie et la recherche sur les biomatériaux.

[303] Un des praticiens du service assure une activité de recherche clinique concernant la parodontologie (exemples : lien entre la formation des plaques d'athérome et certaines bactéries buccales ; lien entre pathologies cardio-vasculaires et maladies parodontales…) et l'implantologie.

[304] Enfin, un praticien formé à l'épidémiologie est en cours de recrutement.

### 2.2.2 Enseignement

[305] Une concertation menée récemment avec l'université Paris VII a débouché sur une rationalisation du lieu de déroulement des années du cursus de formation des étudiants à compter de l'année universitaire 2011-2012 : les stages cliniques du 2ème cycle (années D2 et D3) se déroulent à Rothschild (et non plus également à La Salpêtrière pour les D3), tandis que le stage clinique de l'année du 3ème cycle court (T1) est à La Salpêtrière.

[306] Le service accueille 91 étudiants de 4ème années (D2) et 99 de 5ème année (D3). Les étudiants effectuent deux à trois vacations de 3h30 par semaine : deux vacations au sein des 18 fauteuils de la polyclinique (dont une seule et une en binôme) et une d'odontopédiatrie ou de chirurgie buccale. Le plan de traitement et les devis doivent être signés par les enseignants. Les étudiants travaillent en binômes de la même année. En effet, les D2 réalisent là leur premier stage clinique, leur formation ayant été auparavant théorique et pratique dans la salle des fantômes (travaille sur simulateurs). Les étudiants de D3 sont plus autonomes. Outre leur activité de soins dans le service, les étudiants (D2 à T1) vont faire des stages au sein de CPAM, associations, école afin de sensibiliser les populations à la prévention buccodentaire.

[307] Le taux d'encadrement des étudiants (étudiants équivalents T1/ETP HU) est de 6,17 et le ratio étudiants/fauteuils de 1,7 étudiants équivalents T1 par fauteuil.

[308] Le service accueille également huit internes : six internes AEA (anciens régime) et deux internes (médecine buccodentaire et chirurgie buccale) nouveaux régimes.

[309] Enfin, le service accueille 56 étudiants répartis entre DU (DU d'implantologie, de Prothèse implanto-portée, de parodontologie clinique, et un DU approfondi de parodontologie et implantologie clinique) et master de parodontologie-implantologie. Les étudiants de DU/masters sont des odontologistes diplômés exerçant pour la plupart dans des cabinets libéraux. Ils n'ont pas de statut hospitalier.

[310] Les staffs ne sont organisés que pour les étudiants de 3ème cycle (internes) et les étudiants du DU et des masters. Pour cela une salle de staff est disponible dans chacun des quatre secteurs de soins.

[311] Un guide complet, incluant des informations cliniques et administratives, destiné aux étudiants en odontologie en stage au pôle Garancière-Rothschild, a été élaboré et distribué. Il est disponible sur les sites de l'hôpital et de l'UFR d'odontologie.

## 2.3 Ressources humaines

### 2.3.1 Personnel médical

[312] Le service dispose de tableaux de service hebdomadaires mentionnant l'activité réalisée par chaque praticien et au sein de quel secteur. Le suivi de ces tableaux et le management des praticiens au sein du service n'ont pas pu être appréciés par la mission.

[313] 51 % des praticiens du service exercent à temps partiel.

Tableau 21 : Effectifs en ETP du personnel médical du service de Rothschild

| PUPH | MCU PH TP | MCU PH Tpa | AHU TP | AHU Tpa | PH Tpa | PA Tpa | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4,5 | 3 | 4,2 | 0,5 | 3,2 | 0,5 | 0,5 | 16,4 |

*Source : Service d'odontologie de Rothschild*

### 2.3.2 Personnel non médical

[314] Aux 22,5 ETP de personnel médical s'ajoutent ceux affectés au service des traitements externes et de la pharmacie (13 agents dont six adjoints administratifs assurant le remplacement du personnel de l'accueil de l'odontologie à partir de 16h, une préparatrice en pharmacie, quatre AS, un ASH et un ouvrier d'Etat pour la stérilisation centrale).

Tableau 22 : Effectifs en ETP du personnel non médical

| AS | IDE | Cadre IDE | Manipulateur radio | Secr. Méd. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 9,8 | 1 | 1 | 1 | 0,86 | 22,52 |

*Source : Service d'odontologie de Rothschild*

[315] Le service central d'imagerie de l'hôpital dispose en outre de cinq emplois dont trois de personnels formés à la réalisation des panoramiques dentaires (0,5 ETP) pour couvrir les plages horaires de l'après-midi de l'odontologie.

[316] A défaut d'assistante dentaire, une aide soignante faisant fonction d'assistante dentaire intervient auprès des praticiens.

### 2.3.3 Quatre praticiens exercent une activité libérale

[317] Quatre des praticiens du service (trois PU-PH et un MCU-PH) exercent une activité libérale à raison de deux demi-journées : un MCU-PH et trois PU-HP, à raison de deux demi-journées par semaine en sus de leur obligation de service. Un box est réservé à leur activité libérale (au sein du secteur consultations PH et internes). Un contrat type, anonymisé, a été fourni à la mission, ainsi que les tarifs et horaires pratiqués les quatre praticiens.

## 2.4 Des difficultés organisationnelles subsistent

[318] Le chef de service souligne que la situation telle que constatée par les auditeurs de l'AP-HP au premier trimestre 2011 a très sensiblement évolué aujourd'hui dans un sens conforme à l'ensemble des recommandations. Toutefois, un certain nombre de difficultés organisationnelles subsistent.

### 2.4.1 Une prise de rendez-vous difficile

[319] Deux secrétaires médicales (deux ETP) gèrent le standard téléphonique (9h – 16h30 et 10h – 17h30). En moyenne le service reçoit 300 appels téléphoniques par jour mais ne peut répondre qu'à une centaine.

### 2.4.2 La gestion des files d'attente est difficile et un grand nombre de patients n'honore pas les rendez-vous

[320] Les délais pour la prise d'un rendez-vous sont de quatre mois en moyenne et la durée d'attente pour une prise en charge en urgences dépasse rarement 1h/1h30.

[321] Par ailleurs, sur les 30306 rendez-vous programmés, seulement 14 049 ont été honorés en 2012 (soit 54 % de rendez-vous non honorés). Toutefois, en 2012, la venue des patients n'était pas toujours saisie, en particulier par les étudiants et les responsables du service évaluent la part de rendez-vous non honorés à 10 %.

### 2.4.3 L'organisation du temps de travail médical dans le service fait exception à l'AP-HP

[322] En 2003, la notion de vacation a été remplacée par celle de demi-journée et une note du ministère de la santé (5 janvier 2007) a précisé que celle de demi-journée doit lui être substituée. Une note du DPM de l'AP-HP (en date du 20 octobre 2008) a précisé que les obligations de service des temps plein sont de cinq demi-journées et celles des temps partiel de deux demi-journées. Elle conclut sur la durée de la demi-journée fixée à 4h30.

[323] Le pôle d'odontologie de l'hôpital Rothschild ne respecte pas ces nouvelles modalités de fonctionnement. Le temps médical y est, en effet, organisé en 14 demi-journées par semaine (à raison de trois demi-journées de 3h30 chacune par jour du lundi au jeudi et deux demi-journées le vendredi). Cette organisation fait exception par rapport aux autres services de l'AP-HP qui comptent tous deux demi-journées de 4h30 par jour.

[324] Par ailleurs, une majorité d'odontologistes (51 %) exerce à temps partiel. Ainsi, les MCU-PH exerçant à temps plein sont minoritaires et ont une obligation de service de cinq demi-journées par semaine, tandis que les MCU-PH temps partiel sont majoritaires et ont une obligation de service de deux demi-journées par semaine.

[325] Enfin, un poste de PH temps partiel est rémunéré par l'hôpital Rothschild alors que le praticien concerné travaille exclusivement à l'hôpital Trousseau.

### 2.4.4 La présence de bénévoles reste problématique

[326] Des praticiens bénévoles, attachés universitaires, viennent aider à l'encadrement des étudiants. Leur présence est gratuite et ils n'ont aucun lien juridique avec l'hôpital Rothschild.

### 2.4.5 Un pôle isolé du reste de l'hôpital

[327] L'organisation du service est particulière dans la mesure où il constitue un pôle à part entière.

[328] Le service ne collabore pas avec les autres hôpitaux du groupe hospitalier (en particulier pas de collaboration avec le service stomatologie de Tenon et celui de Saint Antoine) et ne dispose pas de convention formalisée avec les services de gériatrie et de MPR de l'hôpital Rothschild.

[329] Par ailleurs, l'activité d'odonto-gériatrie n'y est ni organisée ni formalisée alors que le service est implanté dans un hôpital gériatrique. Les consultations sont réalisées à la demande (pas d'unité mobile organisée, pas d'activité de dépistage systématique pour les nouveaux patients) et ne font pas l'objet de convention avec les services de gériatrie et de MPR de l'hôpital Rotschlid.

# 3 UN SERVICE DE SOINS DENTAIRES POLYVALENTS TRES IMPLIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

## 3.1 Un service d'odontologie généraliste, de proximité

[330] Les tarifs pratiqués à l'AP-HP sont inférieurs de 20 à 30 % à ceux pratiqués en ville. L'hôpital Rothschild cible donc une patientèle modeste. Toutefois, le service ne connaît pas et ne suit pas en routine la part de patients précaires (CMU, AME…) qui fréquente le service.

[331] Le bassin de recrutement est essentiellement local (nord est de Paris).

[332] Le service réalise principalement une activité généraliste de polyclinique (soins délivrés par les étudiants de 4ème et 5ème année).

[333] Les soins d'urgence, les premières consultations et les consultations spécialisées sont assurées par les internes et les praticiens du service.

## 3.2 Un centre de premier et second recours en pédodontie

[334] La pédodontie représente une grande part de l'activité du centre, dans un contexte de refus des praticiens libéraux de prendre en charge les enfants (en particulier les plus jeunes et les plus difficiles/opposants) dans la mesure où ils génèrent une perte de temps et ne se voient pas dispensés de soins lucratifs (prothétiques en particulier).

[335] Un praticien du service, spécialisé en pédodontie, constate que la population pédiatrique prise en charge à Rothschild est lourde, à risque et d'un abord difficile (maladies carieuses avancées, défavorisés…). Les patients sont adressés par la médecine de ville mais aussi par des centres de santé qui récusent de plus en plus les enfants.

[336] L'activité d'orthopédie dento-faciale, initialement transférée de Garancière à la Pitié-Salpêtrière a été finalement centralisée à Rothschild ce qui a multiplié l'activité pédiatrique par deux.

[337] En outre, le service réalise des aux soins sous MEOPA pour les enfants du service.

[338] Le service d'odontologie est une unité du centre de référence des malformations rares de la face et de la cavité buccale de l'hôpital Trousseau (prise en charge des fentes palatines, des maladies génétiques…). Les interventions sous anesthésie générale ont lieu sur le site de Trousseau.

[339] Toutefois, le déménagement de la chirurgie maxillo-faciale de Trousseau vers Necker risque de compliquer cette collaboration. Une convention doit être formalisée pour poursuivre la collaboration en dehors du groupe hospitalier.

[340] Un des PH temps partiel du service exerce une activité mixte sur Rothschild et sur Trousseau, rémunérée par l'hôpital Rothschild.

## 3.3 L'activité d'odonto-gériatrie, n'est ni organisée ni formalisée

Les visites dans les services de l'hôpital sont réalisées à la demande (pas d'unité mobile organisée, pas d'activité de dépistage systématique pour les nouveaux patients). Par ailleurs, aucune convention n'a formalisé l'organisation de l'activité d'odonto-gériatrie au sein de l'hôpital Rotschild.

# 4 LES 42 RECOMMANDATIONS DU RAPPORT D'AUDIT DE GARANCIERE (2011) [EXTRAITS DU RAPPORT]

### 5. LES RECOMMANDATIONS

Compte tenu des constats précédemment exposés, les auditeurs sont amenés à formuler les recommandations suivantes. Toutes visent à améliorer l'organisation du travail, l'activité et le taux d'occupation des fauteuils et des blocs.

**L'organisation**

1/ Améliorer la coordination et la concertation entre la direction de l'hôpital, le pôle d'odontologie et le doyen de la Faculté d'odontologie Paris 7 Denis Diderot.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et directrice de l'hôpital.

2/ Organiser les fermetures, totale ou partielle, d'activité du service sur la base de la note du 25 mars 2011 de Mme Fourrier, directrice de l'hôpital Rothschild, relative aux fermetures du service d'odontologie en 2011.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et directrice de l'hôpital.

3/ Réaliser les prévisions de fermeture en coordination avec les cinq autres services d'odontologie de l'AP-HP.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et DPM de l'AP-HP, directrice de l'hôpital Rothschild.

4/ Partant du constat de la très faible activité réalisée au-delà de 18h30, il est recommandé de ramener la plage d'ouverture au public de 8h30 à 19h et d'adapter en conséquence les présences de personnels non médicaux.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle, cadre paramédical de pôle, DRH de l'hôpital.

5/ Faciliter l'accueil téléphonique du service, à assurer jusqu'à 18 h.

Responsables de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle.

6/ Confier la prise de rendez-vous aux personnels d'accueil du pôle (secteur Accueil – rendez-vous et traitements externes).

Responsable de la mise en œuvre : direction de l'hôpital.

7/ Assurer à tout patient l'obtention d'un rendez-vous en consultation et d'un plan de traitement dans un délai maximal d'un mois après la première consultation.

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle, direction de l'hôpital.

8/ Organiser la prise de rendez-vous en activité libérale selon des modalités conformes à la réglementation (articles L.6154-2 et L.6154-7 du code de la santé publique).

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

9/ Examiner l'opportunité de disposer de plusieurs fauteuils dédiés aux urgences.

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

10/ Vérifier l'adéquation des structures médico-administratives du service à la réalité de l'activité et des dépenses.

Responsables de la mise en œuvre : cadre administratif de pôle et direction de l'hôpital.

## Les postes de soins, le bloc opératoire, la stérilisation, la radiologie

11/ Instituer des réunions de concertation régulières entre le pôle d'odontologie, la radiologie centrale et la pharmacie (unité de stérilisation).

Responsable de la mise en œuvre : direction de l'hôpital.

- Les postes de soins

12/ Elaborer un recueil de procédures et un guide de bonnes pratiques pour les aides-soignants et les rendre directement accessibles.

Responsable de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle.

13/ Sécuriser la distribution des médicaments aux praticiens, qui ne doit pas être effectuée par les aides-soignants.

Responsables de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle et tout praticien.

- Le bloc opératoire

14/ Affecter par transformation d'emploi une IDE pour assurer la supervision des aides-soignants au bloc opératoire.

Responsables de la mise en œuvre : direction des ressources humaines et direction des soins de l'hôpital.

15/ Préparer l'instrumentation opératoire nécessaire pour les interventions la veille du jour où elles sont programmées. Elaborer à cette fin une procédure et des protocoles écrits.

Responsables de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle et direction.

16/ Définir le circuit d'élimination des déchets du bloc opératoire conformément aux normes et diffuser à l'ensemble du personnel les procédures correspondantes.

Responsables de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle et direction de la logistique de l'hôpital.

- La stérilisation

17/ Passer une convention avec l'unité de stérilisation d'un autre hôpital du groupe hospitalier STARTT afin d'assurer la continuité du fonctionnement de la stérilisation du pôle d'odontologie de Rothschild.

Responsables de la mise en œuvre : direction de l'hôpital et chef du service de la pharmacie.

18/ Elaborer des fiches de poste faisant figurer de manière précise les tâches des agents de la stérilisation.

Responsable de la mise en œuvre : direction des soins et service de la pharmacie.

➢ La radiologie

19/ Diffuser le numéro de DSCT du manipulateur d'électroradiologie de l'unité centrale d'imagerie à tous les praticiens et les étudiants.

Responsable de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle.

20/ Redéfinir et faire connaître à tous les praticiens et les étudiants les horaires d'ouverture du poste d'imagerie situé en odontologie.

Responsable de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle.

21/ Former les personnels de l'imagerie générale à toutes les pratiques de la radiologie dentaire pour remplacer le manipulateur de l'odontologie.

Responsable de la mise en œuvre : cadre paramédical du pôle de prestations médicales et médico-techniques transversales.

## Les ressources humaines

25/ Former les aides-soignants aux fonctions d'assistant-dentaire.

Responsable de la mise en œuvre : cadre paramédical de pôle.

26/ Organiser le contrôle systématique de la présence des étudiants en début de demi-journée.

Responsable de la mise en œuvre :chef de pôle.

27/ Transmettre à la direction de l'hôpital le tableau de service prévisionnel des praticiens et le tableau définitif, conformément à la réglementation.

Responsable de la mise en œuvre :chef de pôle.

30/ Elaborer une procédure écrite d'autorisation d'absence des praticiens et de leur remplacement en cas d'absence, à transmettre au directeur de l'hôpital.

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

31/ Organiser la présence des praticiens bénévoles conformément aux dispositions réglementaires obligatoires (existence d'un contrat et assurance en responsabilité civile).

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle et direction de l'hôpital.

## Les dispositifs médico-stériles, les prothèses, les implants

32/ Elaborer systématiquement un devis, à faire lire et approuver par le patient, et en assurer la traçabilité complète dans le dossier du patient.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et tout praticien.

33/ Faire valider systématiquement par l'enseignant les propositions de devis élaborés par les étudiants.

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

34/ Transférer la gestion administrative des prothèses et des implants du service des traitements externes à la direction des achats et de la logistique de l'hôpital.

Responsable de la mise en œuvre : direction de l'hôpital.

36/ Veiller à ce que l'acquisition des dispositifs médicaux implantables et des prothèses soit conforme aux règles de l'achat public.

Responsables de la mise en œuvre : direction et chef de pôle.

37/ Identifier les biomatériaux mis au point dans le cadre de la recherche au nom de l'AP-HP (innovation, brevets).

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et direction.

### Le système d'information

38/ Réaliser le codage exhaustif de l'activité hospitalière dans le seul système d'information de l'AP-HP.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et département de l'information médicale.

39/ Ne pas autoriser la saisie de l'activité hospitalière par les étudiants de DU sur leur ordinateur portable.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et département de l'information médicale.

40/ Dissocier le dossier médical du dossier administratif du patient.

Responsables de la mise en œuvre : chef de pôle et cadre administratif de pôle.

### La supervision

41/ Organiser des réunions périodiques d'information et de communication sur l'activité et le fonctionnement du pôle d'odontologie, en y incluant les services associés (pharmacie, unité centrale d'imagerie, traitements externes).

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

42/ Instituer un bureau de pôle incluant notamment le cadre administratif de pôle et le cadre paramédical de pôle.

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

43/ Faire superviser systématiquement par les praticiens seniors les dossiers médicaux renseignés par les étudiants.

Responsable de la mise en œuvre : chef de pôle.

# ANNNEXE 3 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE LA PITIE-SALPETRIERE

## 1 UN SERVICE QUI CONNAIT DES DIFFICULTE ORGANISATIONNELLES ET DES RESULTATS FINANCIERS MITIGES

### 1.1 Le service date des années 1970 et s'est enrichi d'une partie des fauteuils de l'ex-service de Garancière

[341] Le service est situé dans le bâtiment stomatologie de l'hôpital qui regroupe les services d'odontologie et de chirurgie maxillo-faciale et qui date des années 1970.

[342] Le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière, qui comptait initialement 47 fauteuils, s'est enrichi de 22 fauteuils issus du centre de Garancière (40% de l'activité de Garancière a été transférée à la Pitié-Salpêtrière et 60% à Rothschild).

[343] L'activité d'orthodontie pédiatrique, initialement transférée de Garancière à La Pitié a finalement rejoint Rothschild qui concentre désormais toute l'activité pédiatrique programmée de l'ex-Garancière (en septembre 2012).

[344] Les missions du service sont les suivantes : accueil des urgences odontologiques 24h/24, PASS buccodentaire, formation des étudiants, activité médicale (orthopédie dento-faciale et implantologie en particulier) et activité chirurgicale (en particulier pour les patients handicapés).

[345] Les fauteuils du service ont plus de dix ans et n'entrent pas dans le cadre d'un plan de renouvellement ni d'équipement de l'hôpital. Ils sont situés pour beaucoup dans des boxes ouverts, sans possibilité de confidentialité.

[346] Par ailleurs, le chef de service note que l'entretien du petit matériel chirurgical, en particulier du matériel rotatif onéreux, est inapproprié dans le service ce qui réduit sa durée de vie.

[347] Le service d'odontologie dispose d'appareils de radiographie et de microscopes optiques.

### 1.2 Organisation de l'activité de soins du service

#### 1.2.1 Amplitude horaire de l'ouverture du centre

[348] Le service est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 pour l'activité de soins programmés et ferme six semaines par an (une semaine à Pâques, quatre semaines en aoute et une semaine à Noel).

[349] Les urgences y sont assurées 24h/24, 365 jours par an.

### 1.2.2 Aspects quantitatifs de l'activité de soins en 2012

[350] Outre son activité d'urgences, le service délivre des soins dentaires généralistes (odontologie conservatrice, orthopédie dento-faciale, implantologie, prothèses, endodontie et parodontologie) et accueille une patientèle précaire au sein de sa permance d'accès aux soins de santé (PASS) buccodentaire.

[351] Le service prend fréquemment en charge des cas de rupture de continuité des soins : patients en cours de traitement qui consulte finalement à l'hôpital.

#### 1.2.2.1 Activité de soins programmés

[352] 21372 actes NGAP[110] ont été réalisés dans le service en 2012.

[353] Le nombre de venues annuelles s'élevait à 21755 en 2012 d'après le service de la Pitié-Salpêtrière[111]. Toutefois, d'après la DPM de l'AP-HP, le nombre de venues était de 17380[112] en 2012.

[354] Le taux de rotation est de deux patients par jour et par fauteuil pour l'activité de soins programmés.

#### 1.2.2.2 Activité de soins d'urgences

[355] L'activité d'accueil des urgences 24h/24 du service de la Pitié-Salpêtrière est unique à l'AP-HP et dispose de moyens dédiés en ETP[113] et en fauteuils (dix fauteuils y sont dédiés). Elle représente plus de la moitié de l'activité du service.

[356] 40 829 actes[114] ont été réalisés dans le cadre des soins d'urgence en 2012. Le nombre de venues s'élevait à 25 286 en 2012, d'après le service de la Pitié Salpêtrière. Le taux de rotation est de sept patients par jour[115] et par fauteuil pour l'activité d'urgences.

#### 1.2.2.3 Activité de la PASS

[357] 2156 actes[116] ont été réalisés dans le cadre de la PASS buccodentaire de la Pitié-Salpêtrière en 2012

### 1.2.3 Le circuit du patient est difficile à identifier

[358] Le service est organisé sur trois étages, ce qui rend peu lisible le circuit du patient, depuis la zone d'accueil jusqu'au poste de soin.

---

[110] Source : opale AP-HP
[111] Source : données issues du service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière, via le logiciel institutionnel AGENDA
[112] Source : données issues de la DPM de l'AP-HP, via le logiciel institutionnel AGENDA
[113] 1 PH temps plein, 0,5 ETP de praticiens attachés, 10 étudiants, 1 interne de la Pitié-Salpêtrière en journée ; des Praticiens HU de tous les services de l'AP-HP et une demi garde d'interne la nuit
[114] Source : opale AP-HP
[115] 365jours
[116] Source : opale AP-HP

### 1.2.4 Le codage de l'activité s'améliore mais est encore insuffisamment contrôlé

[359] La direction de l'hôpital note une absence de discipline dans le codage des actes qui s'améliore peu à peu mais n'est pas encore optimal. Pendant très longtemps les actes hors nomenclature (HN) et les forfaits d'accueil et traitement des urgences (ATU) n'étaient pas codés. Le service a gagné un million d'euros en rectifiant cette pratique en 2012.

[360] Toutefois, la mission n'a pas pu identifier de procédure de contrôle systématique du contrôle du codage, par les étudiants en particulier.

### 1.2.5 L'organisation des rendez-vous et l'occupation des fauteuils sont peu optimales

[361] Les délais de rendez-vous pour une prise en charge au bloc opératoire (personnes handicapées sous AG) sont de trois à six mois, à raison de un à deux patients par semaine (vacation d'une demi-journée par semaine). Pour les autres prises en charge ce délai ne dépasse pas deux à trois semaines. 6 % de patients n'honorent pas leur rendez-vous.

[362] Une réflexion devrait être conduite, d'après le directeur général du site, pour optimiser l'occupation des fauteuils. qui est un point faible du service. Le taux de rotation sur les fauteuils du service varie en effet de deux (sur les 59 fauteuils dédiés aux soins programmés) à 11 (sur les dix fauteuils dédiés aux urgences de jour), ce qui traduit une sous-utilisation des fauteuils dédiés aux soins programmés.

### 1.2.6 Des difficultés sont rencontrées dans l'organisation des urgences, en particulier la nuit

[363] En journée, les urgences sont prises en charge au rez-de-chaussée du bâtiment stomatologie de l'hôpital. Dix fauteuils y sont dédiés, de 8h à 18h.

[364] Les urgences de nuit sont prises en charge au sein du service d'accueil des urgences générales de l'hôpital, sur deux fauteuils, officiellement de 18h à 8h du matin.

[365] Une demi-garde d'interne en odontologie (18h-minuit) s'ajoute à celle du praticien (PU PH ou MCU PH en odontologie) de garde de nuit. Il s'agit d'une grande garde[117] que se répartissent tous les praticiens HU issus des six services odontologiques de l'AP-HP (en moyenne une garde par mois par praticien HU), à raison d'une semaine par université d'appartenance (Paris V et Paris VII) alternativement.

[366] En pratique, le service rencontre des difficultés quant à l'organisation de la garde de nuit :

- Aux dires du chef de service et de la direction de l'hôpital, la garde est fréquemment sous traitée à des vacataires (fin de 3ème cycle, praticiens en cours de spécialisation…) ou à des praticiens attachés, ce qui présente un risque juridique pour l'hôpital et les praticiens, et génère un surcoût pour l'hôpital (coût d'une garde de praticien hospitalo-universitaire réalisée par un assistant). Toutefois, ce dysfonctionnement n'a pas pu être objectivés par la mission lors de sa visite du service.
- Les enfants qui se présentent sont pris en charge alors que l'hôpital ne présente aucune structure/aucun équipement pédiatrique (d'anesthésie-réanimation en particulier).

[117] Une réunion de répartition des gardes permet la conception d'une liste officielle.

- Le service est en grandes difficultés en période de congés (fermeture des autres centres de l'AP-HP et surcharge du service des urgences buccodentaires de la Pitié-Salpêtrière).

[367] Au printemps 2013, une garde d'interne supplémentaire viendra s'ajouter à celle du senior et à la demi-garde d'interne qui existent actuellement (projet de centralisation des urgences buccodentaire au niveau du bâtiment de stomatologie, de jour comme de nuit).

## 1.3 Ressources humaines

### 1.3.1 Personnel médical

#### 1.3.1.1 Praticiens odontologistes

[368] Deux PH temps pleins sont respectivement responsables de la PASS bucco-dentaire et des urgences. Le service dispose en outre de deux pharmaciens-odontologistes.

[369] La nette prédominance des praticiens à temps partiels est nuisible au bon fonctionnement du service et à l'implication des praticiens dans les problématiques organisationnelles (codage, gardes…).

Tableau 23 : Tableau des effectifs médicaux en ETP

| Statut | PUPH | MCU PH TP | MCU PH Tpa | AHU TP | AHU Tpa | PH TP | NPA | PA TP | PA Tpa | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 2,5 | 3 | 2,6 | 1 | 3 | 2 | 2 | | 3,5 | 19,6 |

*Source : Service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière*

#### 1.3.1.2 Deux praticiens exercent une activité libérale

[370] Deux des praticiens du service exercent une activité libérale, à raison de deux demi-journées chacun par semaine. Les tarifs pratiqués et les contrats type utilisés par l'hôpital n'ont toutefois pas été mis à la disposition de la mission.

### 1.3.2 Personnel non médical

Tableau 24 : Tableau des effectifs de personnel non médical en ETP

| Statut | AH | AS | IDE | Cadre IDE | IBODE | Secr. Méd. | Ouvrier d'Etat | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pitié (PASS et urgences comprises)** | 2 | 17,8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 25,8 |

*Source : Service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière*

[371] D'après le directeur des ressources humaines de l'hôpital, le service souffre de l'absentéisme chronique du personnel non médical du service (supérieur à la moyenne du pôle et de l'hôpital), à l'absence de turn over de ce personnel. Le mission n'a pas été en mesure d'objectiver cette information.

[372] A défaut d'assistante dentaire, une aide soignante apporte son aide aux praticiens et aux étudiants, mais elle ne dispose pas des compétences nécessaires pour assurer l'ensemble des tâches qui reviendraient à une assistante dentaire.

## 1.4 Management et pilotage

### 1.4.1 Aspects logistiques et contrôle de gestion

[373] Les achats de prothèses passent par des marchés locaux. Les achats d'implants passent, eux, par des marchés de l'AGEPS. La présence originale de deux pharmaciens-odontologistes permet de leur déléguer la gestion du matériel biomédical.

### 1.4.2 Une bonne intégration avec le service de chirurgie maxillo-faciale et avec le pôle auquel est rattaché le service

[374] Le service d'odontologie est rattaché au pôle chirurgie-néphrologie-urologie-gynécologie.

[375] Le service collabore avec le service de chirurgie maxillo-faciale et bénéficie d'une vacation (une demi-journée) par semaine au sein du bloc opératoire du service de chirurgie maxillo-faciale.

### 1.4.3 Coordination des équipes

[376] Deux staffs hebdomadaires (implantologie/prothèse et chirurgie orale) sont organisés dans le service, ainsi que des staffs communs avec le service de chirurgie maxillo-faciale.

## 1.5 Enseignement

[377] Le service accueille exclusivement des étudiants de 6ème année : 90 T1 en 2012, temps pleins (sauf le vendredi matin), prenant en charge les patients de façon autonome (pas d'organisation en binôme). Le service accueille également 90 étudiants de 5ème année en modules de formation (orthopédie dento-faciale, urgences, chirurgie orale).

[378] L'évaluation et la validation des stages des étudiants sont plus encadrées qu'auparavant ; une convention ayant récemment été signée par les deux doyens des UFR d'odontologie (Paris V et VII).

[379] Le service de la Pitié est consacré à la formation hospitalière des étudiants de Paris VII. Il accueille 90 étudiants de 6ème année T1), plus autonomes que les étudiants de 4ème et 5ème année.

[380] Le service délivre également un DIU de réhabilitation implantaire prothétique (université Paris VI et Paris VII) pour la spécialisation des praticiens.

[381] Le ratio étudiants (équivalents T1) par fauteuil est de 1,3 et le taux d'encadrement (étudiants équivalent T1 par ETP HU) s'élève à 7,44.

[382] Le service accueille également 15 internes : deux internes ancien régime (AEA), un interne en médecine buccodentaire, un en chirurgie orale et sept en orthopédie dento-faciale.

### 1.6 Recherche

[383] Le service dispose d'un soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) national pour une étude médico-économique concernant la comparaison de deux techniques de confection de prothèses : une technique classique et une technique de CAO (conception assistée par ordinateur). Cette étude est menée en lien avec l'URC Eco de Mondor.

[384] Le score SIGAPS (2007-2011) du service est de 831 (soit 67 publications soit 0,9 publications par an et par médecin).

[385] Le service participe à l'activité du laboratoire CNRS-ParisV/ParisVII situé à l'hôpital Sainte-Anne dans le cadre d'un travail sur les cellules souches pulpaires.

## 2 UN SERVICE QUI REPOND A DES BESOINS DE SANTE PUBLIQUE SPECIFIQUES : ACCUEIL DES URGENCES ODONTOLOGIQUES 24H/24H ET PRISE EN CHARGE D'UNE POPULATION PRECAIRE, NON SOLVABLE

### 2.1 Le service de la Pitié-Salpêtrière assure la prise en charge d'une population précaire non solvable

[386] Le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière reçoit 14 % de patients CMU (donnée issue de la direction des finances de la Pitié-Salpêtrière, 2012).

[387] Le service de la Pitié Salpêtrière dispose également d'une PASS qui délivre des soins à des patients précaires, non solvables. Elle facilite la délivrance de soins dentaires et prothétiques aux patients ayant renoncé aux soins pour des raisons financières. L'accès des patients au dispositif peut se faire par une consultation en urgence, par un rendez-vous avec un praticien hospitalier ou par l'intermédiaire de partenaires avec lesquels l'établissement a passé une convention (SAMU Social, BUS dentaire, Médecins du monde, Emmaüs, Aide Odontologie Internationale A.O.I). La prise en charge médicale est complétée par une prise en charge de l'assistante sociale de la PASS. La file active de la PASS buccodentaire de la Pitié-Salpêtrière est de 800 patients dont la durée moyenne de traitement est de 32 mois. Un PH en est responsable à plein temps. 2156 actes ont été réalisés dans le cadre de la PASS en 2012 (source DPM, opale, 2012).

### 2.2 La part des patients handicapés, des patients âgés et des patients hospitalisés est faible au regard de l'activité du service

[388] Le service prend en charge un certain nombre de patients handicapés (sous anesthésie générale) au sein du bloc commun avec la chirurgie maxillo-faciale, en particulier dans le cadre de conventions avec le réseau Rhapsod'if. Toutefois le nombre de patients handicapés pris en charge annuellement n'est ni connu ni suivi par le service.

[389] La part des patients âgés de plus de 70 ans pris en charge dans le service est faible (1434 patients de plus de 70 ans en 2012 soit 3 % des venues annuelles environ).

[390] Enfin, le service prend en charge des patients lourds hospitalisés dans l'hôpital (118 patients hospitalisés ont été pris en charge en 2012, soit 0,25 % de l'activité du service), en particulier : patients sous bisphosphonates ou souffrant d'ostéonécrose, patients diabétiques, confection de gouttières fluorées pour patients traités par radiothérapie.

### 2.3 Un accueil des urgences 24h/24 unique en France

[391] Le service de la Pitié-Salpêtrière participe de façon exceptionnelle à la permanence des soins buccodentaires en Ile-de-France avec la prise en charge des urgences buccodentaires 24h/24. Cette grande garde buccodentaire est la seule de France. Le recrutement du service des urgences couvre donc l'ensemble de la région Ile-de-France.

[392] Le responsable du service estime que les urgences véritables représentent seulement 25 % de l'activité, et correspondent essentiellement à des plaintes liées à la douleur.

[393] L'activité d'urgences de jour dispose de moyens dédiés en personnel et en fauteuils : un ETP de PH, 0,5 ETP de praticien attaché, un interne et dix étudiants. La nuit, la permanence est assurée par un système de « grande garde » qui repose sur l'ensemble des praticiens hospitalo-universitaires de l'AP-HP.

## 3 UN SERVICE PORTEUR DE PROJETS : DEVELOPPER L'IMPLANTOLOGIE « BON MARCHE » ET CENTRALISER LES URGENCES ODONTOLOGIQUES DANS LE DEPARTEMENT DE STOMATOLOGIE (MARS AVRIL 2013)

### 3.1 Projet de centralisation des urgences buccodentaires dans le bâtiment de stomatologie

[394] Un projet de centralisation des urgences au sein du bâtiment stomatologie qui accueille les urgences en journée a été envisagé par la direction de l'établissement. Toutefois ce projet sera coûteux pour l'hôpital et risque de compromettre l'équilibre économique des prochaines années. En effet, les charges de personnel supplémentaire seront importantes : huit aides soignants et un cadre de santé supplémentaires, réorganisation des horaires de travail (création d'une 3ème équipe) ; soit un projet estimé entre 300 et 350 000 euros. Ce projet devrait toutefois être mis en œuvre au cours du deuxième trimestre 2013.

### 3.2 Projet de plateforme d'implantologie à tarifs contrôlés permettant de garantir l'accessibilité financière des actes hors nomenclature, à la charge des patients

[395] Un projet d'implantologie en lien avec un industriel est en cours. L'objectif serait de diminuer le coût des implants et de chercher les moyens de solvabiliser la demande : en particulier en mettant en œuvre des négociations avec des mutuelles et/ou la ville de Paris. Ce projet répond à un besoin de la population et permettrait de combler le déficit de la PASS de la Pitié. Il suppose toutefois la réfection des locaux du service.

# ANNEXE 4 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE CHARLES FOIX

## 1. UN SERVICE ENTIEREMENT RENOVE EN 2011

### 1.1 Un service neuf de 40 fauteuils, divisé en aires de traitement et de formation

[396] Initialement situé dans des locaux en préfabriqués (depuis les années 1970), le service d'odontologie de Charles Foix a été transféré dans des locaux neufs de 2500 m2 en 2011.

[397] Le service est divisé en aires de formation et de traitement. L'aire de traitement comprend une zone d'accueil et une zone de soins de 40 fauteuils, tous situés dans des cabinets dentaires fermés, dont :

- 27 fauteuils réservés aux étudiants ; dont un fauteuil d'odontologie pédiatrique équipé d'un dispositif de sédation conscient (MEOPA), un cabinet de soins d'odontologie gériatrique et deux cabinets chirurgicaux (chirurgie parodontale ou chirurgie buccale).
- Trois fauteuils dédiés aux premières consultations et aux urgences
- Une salle dédiée aux interventions chirurgicales

### 1.2 Un service bien équipé

[398] Le service est également équipé de dix appareils de radiographie retro-alvéolaires, d'un appareil de radiographie panoramique, d'un laboratoire de prothèse (sans prothésiste sur place mais dédié à la coulée d'empreintes et à la réalisation de modèles par les étudiants), de deux équipements de CFAO (obtenus dans le cadre de PHRC), de deux microscopes optiques et d'une salle d'hygiène orale dédiée à l'enseignement.

## 2 DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES PERSISTANTES ET UN DEFICIT ECONOMIQUE CHRONIQUE

### 2.1 Des difficultés organisationnelles subsistent malgré la réhabilitation des locaux

#### 2.1.1 Amplitude horaire de l'ouverture du centre

[399] Le service est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 13h et de 14h à 18h30, à raison de deux vacations d'une demi-journée par jour.

[400] En outre, le service ferme six semaines dans l'année (quatre semaines en août, une semaine au printemps, une semaine en janvier).

### 2.1.2 Le circuit patient est bien identifié

[401] Le circuit des patients est clairement identifié et séparé de ceux du personnel et du matériel bio-médical. A leur arrivée dans le service, les patients passent par les caisses et s'enregistrent directement au niveau d'une borne informatisée (en face du bureau d'accueil physique des patients) via un logiciel propre au service (Qmatic).

### 2.1.3 Le contrôle du codage est insuffisant

[402] 15 % à 20 % de l'activité environ n'est pas codée aux dires de la chef de service.

[403] L'insuffisance du codage est désormais fréquemment évoquée au cours des cinq premières minutes du staff du matin afin de sensibiliser les internes à la nécessité d'un codage exhaustif. Toutefois, aucune procédure de contrôle systématique du codage des étudiants n'a été mis en place et aucun praticien du service n'a été désigné responsable de l'activité de codage et de son suivi.

### 2.1.4 Des difficultés persistent dans la prise de rendez-vous

[404] La gestion des rendez-vous est assurée par deux secrétaires et les délais pour obtenir un rendez-vous sont longs : quatre mois en moyenne.

[405] Le service a mise en place un système de rappel des patients afin de confirmer leur venue et diminuer la proportion de patients n'honorant pas leur rendez-vous. Le pourcentage de patients n'honorant pas leur rendez-vous reste élevé : 25 % en moyenne.

## 2.2 Activité de soins en 2012

[406] Le service assure des consultations externes généralistes, de proximité et accueille les urgences en journée.

[407] Le service a réalisé 27151 actes (source opale, DPM AP-HP) soit 24000 venues[118], dont 3000 nouveaux patients en 2012. Le taux de rotation est de 2,7 patients par jour et par fauteuil.

[408] Le principal projet du service est de développer l'activité d'orthopédie dento-faciale qui connaît des difficultés suite au départ à la retraite du praticien qui en était responsable.

## 2.3 Ressources humaines

### 2.3.1 Personnel médical

[409] 47 % des praticiens exercent à temps partiel.

[410] Le service accueille également 85 étudiants (D2, D3, T1), quatre internes (un AEA, un interne en chirurgie orale, deux internes en orthopédie dento-faciale), quatre étudiants erasmus et 24 DU (statut d'étudiant de 3ème cycle).

[411] Aucune activité libérale n'est pratiquée dans le service

[118] Source : logiciel du service QMatic, la DPM de l'AP-HP ne peut fournir de données relatives au nombre de venues annuelles pour le service de Charles Foix qui ne dispose pas du logiciel institutionnel AGENDA

Tableau 25 : Effectifs en ETP du personnel médical (2012)

| Statut | PUPH | MCU PH TP | MCU PH Tpa | AHU TP | AHU Tpa | PA TP | PA Tpa | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Charles Foix** | 2 | 2,5 | 1,6 | 0,5 | 3,2 | 1 | 0,6 | 11,4 |

*Source : Service d'odontologie du service de Charles Foix*

### 2.3.2 Personnel non médical

[412] Le service n'emploie pas de manipulateur en radiologie, de préparateur en pharmacie ni de prothésiste.

Tableau 26 : Effectifs en ETP du personnel non médical (2012)

| Service | AH | Adj. adm hosp. | Ass. med psy | AS | IDE | Cadre IDE | Techn. Lab. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Charles Foix** | 3 | 1 | 1 | 11 | 1 | 1 | 1 | 18,6 |

*Source : Service d'odontologie de Charles Foix*

## 2.4 Management – pilotage

### 2.4.1 Une bonne coordination d'équipe grâce à des staffs quotidiens

[413] Des staffs de 30 minutes sont organisés quotidiennement au niveau de la zone de formation. Les étudiants de deuxième et troisième cycle y participent.

### 2.4.2 La gestion des achats et du matériel bio-médical est peu encadrée

[414] Le service ne dispose pas de préparatrice en pharmacie ni de pharmacien au sein du service. C'est une IDE qui gère seule le circuit du médicament et les stocks. La stérilisation du matériel est réalisée à l'hôpital de Bicêtre.

[415] Les marchés de prothèses par du service de Charles Foix sont les mêmes que ceux du service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière. Par ailleurs, le service ne pratique pas le prépaiement des prothèses au moment de leur commande.

[416] Enfin, les praticiens du service signalent des pertes fréquentes de matériel, en particulier du petit matériel rotatif onéreux (perte, passage aux poubelles, vols). Ces pertes s'expliquent en partie par l'absence de suivi du matériel à sa restitution (en particulier, pour la vacation de l'après-midi, le personnel est déjà parti lors de la restitution du matériel).

### 2.4.3 L'intégration du service au sein du pôle est limitée

[417] Le service appartient au même pôle que le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière : pôle Chirurgie, néphrologie, urologie, gynécologie. Les liens avec le pôle sont limités à la mise à disposition (en commun avec le service de la Pitié-Salpêtrière) d'une salle de bloc opératoire du service de chirurgie maxillo-faciale sur le site de la Pitié-Salpêtrière (à raison d'une vacation d'une demi-journée par semaine), avec possibilité de réaliser des soins sous anesthésie générale.

## 2.5 L'enseignement et la formation, très encadrés, constituent le point fort du service

[418] Les étudiants de 4ème et 5ème années travaillent en binôme de même niveau, sous la responsabilité des praticiens du service. En revanche, les étudiants de 6ème année travaillent rarement en binôme et, lorsqu'ils le font, ils encadrent les étudiants de 4ème année. Il accueille également des praticiens en cours de spécialisation ou en formation continue dans le cadre de DU ou masters professionnels.

[419] Le service est divisé en zones de traitement et de formation. Cette organisation traduit bien la priorité donnée par la chefferie de service à la formation et à l'encadrement des étudiants de deuxième et troisième cycle. Les thématiques traitées au cours des saffs quotidiens tiennent compte du niveau de compétence des étudiants et de leurs demandes spécifiques. Les étudiants sont, en outre, amenés à présenter régulièrement leurs cas cliniques en cours et les difficultés rencontrées.

[420] Les étudiants sont également tenus d'assister à des démonstrations cliniques (intervention réalisée par l'enseignant et rédaction d'un compte rendu par l'étudiant) dans le service.

[421] Le taux d'encadrement est de 5,71 étudiants (équivalents T1) part ETP HU.

[422] Le ratio étudiants équivalents T1/fauteuil est de 1,4.

## 2.6 Recherche

[423] Le service participe actuellement à deux PHRC :

- Bocomeden (Bisphosphonates et cicatrisation osseuse des maxillaires),
- Cecoia (essai clinique randomisé contrôlé destiné à comparer les inlays-onlays réalisés en céramique et en composite) qui a permis au service de s'équiper en machines de CFAO.

[424] Un nouveau projet de PHRC (pour l'année 2013) concerne l'activité d'endodontie, en collaboration avec l'odontologie de la Pitié-Salpêtrière et de Rothschild.

[425] Le score SIGAPS (2007-2011) est de 578 (63 publications et 0,7 publications par an et par médecin).

# 3 UN SERVICE DE PROXIMITE POLYVALENT, QUI REPOND AUX BESOINS DE LA POPULATION DU BASSIN DE VIE DE CHARLES FOIX

## 3.1 Le service assure essentiellement des consultations externes généralistes, de proximité

[426] L'offre de soins buccodentaires sur la ville d'Ivry est constituée de 25 cabinets dentaires libéraux et une consultation au sein du centre municipal de santé, pour une population de 56 900 habitants (soit une densité de 43 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants, inférieure à la densité nationale). En outre, une forte proportion de la population de proximité est socialement défavorisée. Toutefois, le service ne suit ni ne connaît le taux de patients CMU pris en charge au sein du service.

Tableau 27 : Origine géographique des patients du service de Charles Foix

| | |
|---|---|
| Val de Marne | 66 % |
| Paris | 11 % |
| Essonne | 6 % |
| Hauts de Sein | 5 % |
| Sein Saint Denis | 4 % |
| Seine et Marne | 3 % |
| Hors IDF | 2 % |
| Yvelines | 2 % |
| Val d'Oise | 1 % |

*Source : Données issues du service d'odontologie de Charles Foix*

[427] En moyenne le service prend en charge 500 patients par mois, en urgence.

## 3.2 Le service délivre également des soins spécialisés

[428] Le service délivre également des soins plus spécialisés : implantologie, dermatologie buccale, chirurgie orale (accès à une vacation de salle de bloc opératoire pour les soins sous anesthésie générale à la Pitié-Salpêtrière dans le service de chirurgie maxillo-faciale), soins sous sédation consciente (MEOPA), parodontologie, endodontie, consultations spécifiques « douleur chronique orofaciale » et « apnée du sommeil », dentisterie esthétique, restauration par CFAO[119].

## 3.3 Le service assure, dans une moindre mesure, des consultations à destination de populations à besoins spécifiques

[429] Onze demi-journées par mois sont consacrées aux soins des populations spécifiques mais cette activité mériterait d'être renforcée :

- odontologie gériatrique, à raison de 438 patients de plus de 70 ans pris en charge en 2012 soit 1,8 % de l'activité du service. Cette activité est organisée en lien avec les hôpitaux de Charles Foix, de Bicêtre, de Paul Brousse, avec des Ehpad et des maisons de retraite. Toutefois, aucune convention n'est formalisée avec ces hôpitaux et aucune

[119] Conception et fabrication assistée par ordinateur qui poursuit 4 objectifs : soins, recherche clinique, formation et enseignement, rentabilité économique (évite le coût inhérent au laboratoire de prothèse ainsi que les multiples allers-retours entre le service d'odontologie et le laboratoire de prothèse donc l'inflation du nombre de rendez-vous et de la durée du traitement)

d'activité de dépistage n'est organisée, les consultations se faisant à la demande (au lit du malade) ;

- prise en charge de patients handicapés, à raison de 75 patients handicapés pris en charge en 2012, soit 0,3 % de l'activité du service. Cette activité est organisée en lien avec le réseau Rhapsod'if.

## 4 LE SERVICE SOUTIENT LE PROJET DE FUSION DES DEUX FACULTES : PARIS V ET PARIS VII

[430] Le doyen de paris V, est engagé dans le projet de fusion des facultés Paris V et Paris VII.

[431] Les présidents des deux universités sont également engagés, tout comme les présidents du pôle de recherche et d'enseignement supérieur Sorbonne Paris Cité (PRES). Trois ou quatre commissions travaillent sur le sujet.

[432] Pour l'heure un conseil scientifique commun est mis en place et regroupe l'unité INSERM de Garancière et l'unité Biologie/biomatériaux de Paris V. Le volet pédagogique commun est en cours d'organisation (pour l'heure les approches des deux universités sont très différentes) : université d'été commune l'an prochain et CSCT commun.

[433] Sur le plan de l'offre de soins, le projet prévoit la création d'un grand centre de formation et de recherche de 150 à 180 fauteuils.

# ANNEXE 5 : ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DE BRETONNEAU – LOUIS MOURIER

## 1 UN DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE CONSTITUE DE DEUX SERVICES

[434] Les services d'odontologie de Louis Mourier et Bretonneau sont rattachés au pôle tête-cou-orthopédie-rachis (TCOR) et constituent, avec l'antenne de Bichat (deux fauteuils d'odontologie), le département d'odontologie du groupe hospitalier.

[435] Le chef de service du service de Louis Mourier est également chef du département d'odontologie.

### 1.1 Le service de Louis Mourier est situé dans des locaux préfabriqués des années 1970

[436] Le service de Louis Mourier dispose de 24 fauteuils. Il est situé dans des bâtiments en préfabriqués, mais ayant fait l'objet d'extensions successives depuis le début des années 1970. Les fauteuils sont situés dans des boxes largement ouverts, de type *open space*, ce qui pose un problème de confidentialité. Toutefois, le service dispose d'une salle de staff et les conditions de travail du personnel sont préservées, grâce à quelques aménagements autorisés par ces extensions. Il faut toutefois noter que 12 des 24 fauteuils du service de Louis Mourier ont plus de 15 ans, avec une durée d'amortissement de sept ans, et un renouvellement annuel d'un fauteuil, en alternance avec Bretonneau. En projection et toute chose étant égale par ailleurs, le renouvellement de ces douze fauteuils prendrait vingt quatre ans.

[437] Le service est ouvert de 7h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h du lundi au vendredi. Le service est ouvert cinq jours sur sept et ne ferme que pendant les week-ends et les jours fériés. Les horaires du service sont toutefois limités (8h-13h) durant l'été. En outre et exceptionnellement le service sera fermé une semaine pour maintenance à l'été 2013.

[438] Le service est équipé pour la prise en charge de patients handicapés (grande salle pouvant accueillir des brancards et rampe d'accès) et dispose d'un accès au bloc opératoire (avec possibilité de réaliser des interventions sous anesthésie générale).

### 1.2 Le service de Bretonneau a ouvert ses portes en 2006

[439] Le service d'odontologie de Bretonneau dispose de 42 fauteuils. Il a ouvert ses portes en septembre 2006. Son chef de service pris ses fonctions en 2012.

[440] Les locaux du service de Bretonneau sont adaptés aux conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des patients, bien que situés sur plusieurs niveaux ce qui complique le circuit du patient.

[441] Le service est ouvert de 8h à 18h30. Le service ferme pendant six semaines annuellement (deux semaines à Noel et quatre semaines l'été), ainsi que pendant les week-ends et les jours férié.

[442] Le service est équipé d'une unité de radiologie sur place dotée d'une radiographie long cône, d'un panoramique dentaire et d'un cône beam (imagerie 3D). En outre, le service dispose d'un laboratoire de prothèses dentaires.

# 2 L'ORGANISATION S'EST RECEMMENT AMELIOREE MAIS RESTE TRES DEFICITAIRE

## 2.1 Des soins essentiellement programmés

[443] La part d'activité programmée s'élève à 85 % environ de l'activité pour les deux sites. L'accès est principalement direct pour les deux sites.

[444] Les étudiants effectuent des soins, supervisés pour tous leurs actes médicaux par les enseignants et sous leur responsabilité. A Bretonneau, les praticiens seniors interviennent essentiellement pour la prise en charge des actes complexes et pour la première évaluation en urgence.

### 2.1.1 Bretonneau

[445] Toutes les disciplines de l'odontologie de ville sont représentées : orthopédie dento-faciale, pédodontie, prothèses, odontologie conservatrice. Aucune activité de chirurgie n'est réalisée dans le service, mais le service prend néanmoins en charge des patients handicapés.

[446] Les prothésistes dentaires présents sur le site réalisent des prothèses dentaires et des orthèses à la demande des praticiens hospitaliers (missions d'urgence, missions de prothèses adjointes, missions de surveillance, d'assistance et d'aide aux étudiants).

[447] En 2012, 34 896 actes[120] ont été réalisés dans le service. Le service a reçu 29235 patients en 2012[121]. D'après la DPM de l'AP-HP, le nombre de venues s'élevait à 20 020[122] en 2012 (comme cela a été décrit dans le rapport à la section 2.2.4, le nombre de venues obtenu via le logiciel AGENDA ne tient pas compte des soins réalisés en urgence, et sous-estime l'activité réalisée. La file active de nouveaux patients en 2012 était de 5720 patients.

[448] A Bretonneau, le service produit annuellement :

- 3309 actes par ETP médical
- 1020 actes par fauteuil
- 644 actes par étudiant équivalent T1

### 2.1.2 Louis Mourier

[449] Le service effectue en grande majorité des actes « de ville » dans les domaines suivants : odontologie pédiatrique, orthopédie dento-faciale, parodontologie, médecine et chirurgie buccale, odontologie conservatrice – endodontie, prothèse dento et implanto portée. Le service de Louis Mourier prend en charge des patients handicapés et effectue des actes de chirurgie. Le service dispose en effet de deux vacations (d'une demi-journée) par semaine au bloc opératoire (une pour les enfants et une pour les adultes).

[120] Source : opale DPM AP-HP, 2012
[121] Source : logiciel GILDA TE DENTAIRE, donnée fournie par le service d'odontologie de Louis Mourier
[122] Source : logiciel AGENDA, DPM AP-HP

[450] En 2012, 24 490 actes ont été réalisés à Louis Mourier[123]. Le service a reçu 21 331 venues[124] d'après le service de Louis Mourier. D'après la DPM de l'AP-HP, le nombre de venues s'élevait à 22498 en 2012[125]. La file active de nouveaux patients en 2012 était de 3339 patients[126].

[451] A Louis Mourier, le service produit annuellement :

- 3034 actes par ETP médical
- 831 actes par fauteuil
- 644 actes par étudiant équivalent T1

## 2.2 Une organisation de l'activité de soins qui a fait l'objet d'améliorations récentes via le chantier performance ANAP

[452] Le chantier performance ANAP de 2012 a permis de dégager des axes d'amélioration de l'organisation existante au sein du département d'odontologie du groupe hospitalier. Ces axes concernent notamment la gestion des rendez-vous, l'optimisation de l'occupation des boxes/fauteuils et l'amélioration du circuit de facturation. Un certain nombre de préconisations sont en cours de mise en place :

- contrôle horaire et planification des rendez-vous,
- rappel des rendez-vous aux patients par SMS,
- attribution personnalisée des boxes,
- contrôle des feuilles de circulation,
- contrôle du retour du matériel,
- contrôle de la tenue des vestiaires et du laboratoire de prothèse,
- enquête de satisfaction des patients.

[453] Ainsi, l'occupation des boxes doit être optimisée et a fait l'objet de préconisations de la part de l'ANAP : contrôle de la bonne répartition des rendez-vous et de leur durée au cours de la journée (via web agenda), attribution personnalisée de boxes.

[454] Le taux de rotation[127] (nombre de patients par jour et par fauteuil) s'élève à 3 patients par jour et par fauteuil à Bretonneau et à 4 patients par jours et par fauteuil à Louis Mourier.

### 2.2.1 Des files actives volontairement limitées

[455] A Louis Mourier, la prise de rendez-vous s'effectue tous les jours de 8h à 12h et de 13h à 16h (secrétaire médicale ou gestionnaire de commande). Dans le service de Bretonneau, elle s'effectue de 8h30 à 12h30 et de 13h à 16h, auprès des gestionnaires de traitement externe et pour certaines spécialités, directement auprès du secrétariat du chef de service.

[123] Source : opale DPM APHP, 2012
[124] Source : logiciel GILDA TE DENTAIRE, donnée fournie par le service d'odontologie de Louis Mourier
[125] Source : logiciel AGENDA, DPM AP-HP
[126] Source : service d'odontologie de Louis Mourier
[127] Source : nombre de venues annuelles fournies par le service d'odontologie, 220 jours ouvrables annuellement et retraitement mission

#### 2.2.1.1 Dans les deux services, les urgences sont reçues le matin uniquement

[456] A Bretonneau, les urgences sont limitées à 15 patients par jour. Le délai d'attente au sein du service pour les patients pris en charge en urgence est de 1h à 1h 30. Si des patients supplémentaires se présentent en urgence, ils sont adressés à des centres de santé[128] situés à proximité et avec lesquels des conventions ont été mises en place (trois centres à Nanterre et un centre à Colombes) ; ou aux urgences odontologiques du service de la Pitié-Salpêtrière. En pratique, les patients ne consultent pas à la Pitié-Salpêtrière mais reviennent le lendemain matin pour être pris en charge dans le service.

[457] A Louis Mourier, en cas de surcharge, les patients non pris en charge le matin, le sont l'après-midi au sein du service.

#### 2.2.1.2 Des listes d'attente volontairement fermées

[458] La prise de rendez-vous est stoppée lorsque tous les rendez-vous ont été attribués sur une plage de 3 mois pour l'orthodontie et d'un mois pour les autres types de consultations. Pour les soins prothétiques, la liste est volontairement fermée : le service ne prend en charge que 80 patients au total et la liste d'attente n'est ouverte que lorsqu'un patient libère sa place.

[459] Le but de cette pratique est de limiter les rendez-vous non honorés, car donnés trop longtemps à l'avance. Le taux de perdus de vus s'élève à 25 %, malgré cette mesure et la mise en place d'un rappel systématique par SMS au patient, la veille du rendez-vous.

### 2.2.2 Une amélioration du circuit du patient et des modalités de codage et de facturation, au sein des deux sites

[460] L'axe majeur du chantier ANAP était l'amélioration de l'efficience de la facturation pour les deux sites.

[461] Le circuit patient, et de la fiche de circulation, est désormais organisé et bien identifié : après le passage en salle d'attente, le patient est pris en charge par un étudiant qui le conduit au niveau du box de soins. La délivrance du matériel n'est possible que sur présentation de la fiche de circulation du patient. La fiche de circulation, ainsi que les éventuels devis et plans de traitement, doivent être codés puis signés par l'enseignant responsable. Le circuit du patient oblige désormais le patient à sortir à proximité des caisses afin de régler les soins prodigués.

[462] Toutefois, aucune procédure de contrôle systématique du codage, en particulier par les étudiants n'a été mise en place.

### 2.2.3 Gestion des du matériel, des achats et suivi financier des devis

[463] Pour les soins d'orthodontie, le praticien (étudiant ou enseignant) définit un plan de traitement et établit un devis (avec nombre de semestres prévus). Le devis doit être signé par le patient et par le praticien et validé par le chef de service de Bretonneau et Louis Mourier. Lors de la facturation de la première consultation, une alerte est créée dans GILDA afin de régler le premier semestre de soins.

[464] A Louis Mourier, la distribution du matériel est contrôlée via une fiche de prêt de matériel qui permet le contrôle au retour du matériel.

[128] En échange, ces centres de santé adressent les patients pour les soins nécessitant une intervention chirurgicale.

[465] Pour les deux services, les achats de prothèses font l'objet de marchés locaux mais leur nombre n'est pas limité. Quant aux autres achats, ils entrent dans le cadre des marchés de l'AGEPS.

[466] Enfin un acompte de 50 % est demandé aux patients en cas de devis de plus de 500 euros.

### 2.2.4 Une bonne intégration avec les autres services hospitaliers

[467] Le service de Louis Mourier est très bien intégré avec le reste de l'hôpital : organisation de staffs communs, consultations au lit du patient, participation à la vie institutionnelle, utilisation du bloc opératoire.

[468] Le service de Bretonneau est également bien intégré au sein de l'hôpital : le service a mis en place une unité fonctionnelle dédiée à la géronto-dontie et délivre des soins aux patients de l'hôpital.

## 2.3 Ressources humaines

### 2.3.1 Personnel médical

[469] Le service de Bretonneau compte 11,5 ETP de personnel médical (PM), soit 0,27 ETP de PM par fauteuil. Le service de Louis Mourier en compte 7,4 ETP de PM soit 0,31 ETP de PM par fauteuil.

[470] Le service emploie des praticiens bénévoles.

[471] 72 % des praticiens du service exercent à temps partiel. Par ailleurs, aucun des praticiens des deux services n'exerce une activité libérale.

Tableau 28 : Effectifs en ETP du personnel médical de Bretonneau et de Louis Mourier

| Statut | PUPH | MCU PH TP | MCU PH Tpa | AHU Tpa | PH Tpa | PA Tpa | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bretonneau** | 1,7 | 1,5 | 2,6 | 3,8 | 0,4 | 1,5 | 11,5 |
| **Mourier** | 1,5 | 2 | 0,8 | 2,4 | | 0,7 | 7,4 |

*Source : Données issues des services d'odontologie de Bretonneau et Louis Mourier*

### 2.3.2 Personnel non médical

[472] Le service de Bretonneau compte 22,5 ETP de personnel non médical (PNM), soit 0,51 ETP de PNM par fauteuil. Le service de Louis Mourier compte 13,5 ETP de PNM, soit 0,56 ETP de PNM par fauteuil.

[473] Le service de Bretonneau emploie, en outre, de deux prothésistes dentaires.

Tableau 29 : Effectifs en ETP du personnel non médical de Bretonneau et Louis Mourier

| Service | AH | Adj. cadre hosp. | Adj. adm hosp. | AS | IDE | Cadre IDE | Secr. Méd. | Ouvrier d'Etat | TOTAL | Ratio ETP PNM/fauteuils |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bretonneau** | 1 | 1 | 4 | 11 | 2 | 0,5 | 1 | 2 | 22,5 | 0,51 |
| **Mourier** | 2 | | 1 | 6 | 3 | 0,5 | 1 | | 13,5 | 0,56 |

*Source : Données issues des services d'odontologie de Bretonneau et Louis Mourier*

## 2.4 Formation – enseignement

[474] Le service de Louis Mourier accueille 59 étudiants (24 D2, 18 D3 et 17 T1), trois internes nouveau régime, deux internes ancien régime, trois étudiants en DU et quatre étudiants en master.

[475] Le service de Bretonneau accueille 100 étudiants (38 D2, 30 D3 et 32 T1), six internes dont cinq en orthopédie dento-faciale, cinq étudiants en master et 14 étudiants en DU.

[476] Le ratio étudiants (en équivalents T1)/fauteuil est de 1,2 à Bretonneau et de 1,6 à Louis Mourier. Le taux d'encadrement[129] est de 5,31 à Bretonneau et de 5,67 à Louis Mourier.

[477] Le service a rédigé un dossier d'agrément pour accueillir les internes.

## 2.5 Activité de recherche

### 2.5.1 Louis Mourier

[478] Le score SIGAPS du service (2007-2011) est de 330 (39 publications). 23 % des praticiens publient soit 1 publication en moyenne par an et par publiant.

[479] Le service n'a pas de partenariat avec la recherche industrielle, n'a pas déposé de brevet, mais participe à plusieurs PHRC, en particulier à un PHRC sur l'évaluation de la prothèse amovuble complète implanto-portée sur quatre implants en traitement de l'édenté complet mandibulaire.

### 2.5.2 Bretonneau

[480] Le score SIGAPS du service (2007-2011) est de 794 (63 publications). 33 % des praticiens publient à raison d'une publication par an et par praticien.

[481] Le service n'a pas de partenariat avec la recherche industrielle, n'a pas déposé de brevet, mais participe à plusieurs PHRC, en particulier à un PHRC concernant l'efficacité réelle des scellements de sillons dans la prévention de la carie dentaire. En outre, le service de Bretonneau emploie deux praticiens référents odontologiques du centre des maladies rares du métabolisme du phosphate et du calcium ainsi qu'un praticien référent odontologique de la prise en charge de l'obésité morbide du pôle nutrition de la Pitié-Salpêtrière.

[129] Nombre d'étudiants en équivalent T1 par ETP de praticiens hospitalo-universitaire, retraitement mission

## 2.6 Pilotage – management

### 2.6.1 Une bonne coordination d'équipe

[482] Un staff quotidien d'une demi-heure est organisé et animé par les enseignants du service de Louis Mourier (cas cliniques odontologiques, participation d'intervenants extérieurs).

### 2.6.2 Un département en cours de réorganisation sous l'impulsion des nouveaux chefs de service et de département

[483] Pour l'heure, des tableaux de service existent, mais le département ne dispose pas encore d'outils de pilotage formalisés. Le fonctionnement du département est en cours de réorganisation avec l'aide d'un consultant ANAP, dans le cadre du chantier performance (définition d'indicateurs de suivi d'activité, fixation d'objectifs cibles…).

[484] Le chef de service de Bretonneau a pris ses fonctions en 2012 et le chef de service de Louis Mourier a récemment été nommé chef du département d'odontologie dans son ensemble. La mission manque donc encore de recul pour apprécier l'impact des mesures en cours de mises en place et leur appropriation par la chefferie de service.

## 2.7 Un projet de regroupement du service de Louis Mourier avec le service d'odontologie du CASH de Nanterre et un projet d'ouverture de PASS

[485] Un projet de PASS buccodentaire sur le site de L. Mourier est d'ores et déjà financé. Il se justifie par la prise en charge d'un fort taux de patients précaires (13,9 % de patients CMU en 2012).

[486] Le service de L. Mourier porte également un projet de regroupement avec le service d'odontologie du CASH de Nanterre, sur le site de Nanterre, l'objectif principal étant d'améliorer les conditions techniques de prise en charge des patients et de répondre à la vétusté actuelle des locaux de L. Mourier. Ce projet aurait pour intérêt d'une part de mutualiser les locaux rénovés du CASH de Nanterre avec le service de L. Mourier, d'autre part de développer et pérenniser l'activité de la PASS de L. Mourier (population précaire de Nanterre). Toutefois, le service d'odontologie de L. Mourier risquerait à terme de perdre les interactions mises en place avec les autres disciplines MCO du site de L. Mourier. Par ailleurs, le pilotage d'un tel service serait sans doute complexe dans la mesure où il relèverait conjointement de l'AP-HP et de la Préfecture de police.

# 3 LE DEPARTEMENT REALISE UNE ACTIVITE « DE VILLE » ET REPOND ESSENTIELLEMENT A DES BESOINS DE SANTE LOCAUX

## 3.1 Une population essentiellement loco-régionale

[487] A Louis Mourier, 60 % des patients proviennent du département des Hauts de Seine ; 15 % du Val d'Oise ; 6 % des Yvelines ; 3 % de Seine Saint Denis ; 3 % de Paris ; 1 % de Seine et Marne ; 1 % du Val de Marne et 11 % hors d'Ile de France.

[488] Le service de Bretonneau ne dispose pas d'informations sur l'origine géographique des patients pris en charge.

## 3.2 Des consultations externes généralistes de proximité

[489] Outre une activité d'urgences (décrite plus haut), les deux services assurent des consultations externes pour l'ensemble des disciplines odontologiques pour les adultes et les enfants (odontologie pédiatrique, orthopédie dento-faciale, parodontologie, médecine et chirurgie buccale, odontologie conservatrice, endodontie, prothèses dento et implanto portées….).

## 3.3 Les services de L. Mourier et Bretonneau accueillent, dans une moindre mesure, des patients précaires et des populations spécifiques

### 3.3.1 Prise en charge des patients précaires

[490] Le département accueille essentiellement des patients du bassin de vie, dans le cadre de soins identiques pour la majorité d'entre eux à des soins de cabinet de ville. Toutefois, le département accueille une grande part de patients précaires :

- 464 patients bénéficiaires de la CMU (13,9 %) et 19 bénéficiaires de l'AME (0,6 %) en 2012 à L. Mourier ;
- 1 041 patients bénéficiaires de la CMU (18,2 %) et 212 bénéficiaires de l'AME (3,7 %, en 2012 à Bretonneau.

### 3.3.2 Prise en charge des patients handicapés à Louis Mourier

[491] Par ailleurs, le service de L. Mourier accueille des patients à besoins spécifiques (plusieurs conventions de partenariats ont été signées, en particulier avec Rhapsod'if, des structures d'accueil pour personnes âgées, des maisons d'accueil spécialisées) et propose des soins dentaires sous anesthésie générale, essentiellement à destination des patients handicapés (qui représentent 0,45 % des patients pris en charge dans le service[130]) dans le cadre d'un partenariat avec les équipes de pédiatrie, de médecine interne et d'anesthésie de l'hôpital :

- soins dentaires sous anesthésie générale chez l'enfant porteur de handicap, de pathologies complexes ou de moins de six ans polycarieux (une demi-journée par semaine). Ces patients sont adressés par le service de Bretonneau, par les praticiens du 92 ou via le réseau Rhapsod'if ;
- soins dentaires sous anesthésie générale chez l'adulte (handicap, pathologies lourdes, personnes âgées dont la prise en charge en fauteuil est impossible). Ils sont adressés à la consultation de gérontologie, de chirurgie orale ou spécialisée pour les patients handicapés.

[492] Les partenariats suivants ont été mis en place afin de favoriser l'accès aux soins dentaires des patients handicapés :

- maison d'accueil spécialisée (MAS) Princesse Mathilde ;
- réseau Rhapsodif.

[130] 94 patients handicapés en 2012

### 3.3.3 Prise en charge des patients âgés à Bretonneau

[493] Le service de Bretonneau a, quant à lui, mis en place une UF dédiée d'odontologie gériatrique afin d'améliorer la prise en charge buccodentaire des patients âgés. Cette UF s'organise de la façon suivante :

- une consultation (par l'équipe mobile dentaire constituée de deux étudiants T1, le mardi matin) par semaine au sein de l'hôpital. Actuellement en moyenne trois patients sont examinés dans l'hôpital par semaine ;
- une consultation chaque mardi matin (par un enseignant et deux T1) pour les patients de l'hôpital et venant de l'extérieur. Actuellement en moyenne trois patients sont vus en consultation sur le box dédié chaque semaine.

[494] Les partenariats suivants ont été mis en place afin de favoriser l'accès aux soins dentaires des patients âgés :

- fondation Roguet (structure d'accueil de personnes âgées) ;
- centre hospitalier de Courbevoie-Neuilly-Puteau (prise en charge des patients en structure d'accueil de personnes âgées) ;
- centre de gérontologie « les abondances », de Boulogne Billancourt.

## 10.1. Le service de Louis Mourier délivre également des soins complexes à destination des patients hospitalisés

[495] En outre, le service de Louis Mourier assure des consultations pour les patients hospitalisés à l'hôpital Louis Mourier (obésité, psychiatrie, maladies infectieuses, gériatrie, porphyrie, maternité,…) et dans des structures situées surtout dans le 92, 93 et 95.

[496] Le service assure également la prise en charge des patients hospitalisés pour les urgences douloureuses, infectieuses, traumatiques, hémorragiques et collabore avec le service de chirurgie maxillo-faciale de Beaujon dans le cadre de la prise en charge des patients traités pour des cancers oro-faciaux.

# SIGLES UTILISES

| | |
|---|---|
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| CSERD | Centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| AP-HP | Assistance publique – Hôpitaux de Paris |
| DPM | Direction de la politique médicale |
| ETP | Equivalent temps plein |
| NGAP | Nomenclature générale des actes professionnels |
| PU-PH | Professeur des Université – praticiens hospitalier |
| MCU-PH | Maître de conférence des Universités – Praticien hospitalier |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| ARS | Agence régionale de santé |

# BIBLIOGRAPHIE

V.Delahaye-Gillocheau (IGAS), B.Dizambourg (IGAENR) et F.Bonaccorsi (IGAENR). Rapport d'audit de l'appareil de formation en odontologie, décembre 2006

G.Duhamel, rapport IGAS, sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique, juillet 2010

D. Bois, J.Massonnaud, J. Melet, rapport IGAS. Mission odontologie, novembre 2003

M. Yahiel, rapport IGAS, lignes directrices pour une réforme dentaire, juillet 2001
Projet Régional de Santé d'Ile-de-France, schéma régional d'organisation des soins, volet hospitalier, prise en charge de la santé bucco-dentaire en ile de France, 2012.

Rapport de la cours des comptes septembre 2011. Résultats 2010, prévisions 2011 et 2012.

Dr C.Couzinou et Dr A.Moutarde. Référentiel métier et compétences du chirurgien dentiste, Ordre national des chirurgiens dentistes et Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, octobre 2010

Rapport annuel de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé), 2006-2007, tome 3. Analyse des professions : chirurgien-dentiste.

S.Azogui-Lévy , T.Rochereau. Comportements de recours aux soins et santé buccodentaire, mai 2005, IRDES question d'économie de la santé

R.Mornex, H.Duranton**,** membre du CNE.L'odontologie dans les universités françaises, Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, novembre 1994

M.Millan. Faut-il créer une filière d'internat qualifiant polyvalente dans la formation initiale en soins dentaires ? Mémoire MISP EHESP, septembre 2010

Le livre blanc de la recherche médicale en odontologie, septembre 2005 (coordination : Professeur Y. Haikel)

E.Rigal et J.Micheau. DREES. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, septembre 2007

Arrêté du 24 mai 2005 modifiant l'arrêté du 27 septembre 1994 relatif aux études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire

Décret no 2006-652 du 2 juin 2006 relatif à la formation continue odontologique et modifiant la quatrième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret no 2011-22 du 5 janvier 2011 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques

Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie

Arrêté du 17 novembre 2011 relatif à l'organisation et au programme du concours d'internat en odontologie

Bulletin officiel n° 19 du 12 mai 2011. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Diplômes d'études spécialisées en odontologie. Liste des formations qualifiantes et réglementation

Bulletin officiel n° 31 du 2 septembre 2010. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Certificats d'études supérieures de chirurgie dentaire. Réglementation et liste.

Communiqué de presse. UNCED (Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire). Non à l'augmentation du Numerus Clausus en Chirurgie Dentaire, décembre 2012.

M.Collet et D.Sicart, DREES. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national, septembre 2007.

Evolution du numerus clausus, Ordre national des chirurgiens dentistes, 2010.

World Health Organization global policy for improvement of oral health– World Health Assembly 2007, International Dental Journal (2008) 58, 115-121.

Comportement de recours aux soins et santé buccodentaire, IRDES, mai 2005

Rapport Legros, 2012 l'inclusion_sociale_Groupe de travail « Santé et accès aux soins »
Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins