

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 3042

THESE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Maxime LOUSTAU

Le 18 avril 2017

LE TOURISME IMPLANTAIRE DES RESSORTISSANTS FRANÇAIS
EN EUROPE

Directeur de thèse : Dr Victor EMONET-DENAND

JURY

Président :	Professeur Serge ARMAND
1 ^{er} assesseur :	Docteur Pierre Pascal POULET
2 ^{ème} assesseur :	Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN
3 ^{ème} assesseur :	Docteur Victor EMONET-DENAND





Faculté de Chirurgie Dentaire



DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMAUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER



HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET



ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER



PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Adjoint d'Enseignement :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mme VALERA

Mme DARIES, Mr MARTY,

Mr. DOMINE, Mme BROUTIN,

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Assistant Associé :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mr BOYADZHEV

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistant :

Adjoints d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle. BARON,

Mr. DURAND, Mr. PARAYRE, Mr. ROSENZWEIG

57.01 PARODONTOLOGIE**Chef de la sous-section :** **Mr BARTHET**

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE, Mme KADDECH, Mme VINEL

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION**Chef de la sous-section :** **Mr COURTOIS**

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS, Mme COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr DAUZAT,

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE**Chef de la sous-section :** **Mr POULET**

Professeur d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT, Mr PUISSOCHET, Mr FRANC

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE**Chef de la sous-section :** **Mr DIEMER**

Professeur d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr DUCASSE

Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. ELBEZE, Mr. MALLET, Mr. FISSE

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)**Chef de la sous-section :** **Mr CHAMPION**

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA, Mr. LEMAGNER

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA,

Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE, Mr. CHAMPION,

Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. HENNEQUIN

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**Chef de la sous-section :** **Mme JONJOT**

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR

Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ, Mme BOUSQUET, Mr MONSARRAT

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 17 Mars 2017

Remerciements

A ma famille,

A mes amis,

A mon Amour

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Serge ARMAND

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur en Sciences Odontologiques,
- Docteur d'Etat en Odontologie,
- Responsable du Diplôme d'Université d'Implantologie,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

*Nous vous exprimons notre reconnaissance pour votre expérience,
votre approche humaine ainsi que votre pédagogie.*

Nous tenons également à vous remercier pour votre sympathie,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Au membre du jury

Monsieur le Docteur Pierre Pascal POULET

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

*Nous vous remercions de votre présence à notre jury de thèse.
Nous avons apprécié votre accompagnement dans notre enseignement
Et votre gentillesse au cours de nos années d'études.
Permettez nous de vous témoigner en cette occasion l'expression
De nos sentiments respectueux.*

Au membre du jury

Monsieur le Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales
- D.E.A. MASS Lyon III,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Doctorat d'Université - Université d'Auvergne-Clermont

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de siéger dans ce jury.

Nous nous souviendrons de la qualité de l'enseignement que

Vous nous avez prodigué tout au long de nos études.

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère estime.

Au directeur de thèse

Monsieur le Docteur Victor EMONET-DENAND

- Assistant hospitalo-universitaire
- Docteur en Chirurgie dentaire
- Certificat d'enseignement supérieur de Parodontologie de Toulouse

Je vous remercie d'avoir accepté de reprendre la direction de ce travail. Nous avons pris le temps nécessaire pour y mettre un terme, mais ça en valait la peine. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma sympathie et de ma reconnaissance.

Sincères remerciements.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
I. Pourquoi les patients vont-ils à l'étranger pour la pose d'implant ?	14
A. Contexte de développement du tourisme dentaire	14
1. Contexte social.....	14
a. Avènement du culte de l'image	14
b. « Bien dans son corps, bien dans sa tête »	16
2. Contexte d'accès aux soins.....	17
a. Inégalités financières	17
b. Inégalités territoriale	20
3. Contexte juridique	21
B. Etat des lieux	24
1. En terme de chiffres.....	24
2. Répartition géographique et qualitative.....	25
C. Pourquoi le tourisme dentaire est-il si attractif ?.....	27
1. Prix.....	27
2. Publicité	37
3. Rapidité des soins et de l'accès à l'information	41
II. Complications liées aux implants	44
A. Échecs et complications initiés durant la préparation du traitement.....	44
1. Contre-indications (Selon Martinez H)	46
a. Contre-indications absolues :.....	46
b. Contre-indications relatives :.....	46
2. Les patients à risque.....	47
a. Les patients diabétiques :.....	47
b. Les patients irradiés :.....	48
c. Les sujets âgés :.....	49
d. Les enfants et adolescents :.....	49
e. Les patients atteints de parodontites :	50
f. Les patients tabagiques :.....	50
g. Les patients souffrant de troubles de l'occlusion :.....	51
B. Echecs et complications initiés durant la phase chirurgicale	52
1. Lésions neurologiques	52
2. Echauffement osseux lors du forage.....	52
3. La compression osseuse.....	54
4. Défaut d'asepsie.....	55
5. Défaut de stabilité primaire	55
6. Malposition implantaire.....	56
C. Echecs et complications initiés lors de la phase de cicatrisation	57
1. Infection.....	57
2. Forces incontrôlées exercées sur l'implant.....	59
D. Echecs et complications initiés lors de la phase prothétique	60
1. Prise d'empreinte	60
2. Résidus de ciment dans le sulcus péri-implantaire	60
E. Echecs esthétiques	62

III. Prise en charge de ces patients de retour en France	64
A. Cadre juridique.....	65
1. Rappels juridiques	65
2. Obligation de soins	67
3. Responsabilité contractuelle du praticien	68
4. L'importance du dossier médical.....	70
B. Problématiques rencontrées.....	74
1. Historique dentaire.....	74
2. Implant inconnu	75
3. Problème de » la petite retouche ».....	80
 CONCLUSION.....	 81
 BIBLIOGRAPHIE	 83
 ANNEXES.....	 87
 TABLE DES FIGURES.....	 100

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, l'implantologie est considérée comme le *gold standard* des thérapeutiques prothétiques au cabinet dentaire. Même si le coût des implants tend à diminuer, nous avons pensé que le prix restait encore le principal obstacle pour un certain nombre de patients.

En effet, dans un contexte économique difficile, les soins dentaires et en particulier les soins implantaires, représentent un coût non négligeable pesant sur le budget des ménages. D'après l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), le frein financier est la première raison de renoncement aux soins dentaire en France.(1)

Dès lors, des parcours de soins parallèles commencent à se développer dans différents pays européens. De plus en plus fréquemment, des patients sont amenés à franchir les frontières pour bénéficier de soins dentaires souvent plus rapides et moins chers.

Ce phénomène est alors qualifié de **tourisme dentaire**.

Même si celui-ci reste modeste, le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE), rapporte une augmentation constante ces dernières années.(2)

Au delà du prix, un certain nombre d'éléments concourent au développement du tourisme dentaire comme la place croissante de l'apparence physique, le nombre toujours plus important d'internautes, les nouvelles réglementations européennes concernant la libre circulation des patients et l'essor des vols *low-cost*.

Au cours de nos recherches, nous nous sommes confronté au fait que très peu de statistiques fiables existent concernant le tourisme dentaire, et encore moins concernant le tourisme implantaire.

Les français recevant des soins dentaires à l'étranger peuvent, au même titre qu'en France, bénéficier d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, gérée alors par le CNSE. A l'exception de certaines situations, ce droit ne s'applique qu'en Europe.

Le CNSE fournissant chaque année un rapport sur les différents dossiers ayant mené à un remboursement par la Sécurité Sociale, nous avons décidé de nous focaliser sur le tourisme dentaire des ressortissants français en Europe.

Nous allons donc, dans une première partie, essayé de comprendre quels facteurs pourraient expliquer la migration à l'étranger de certains patients pour recevoir des soins implantaires.

Comme toute thérapeutique, un certain nombre de complications peuvent survenir lors de la pose d'implants. Nous essayerons donc de déterminer dans une deuxième partie si certaines spécificités du tourisme implantaire peuvent favoriser la survenue de complications.

Enfin, dans une troisième partie, nous nous pencherons sur la prise en charge de ces patients de retour en France, en se plaçant du point de vue du chirurgien-dentiste.

I. Pourquoi les patients vont-ils à l'étranger pour la pose d'implant ?

A. Contexte de développement du tourisme dentaire

1. Contexte social

Dans la société actuelle, l'image et l'apparence prennent une place de plus en plus importante. Véhiculées par les médias, les films, ou internet, les normes de la beauté occidentale envahissent nos foyers.

En parallèle, nous assistons au développement de concepts *marketing* populaires associant la santé physique à la santé mentale.

Ces différents éléments font naître toujours plus de besoins en chacun de nous, poussant ainsi à la consommation.

Dans ce contexte, il n'est pas rare de recevoir, au cabinet dentaire, des patients désireux du « *sourire de Julia Roberts* » (découvrant de la 16 à la 26) ou de « *nouvelles dents pour un nouveau départ* ».

a. Avènement du culte de l'image

« La beauté est une meilleure recommandation que n'importe quelle lettre » disait Aristote.

La beauté physique est déterminée par des normes qui doivent être respectées par les individus s'ils veulent être considérés comme beaux. Ces normes ont varié au cours des siècles, allant de la vénus préhistorique bien portante, signe de fertilité, à nos modèles contemporains filiformes, en passant par les corps athlétiques grecs équilibrés et proportionnés, mais aussi par le moyen-âge où la beauté était synonyme de tentation et de vanité.

Quelque soit l'époque, l'apparence physique d'un individu constitue sa caractéristique la plus accessible aux autres dans un processus d'interaction sociale.

Même si nous persistons en France à ne pas vouloir l'admettre, la vie de tous les jours nous fournit toutes sortes de preuves de l'importance du paraître.

En effet, un certain nombre de mécanismes nous conduisent à porter un jugement globalement positif et indulgent sur la personnalité et les comportements des individus beaux, ce qui leur confère un statut social particulier. C'est le stéréotype du « *What is beautiful is good* » énoncé par K.Dion dans les années 1970.(3)

D'ailleurs, selon une étude de H.Holzer de 1993, 50% des employeurs jugent qu'un physique séduisant est un critère important de recrutement.(4)

Dès lors, il apparaît évident d'essayer de tendre vers le « beau » ; mais qu'est-ce qu'une belle personne ?

Même s'il n'existe pas de standard universel du beau, tout le monde s'accorde à dire que certains standards de beauté transcendent désormais les frontières, les cultures et les milieux sociaux.

Nous assistons depuis une trentaine d'années à une mondialisation des apparences, diffusée par la publicité, la télévision, le cinéma ou la presse, dont la propagation a largement été facilitée par le développement d'internet.

Le sourire et les dents occupant une place privilégiée dans la définition de la beauté, un nombre de plus en plus important d'individus décident de consulter pour retrouver un certain esthétisme dentaire.

b. « Bien dans son corps, bien dans sa tête »

« Mens sana in corpore sano », « un esprit sain dans un corps sain » disait Juvénal à la fin du 1^{er} siècle dans sa dixième satire.

Aujourd'hui, de nombreuses marques reprennent cette idée pour en faire de véritables concepts marketing. C'est par exemple le cas de l'équipementier Asics dont le nom est l'acronyme de « Anima Sana In Corpore Sano ».

Dans nos sociétés contemporaines, le corps est un support majeur de l'identité. Dès lors, les pratiques qui visent à l'embellir, le relaxer, le renforcer se multiplient. La quête du bien-être devient universelle car elle apparaît indispensable au soi et à l'unité psychosomatique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit d'ailleurs la santé comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

« Etre bien dans son corps et dans sa tête est synonyme d'harmonie, de joie de vivre, de bonne santé mentale, de tout ce qui fait que la vie mérite d'être vécue ».

Ces clichés populaires fleurissent de plus en plus sur la toile, affirmant l'idée que **la santé physique est nécessaire à la santé mentale** et poussant un certain nombre de patients à consulter pour retrouver une santé bucco-dentaire.

Toutefois, malgré une prise de conscience croissante de la nécessité de prendre soin de sa santé et notamment de consulter régulièrement son chirurgien-dentiste ; la route semble encore longue pour faire changer les mentalités. En atteste, une étude de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) de 2013 montrant que la première raison de non consultation (pour des patients n'ayant pas consulté un dentiste depuis au moins 2 ans) reste le fait de ne pas estimer en avoir besoin (le coût arrivant en deuxième position).(5)

2. Contexte d'accès aux soins

Le système de santé français, jaloué par le monde entier, cache en réalité un certain nombre d'inégalités dans l'accès aux soins, que ce soit en fonction des revenus mais aussi en fonction des régions.

a. Inégalités financières

Dans une analyse de *l'enquête Santé et protection sociale* de 2000, S.Azogui-Lévy et R.Rochereau(6) décrivaient déjà les soins dentaires comme ayant deux caractéristiques spécifiques dans le système d'assurance maladie en France :

- La première concerne l'offre de soins dentaires qui est en majorité libérale (87%). Le secteur public ou assimilé est constitué par les services hospitaliers (6%) et les centres de santé municipaux ou mutualistes. **L'offre permettant un accès sans avance de frais est donc limitée** (sauf pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle).
- La deuxième relève de la protection sociale. Contrairement à ce qui se passe dans le reste du secteur médical, les soins conservateurs et chirurgicaux, dont les tarifs opposables sont plafonnés à des niveaux très bas, sont bien remboursés par l'Assurance maladie mais **les soins de prothèses, de parodontologie, d'implantologie, à honoraires libres, sont eux très peu remboursés.**

Le coût se reporte alors sur un financement privé (assurances complémentaires ou patient lui-même), dont la part représente 55% en moyenne dans le domaine de l'odontologie.

D'après le rapport de la Sécurité Sociale de 2016 (7), l'assurance maladie obligatoire (AMO) joue un rôle minoritaire dans le financement total de la dépense. En 2014, elle ne prenait plus en charge que 33% des dépenses dentaires, contre 39% pour les assurances complémentaires et **25% pour les ménages** (les 3% restant concernent la CMU et l'Aide Médicale de l'Etat ou AME).

La dépense directe des ménages a atteint près de 2,7 Milliards d'euros en France durant cette année 2014 ; elle constitue un motif essentiel du renoncement aux soins dentaires.(7)

La part des dépenses prises en charge par l'AMO diminue d'année en année. Ce phénomène est à mettre en rapport avec une progression plus rapide des segments qu'elle finance peu ou pas comme l'orthodontie, les implants ou la parodontologie.

Le domaine des soins bucco-dentaires est donc caractérisé par une participation limitée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à la prise en charge des dépenses individuelles. Ce désengagement concourt à des inégalités marquées dans l'accès aux soins en fonction des revenus.

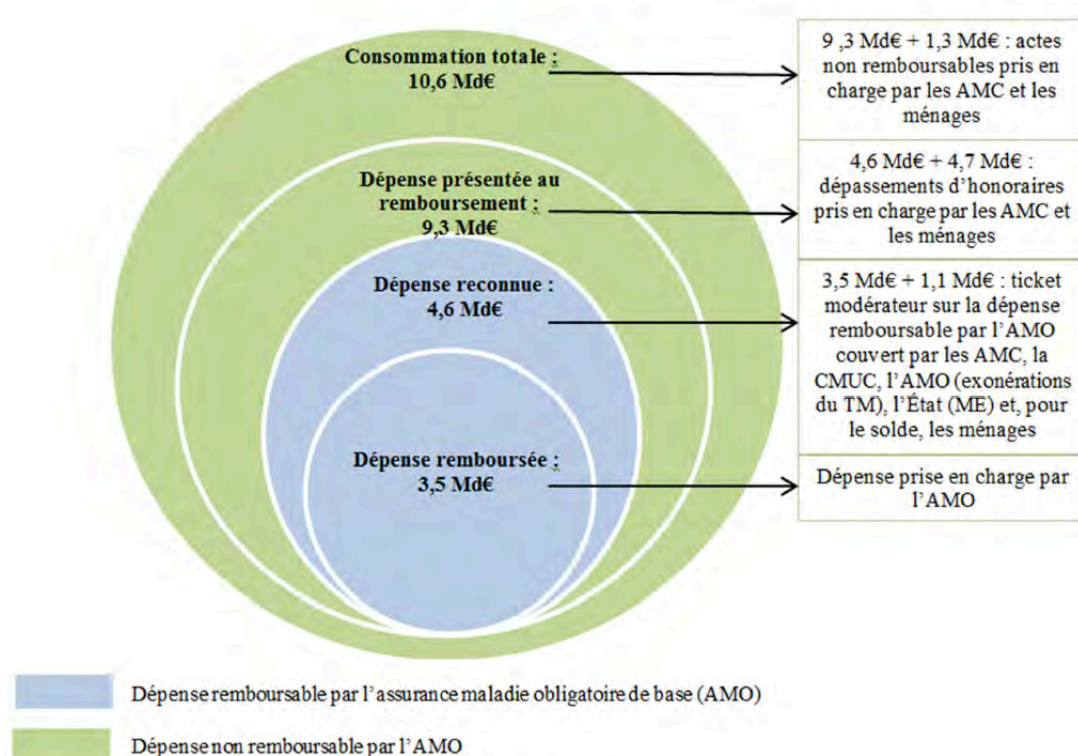


Figure 1 : Décomposition de la dépense dentaire et de ses sources de financement en 2014

Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES

D'ailleurs, en 2012, selon l'« *Enquête Santé et Protection Sociale* » (ESPS) menée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)(1), **18% des assurés sociaux déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières**, soit près d'un assuré sur cinq. Il faut noter que l'absence d'assurance maladie complémentaire fait passer ce chiffre de 18 à 41%.

Le renoncement aux soins dentaires représente près de 50% des renoncements aux soins toutes disciplines confondues.

C'est aux implants et prothèses, c'est-à-dire aux soins les moins bien pris en charge, que les français renoncent le plus : dans cette enquête, 68% avaient renoncé à la pose d'une couronne, d'un bridge ou d'un implant dentaire en 2012.

La CMU-C joue un rôle protecteur majeur auprès des plus défavorisés mais un grand nombre de bénéficiaires potentiels n'en fait pas la demande.(7)

De plus, une tranche d'individus pauvres se retrouve délaissée par ces aides de l'Etat car leur revenu dépasse le seuil sans pour autant leur permettre de subvenir convenablement à leurs soins : le seuil pour bénéficier de la CMU-C est de 720 euros mensuel alors même que le seuil de pauvreté est de 1008 euros par mois en 2014 (Institut National de la Statistique et des Etude Economiques, INSEE) (8).

Pour ce qui est des assurances maladies complémentaires, beaucoup d'entre elles remboursent très mal les soins dentaires. Dés lors, la part qui incombe au patient reste importante.

b. Inégalités territoriale

En 2015, la densité des chirurgiens-dentistes en France était de 64 praticiens pour 100000 habitants (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). Mais cette moyenne cache de très fortes disparités géographiques. (7)

Ces disparités induisent de fortes inégalités d'accès aux soins dentaires, et au delà de la présence d'un chirurgien-dentiste à proximité de leur logement, un certain nombre d'individus doit attendre des semaines pour obtenir un rendez-vous.

Ce temps d'attente avant d'avoir un premier rendez-vous (que nous développerons plus loin) peut former pour certains patients un motif suffisant pour envisager de faire appel au tourisme dentaire. Toutefois, il nous paraît peu probable qu'un patient ayant accepté un devis pour des implants en France, attende des mois entre chaque visite.

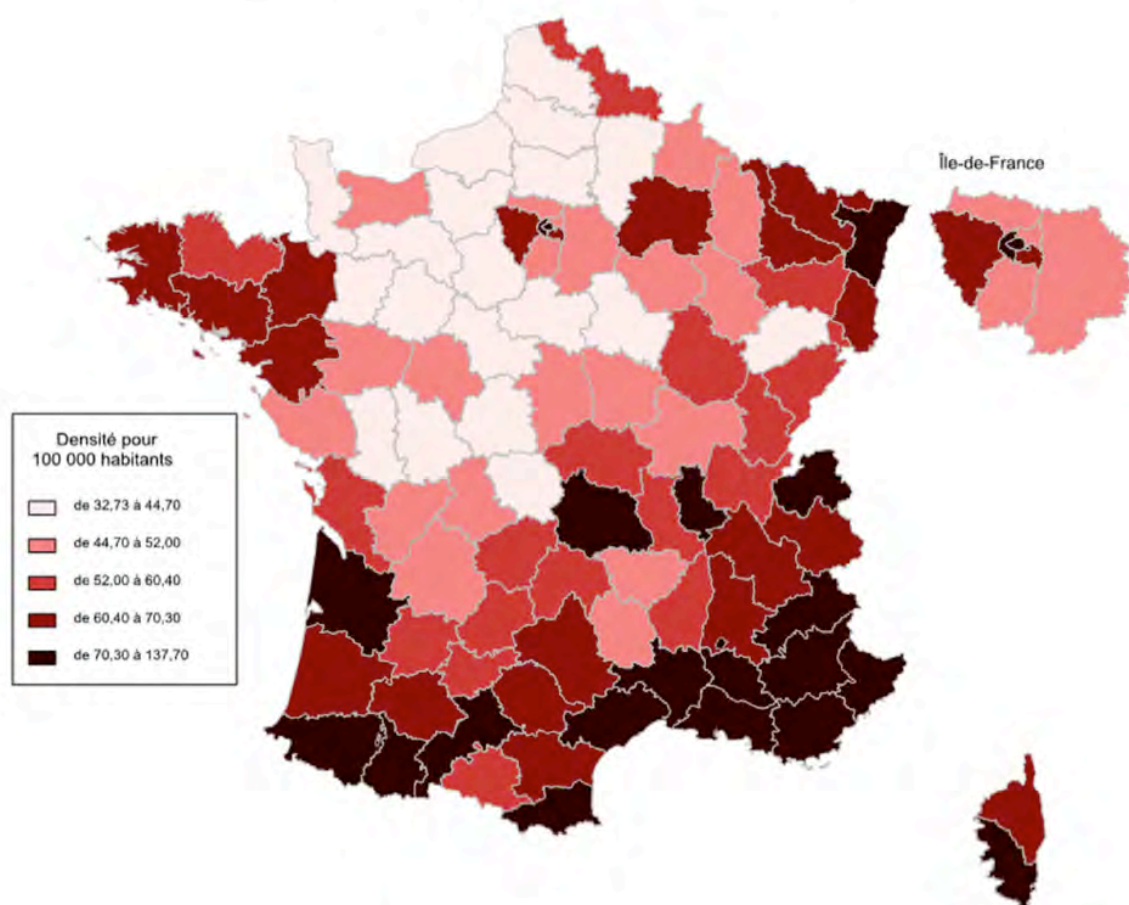


Figure 2 : Densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, en 2014, en France métropolitaine.

Source : Cour des comptes d'après les données du RPPS.

3. Contexte juridique

La liberté de circulation des personnes dans l'Union européenne a été initialement pensée en 1957 dans le Traité de Rome pour inciter les travailleurs à se déplacer et à répondre aux besoins d'emploi des entreprises dans l'espace européen. Cette libre circulation des travailleurs s'est étendue à la liberté de circulation des citoyens avec le traité de Maastricht en 1992.

La libre mobilité des patients, en terme de protection sociale, a commencé avec le règlement (CEE) n°1408/71 du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille se déplaçant à l'intérieur de la communauté européenne. Cela permettait à ces travailleurs migrants d'accéder, dans l'Etat où ils exerçaient leur activité professionnelle, à la même protection sociale que les ressortissants de ce pays.

Ce règlement a ensuite été remplacé par le règlement (CEE) 883/04 du 29 avril 2004 qui prévoit qu'un patient soigné pour des **soins d'urgence ou des soins planifiés (avec autorisation préalable)**, dans un autre pays que celui où il est assuré, soit traité dans les mêmes conditions que les personnes assurées dans cet Etat. Le coût des soins sera remboursé par l'organisme d'assurance sociale du pays d'affiliation **selon les taux et barème en vigueur dans le pays de soin**.

A coté de ces règlements, la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE) a créé une incertitude juridique en définissant les **soins médicaux** (arrêts Kohll et Decker de 1998) et les **soins hospitaliers** (arrêt Smits et Peerbooms de 2001) **comme des services** et en leur appliquant donc le principe de libre circulation, ce dernier court-circuitant l'autorisation préalable nécessaire pour les soins planifiés.

Cette incertitude juridique a obligé la création de la directive n°2011/24/UE du 9 mars 2011, qui garantit aux patients la **prise en charge des coûts des soins de santé au minimum à hauteur de ce qui serait fait dans l'Etat membre d'affiliation** pour les soins programmés. Concernant les mutuelles que nous avons contacté (MGEN et Almerys), celles-ci se base sur la Sécurité Sociale et remboursent similairement aux soins reçus en France.

Ainsi, le régime du règlement 883/04 et la directive 2011/24/EU coexistent et sont complémentaires. En ce qui concerne les soins programmés ou non, le système du pays d'affiliation (directive) ou celui du pays de soins (règlement) s'appliquera en fonction de ce qui est le plus avantageux pour le patient.

Depuis le 1^{er} juin 2004, les démarches administratives de remboursement des patients ayant reçu des soins à l'étranger sont grandement simplifiées avec la création de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM). En effet, cette carte unique et personnelle, est destinée à remplacer l'ensemble des formulaires papier existants auparavant (E111, E128, E110).

De plus, pour les pays de l'EU/EEE, cette carte **dispense souvent les patients de l'avance des frais dans les institutions publiques**; le règlement des soins se faisant directement entre les organismes de sécurité sociale des Etats membres par l'intermédiaire de la CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale).



Figure 3 : Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

Il est à noter que la France a conclu 37 accords bilatéraux (d'après le CLEISS) avec ses principaux partenaires extra-européens permettant, là aussi, une continuité des droits à la protection sociale dans le cadre des soins d'urgences.

Concernant le tourisme dentaire en Europe, les soins sont généralement réalisés dans des cliniques privées n'acceptant pas la CEAM et nécessitant donc une avance des frais.

De plus, il est important de retenir que les thérapeutiques implantaires ne sont pas soumises à une autorisation préalable auprès de la Sécurité Sociale pour bénéficier d'un remboursement car :

- Ces thérapeutiques ne nécessitent pas d'entente préalable en France, il en est de même à l'étranger. *A contrario*, ce n'est pas le cas de l'orthodontie par exemple.
- Les soins dentaires ne correspondent pas à la définition des soins programmés nécessitant un accord préalable.

Définition des soins dits « programmés »

Les soins programmés sont les soins ou traitements planifiés à l'avance qui constituent la raison principale de votre déplacement dans un autre État membre de l'UE/EEE ou en Suisse et qui répondent au(x) critère(s) suivant(s) :

- Ils nécessitent au moins une nuit d'hospitalisation dans un établissement de soins (soins hospitaliers, soins de suite et cures thermales avec hospitalisation).
- Et/ou ils nécessitent le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux et qui figurent sur une liste établie par arrêté ministériel (IRM, scanner, certaines interventions en ambulatoire, traitement du cancer, soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, etc.). Votre médecin pourra vous apporter toutes les explications utiles sur les soins relevant de cette liste.

Pour ces soins, **une autorisation préalable de votre caisse d'Assurance Maladie est nécessaire** pour permettre leur prise en charge. Sinon, il n'y a pas de prise en charge possible.

Figure 4 : Définition des soins dits « programmés » d'après la Sécurité Sociale

Source : www.ameli.fr

Dés lors, **les patients du tourisme dentaire devront avancer les frais puis, de retour en France, remplir le formulaire S3125 (Annexe 1) avant de l'envoyer à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour être remboursés.** Ils y joindront la facture de la clinique dentaire et la radiographie panoramique pré et post intervention.

B. Etat des lieux

1. En terme de chiffres

En 2015, le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE), c'est à dire la branche de la Sécurité Sociale qui s'occupe des remboursements pour les soins à l'étranger, déclare avoir traité 25154 demandes de soins dentaires dont 68% de soins prothétiques. La part des soins dentaires remboursée à l'étranger par la sécurité sociale ne représente que **0,1% de la totalité des remboursements de celle-ci.**(2)

Malgré une augmentation constante ces dernières années, ce pourcentage reste modeste, de plus, il ne concerne pas uniquement le tourisme dentaire (soins des expatriés par exemple).

Il faut bien garder à l'esprit que les seules statistiques valables que nous ayons sur le tourisme dentaire proviennent de la Sécurité sociale. **Les implants n'étant pas remboursés, aucune demande n'est effectuée pour ces derniers**, ils n'apparaissent donc pas dans les rapports annuels du CNSE.

Mais d'après Mohamed Azgag, directeur du CNSE, les instituts qui proposent une offre structurée de soins prothétiques (comme la Hongrie), connaissent parfaitement les tarifs français et leurs bases de remboursement. Ils intègrent donc ces éléments dans leur approche commerciale.

Mohamed Azgag considère que seulement quelques soins réalisés dans ces pays ne font pas l'objet d'une création de dossiers de remboursement. En effet, la pose d'implants sera presque systématiquement suivie de couronnes donnant lieu à un dossier de remboursement. Il est possible de le voir aussi dans le sens inverse, c'est à dire que beaucoup de dossiers de remboursement pour des couronnes auront été précédé par la pose d'implants.

Nous pensons donc qu'il est possible d'extrapoler les statistiques du CNSE (2) concernant la prothèse, à la pratique implantaire, en supposant que la plupart des actes prothétiques remboursés (couronnes par exemple) ont été précédé par la pose d'implants. En effet les patients auraient peu d'intérêt financier d'aller à l'étranger uniquement pour la réalisation de couronnes.

2. Répartition géographique et qualitative

D'après le rapport du CNSE de 2015 (2), seulement 5% des dépenses ne concernent pas l'Union Européenne, répartis principalement entre les Etats-Unis, le Liban, le Maroc, le Canada et les Emirats Arabes Unis.

De plus, en dehors de l'Union Européenne (UE/EEE), **seuls les soins des travailleurs détachés ainsi que les soins d'urgence sont pris en charge.**

	Pays de soins	Dossiers	Montant dépensé (€)	Dépense moyenne (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
1	Etats-Unis	332	123 140	371	12 212	9,9%
2	Liban	38	54 156	1 425	11 879	21,9%
3	Canada	272	44 452	163	8 418	18,9%
4	Maroc	102	30 057	295	8 023	26,7%
5	Emirats Arabes Unis	37	29 748	804	2 691	9,0%
Sous-total		781	281 553	361	43 224	15,4%
TOTAL HUE		1 692	550 324	325	108 390	19,7%

Figure 5 : Les soins dentaires hors UE (5 premiers pays en terme de montant dépensé).

Source : Rapport du CNSE de 2015.

Concernant l'Union Européenne, les chiffres des soins dentaires à l'étranger confirment une tendance désormais bien installée depuis quelques années avec, schématiquement, deux profils de pays :

- Le premier profil : le Portugal, pays où les usagés reçoivent une majorité de soins conservateurs. C'est le cas de la forte minorité portugaise assurée en France, profitant de leurs vacances pour y recevoir des soins courants.
- Le deuxième profil : **les pays de « tourisme dentaire » où les assurés viennent de la France entière pour des soins prothétiques important** ; on y retrouve la Hongrie, l'Espagne, et l'Italie.

Ces quatre pays concentrent 76% des remboursements délivrés par le CNSE. En ce qui concerne l'Italie et l'Espagne, la proximité géographique est un critère déterminant (soins transfrontaliers).

	Pays de soins	Dossiers	Montant dépensé (€)	Dépense moyenne (€)	Montant remboursé (€)	Prise en charge (%)
1	Hongrie	2 586	3 468 124	1 341	845 471	24,4%
2	Espagne	4 817	2 903 420	603	620 749	21,4%
3	Portugal	7 796	1 775 768	228	587 399	33,1%
4	Italie	1 308	1 132 281	866	178 695	15,8%
5	Roumanie	588	559 159	951	171 548	30,7%
6	Allemagne	1 701	470 399	277	102 852	21,9%
7	Pologne	982	327 134	333	107 392	32,8%
8	Belgique	1 453	286 098	197	69 237	24,2%
9	Bulgarie	219	162 859	744	35 460	21,8%
10	Suisse	379	118 957	314	13 892	11,7%
Sous-total		21 829	11 204 198	513	2 732 695	24,4%
TOTAL UE		23 462	11 594 234	494	2 822 966	24,3%

Figure 6 : Les soins dentaires en EU-EEE-Suisse (10 premiers pays en terme de montant dépensé).

Source : Rapport du CNSE de 2015.

C. Pourquoi le tourisme dentaire est-il si attractif ?

Le tourisme dentaire, et par extension le tourisme implantaire, se développe de plus en plus même si les chiffres restent modestes avec une augmentation d'environ 3,7% des dépenses faites par les patients à l'étranger de 2014 à 2015 (CNSE) (2). Le prix, la publicité et la rapidité des réponses et des soins sont autant d'atouts permettant cet essor.

1. Prix

Pour comparer les prix, nous avons décidé de demander un devis chez un dentiste français et un devis sur un site hongrois pour un patient ayant une agénésie de la 12 avec un bridge collé sur la 11 en extension (Figure 7).

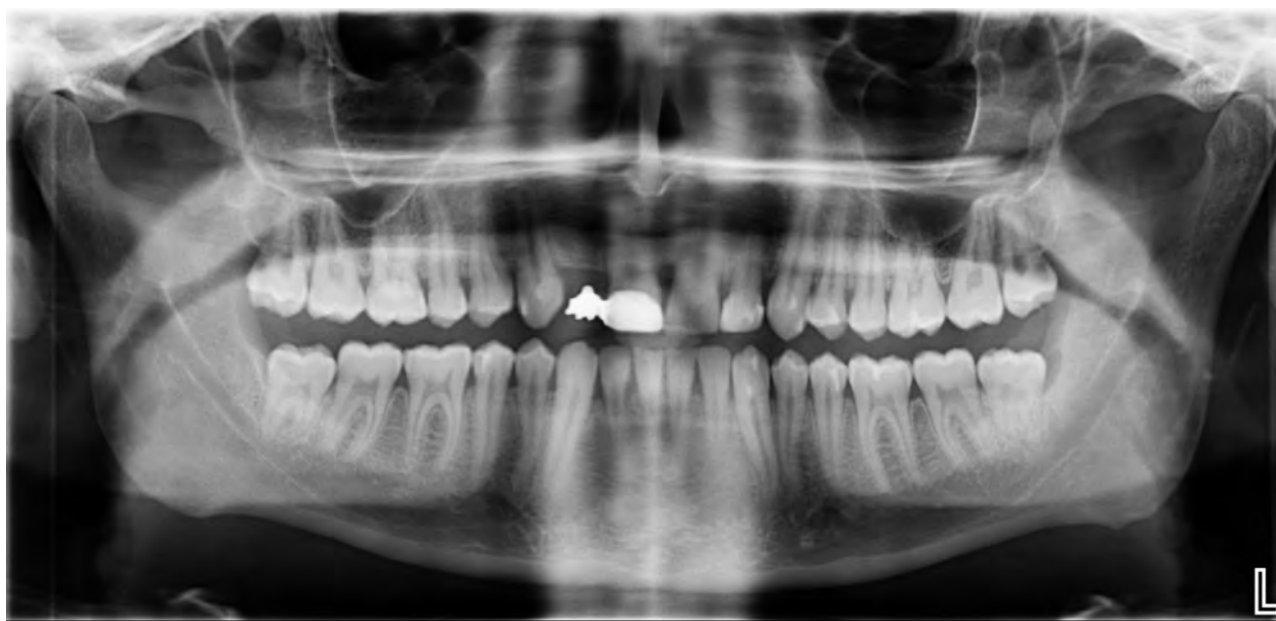


Figure 7 : Radiographie panoramique de Mr.Z.

Les demandes de devis réalisées concernent un implant unitaire avec suprasructure et couronne céramo-métallique pour remplacer la 12.

Chez un dentiste français, le devis représente un coût de 1980 euros (Figure 8). Ce qui correspond à la moyenne basse française, qui, d'après une étude de 60 millions de consommateurs de 2013 (9), aurait un coût moyen de l'ordre de 2000€.

Dent	Code	Nature de l'acte	Séance	Cotation	Honoraires	Base Sécu	Rembours. Sécu
12		IMPLANT		NPC	900,00	NR	
12		inter ccm implant		NPC	380,00	NR	
12		CCC sur implant		HBLD418	600,00	107,50	75,25
12		Pilier cicatrisation		NPC	100,00	NR	
					1980,00	107,50	75,25
(Après remboursements:1904,75 €)					Total à payer:1980,00 €		
NPC 0/ HBLD418 0/							

Figure 8 : Devis réalisé par un dentiste français pour Mr.Z pour un implant unitaire avec suprastructure et couronne céramo-métallique.

Source : Dr. X, chirurgien-dentiste Français.

Concernant le devis Hongrois, l'organisme choisi était l'un des rares à ne présenter aucun tarif consultable directement sur son site Internet. Nous avons donc dû remplir un questionnaire, envoyer une photo du sourire et une radiographie panoramique.

Quelques jours plus tard, après un appel téléphonique d'organisme de soin, nous avons reçu un devis (Figure 9) et un email (Figure 10).

PHASE 1 sur 2				
Durée :	5 jours ouvrés		À acquitter :	1 595 EUR
Actes	Localisation	Prix	Quantité	Total
Scanner dentaire 3D (Cone Beam)		100 EUR	1	100 EUR
Traitement bucco-dentaire professionnel (nettoyage, détartrage, polissage)		50 EUR	1	50 EUR
Extraction chirurgicale	18,28,48,38	120 EUR	4	480 EUR
Pose 1 Implant Nobel Blocare Replace CC	12	690 EUR	1	690 EUR
Couronne provisoire sur implant avec pilier en titane	12	200 EUR	1	200 EUR
Couronne provisoire longue durée (labo.)	11	75 EUR	1	75 EUR

Repos avant Phase 2 : 3 mois

PHASE 2 sur 2				
Durée :	7 jours ouvrés		À acquitter :	1 040 EUR
Actes	Localisation	Prix	Quantité	Total
Couronne Procera transvissée sur implant (Zircone)	12	670 EUR	1	670 EUR
Couronne Zircone	11	370 EUR	1	370 EUR

Figure 9 : Devis pour implant unitaire avec suprastructure et couronne céramo-métallique.

Source : Site hongrois Eurodentaire.

Si nous considérons uniquement l'implant, la suprastructure et la couronne concernant la 12, nous arrivons à un total de 1360 euros.

Dès lors, en comparant avec le devis français (Figure 8), nous constatons **une baisse du prix d'environ 30%**.

Malgré tout, comme nous le précise l'email associé au devis (Figure 10), il faut ajouter à cela les deux voyages en Hongrie avec le transport et l'hébergement. L'organisme de soin nous propose une formule d'une valeur de 880 euros.

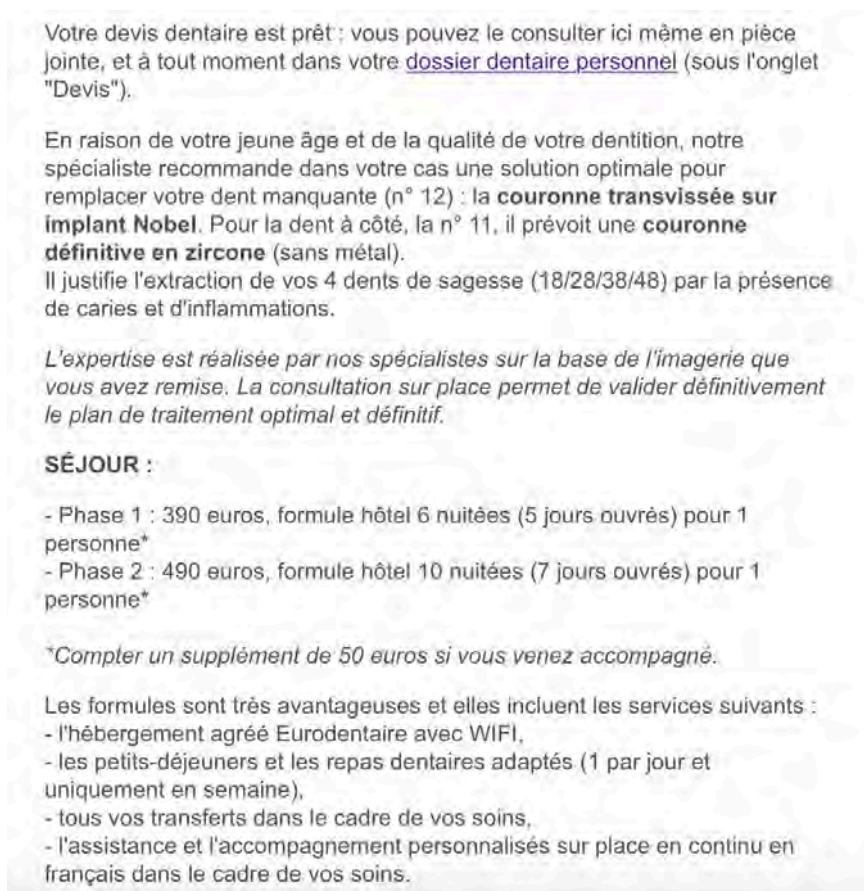


Figure 10 : Email envoyé au patient Mr.Z avec le devis.

Source : Site hongrois Eurodentaire.

Il convient alors, de recalculer en y intégrant le coût du transport et de l'hébergement : $1360 + 880 = 2240$ euros.

Il apparaît donc que le coût pour **UN** implant avec couronne dans le cadre du tourisme dentaire reviendrait plus cher au patient que si il allait chez son praticien français.

Toutefois, dans un dépliant associé au devis (Annexe 2) intitulé « Se faire soigner en Hongrie (ou dans un autre Etat membre de l'UE) », celui-ci affirme que les implants sont 30 à 50% moins chers qu'en France. Toutefois, il précise « *qu'en règle générale, on peut dire qu'un séjour de soins est justifié financièrement à partir de 3 couronnes ou 3 implants* ». (Figure 11)

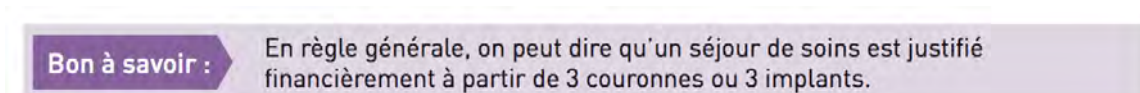


Figure 11 : Extrait du dépliant « Se faire soigner en Hongrie »

Source : www.eurodentaire.com

En effet, si nous refaisons le calcul pour 3 implants avec couronnes, le coût serait de 5940 euros chez le praticien français, contre 4960 euros avec l'organisme de soin étranger, soit environ 20% moins cher.

A coté de cette problématique financière, il est intéressant de remarquer que la clinique hongroise propose de couronner la 11, en se basant uniquement sur la radiographie panoramique, alors même que cette dent est parfaitement saine. L'image radio-opaque appréciable sur la radiographie n'étant que l'ailette du bridge collé.

Parallèlement, la clinique dentaire hongroise justifie l'avulsion des quatre dents de sagesse par la présence de « *caries et d'inflammation* », alors même que ces dents sont saines à l'examen clinique.

Même si l'email précise que « *la consultation sur place permettra de valider définitivement le plan de traitement optimal et définitif* », ces différents éléments mettent en lumière **l'impossibilité de réaliser un diagnostic fiable en se basant uniquement sur une radiographie panoramique.**

Devant les réponses reçues concernant ce premier patient, nous nous sommes demandé quelle serait la réaction de ces cliniques si la zone à implanter comportait des restes radiculaires avec une lésion périapicale. (Figure 13)



Figure 12 : Radiographie panoramique de Mr.X comportant une lésion périapicale.

Nous avons donc envoyé cette radiographie panoramique à « Smilepartner », un autre organisme de tourisme dentaire proposant des soins dans différents pays, en demandant un devis pour un implant et une couronne céramique pour la 46.

Pour cet organisme, aucun appelle téléphonique ou questionnaire médical nous a été adressé et aucune photographie nous a été demandé. Après seulement 24 heures, nous avons reçu un email (Figure 13) faisant office de devis.

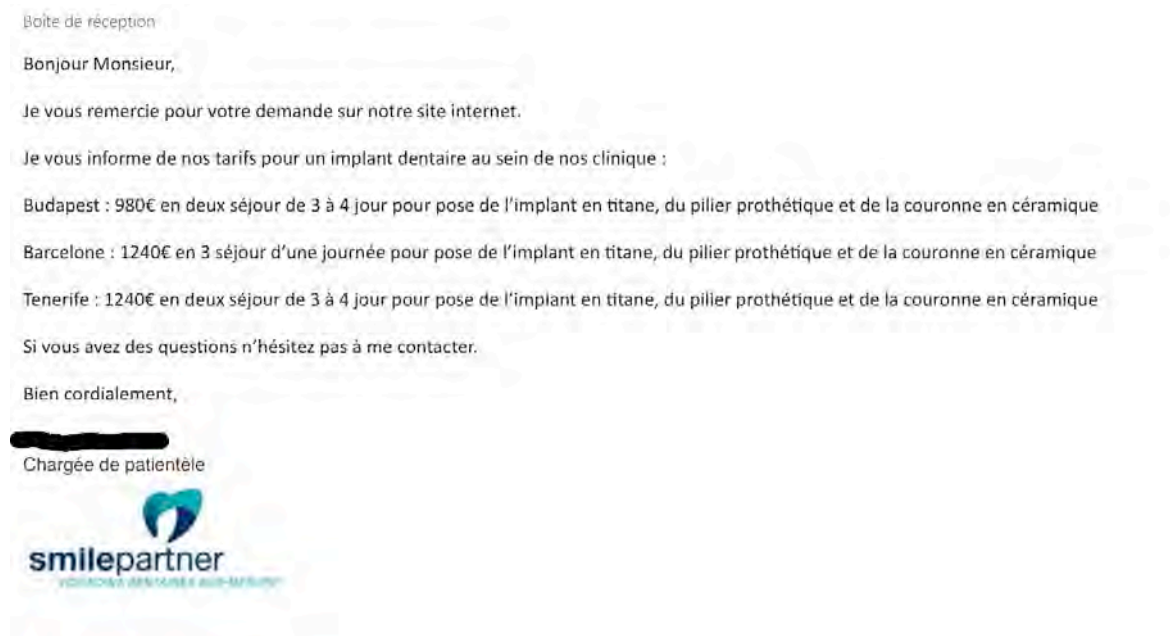


Figure 13 : Email reçu concernant Mr.X faisant office de devis

Il est intéressant de voir que cet organisme de tourisme dentaire nous propose plusieurs destinations avec différents tarifs et un nombre variable de séjours.

Concernant Budapest, il nous propose un tarif de 980 euros, soit environ deux fois moins cher que le devis français.

Mais rien ne fait mention des frais concernant les transports et hébergements, il appartient donc au patient de les rechercher et de les y ajouter au prix des soins pour obtenir le coût total.

Nous pouvons aussi remarqué que rien ne fait mention de la lésion péri-apicale pourtant facilement appréciable sur la radiographie panoramique.

Concernant ce patient, nous avons aussi envoyé la radiographie panoramique à un organisme turque de tourisme dentaire. Nous n'avons pas intégré leur devis à ce travail car la Turquie ne fait pas parti de l'Europe. Toutefois, devant le caractère cocasse de leur réponse, nous avons décidé d'en faire profiter le lecteur en Annexe 4.

Sur beaucoup d'autres sites, les organismes de tourisme dentaire vont beaucoup plus loin en proposant des tarifs directement consultables, associés au pourcentage d'économie réalisé par le patient par rapport à la France. Malheureusement, aucun de ces sites ne mentionne de source comparative côté français.

Prix Implants Dentaires (pilier et vis de cicatrisation inclus)	Notre prix €	Prix Local CHF	Economie réalisée	Notre Prix €
Implant Alpha-Bio	680	1'400	51 %	680
Implant Astratech	990	2'200	55 %	990
Pilier Céramique Alpha-Bio	365	800	54 %	365
Pilier Céramique Alpha-Bio (si implant posé chez Helvetic Clinics)	215	645	67 %	215
Pilier Céramique Astratech	365	1'000	64 %	365
Pilier Céramique Astratech (si implant posé chez Helvetic Clinics)	250	850	71 %	250
Pilier Titane Alpha-Bio	190	450	58 %	190
Pilier Titane Alpha-Bio (si implant posé chez Helvetic Clinics)	0	450	100 %	0
Pilier Titane Astratech	295	650	55 %	295
Pilier Titane Astratech (si implant posé chez Helvetic Clinics)	0	650	100 %	0

Figure 14 : Exemple de tableau tarifaire avec affichage de « l'économie réalisée ».

Source : Site internet de Helvetic clinics, clinique dentaire hongroise.

Mais alors comment expliquer cette différence de prix ?

Les matériaux utilisés en Europe de l'Est sont identiques à ceux utilisés en France. Il n'est donc pas fondé de penser que l'implant posé en Hongrie est de mauvaise qualité.

Il n'en est pas de même pour l'Asie ou le Maghreb où le flou sur les matériaux utilisés est beaucoup plus important.

Même si les prix du fournisseur varient d'un pays à l'autre, cela n'explique pas de telles différences.

Il faut donc aller chercher au niveau des charges propres aux dentistes suivant les pays.

Un certain nombre de ces charges ne varie pas significativement, c'est le cas de la matière première : l'implant, la trousse chirurgicale, l'analogue.

A contrario, beaucoup de charges sont significativement moins importantes dans des pays comme la Hongrie :

- Les **taxes et les impôts** ne sont pas uniformes suivant les pays. Selon le rapport 2015 de Eurostat (10), la France aurait un taux de taxes et de contributions sociales en pourcentage du PIB de 45%. Ce pourcentage est bien inférieur concernant les pays moins développés accueillant du tourisme dentaire comme la Hongrie avec 38%, l'Espagne avec 32% ou la Roumanie avec 27%.

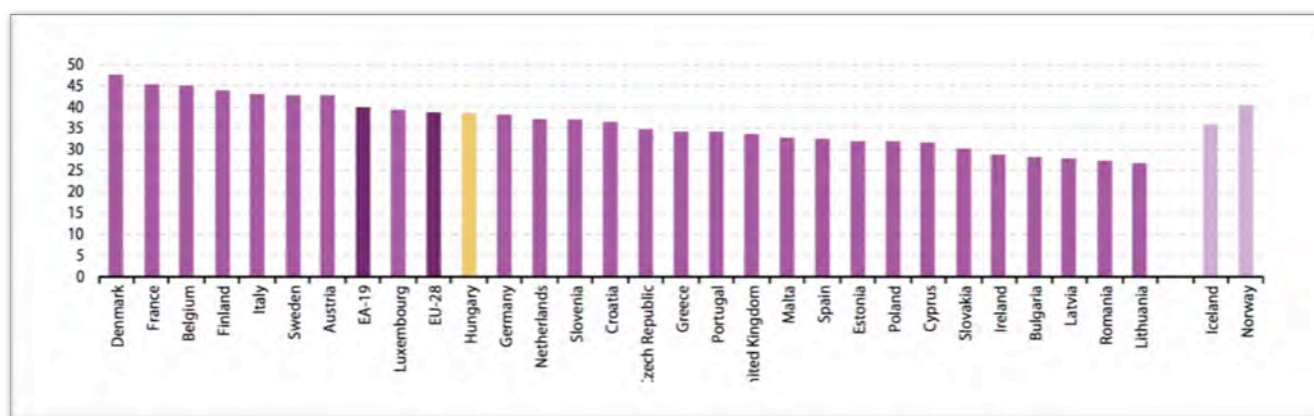


Figure 15 : Total des recettes fiscales et des cotisations sociales obligatoires de 2013 en pourcentage du PIB.

Source : Eurostat

- La **masse salariale** est incontestablement beaucoup plus basse dans les pays organisateurs de tourisme dentaire. C'est le cas au cabinet dentaire avec le salaire des assistantes et des secrétaires, mais aussi au laboratoire pour les prothésistes. C'est d'ailleurs ce que montre le rapport de 2015 de la Banque Mondiale sur le RNB (Revenu National Brut) par habitant et par an(11), dans lequel on retrouve une valeur de 54960 \$ pour les Etats-Unis, de 40580 \$ pour la France, mais seulement de 20530 \$ pour le Portugal ou de 12990 \$ pour la Hongrie.
- Le **loyer** est aussi variable en fonction des villes et des pays. D'après une étude réalisée par le site « leparisien.etudiant » comparant les loyers dans différentes villes européennes pour des surfaces d'environ 20 m² (12), il existe des différences non négligeables. En effet il apparaît par exemple que les loyers de Budapest sont 2,5 fois moins chers qu'à Paris, il en est de même à Lisbonne.

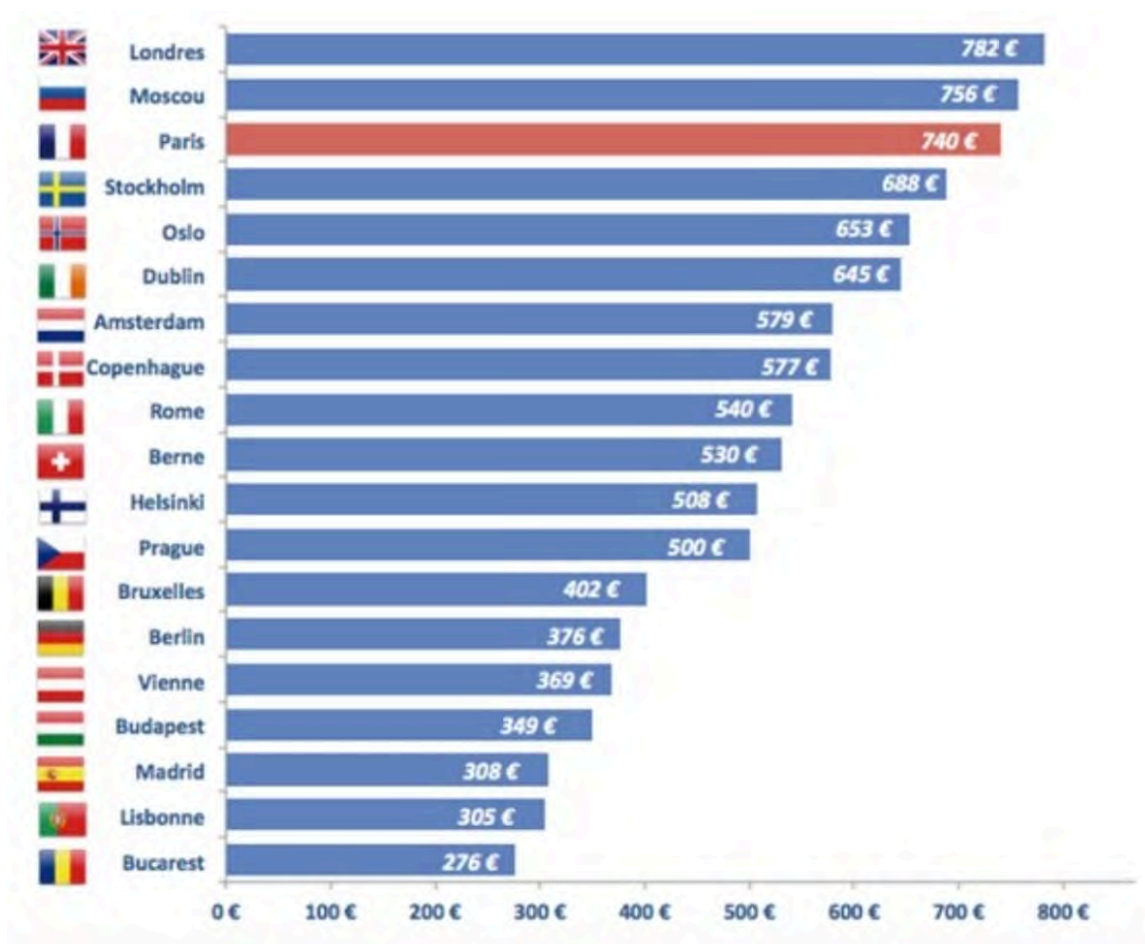


Figure 16 : Comparatif de prix des loyers dans différentes villes européennes pour un appartement de 20 m².

Source : www.leparisien.etudiant.com.

2. Publicité

Le code de déontologie français des chirurgiens-dentistes stipule à l'article R. 4127-215 que notre profession « ne doit pas être pratiquée comme un commerce ». Il est interdit de réaliser des « procédés directs ou indirects de publicité » ni même de pratiquer son exercice dans « un local dans lequel l'aménagement ou la signalisation aurait une apparence commerciale ».

Il suffit d'entrer « implant dentaire pas cher » sur Google pour comprendre que ce n'est pas le cas partout. Des dizaines de sites proposent des réductions pouvant allées jusqu'à 70% pour la pose d'implants (Figure 17). Ce phénomène s'est tellement développé que le conseil de l'Ordre parle de « concurrence déloyale » à l'égard des praticiens français. (13)

The image shows a Google search result for the query 'Economisez 50 à 70% - Dentiste à Budapest'. The result is an advertisement for 'Helvetic Clinics'. The main headline is 'Economisez 50 à 70% - Dentiste à Budapest' in blue. Below it, there is a green box with the word 'Annonce' and the URL 'www.helvetic-clinics.eu/Budapest' followed by a downward arrow and the phone number '09 75 18 57 83'. Below the URL, it says 'Qualité Suisse, sans compromis !'. Further down, there is a line of text: 'Economique · 50% à 70% d'économie · Pratique · Garanties · Discret'. At the bottom, there are two columns of text: 'Voyage Dentaire Budapest' and 'Témoignages' on the left, and 'Garantie Helvetic Clinics' and 'Clinique Dentaire Hongrie' on the right.

Figure 17 : Publicité pour la clinique dentaire hongroise « Helvetic clinics ».

Source : Google.

Le développement d'internet a largement contribué à ce phénomène. En effet, en 2016, 83% des Français sont des internautes (14) ; la population touchée par la publicité du tourisme dentaire est donc immense.

De plus, les sites mettent en avant tout ce que peut rechercher l'éventuel patient :

- Des offres similaires à celles proposées par les agences de voyages, avec des **offres « all-inclusive »**, comprenant la réservation de l'avion, le taxi, l'hôtel, les visites touristiques et les soins dentaires.
- La **possibilité de faire un devis dans les 24h** avec une simple radiographie panoramique. Le patient ne voit ici qu'un avantage : le gain de temps. Mais c'est au détriment d'un examen clinique consciencieux, de radiographies en 3 dimensions, d'une planification des soins et de toutes les choses permettant au chirurgien-dentiste de réaliser un devis fiable, ne risquant pas de varier du tout au tout.
- Un **comparatif de prix franco-étranger** avec une mise en avant évidente des économies potentiellement réalisables. Sur le site www.empireclinic.com par exemple, c'est le patient lui-même qui réalise son devis en remplissant, côté gauche, le nombre de couronnes, d'implants et d'éventuelles greffes osseuses. (Figure 18)

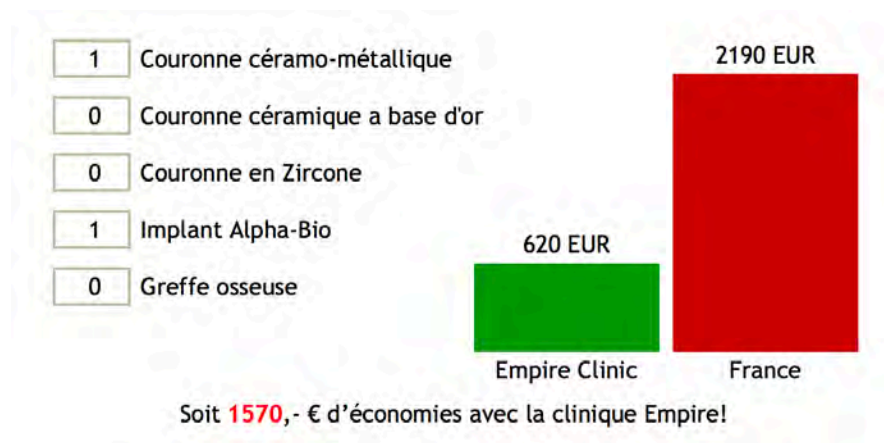


Figure 18 : Exemple de comparatif franco-étranger.

Source : www.empireclinic.com

- Une absence de barrière de la langue avec des **sites complètement francophone**. Souvent les organismes proposant des voyages de tourisme dentaire « all-inclusive » sont des sociétés françaises s'associant à des cliniques étrangères. Dès lors, tous les interlocuteurs auquel le patient se confronte au téléphone sont français.

- La certification, parfois à outrance, de la **qualification des chirurgiens-dentistes** présents sur place. Les organismes de tourisme dentaire insistent sur la formation et sur le niveau de compétence que possèdent les chirurgiens-dentistes avec qui ils travaillent.

■ Pourquoi la Hongrie ?

Depuis longtemps, la Hongrie développe une réelle excellence médicale et chirurgicale : avec un niveau universitaire élevé et des dentistes en grand nombre, le pays offre une excellente opportunité pour les candidats aux soins dentaires à la recherche du meilleur rapport qualité-prix et de délais optimisés.

Depuis l'ouverture des frontières en 1989, près de 3 Autrichiens sur 4 ont déjà profité des compétences de leurs voisins. Les Allemands ont suivi, puis les Anglais, et plus récemment les Français. Aujourd'hui, ce sont près de **50 000 patients européens** qui se feraient soigner chaque année en Hongrie.

Bon à savoir :

En 2013, selon le CNSE*, organisme en charge du remboursement des soins dentaires à l'étranger, la Hongrie est la première destination des français pour des traitements complexes. Ils sont plusieurs milliers à faire chaque année le déplacement.

Les motivations:



Figure 19 : Extrait du dépliant « Se faire soigner en Hongrie » (Annexe 2) montrant comment les organismes de tourisme de dentaire insistent sur la qualification de leurs chirurgiens-dentistes.

Source : www.eurodentaire.com

De plus, d'après le conseil de l'Ordre (15), beaucoup de ces tours opérateurs étrangers sollicitent la participation de praticiens inscrits au tableau de l'Ordre français et exerçant en France pour d'évidentes raisons de crédibilité auprès des candidats au tourisme dentaire.

Ils auraient alors un rôle limité à l'examen initial, et leurs noms apparaîtraient sur le site internet de l'organisme comme un correspondant local de la société. Le conseil de l'Ordre aurait déjà lancé plusieurs actions disciplinaires à l'encontre de ces praticiens pour avoir transgressé de multiples articles du code de la santé publique.

D'autres mécanismes publicitaires peuvent expliquer le développement de ce phénomène tels que les panneaux publicitaires très présents dans ces pays, encore faut-il que le patient y soit déjà.

En réalité, la publicité ayant peut-être le plus d'impact est celle réalisée de manière indirecte par les journalistes dans les magazines ou à la télévision. En effet, en dressant un tableau plus que favorable du tourisme dentaire, les journalistes apportent à un nombre important de patients, n'étant pas dans cette recherche d'information, une image idyllique de ce phénomène, poussant un certain nombre d'entre eux à consulter ces sites.

C'est d'ailleurs pourquoi certains organismes de tourisme dentaire rendent directement accessible sur leur site ces reportages radios, télévisés ou de la presse.

Accueil » Reportages » Eurodentaire à la télévision (reportages)

Eurodentaire à la télévision (reportages)

Eurodentaire apparaît dans de nombreux **reportages TV** dédiés au **tourisme dentaire** et aux soins dentaires en Hongrie : nous accueillons des journalistes à Budapest, leur proposons de suivre des patients avant, pendant et après leur voyage médicalisé, et répondons volontiers à leurs questions.

Retrouvez et visionnez ci-dessous les **émissions télé** qui parlent d'Eurodentaire et des patients en soins en Hongrie ([ou cliquer ici pour consulter l'intégralité des apparitions médias Eurodentaire](#)).



BFMTV, Reportage : les soins dentaires en hongrie

BFM TV consacre un reportage fin 2015 sur les soins dentaires en Europe avec en focus Eurodentaire et la Hongrie : découvrez "25 000 français adeptes du tourisme dentaire en Europe en 2014"

[soins transfrontaliers, tourisme dentaire](#)



France 2, journal de 13h : Mon dentiste en Hongrie

Une semaine entière sur France 2 au journal de 13h. "Mes couronnes hongroises" parle en 2010 des dentistes et des cliniques dentaires en Hongrie : Eurodentaire à ouvert ses portes et celles des cliniques dentaires.

[dentiste hongrie](#)



TF1 « Reportages » : tourisme dentaire Hongrie

Reportages de TF1 réalise un focus en 2008 sur le tourisme dentaire en Hongrie : pendant plusieurs semaines, l'équipe suit Eurodentaire et la famille Valin, pour leur séjour de soins dentaires à Budapest. Voici leur histoire.

[tourisme dentaire](#)



France 2, « Ils font bouger la France » : tourisme dentaire en Hongrie

Béatrice Schönberg réalise début 2008 dans "Ils font bouger la France" un reportage sur le tourisme dentaire et les dentistes en Hongrie : Ali, électricien de 40 ans, déclare après ses soins : "si c'était à refaire, je recommencerais".

Figure 20 : Exemple de reportages télévisés disponibles sur certains sites de tourisme dentaire.

Source : www.eurodentaire.com

3. Rapidité des soins et de l'accès à l'information

D'après une enquête menée par mutuelle.com en 2015 (16), le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste en France est de 28 jours. Ce délai cache de grandes disparités selon les départements, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois d'attente dans des départements comme la Manche ou la Creuse.

De plus, en France, d'après l'Article L1111-2 du code de la santé publique : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

De ce fait, **l'information délivrée par le chirurgien dentiste doit permettre au patient de prendre la décision d'accepter ou de refuser un traitement, et de choisir entre différentes techniques, et ce en toute connaissance de cause. C'est pourquoi le chirurgien-dentiste doit s'assurer de la compréhension de son patient, avant d'obtenir son consentement sur la technique choisie. C'est le concept de « consentement libre et éclairé »**, qui forme en France, une obligation inscrite dans le code de déontologie.

Dans le cadre du tourisme dentaire, ce consentement ne peut être que **relatif** devant des problématiques comme la barrière de la langue ou les faibles délais de réflexion.

La route séparant le premier rendez-vous du début des soins est donc longue. Elle est d'ailleurs de plus en plus longue car « *en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée* » (Article L1111-2 du code de la santé publique). Cette preuve pouvant être apportée par « *tout moyen* », les praticiens accumulent les examens complémentaires, les documents signés par le patient ainsi que les rendez-vous d'informations. De plus malgré l'absence d'obligation, le praticien a tout intérêt à laisser un délai de réflexion au patient et de lui faire signer un document spécifique de consentement éclairé. (Annexe 3)

Une fois le plan de traitement commencé, la durée des soins, pour une même thérapeutique, peut être variable suivant les praticiens. Mais il est évident que dans des départements ayant une faible densité de chirurgiens-dentistes, l'écart séparant les rendez-vous et, par extension, la durée totale des traitements, peuvent s'avérer être très important.

A l'inverse, les organismes de tourisme dentaire mettent tout en œuvre pour accélérer les étapes. Certains d'entre eux proposent même un service de messagerie instantanée directement sur leur site permettant au potentiel patient d'avoir des réponses « de suite » de la part d'un collaborateur.



Figure 21 : Exemple de messagerie instantanée présente sur certains sites de tourisme dentaire.

Source : www.empireclinic.com

La plupart de ces sites proposent un devis en 24h seulement, après leur avoir fournis une radiographie panoramique. **Ce devis constitue l'unique thérapeutique proposée**, et si le patient l'accepte, les soins commenceront dès son arrivée dans le pays.

Ce procédé va clairement à l'encontre du principe français de consentement éclairé, mais visiblement pas contre les principes déontologiques des pays concernés par le tourisme dentaire.

Il est à noter ici que le patient n'aura jamais le chirurgien-dentiste comme interlocuteur avant son arrivé dans le pays de soins. Les seuls contacts téléphoniques qu'il pourra avoir seront avec un employé (francophone) de l'organisme touristique, s'occupant de toute la logistique du séjour ainsi que de la relation avec la clinique dentaire étrangère.

Généralement, pour des thérapeutiques implantaires, ces organismes proposent deux séjours d'environ une semaine séparés de 2 à 3 mois.

Nous pensons que ces délais imbattables forment, après l'aspect financier, le deuxième argument de ces organismes, finissant de convaincre les patients les plus récalcitrants.

- Le tourisme dentaire reste un phénomène modeste en terme de chiffre, malgré sa croissance constante.
- Aucune étude fiable ne concerne la quantification de la pose d'implant à l'étranger, nous ne pouvons qu'extrapoler les statistiques concernant le tourisme dentaire.
- De multiples facteurs peuvent expliquer l'essor de ce phénomène tels que le coût, la publicité et la rapidité des soins.

II. Complications liées aux implants

Une méta-analyse réalisée par Muddugangadhar et all. en 2015 (17), incluant 63 études, porte sur la survie après 5 ans d'implants surmontés de couronnes unitaires ou de bridges. Le résultat montre un taux de survie implantaire de 96,3% pour les couronnes unitaires et de 94,5% pour les bridges.

D'autres études existent avec pour chacune d'entre elles des critères d'échecs implantaires différents ; nous avons décidé de ne pas développer ce point.

Ce qu'il faut retenir ici, c'est que même si les taux de succès implantaire se sont grandement améliorés au cours de ces dernières décennies, il existe encore un certain nombre de complications responsables d'échecs implantaires.

Ces complications sont universelles, elles touchent aussi bien les implantologues français que ceux du reste du monde. Toutefois, même si aucune étude n'existe à ce sujet, nous avons pensé que certaines spécificités propres au tourisme implantaire, comme la contrainte de temps ou l'absence de suivi peuvent favoriser la survenue de certaines complications.

A. Échecs et complications initiés durant la préparation du traitement

Il est indispensable de procéder à un interrogatoire médical complet pour identifier les risques systémiques potentiels.

Les risques de défaillances des implants et les risques de complications médicales doivent être évalués séparément (mesurer le rapport bénéfice/risque). Certaines maladies ou leur traitement peuvent créer des risques accrus d'échecs implantaires mais très peu de risques pour le patient. Ainsi, rien n'interdit le traitement par implants des patients à risque. Cependant, il convient d'informer ces patients des risques de complications au niveau des implants.

Lorsqu'une pathologie médicale crée un risque potentiel (par exemple ostéonécrose du maxillaire, en cas de prise de biphosphonates par voie orale ou de radiothérapie), l'indication du traitement par implants doit être restreinte et le patient informé précisément, en tenant compte des incertitudes actuelles qui entourent ses conséquences. En présence d'une maladie systémique compromettant le pronostic vital, la pose des implants doit être repoussé jusqu'à ce que l'état du patient se soit stabilisé et amélioré. (18)

Dès lors, il faut repérer lors du bilan pré-implantaire les patients à risque ainsi que les contre-indications absolues ou relatives.

Il est évident que dans le cadre du tourisme implantaire, l'absence de rendez-vous préalable ne permet pas de réaliser un interrogatoire médical suffisamment complet pour se prémunir face à l'ensemble des risques ; en atteste ce « questionnaire médical » (Figure 23) envoyé par l'organisme de tourisme dentaire Eurodentaire dans le cadre d'une thérapie implantaire et ne comportant que trois questions. Il a noté aussi qu'au cours de ce travail, cet organisme a été le seul à nous transmettre un questionnaire médical avant notre potentielle venue.

5- Questions médicales

- Avez-vous connaissance d'une allergie ou de tout type de réaction d'incompatibilité ?

☐ Non ☒ Oui

- Avez-vous connaissance d'une maladie (asthmatique ou pulmonaire, contagieuse de type hépatite, tuberculose ou SIDA - ou bien autre maladie grave) ?

☐ Non ☒ Oui

Précisez :

- Suivez-vous un traitement ou prenez-vous des médicaments ?

☐ Non ☒ Oui

Précisez :

Figure 22 : Exemple de questionnaire médical dans le cadre du tourisme dentaire.

Source : www.eurodentaire.com

1. Contre-indications (Selon Martinez H)

a. Contre-indications absolues :

- Troubles psychologiques majeurs
- Cardiopathies à risques
- Pathologies systémiques non contrôlées
- Dépendance alcoolique ou médicamenteuse
- L'âge du patient (patient jeune en période de croissance)

b. Contre-indications relatives :

- Un volume et/ou une qualité osseuse insuffisante
- Une hauteur ou une largeur insuffisante ou excessive de l'espace prothétique
- Ouverture buccale et espace interarcade limités
- Un patient à risque

2. Les patients à risque

a. Les patients diabétiques :

Le diabète augmente le risque d'altération de la cicatrisation et d'infection post-opératoire. Par conséquent, si la maladie n'est pas contrôlée, le traitement devra être différé jusqu'à ce que le diabète soit stabilisé.

Dans une revue de Marchand et al. de 2012 (19), les résultats montrent, chez des patients diabétiques bien contrôlés, un taux de succès de 85 à 95%, seulement légèrement inférieur à celui des populations saines non diabétique.

Toutefois, cette revue précise qu'il est nécessaire, pour atteindre ce taux de succès satisfaisant, d'éradiquer les co-morbidités comme la mauvaise hygiène bucco-dentaire ou le tabagisme, et de mettre en place des mesures préventive contre l'infection (antibiothérapie). De plus, elle conclue sur la nécessité de la mise en place d'un dialogue entre le chirurgien-dentiste et le diabétologue pour maximiser les chances de succès du traitement implantaire. Ce dernier point semble peu compatible avec les soins pratiqués à l'étranger.

Quoi qu'il en soit, pour implanter chez un patient diabétique, il faudrait au minimum s'assurer que le diabète est bien équilibré, avec un bilan sanguin récent (réalisé au cours des 3 derniers mois) montrant une hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieure ou égale à 7% (Haute Autorité de Santé). Il paraît difficile à croire que dans le cadre du tourisme dentaire, le praticien reporte à un prochain voyage l'intervention, par défaut d'un document attestant de l'équilibre diabétique du patient.

b. Les patients irradiés :

Les contacts avec les médecins spécialisés (cancérologue, radiothérapeute) sont primordiaux.

En effet, à la suite d'une radiothérapie, le risque d'infection augmente (immunodépression), la cicatrisation est moins efficace (vascularisation osseuse altérée) et une ostéoradionécrose peut apparaître.

Dans une étude rétrospective de 2005 incluant des patients implantés de 1982 à 2003, Moy et al. (20) rapporte un taux de survie implantaire chez des sujets irradiés de 68,18%. Toutefois, dès 1998, Esposito et al. (21) affirmait qu'il ne fallait pas considérer l'irradiation d'un site osseux comme étant une contre-indication à la mise en place d'implant dentaire.

La mise en place d'implants chez des patients irradiés est donc possible, mais l'entente pluridisciplinaire est inévitable. La notion de bénéfice-risque intervient alors et la décision doit être prise avec le patient après qu'il est été prévenu de tous les risques encourus par un consentement éclairé. Il est par exemple admis, si cela est réalisable en fonction du *timing* thérapeutique, que d'implanter avant la radiothérapie constitue une alternative séduisante : il est moins risqué d'irradier un implant que d'implanter en territoire irradié.

L'absence de réelle consultation pré-implantaire dans le cadre du tourisme dentaire ne semble pas être compatible avec la mise en place d'une chronologie stricte. Il est déjà difficile de mettre en place une entente pluridisciplinaire au niveau local en France, il paraît utopique de réussir à le faire dans le cadre du tourisme dentaire où plusieurs centaines de kilomètres peuvent séparer les différents professionnels de santé.

c. Les sujets âgés :

L'implantologie chez les personnes âgées n'est pas contre-indiquée. Cependant il convient de s'assurer de l'état de santé général du patient car d'éventuelles médications peuvent entraîner des complications, et de s'assurer de sa capacité motrice, primordiale pour l'hygiène.

La liste des médicaments peut être obtenue par un interrogatoire, mais la capacité motrice du patient ne peut être réellement objectivée que par l'examen clinique antérieur à la pose d'implant, inexistant dans le cadre du tourisme dentaire.

d. Les enfants et adolescents :

Avant de réaliser un thérapeutique implantaire, il faut attendre la fin de la croissance maxillaire. En effet, des études menées par Thilander et al. (22) et Brugnolo et al. (23) ont souligné la nécessité d'attendre la fin de la croissance chez l'adolescent afin d'éviter qu'une prothèse implanto-portée unitaire ne se retrouve en infraclusion par rapport aux dents naturelles adjacentes. L'implant se comporte comme une dent ankylosée et ne suit donc pas la croissance verticale de l'os. Dès lors, la prothèse collée transitoire ou définitive, avec ou sans préparation, apparaît comme la solution de choix pour les enfants et les adolescents.

Une pratique raisonnée, aussi bien en France qu'à l'étranger, permet d'éviter d'éventuelles complications entraînées par la pose d'implants chez des patients n'ayant pas terminé leur croissance osseuse.

e. Les patients atteints de parodontites :

La présence d'une parodontite représente un risque infectieux non négligeable pour l'acte implantaire. En effet un site parodontal infecté peut contaminer l'implant. Dès lors, il est important de traiter la maladie parodontale en amont de l'implantation et de réaliser un suivi méticuleux.

De plus, beaucoup d'études (Heitz-Mayfield de 2009 (24) ou Smeets de 2014 (25) par exemple) montrent que des antécédents de parodontite chez des patients forment un risque de complication non négligeable pour l'implantologie.

Une parodontite peut être supposée sur la radiographie panoramique demandée par les organismes de tourisme dentaire. Cependant, l'examen clinique est indispensable à la réalisation d'un diagnostic précis. Il paraît alors peu probable que le praticien étranger renvoie le patient en France après un simple surfaçage et des consignes d'hygiène, et ainsi reporte la mise en place des implants.

f. Les patients tabagiques :

D'après une méta-analyse d'Esposito et al. (26) de 1998, les patients tabagiques auraient un taux d'échec deux fois plus important. En 2000, l'étude de Tarragano et al. (27) montre un taux de succès de 84% chez les fumeurs contre 97% chez les non-fumeurs.

Le tabagisme forme donc un risque majeur d'échec en implantologie. Pour pallier aux effets néfastes du tabac en implantologie, Bain en 1996 (28), préconise un arrêt du tabac une semaine avant et 8 semaines après la pose d'implant.

Il convient donc d'identifier les patients fumeurs, d'instaurer un protocole d'arrêt du tabac avant la pose des implants avec l'aide de substituts nicotiniques par exemple.

La consultation pré-implantaire permet notamment au chirurgien-dentiste d'informer le patient sur les risques d'échecs liés au tabac. De plus, elle permet au praticien de faire prendre conscience au patient fumeur de sa part de responsabilité dans un potentiel échec implantaire, ainsi que de lui proposer une aide adaptée.

Dans le contexte du tourisme dentaire, l'absence de cette consultation ne permet pas au chirurgien-dentiste étranger d'avoir le même impacte quant à l'arrêt du tabac pour la thérapeutique implantaire.

g. Les patients souffrant de troubles de l'occlusion :

Quelle que soit la discipline concernée, l'occlusion est la clé du succès à long terme de toutes les thérapeutiques dentaire.

Les particularités occlusales des prothèses sur implants viennent du fait qu'il n'existe pas de récepteurs desmodontaux autour des implants qui sont ankylosés dans l'os. Cette absence de « capteurs » entraîne une modification de la physiologie de l'appareil manducateur qu'il est nécessaire de prendre en compte pour pérenniser les thérapeutiques implantaires.

Une étude rétrospective de Chrcanovic et al. de 2016 (29), incluant 2670 patients ayant reçu 10096 implants, montre que le bruxisme est un facteur de risque statistiquement significatif dans les thérapeutiques implantaire.

Au delà du bruxisme, d'autres troubles de l'occlusion comme les malpositions dentaires peuvent entraîner des forces occlusales en porte-à-faux par rapport à l'axe implantaire.

Il convient donc de réaliser un examen occlusal pré-implantaire permettant :

- d'appréhender le fonctionnement, le niveau d'adaptation et éventuellement l'évolution du système manducateur d'un patient
- de rechercher toutes les perturbations, les altérations et les anomalies occlusales
- de poser un diagnostic de la fonction occlusale
- de prendre une décision thérapeutique, en particulier relative au schéma occlusal de la future prothèse.

Dans le cas où l'étude occlusale révélerait un trouble de l'occlusion, il est primordial de le prendre en compte et d'essayé de le traiter et de le stabiliser avant d'aborder la moindre restauration prothétique implanto-portée.

Dès lors, dans le cadre du tourisme dentaire, l'absence de consultation pré-implantaire et la contrainte de temps ne permette pas de mener une pratique implantologique adaptée concernant l'occlusodontie.

B. Echecs et complications initiés durant la phase chirurgicale

Les échecs et complications initiées durant la phase chirurgicale sont à mettre en rapport avec l'expérience et la dextérité de l'implantologue. Il existe des praticiens plus ou moins confirmés, en France comme ailleurs. En partant de ce prorata, les risques de complications initiées durant la phase chirurgicale ne devraient pas différer de ceux présents en France.

1. Lésions neurologiques

La chirurgie implantaire peut provoquer des lésions nerveuses qui peuvent être touchés par l'aiguille utilisée pour l'anesthésie, étirés par l'élévation du lambeau ou comprimés lors de la mise en place de l'implant.

Pour minimiser ce risque, il est nécessaire de connaître parfaitement l'anatomie à l'aide d'une étude radiographique en trois dimensions. L'utilisation de guides chirurgicaux peut aussi aider à préserver les structures adjacentes dans certains cas complexes.

Nous ne pouvons l'affirmer, mais dans le cadre du tourisme dentaire, la contrainte évidente de temps ne doit pas pousser le praticien à réaliser systématiquement ces radiographies en trois dimensions. Ces derniers s'exposeraient donc à de plus grands risques de lésions neurologiques.

2. Échauffement osseux lors du forage

L'échauffement osseux lors du forage du lit implantaire est l'une des premières causes d'échec en implantologie. Celui-ci va être provoqué par les forces de frottement créées par l'insertion du foret dans l'os.

Eriksson et Albrektsson ont montré en 1983 (30) que la température ne pas dépasser lors de la préparation du site osseux ou lors du vissage de l'implant était de 47°C pendant 1 minute. Au delà, une réaction fibreuse de l'os survient, entraînant la fibro-intégration de l'implant.

Pour maîtriser cet échauffement il convient d'utiliser des instruments :

- non usés, avec une efficacité de coupe maximale
- irrigués fréquemment avec du sérum physiologique
- à une vitesse de rotation adaptée à la séquence de forage surtout lors du forage terminal car les cellules osseuses potentiellement lésées à ce stade sont directement au contact de l'implant

Concernant ce risque, rien ne nous laisse penser qu'il serait plus important dans le cadre du tourisme dentaire. Un praticien consciencieux et expérimenté mettra tout en œuvre pour éviter cette complication.

Toutefois, Ericsson et Alberktsson précise qu'une douleur au 3^{ème} jour post-opérateur signe un pronostic très réservé quant à la pérennité de l'implant. Cette douleur peut être due à la compression engendrée par l'hyperhémie consécutive au dépassement de la température de 47°C. Dès lors, Bert et Leclercq préconisent une dépose systématique de l'implant. (31)

Concernant les soins à l'étranger, il apparaît ici que le patient, déjà de retour en France, ne peut se faire déposer l'implant par le praticien l'ayant mis en place et est contraint de consulter un praticien français en urgence.

Ce changement de praticien et le délai potentiellement plus long avant que le patient ne se décide à aller consulter un autre chirurgien-dentiste peuvent former une perte de chance concernant la thérapeutique implantaire.

3. La compression osseuse

La compression osseuse est liée à la rétention primaire de l'implant dans l'os. En effet, l'avenir de l'implant dépend de son immobilisation suffisante mais pas excessive. Celle-ci varie selon la densité osseuse, le type de foret terminal utilisé et le couple de serrage exercé.

La compression excessive de l'os va occasionner une compression des canalicules, l'arrêt de la vascularisation et une ischémie des cellules osseuses. Cette ischémie va entraîner à court terme une nécrose et la formation d'un tissu fibreux.

Pour obtenir une stabilité primaire de l'implant satisfaisante avec une compression osseuse correcte, il faut :

- déterminer la densité osseuse en fonction du site implantaire et du ressenti lors des différentes séquences du forage.
- choisir judicieusement le foret terminal à utiliser et ce en fonction de la densité osseuse (certains fabricants proposent des forets terminaux différents selon la situation de l'implant).
- exercer un couple de serrage ne dépassant pas les 25N/cm (32)

Tout praticien confirmé sait se prémunir contre ce risque. Toutefois, comme pour l'échauffement osseux, une douleur au 3^{ème} jour peut apparaître lors de la nécrose réactionnelle des tissus. Bert et Leclercq préconise ici aussi une dépose systématique de l'implant. (31)

Comme nous l'avons vu plus haut, dans le cadre du tourisme dentaire, cette douleur au 3^{ème} jour se manifestera une fois le patient de retour en France. Il devra donc consulter un chirurgien-dentiste français en urgence pour la dépose de l'implant.

4. Défaut d'asepsie

Les complications infectieuses peuvent être en rapport avec une contamination externe ou une infection préalable du site implantaire. (33)

Dans ces deux situations il y a une action nocive sur l'os. La présence de bactéries et l'inflammation provoquée, induit des résorptions osseuses importantes péri-implantaires.

Même si Bränemark préconisait des conditions d'asepsie draconiennes (type hospitalière), une étude de Scharf et Tarnow de 1993 (34) montre un taux d'ostéointégration identique (98%) entre les implants posés au cabinet de ville et ceux posés en milieu hospitalier. Selon eux, le seul impératif consiste à retirer l'implant stérile de son emballage à l'aide d'un instrument stérile, et de le placer directement dans le site osseux.

En France comme ailleurs, un praticien consciencieux ne mettra pas en place chez son patient, un implant pouvant avoir été contaminé. Aucune contraintes inhérentes au tourisme dentaire n'empêcheraient un praticien étranger de respecter les règles d'asepsies élémentaires.

5. Défaut de stabilité primaire

Un implant doit être parfaitement stabilisé dans l'os à la fin de l'intervention. La moindre instabilité entraînerait sa fibro-intégration. Les causes principales de cette instabilité sont la mise en place d'un implant dans un os de type IV et une préparation excessive du site osseux receveur.

Concernant la préparation excessive, il est possible de mettre directement un implant en place de diamètre supérieur.

Une autre solution consiste à refermer le site et à différer la pose de 6 à 8 semaines laissant apparaître un os néoformé sur les bords et au fond de l'alvéole. Cette technique s'appelle la stimulation endostée par fraisage et a été développé par Bert et al. en 1989. (35)

Concernant l'os de type IV, il se trouve principalement au maxillaire, dans la région tubérositaire. Le principal écueil de cet os est le nombre insuffisant de trabécules osseuses pour immobiliser correctement l'implant. Dès lors, pour placer un implant de cet os, si la stabilité primaire ne peut être atteinte, une stimulation endostée par fraisage doit être réalisée et la pose différée.

Dans ces cas de défaut de stabilité primaire, la meilleure des stratégies est de différer la mise en place de l'implant après avoir foré, pour permettre la néoformation d'os.

Il est ici difficile à croire que les cliniques étrangères faisant du tourisme dentaire diffèrent la mise en place d'un implant, et oblige ainsi le patient à venir une fois supplémentaire engendrant, une fois encore, des frais de transport et d'hébergement.

La distance séparant l'habitation du patient de ces cliniques étrangères forment un obstacle évident à la prise de décisions cliniques réfléchies et pérennes.

6. Malposition implantaire

L'implant doit être posé dans une position dictée par la prothèse et non par la présence d'une quantité osseuse disponible.

En partant de ce prorata, il paraît absolument nécessaire de réaliser une planification précise des soins passant par une radiographie en trois dimensions, un examen clinique complet et une étude occlusale.

La prothèse doit être pensée en amont, les implants viennent à son service. Il est parfois plus coûteux, plus contraignant et plus exigeant cliniquement de réaliser une greffe osseuse ou un *sinus lift* plutôt que de mettre l'implant où il y a de l'os, mais cela est nécessaire pour faire de sa réhabilitation, une thérapeutique pérenne.

Les contraintes de temps inhérentes au tourisme dentaire ne permettent pas de telle planification, il paraît alors difficile à croire que la pérennité de la prothèse soit la priorité absolue de ces traitements reçus étrangers, d'autant plus qu'ils n'auront ni suivi, ni retour.

C. Echecs et complications initiés lors de la phase de cicatrisation

1. Infection

Lorsqu'ils sont en bonne santé, les tissus mous péri-implantaires forment un collet autour de la jonction entre l'implant et le pilier (ou la prothèse). Ils sont constitués d'une composante épithéliale et d'une composante conjonctive. L'épithélium est séparé de l'os marginal péri-implantaire par 1 à 1,5 mm de tissu conjonctif.

Quand la muqueuse péri-implantaire est saine, il n'y a aucun signe clinique d'inflammation (pas de saignement au sondage), un équilibre s'établit entre l'exposition microbienne et la réponse immunitaire.

Les infections péri-implantaires résultent d'un déséquilibre entre les attaques du biofilm bactérien et des défenses immunitaires, entraînant un processus inflammatoire :

- La mucosite péri-implantaire est définie comme la présence de signes cliniques d'inflammation de la muqueuse péri-implantaire (saignement au sondage), sans perte de support osseux. (36)
- La péri-implantite est définie comme la présence de signes cliniques d'inflammation de la muqueuse péri-implantaire (saignement au sondage) et d'une perte de support osseux. Dans ce cas on peut avoir des profondeurs de sondage dépassant 5mm, avec suppuration, (36)

Il existe plusieurs facteurs de risque d'infection péri-implantaire (mucosite péri-implantaire ou péri-implantite) :

- Une mauvaise élimination de la plaque dentaire (37)
- Une largeur insuffisante de la muqueuse kératinisée (38)(39)(40)
- Des facteurs de risques iatrogènes :
 - Pendant la phase chirurgicale : un défaut de positionnement des implants et des techniques de greffe inadéquates ne permettent pas de laisser assez de place pour les gestes d'hygiène buccodentaire (41)
 - Pendant la phase prothétique : l'association entre les prothèses implantoportées restreignant les gestes d'hygiène buccodentaire, et les péri-implantites est clairement démontrée par Serino et Ström en 2009. (42)
- Des facteurs de risques systémiques :
 - Le tabagisme peut accroître le risque d'infection péri-implantaire en altérant de façon chronique de nombreuses composantes du système immunitaire et des mécanismes inflammatoires. (43)
 - Le diabète de type I pouvant entraîner une altération des mécanismes d'inflammation aboutissant à une dérégulation des défenses de l'hôte, à des troubles de la circulation et à des problèmes microvasculaires. (44)

Pour Giovannoli et Renvert, en 2012 (45) : « Dans la mesure où les maladies péri-implantaires sont des maladies inflammatoires d'origine infectieuse associées à la présence de micro-organismes, il est essentiel de maîtriser l'infection. Ainsi, l'élimination du biofilm sur la surface implantaire est le premier objectif à atteindre dans le traitement des mucosites et des péri-implantites. »

Il est donc acquis qu'à praticien d'expérience équivalente, l'élément essentiel conditionnant la survenue potentielle d'une infection au cours de la phase de cicatrisation est donc l'observance du patient concernant les gestes d'hygiène buccodentaire. Il est alors possible de penser, concernant le tourisme implantaire, que le faible temps consacré aux explications et que la barrière de la langue (un niveau modeste de français du praticien ne pouvant assurer une entière compréhension de la part du patient) diminuent les chances d'observance par le patient des consignes d'hygiène.

Il est important aussi de remarquer que l'absence de suivi inhérent au tourisme dentaire ne permet pas la maintenance professionnelle du praticien à l'aide d'instruments adaptés.

2. Forces incontrôlées exercées sur l'implant

Tous les devis que nous avons demandés auprès des organismes de tourisme dentaire comprenaient deux temps cliniques. Un premier temps chirurgico-prothétique comprenant la mise en place de l'implant et la réalisation de la prothèse provisoire, et un deuxième temps prothétique après une période de cicatrisation variable (de 2 à 5 mois) pour mettre en place la prothèse définitive.

Il est alors possible de parler de « mise en charge immédiate » tel que le définissent Degidi et Piatelli en 2003 (46): « Cette dénomination doit être réservée aux implants chargés prothétiquement (provisaires ou définitifs) dans les 48 heures après l'intervention chirurgicale ».

Historiquement, le protocole initial décrit par Branemark et al. en 1969 (47) impose un enfouissement de l'implant pendant une période de quelques mois, afin de garantir sa parfaite immobilisation et l'adhésion de l'os à sa surface. Il y a alors 3 temps cliniques : enfouissement de l'implant, dégagement du col de l'implant avec mise en place de la vis de cicatrisation et la phase prothétique.

C'est à partir des années 1995 que ce protocole précis est remis en question par Tarnow et al. (48) montrant des résultats de mise en charge immédiate équivalents à la mise en nourrice de l'implant pour des prothèses de grande étendue. Ce nouveau protocole est basé sur l'idée que des forces exercées sur l'implant peuvent stimuler l'apposition osseuse.

Toutefois, Lindhe précise en 2002 (49) que « la mise en charge immédiate ou différée dépend de l'occlusion : les implants répartis en arc de cercle rigide contribuent à l'annulation des forces visant à désinclure les implants. La dent unitaire étant une contre-indication à la mise en charge immédiate ».

L'utilisation de la mise en charge immédiate est donc situationnelle et devrait faire suite à une décision réfléchie en fonction d'un certain nombre de critères comme la stabilité primaire ou le nombre et la répartition des implants mis en place. Dans le cas contraire, Szmukler-Moncler et al. ont montré en 2000 que la présence de micromouvements dépassant un seuil critique de tolérance pourrait être à l'origine de l'échec implantaire par encapsulation fibreuse. (50)

Le recours systématique à la mise en charge immédiate qui semble être pratiqué dans le cadre du tourisme dentaire ne devrait pas permettre aux praticiens étrangers d'obtenir un taux de succès équivalent au circuit implantaire français classique.

D. Echecs et complications initiés lors de la phase prothétique

1. Prise d'empreinte

La prise d'empreinte en prothèse implantaire est une étape clinique fondamentale qui conditionne le succès du traitement.

Le praticien à le choix entre différentes techniques : l'empreinte classique de prothèse, l'empreinte fermée de repositionnement ou l'empreinte à ciel ouvert (*pick-up*).

La prise d'empreinte étant praticien-dépendante, les contraintes liées au tourisme implantaire n'interfèrent aucunement dans la réalisation d'une bonne empreinte implantaire, nous avons donc décidé de ne pas s'étendre sur ce point.

2. Résidus de ciment dans le sulcus péri-implantaire

Pour mettre en place une prothèse sur un implant, il existe deux grands principes : le principe de la prothèse scellée et le principe de la prothèse vissée.

A l'heure actuelle, la prothèse scellée semble avoir pris le pas sur la prothèse vissée, ceci pour des raisons de commodités et de similarités avec la prothèse dento-portée. Toutefois le débat reste très animé car chacune de ces techniques présente des avantages et des inconvénients.

Concernent la prothèse scellée, le risque majeur est que des excès de ciment persistent sous la gencive libre, ce qui a été associé à la péri-implantite. Ces particules de ciment restées dans le sulcus péri-implantaire peuvent avoir des conséquences sérieuses, allant jusqu'à la perte de l'implant.

Une étude de Wilson de 2009 (51), met en évidence que 81% des implants pris en charge dans l'étude ayant des restes de ciment dans le sulcus, sont associés à une péri-implantite. Et dans 74% de ces cas, l'élimination des excès de ciment permet la guérison de la péri-implantite.

Dès lors, un praticien consciencieux, quelque soit sa nationalité, s'assurera de l'absence de résidus de ciment dans le sulcus péri-implantaire après avoir scellé sa prothèse.

Toutefois, une visite de contrôle à moyen terme pourrait permettre, le cas échéant, d'éliminer un éventuel reste de ciment permettant ainsi, comme le stipule Wilson dans son étude, d'obtenir un nombre satisfaisant de guérisons.

Dans le cadre du tourisme dentaire, aucune visite de contrôle n'est prévue après la mise en place de la prothèse. Il apparaît ici qu'un reste éventuel de ciment ne pourrait être mis en évidence par le praticien. Ce reste pourrait alors engendrer une péri-implantite pouvant aller jusqu'à une perte de l'implant si le patient ne se décide pas à consulter un praticien français.

E. Echecs esthétiques

Les complications esthétiques apparaissent le plus souvent à court terme, mais parfois aussi à long terme.

Ces complications à court terme sont le plus souvent immédiates et intéressent quasi systématiquement le maxillaire supérieur. Elles sont liées à un manque de préparation du cas clinique ou à une chirurgie mal réalisée et vont des dents unitaires à des reconstructions de plus grande étendue. (52)

Les complications esthétiques à long terme concernent essentiellement le remplacement unitaire d'une incisive centrale par un implant. Behrents a montré en 1989 (53) que la croissance du maxillaire était continue, et comme l'implant est ankylosé dans l'os, des échecs esthétiques portant sur la ligne du sourire peuvent survenir après plusieurs années. (52)

Plusieurs classifications permettent d'appréhender la réussite esthétique comme le « Pink Esthetic Score (PES) » de Furhauser et coll. de 2005 (54) portant sur les tissus mous ou l'indice de Cardaropoli de 2004 (55). Nous avons décidé de ne pas aborder ce point.

Quelque soit la survenue précoce ou tardive des complications esthétiques, elles forment de véritable échecs implantaires si elles ne sont pas prises en charge.

Deux éléments propres au tourisme dentaire peuvent aller à l'encontre d'une pratique implantologique sereine sur le plan esthétique :

- Le faible niveau de préparation des chirurgies implantaires, ne permettant pas d'appréhender au mieux les caractéristiques propres à chaque patient, indispensable pour la réussite esthétique de ces thérapeutiques.
- Les difficultés de prise en charge en cas d'échec esthétique. Nous ne pouvons l'affirmer, mais en supposant que la clinique étrangère accepte une réintervention à visée esthétique, le coût du transport et d'hébergement serait encore une fois à la charge du patient. Il apparaît ici que le patient, poussé par les arguments marketings d'économie de temps et d'argent, se verrait prodiguer une thérapeutique toute aussi longue et onéreuse que dans le circuit français classique.

- En termes de compétences des praticiens, de règles d'asepsie et de matériaux utilisés, rien ne nous laisse penser à de réelles différences entre la France et l'étranger.
- Toutefois, trois spécificités du tourisme dentaire pourraient aller à l'encontre d'une pratique sereine et raisonnée de l'implantologie :
 - La barrière de la langue
 - La limite de temps
 - L'absence de suivi
- Aucune étude quantitative ou qualitative ne porte sur les taux d'échec implantaire dans le cadre du tourisme dentaire. Les différents problèmes, inhérent à ce phénomène, soulevés au cours de ce travail pourraient former des pistes à approfondir.

III. Prise en charge de ces patients de retour en France

Une fois de retour en France, les patients du tourisme dentaire ont besoin d'une continuité des soins, que ce soit pour des visites de contrôle, pour la suite du traitement ou pour d'éventuelles complications. Cette continuité des soins va être assurée par les praticiens français qui doivent alors prendre un certain nombre de précautions pour se prémunir contre d'éventuelles poursuites.

Malgré des difficultés spécifiques liées aux patients issus du tourisme dentaire, les précautions à prendre lors de la première consultation ne diffèrent aucunement de celles à prendre lors de la venue au cabinet de n'importe quel nouveau patient.

Nous avons décidé de nous focaliser sur ces précautions ainsi que sur les différentes difficultés spécifiques pouvant être rencontrées face aux patients issus du tourisme dentaire.

■ Une idée reçue sur le suivi et la continuité des soins en France

Le suivi est possible en France auprès de n'importe quel dentiste : c'est la notion de continuité des soins.

La loi française permet donc à chacun de bénéficier, au retour de soin, d'un suivi adapté par tout professionnel de santé en France, son refus étant une entrave au code de la santé publique, s'il nuit de ce fait à son patient (article R. 4127 - 232).

Figure 23 : Extrait du dépliant « Se faire soigner en Hongrie (ou dans un autre Etat membre de l'UE) » abordant la continuité des soins en France.

A côté des problématiques concernant le chirurgien-dentiste français, il est important de noter qu'en cas d'échecs implantaires, suite à des soins à l'étranger, les patients sont **soumis au droit local** et devront donc porter plainte dans le pays de soins.

Il apparaît alors long et difficile d'obtenir gain de cause dans ces potentielles poursuites envers le chirurgien-dentiste étranger. Ces procédures judiciaires, les sanctions potentielles ainsi que les indemnités éventuels diffèrent selon le pays de soin, nous avons décidé de ne pas aborder les spécificités de l'organisation judiciaire de chacun des pays accueillant le tourisme dentaire.

A. Cadre juridique

1. Rappels juridiques

La profession de chirurgien-dentiste est l'une des trois professions médicales (avec celles de médecin et de sage-femme) régies par les dispositions du livre 1^{er} de la quatrième partie du Code de la santé publique. La capacité professionnelle du chirurgien-dentiste est limitée à certains domaines fixés par la loi, mais, dans le cadre ainsi tracé, **le chirurgien-dentiste agit en toute indépendance professionnelle**.

La loi définit le champ de la **capacité professionnelle du chirurgien-dentiste** : la pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le Code de déontologie de la profession.

De nombreux contentieux guettent le praticien au cours de son exercice professionnel : civil, pénal, disciplinaire ou administratif. A ceux-là s'ajoutent le contentieux général de la sécurité sociale, le contentieux conventionnel et celui des pénalités administratives décidées par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

La responsabilité civile est prévue par le Code civil et est engagée devant les juridictions civiles : tribunal d'instance, tribunal de grande instance, cour d'appel et cour de cassation. Elle peut être de deux types : responsabilité contractuelle et responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle.

Depuis l'arrêt Mercier de 1936, le chirurgien-dentiste libéral était lié à son patient par un **contrat médical**. Fondé sur l'article 1147 du Code civil, cette **responsabilité contractuelle** correspond à l'obligation pour le contractant de réparer un dommage résultant de l'inexécution du contrat. Celle-ci a été progressivement précisée et façonnée par la jurisprudence, avant que cette dernière n'évolue vers un fondement légal. En effet les arrêts du 3 juin 2010 (56) et du 14 octobre 2010 (57), transforment la responsabilité contractuelle du chirurgien-dentiste au profit d'un **fondement légal** issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients (58). Les obligations de ces derniers sont alors entièrement définies par la loi, de sorte que le **fondement contractuel**, précédemment en vigueur, revêt à présent un caractère artificiel.

Cette évolution **efface progressivement la démarcation entre la responsabilité contractuelle et la responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle** du praticien, qui pouvait être engagé entre le praticien et son patient en dehors d'un contrat médical ou à l'égard des tiers.

La responsabilité pénale a pour objet de sanctionner un fait volontaire ou involontaire portant atteinte à l'ordre public et cela même en l'absence de préjudice. Les infractions pénales sont limitativement énumérées et précisément définies par les textes. Elles sont classées, suivant leur gravité en contraventions, délits et crimes relevant respectivement des tribunaux de police, correctionnels et des cours d'assises.

Mais cette responsabilité pénale est **relativement peu invoquée pour les chirurgiens-dentistes**.

La responsabilité administrative est l'obligation pour l'administration de réparer les préjudices causés par son activité ou celle de ses agents. Elle est engagée devant les juridictions administratives : tribunal administratif, cour administrative d'appel et conseil d'Etat. Cela concerne les chirurgiens-dentistes exerçant en milieu hospitalier par exemple.

La responsabilité disciplinaire concerne les manquements aux obligations professionnelles. C'est le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes qui peut prononcer des sanctions allant de l'avertissement à la radiation du tableau de l'ordre.

2. Obligation de soins

D'après l'Article R. 4127-211 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, le praticien « doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou **leur état de santé**, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

De plus, l'Article R. 4127-232 donne des précisions sur le refus de soins : « **Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles**, à condition : de ne jamais nuire de ce fait à son patient ; de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles ».

Dès lors, il appartient au praticien français d'accepter ou non de réaliser les visites de contrôle et de maintenance pour un nouveau patient ayant réalisé la totalité des soins via le tourisme dentaire.

Il en est de même pour les patients ayant réalisé une partie seulement de leurs soins grâce au tourisme dentaire. Le praticien français pourra poursuivre ou non le traitement initié par son confrère étranger.

De plus, dans le cas où le praticien déciderait de poursuivre les soins, la liberté thérapeutique (ou indépendance professionnelle) permet au praticien français d'adopter ou non le raisonnement et le traitement déjà réalisé. Sa responsabilité est alors entière puisqu'elle est le corolaire de sa liberté thérapeutique.

Mais dans la majorité des cas, ce sont des **complications sérieuses** qui amènent un patient ayant eu recours au tourisme dentaire à consulter un praticien français, lequel **n'aura, par conséquent, d'autre choix que de l'accueillir en consultation d'urgence**.

En implantologie, il y a schématiquement trois raisons pouvant pousser le patient à venir consulter un chirurgien-dentiste en urgence :

- Douleur : péri-implantite ou douleur du 3^{ème} jour par exemple.
- Mobilité de l'implant : mauvaise intégration initiale de l'implant, occlusion traumatogène ou fracture d'un élément de l'implant.
- Descellement d'une couronne supra-implantaire.

3. Responsabilité contractuelle du praticien

Concernant la prise en charge des patients ayant eu recours au tourisme dentaire, c'est généralement la responsabilité contractuelle du praticien qui est engagée.

Le caractère désormais légal de la relation médicale, conserve le principe d'**obligation de moyens**. Mais lors de la pose d'une prothèse, la responsabilité du praticien est accrue et il assume une **obligation de résultat** en tant que fournisseur de la prothèse.

En dehors cette obligation de résultat, où la responsabilité du chirurgien-dentiste est engagée du seul fait de la non-réalisation du résultat promis ; **la responsabilité du chirurgien-dentiste est subordonnée à l'existence de trois éléments : un fait dommageable, un préjudice et une relation de causalité entre les deux.**

La faute correspond au manquement à une obligation découlant du contrat médical le liant à son patient. Cela peut résider dans un manquement au devoir d'humanisme médical comme le défaut d'information ou le défaut de consentement, mais aussi dans une faute technique où les soins réalisés ne seraient pas conformes aux règles de l'art.

Le lien de causalité est le fait d'imputer aux actes réalisés par le chirurgien dentiste, le préjudice subi par le patient, et ce, de manière indiscutable.

Enfin, pour déterminer les préjudices fonctionnels ou structurels causés, la difficulté majeure est de réussir à préciser l'état antérieur à l'intervention du praticien mis en cause. **Or ce sont essentiellement les pièces du dossier médical qui permettent d'approcher au mieux cet état antérieur.**

Lorsqu'un patient assigne un praticien devant le tribunal pour faire évaluer un dommage consécutif au préjudice qu'il estime avoir subi, il est évident que le magistrat n'a pas les compétences médicales pour dire si la requête est légitime et si le patient doit être indemnisé.

Lors de la première audience, le juge va désigner un expert judiciaire et lui donne une mission précise pour éclairer le litige et les fautes éventuellement commises par le praticien.

Cette mission d'expertise devra permettre de **reconstituer l'historique des soins** ayant conduit à la procédure. Pour ce faire, la fiche médicale du patient sera le premier document qui sera réclamé au praticien par l'expert.

Puis l'expert rendra compte de la présence d'une faute du praticien et éventuellement d'un rapport de causalité entre celle-ci et le préjudice subi.

L'expertise permet donc d'éclairer le juge sur des questions techniques, mais les conclusions de l'expert ne lient pas le juge qui doit replacer l'expertise dans le contexte général de l'affaire.

Quoi qu'il en soit, il apparaît ici d'une importance capitale pour le praticien mis en cause, d'avoir porté une attention toute particulière à la tenue des dossiers de ses patients.

4. L'importance du dossier médical

En cas de procédure judiciaire, le praticien devra donc être en mesure de prouver les soins que lui-même a réalisés et de les distinguer de ceux précédemment effectués. A ce titre, **le dossier médical constitue le juge de paix devant les tribunaux**. Il doit être suffisamment renseigné pour permettre de reconstituer la chronologie des diagnostics et traitements effectués par les différents praticiens.

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

Il n'existe pas de texte imposant aux chirurgiens-dentistes de tenir un dossier médical, de plus, aucune règle ne décrit le contenu du dossier.

Toutefois, la responsabilité médicale peut être engagée durant 10ans (depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients) (58). Il est donc recommandé de conserver les dossiers durant toute cette période.

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations en mai 2000 dans « Le dossier du patient en odontologie » (59), portant sur le contenu des dossiers patients.

Il est recommandé que le dossier du patient contienne au minimum les données suivantes :

- Données administratives :

Numéro de consultant	Indispensable
Nom	Indispensable
Prénom	Indispensable
Symbole pour signaler les homonymes	Préférable
Titre civil : Madame, Mademoiselle, Monsieur	Préférable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Lieu de naissance	Indispensable
Adresse complète	Indispensable
Téléphone domicile	Indispensable
Téléphone professionnel	Préférable
Numéro de Sécurité sociale	Indispensable
Code du chef de famille	Préférable
Profession	Préférable
Date 1 ^{er} soin ou rendez-vous	Indispensable
Date dernier soin ou rendez-vous	Préférable
Codification de l'organisme de remboursement pour la part obligatoire	Préférable
Nom et prénom de l'assuré	Préférable
Codification de l'assurance complémentaire	Préférable
Tuteur, curateur, tiers payeur	Indispensable
Correspondants	Indispensable

Figure 24 : Liste des données administratives retenues par les recommandations de la HAS.

Source : « Le dossier du patient en odontologie » mai 2000 Haute Autorité de Santé.

- Données cliniques :
 - o Les motifs de consultation, l'anamnèse médicale et odontologique
 - o Les données de l'examen clinique qui comprend un examen exobuccal et endobuccal
 - o Un schéma bucco-dentaire clair avant traitement et un après
 - o Les résultats des examens complémentaires : examens radiographiques, modèles d'études, etc.
 - o Les diagnostics
 - o Les échanges avec les autres professionnels de santé
 - o Les plans de traitement
 - o Les traitements
 - o Le suivi thérapeutique dont les modalités doivent être précisées dans le contrat avec le patient : fréquence de suivi, examens de contrôle
 - o La prévention : calendrier des actes de prévention
 - o Les pièces à conserver dans le dossier : fiches de consentement aux soins le cas échéant, double des prescriptions et des certificats, fiches d'incidents de toutes sortes, radiographies ou reçu de remise au patient et détail des radiographies remises, nature des matériaux mis en bouche, etc.

Il est primordial que le praticien s'impose de réaliser un examen complet des patients lors de la première consultation. Et ce, particulièrement concernant les patients ayant eu recours au tourisme dentaire car cela **permet de fixer, dans le dossier médical, l'état initial du patient.**

Or, comme nous l'avons vu, la présence d'une complication antérieure à cette première consultation ne pourra être incombée au praticien si celui-ci prouve qu'elle était déjà présente avant.

Dans ce contexte, il paraît primordial de réaliser systématiquement dans le cas d'une première consultation :

- o un examen clinique complet : en répertoriant dans le dossier médical chaque lésion éventuelle avec son diagnostic précis
- o des examens radiographiques : radiographie panoramique et rétro-alvéolaire
- o des photographies

Toutes ces données doivent apparaître dans le dossier médical du patient afin de pouvoir établir, le cas échéant, l'état initial de celui-ci.

B. Problématiques rencontrées

1. Historique dentaire

Lorsqu'un patient issu du tourisme dentaire se présente au cabinet, la situation peut ressembler à celle du patient s'adressant à un nouveau praticien suite à un changement de domicile, ou à une rupture du contrat de soins par perte de confiance. Dans ce dernier cas, les deux confrères doivent se mettre en contact pour une communication intégrale du dossier du patient via ce dernier.

Mais, dans le cas d'un patient ayant réalisé des actes à l'étranger, l'accès complet au dossier du patient et la possibilité de le comprendre clairement forme une différence importante. En effet, la barrière de la langue, les habitudes de rédaction des praticiens consultés à l'étranger, la traçabilité des matériaux employés, sont autant de problèmes auxquels le praticien français devra faire face.

Un interrogatoire du patient pourra apporter au praticien de plus amples informations sur les actes réalisés, toutefois, il faudra savoir les décrypter et les tempérer.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, dans le cadre du tourisme dentaire :

- une unique thérapeutique est proposée au patient,
- aucun délai de réflexion ne lui est donné après l'explication du plan de traitement,
- le faible niveau de français des praticiens étrangers ne leurs permet pas de s'assurer l'entière compréhension du patient.

La notion de « consentement libre et éclairé » reste donc accessoire dans le cadre du tourisme dentaire, permettant, entre autres, aux organismes s'y rattachant, d'arborer de si faibles délais.

Par conséquent, le patient est souvent mal informé vis-à-vis des soins réalisés. Il apparaît alors important pour le praticien de mener d'autres investigations auprès de l'organisme ou directement du praticien, pour déterminer au mieux les antécédents dentaires du patient.

Il est alors facile d'imaginer le temps que pourrait passer le praticien avant d'obtenir la moindre information concernant son patient ; cela forme un véritable travail d'investigation auquel le praticien ne peut se soustraire s'il veut aborder le patient avec sérénité.

2. Implant inconnu

Lorsqu'un patient issu du tourisme implantaire se présente au cabinet pour la première fois, il est important de pouvoir identifier de manière simple les implants précédemment mis en place par nos homologues étrangers pour connaître l'accastillage adapté par exemple, mais ceci n'est pas toujours une tâche facile.

En France, les implants dentaires sont soumis à des règles de traçabilité particulières prévues aux articles R.5212-41 et R212-42 du Code de la santé publique. En application de ces textes, les chirurgiens-dentistes sont tenus d'inscrire dans le dossier médical du patient un certain nombre d'éléments permettant d'identifier les patients pour lesquels les dispositifs médicaux d'un lot ont été utilisés :

- le nom du praticien utilisateur
- la date d'utilisation
- le lieu d'utilisation
- l'identification du dispositif médical : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire

A l'issue des soins, le chirurgien-dentiste a aussi l'obligation de transmettre au patient un document mentionnant :

- l'identification du dispositif médical utilisé : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire
- le lieu et la date d'utilisation
- le nom du chirurgien-dentiste utilisateur

Pour ce faire, le conseil de l'ordre a créé en 2010 un passeport de « chirurgie implantaire » qu'il met à la disposition des chirurgiens-dentistes. (Figure 25)

Figure 25 : Passeport implantaire Français.
Source : Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

La directive européenne 93/42/CEE du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux a imposé des règles de mise sur le marché devant être obligatoirement transposées en droit national par chacun des pays membres. En France, cette transposition a été mise en place par diverses lois et décrets : loi n°94-43 du 18 janvier 1994, décrets n°95-292 du 16 mars 1995 et 96-32 du 15 janvier 1996.

Mais cette directive n'impose pas de traçabilité particulière concernant les implants dentaires. Malgré tout, la France a pris un certain nombre de mesures complémentaires concourant à la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux.

C'est le décret 2006-1497 du 29 novembre 2006 qui crée les articles R5212-36 à 42 relatifs aux modalités de mise en œuvre de la traçabilité des dispositifs médicaux, et qui sera précisé par l'arrêté du 26 janvier 2007 en y rattachant les implants dentaires.

Il n'y a donc aucune obligation européenne stipulant la remise au patient d'un document comportant des informations concernant les implants qui lui ont été posé.

Au vu de cette constatation, pour le moment, rares seront les patients issus du tourisme dentaire à se présenter au cabinet avec un document de traçabilité relatif à leurs implants.

Toutefois, l'ordre précise qu'un passeport implantaire à l'échelle européenne est à l'étude, et serait disponible à partir de 2019. En effet, Commission, Conseil et Parlement Européens se rapprocheraient pour soumettre l'implant dentaire à la future obligation généralisée en Europe, de délivrer des informations le concernant. (60)

Dans le cas où le patient ne posséderait aucun document concernant ses implants, il va falloir identifier ces derniers au travers de clichés radiographiques.

Le nombre de marques d'implants (en activité et disparues) est très important, il paraît alors difficile, même pour un œil expérimenté, d'identifier précisément chacun d'entre eux. C'est dans ce contexte que deux praticiens américains, les docteurs Nate Farley et Kent Howell, ont eu l'idée de créer le site www.whatimplantisthat.com afin d'aider à la reconnaissance radiologique des systèmes implantaires.

Ce site est une base de données d'images radiographiques implantaires référençant 952 images.

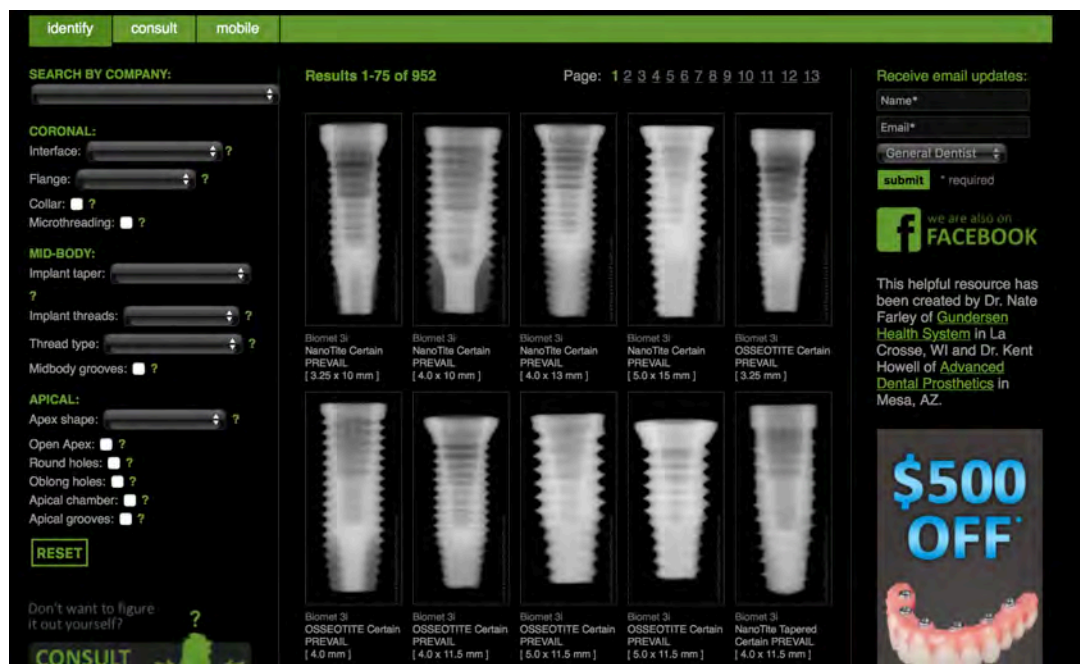


Figure 26 : Page d'accueil du site www.whatimplantisthat.com.

Source : www.whatimplantisthat.com.

Le site comprend un tutoriel qui explique quels sont les paramètres à observer sur une radiographie péri-apicale de l'implant (61) :

- caractéristiques de l'apex
- caractéristiques du col
- type de connexion
- forme du corps de l'implant
- caractéristiques du filetage

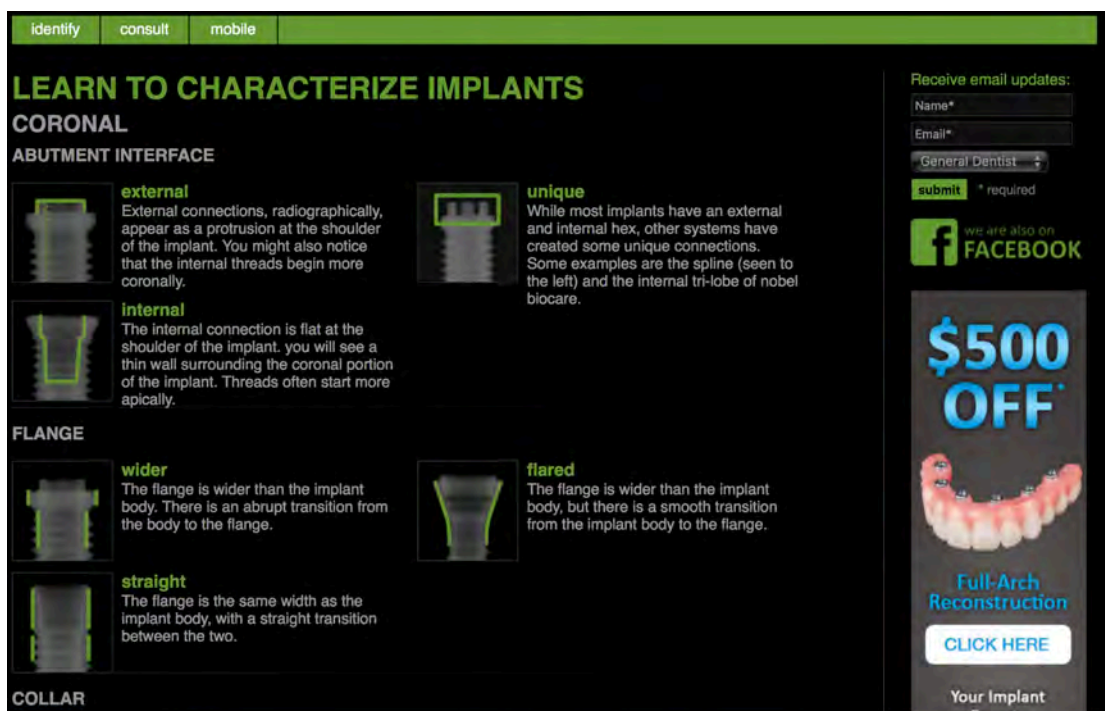


Figure 27 : Page explicative du site www.whatimplantisthat.com.

Source : www.whatimplantisthat.com.

En fonction des caractéristiques sélectionnées, des images radiologiques de différentes marques et de différents modèles d'implants vont apparaître et permettre de déterminer celui qui correspond le mieux à l'implant du patient. Le praticien peut alors cliquer sur l'implant identifié, il sera alors redirigé vers le site de la marque de l'implant. Cela permet de recueillir des informations complémentaires concernant l'accastillage.

Le site propose aussi de réaliser l'identification pour le praticien moyennant une participation financière (125\$ pour l'identification d'un implant unique), mais à l'heure actuelle, cette option est limitée uniquement aux implants posés aux Etats-Unis.

D'autres sites fonctionnent sur le même principe, c'est le cas de www.osseosource.com par exemple.

3. Problème de » la petite retouche »

La tentation peut être grande de vouloir rendre service au patient, par une petite retouche de prothèse ou en essayant de revisser un pilier implantaire sans connaître le type d'implant et sans disposer des instruments adéquats.

La prudence devrait conduire à mesurer les risques. Au besoin, un **document de consentement préalable** serait indispensable.

Il devrait **préciser l'historique rapporté par le patient, le diagnostic posé, les difficultés éventuelles et les risques compte tenu du manque d'informations sur les actes préalablement réalisés par le précédent confrère.** (62)

- En cas d'urgence, les praticiens français ont l'obligation de prendre en charge les patients issus du tourisme dentaire.
- La responsabilité du praticien français est engagée à partir du moment où il touche à l'implant ou la prothèse.
- Pour se prémunir face à d'éventuelles poursuites, il est primordial pour le praticien français de réaliser un bilan initial complet, à conserver dans le dossier médical du patient, afin de définir l'état initial de celui-ci.

CONCLUSION

Malgré des chiffres encore modestes, le tourisme dentaire est en croissance constante depuis une dizaine d'années. Les soins prothétiques onéreux et en particulier l'implantologie constituent la grande majorité des soins réalisés à l'étranger.

L'image d'une dentisterie rapide, à la pointe de la technologie et financièrement accessible, trop souvent relayée par les médias, favorise grandement l'essor de ce phénomène.

Malheureusement le voyage n'est pas toujours aussi idyllique que ce que les tours opérateurs ne prétendent. En effet, même si rien ne nous laisse à penser qu'il existerait des différences notables entre la France et l'étranger dans la pratique implantaire, les contraintes spécifiques inhérente au tourisme dentaire peuvent, dans certains cas, aller à l'encontre d'une pratique raisonnée et sereine de l'implantologie, notamment concernant le suivi et la transmission des recommandations aux patients.

Par conséquent, de petites complications peuvent se transformer en de réels échecs implantaires. Il appartient alors au patient de retourner, à ses frais, dans le pays en question pour une prise en charge, mais augmentant ainsi le coût final des soins.

De plus, il est important de rappeler qu'en cas de litige avec le praticien étranger, le droit local s'applique, ce qui limite grandement les chances, pour les patients lésés, d'obtenir réparation.

Quoi qu'il en soit, le praticien français devrait toujours, pour se prémunir face à de potentielles poursuites, réaliser un examen initial complet à conserver dans le dossier médical du patient, permettant d'établir la situation initiale de celui-ci.

Dans le cas d'actes représentant un éventuel risque pour les thérapeutiques précédemment réalisées, un document de consentement préalable, signé par le patient, semble être une assurance nécessaire.

Au cours de ce travail, nous nous sommes confronté à l'absence d'études fiables portant sur ce phénomène. Une étude montrant une fréquence plus importante d'échecs

implantaire dans le contexte du tourisme dentaire formerait pourtant un atout majeur pour dissuader un certain nombre de patients de partir se faire soigner à l'étranger.

A côté de ce phénomène, nous assistons en France au développement de centres *low cost*, proposant des soins à bas coûts. L'engouement pour ces centres peut s'expliquer par le fait qu'un certain nombre de patients y trouve une alternative au tourisme dentaire. Entre volonté de permettre un accès aux soins et dérives commerciales, les centres *low cost* sont au cœur de polémiques faisant les gros titres. Faut-il interdire leur création ou simplement contrôler leur fonctionnement ?



Le Président de l'Ordre
14/03/2015

Le Président
de l'Ordre
14/03/2015

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012, Célan N, Guillaume S, Rochereau T, Les rapports de l'IRDE, n°556, juin 2014. (www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf)
2. Rapport d'activité du CNSE 2014 (http://www.cnsd.fr/images/PDF/ext/sondages-enquetes/2015.06_Rapport-activite-CNSE-2014.pdf)
3. Dion K, Berscheid E, Walster E, *What is beautiful is good*. J Pers Soc Psycho. décembre 1972 ; 24(3):285-90.
4. Holzer, H. (1993). Multi-city study of urban inequality. Unpublished mauscript, Michigan State University.
5. Etude Ifop, *Les français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires*, 8 octobre 2013, n°111470
6. *Comportement de recours aux soins et santé bucco-dentaire, Exploitation de l'enquête "Santé et protection sociale" 2000*, Azogui-Lévy S, Rochereau T, Bulletin d'information en économie de la santé, n°94, Mai 2005 (<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>)
7. Rapport de la Sécurité Sociale, Chapitre IV, *Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder*, 2016.
8. Insee ; DGFIP ; Cnaf ; Cnav ; CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008 à 2014.
9. *Les dentistes plombent le budget des ménages*, n°488, décembre 2013, 60 Millions de consommateurs.
10. European commission, Directorate general taxation and customs union and eurostat. Taxation trends in the European Union: data for the EU Member States, Iceland and Norway. Luxembourg: Publications office of the European Union; 2015.
11. RNB par habitant, méthode Atlas (\$ US courants) (http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.CD?view=chart&year_high_desc=true).
12. <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/info/logement-le-classement-des-villes-les-plus-chere-d-europe-pour-se-loger.html>.
13. La lettre n°92, Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Novembre 2010.
14. Enquête *Conditions de vie et Aspirations des Français*, CREDOC, 2016 (<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R333.pdf>).
15. La lettre n°118, Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Juin 2013.
16. <https://www.mutuelle.com/outils/delais-obtention-rdv-specialistes.html>.

17. Muddugangadhar BC, Amarnath GS, Sonika R, Chheda PS, Garg A. Meta-analysis of Failure and Survival Rate of Implant-supported Single Crowns, Fixed Partial Denture, and Implant Tooth-supported Prostheses. J Int Oral Health JIOH. Sept 2015;7(9):11-7.
18. Cochran DL, Schou S, Heitz-Mayfield LJA, Bornstein MM, Salvi GE, Martin WC. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding risk factors in implant therapy. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24 Suppl:86-9.
19. Marchand F, Raskin A, Dionnes-Hornes A, Barry T, Dubois N, Valéro R, et al. Dental implants and diabetes: conditions for success. Diabetes Metab. févr 2012;38(1):14-9.
20. Moy PK, Medina D, Shetty V, Aghaloo TL. Dental implant failure rates and associated risk factors. Int J Oral Maxillofac Implants. août 2005;20(4):569-77.
21. Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (II). Etiopathogenesis. Eur J Oral Sci. juin 1998;106(3):721-64.
22. Thilander B, Ödman J, Gröndahl X, Friberg B. Implants ostéo-intégrés chez l'adolescent. Une solution de remplacement des dents manquantes ? Rev Orthopédie Dento-Faciale. 1 sept 1996;30(3):381-93.
23. Brugnolo E, Mazzocco C, Cordioli G, Majzoub Z. Clinical and radiographic findings following placement of single-tooth implants in young patients--case reports. Int J Periodontics Restorative Dent. oct 1996;16(5):421-33.
24. Heitz-Mayfield LJA, Huynh-Ba G. History of treated periodontitis and smoking as risks for implant therapy. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24 Suppl:39-68.
25. Smeets R, Henningsen A, Jung O, Heiland M, Hammächer C, Stein JM. Definition, etiology, prevention and treatment of peri-implantitis--a review. Head Face Med. 3 sept 2014;10:34.
26. Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (II). Etiopathogenesis. Eur J Oral Sci. juin 1998;106(3):721-64.
27. Tarragano H, David S, Missika P. Tabagisme et implantologie. Actual Odonto-Stomatol 2000; 209: 27-45.
28. Bain CA. Smoking and implant failure--benefits of a smoking cessation protocol. Int J Oral Maxillofac Implants. déc 1996;11(6):756-9.
29. Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Bruxism and dental implant failures: a multilevel mixed effects parametric survival analysis approach. J Oral Rehabil. nov 2016;43(11):813-23.
30. Eriksson AR, Albrektsson T. Temperature threshold levels for heat-induced bone tissue injury: a vital-microscopic study in the rabbit. J Prosthet Dent. juill 1983;50(1):101-7.
31. Bert M, Leclercq P. *Dépose et remplacement d'un implant*, 2012.
32. Bert M. *Complications et échecs en implantologie*, 1993

33. Baumgarten HS, Chiche GJ. Diagnosis and evaluation of complications and failures associated with osseointegrated implants. *Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ* 1995. août 1995;16(8):814, 816, 818 passim.
34. Scharf DR, Tarnow DP. Success rates of osseointegration for implants placed under sterile versus clean conditions. *J Periodontol.* oct 1993;64(10):954-6.
35. Bert M, Itic J et Serfaty R, La stimulation endostée en implantologie, étude et résultats après 2 ans. *Cah. Proth.*, 65 (1989) 23-30.
36. Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* sept 2008;35(8 Suppl):286-91.
37. Ferreira SD, Silva GLM, Cortelli JR, Costa JE, Costa FO. Prevalence and risk variables for peri-implant disease in Brazilian subjects. *J Clin Periodontol.* déc 2006;33(12):929-35.
38. Schrott AR, Jimenez M, Hwang J-W, Fiorellini J, Weber H-P. Five-year evaluation of the influence of keratinized mucosa on peri-implant soft-tissue health and stability around implants supporting full-arch mandibular fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res.* oct 2009;20(10):1170-7.
39. Lin G-H, Chan H-L, Wang H-L. The significance of keratinized mucosa on implant health: a systematic review. *J Periodontol.* déc 2013;84(12):1755-67.
40. Brito C, Tenenbaum HC, Wong BKC, Schmitt C, Nogueira-Filho G. Is keratinized mucosa indispensable to maintain peri-implant health? A systematic review of the literature. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater.* avr 2014;102(3):643-50.
41. Abi Nader S, Eimar H, Momani M, Shang K, Daniel NG, Tamimi F. Plaque Accumulation Beneath Maxillary All-on-4TM Implant-Supported Prostheses. *Clin Implant Dent Relat Res.* oct 2015;17(5):932-7.
42. Serino G, Ström C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res.* févr 2009;20(2):169-74.
43. Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. Association between marginal bone loss around osseointegrated mandibular implants and smoking habits: a 10-year follow-up study. *J Dent Res.* oct 1997;76(10):1667-74.
44. Graves DT, Liu R, Alikhani M, Al-Mashat H, Trackman PC. Diabetes-enhanced inflammation and apoptosis--impact on periodontal pathology. *J Dent Res.* janv 2006;85(1):15-21.
45. Giovannoli JL, Renvert S. *Péri-implantitis*, 2012.
46. Degidi M, Piattelli A. Immediate functional and non-functional loading of dental implants: a 2- to 60-month follow-up study of 646 titanium implants. *J Periodontol.* févr 2003;74(2):225-41.
47. Brånemark PI, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindström J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3(2):81-100.

48. Tarnow DP, Emtiaz S, Classi A. Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1- to 5-year data. *Int J Oral Maxillofac Implants*. juin 1997;12(3):319-24.
49. Lindhe J, Communication à la SFPIO-Normandie, Deauville, 2002.
50. Szmukler-Moncler S, Piattelli A, Favero GA, Dubruille JH. Considerations preliminary to the application of early and immediate loading protocols in dental implantology. *Clin Oral Implants Res*. févr 2000;11(1):12-25.
51. Wilson TG. The positive relationship between excess cement and peri-implant disease: a prospective clinical endoscopic study. *J Periodontol*. sept 2009;80(9):1388-92.
52. Bert M. Gestion pratique des complications en implantologie. EDP Sciences; 2016. 328 p.
53. Behrents RG. Growth in the aging craniofacial skeleton. Center for human growth and développement édit, Ann Arbor (Michigan) édit, 1989.
54. Fürhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clin Oral Implants Res*. déc 2005;16(6):639-44.
55. Cardaropoli D, Re S, Corrente G. The Papilla Presence Index (PPI): a new system to assess interproximal papillary levels. *Int J Periodontics Restorative Dent*. oct 2004;24(5):488-92.
56. 1re Civ., 3 juin 2010, Bull. 2010, I, no 128, pourvoi no 09-13.591.
57. 1re Civ., 14 octobre 2010, Bull. 2010, I, no 200, pourvoi no 09-69.195.
58. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
59. Le dossier du patient en odontologie, Mai 2000, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
60. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=577&cHash=d141ba071b2145c8a98a58b30096bb0d
61. <http://whatimplantisthat.com/tutorial/>
62. Lettre du Collège Odontologie et Droit, numéro 21, Octobre 2008.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Formulaire S3125

cerfa

n° 12267*04

Soins reçus à l'étranger
Déclaration à compléter par l'assuré(e)
 (articles L. 332-3, 2° alinéa et R. 332-2 à R. 332-6 du Code de la sécurité sociale)
(IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives décrites au verso)

PERSONNE AYANT RECU LES SOINS ET ASSURÉ(E)

- Personne ayant reçu les soins**
 nom et prénom : _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 n° d'immatriculation : _____ date de naissance : _____
 adresse habituelle (si différente de celle de l'assuré(e)) : _____
- Assuré(e)** (à remplir si la personne ayant reçu les soins n'est pas l'assuré(e))
 nom et prénom : _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 n° d'immatriculation : _____
- Nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e)** (à compléter dans tous les cas)
 nationalité : française ☐ ressortissant UE/EEE/Suisse ☐ autre ☐ préciser : _____
 n°, voie, rue ... : _____
 code postal : _____ commune : _____ email (facultatif) : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DES SOINS

activité salariée (joindre un justificatif) ☐ pensionné(e)/retraité(e) ☐ étudiant(e) ☐
 indemnisé(e) par le Pôle Emploi (joindre un justificatif) ☐ autre situation ☐ préciser : _____

CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR À L'ÉTRANGER

adresse pendant le séjour à l'étranger : _____
 localité : _____ pays : _____
 dates du séjour : du _____ au _____
 motif du séjour : congés payés dans le pays d'origine ☐ tourisme ☐ détachement professionnel ☐ études et/ou stages ☐

MOTIF DE RECOURS AUX SOINS (préciser : chute, blessure, urgence médicale, intervention chirurgicale, soins chroniques, soins ponctuels...)
 ➞ _____

NATURE DES SOINS ET MONTANT DES DÉPENSES

- Les soins reçus sont en rapport avec :**
 une maladie ☐ une affection de longue durée ☐ une maternité ☐ un accident du travail ou une maladie professionnelle ☐ date : _____
 un accident causé par un tiers ☐ date : _____ s'agit-il de soins prévus avant le départ ? oui ☐ non ☐
- Le détail des soins** (joindre obligatoirement les factures originales acquittées pour tous les soins. Pour ceux suivis de * joindre également les prescriptions médicales)

soins ambulatoires	montant des frais (indiquer l'unité monétaire)
consultation au cabinet médical ☐ } le médecin était un généraliste ☐ un spécialiste ☐ indiquer la spécialité :	
déplacement du médecin ☐	
soins dentaires ☐ préciser la nature : _____	
prothèse dentaire ☐	
chirurgie ambulatoire ☐ préciser la nature : _____	
pharmacie * ☐	
examen(s) de laboratoire * ☐	
radiologie ☐ citer les parties du corps radiographiées : _____	
acte(s) de kinésithérapie * ☐	
actes infirmiers * ☐	
autre(s) soin(s) * ☐ préciser la nature : _____	
hospitalisation ☐ du _____ au _____ préciser l' :	
frais de transport * ☐ moyen de transport, trajet et km :	

SOINS RECUS DANS L'UE/EEE/Suisse (à compléter obligatoirement)

1. Pour les soins qui ont été pratiqués dans l'UE/EEE et la Suisse, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la législation :
 du pays du séjour ☐ française ☐

2. Y a-t-il eu un remboursement partiel des soins dans le pays de séjour ? oui ☐ non ☐

ATTESTATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Je déclare joindre les originaux des factures dûment acquittées en ma possession pour justifier ma demande de remboursement.
J'atteste sur l'honneur que la somme totale réglée s'élève à : _____ (indiquer l'unité monétaire)

Fait à _____, le _____ signature de l'assuré(e) _____ impossibilité de signer ☐

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement.

Articles 313-1 à 313-8, 441-1, 441-2 du Code pénal, article 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations services, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
 En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

CNSE S 3125c



n° 50978#0

soins reçus à l'étranger

NOTICE

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

Soins dans un pays étranger hors UE/EEE et Suisse

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

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

• Soins imprévus et urgents :

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

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

• Soins programmés :

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

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

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

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

Dans tous les cas, vous devez y joindre aussi :

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

IMPORTANT :

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

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

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

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

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

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

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

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

⁽³⁾

⁽⁴⁾ **Nota bene pour les assuré(e)s relevant du régime général :**

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

**ANNEXE 2 : Dépliant « Se faire soigner en Hongrie (ou dans un autre pays de l'UE) »
fournis par le site www.eurodentaire.com**



Se faire soigner en Hongrie (ou dans un autre Etat membre de l'UE)

Informations, droits et devoirs des patients

- Le renoncement aux soins dentaires **page 2**
- Se soigner est un droit : l'Europe apporte des solutions
- La Hongrie plébiscitée pour les soins dentaires **page 3**
- Cliniques dentaires et dentistes en Hongrie **page 4**
- Un séjour dentaire, comment ça marche ? **page 5**
- Droits et devoirs du candidat aux soins **page 6**
- Prêt au départ ? (dernières précautions) **page 7**

Ce guide est mis à votre disposition par

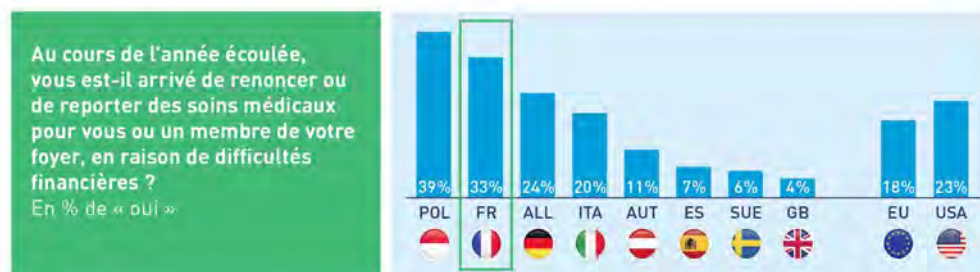
► Le renoncement aux soins dentaires

En France, le **renoncement aux soins** pour raison financière toucherait le tiers de la population française.

Les premiers concernés sont les **soins dentaires**, et notamment les **couronnes** et les **implants**, qui ne sont pas ou peu remboursés par les organismes sociaux.

Depuis 2011, une directive européenne* permet à tous les Européens de bénéficier de soins médicaux dans l'Union européenne, en toute sécurité. En levant les obstacles de prix, de délais, ou d'accès à l'expertise, l'Europe permet au plus grand nombre de se soigner dans un pays voisin lorsque cela est nécessaire.

Selon l'IFOP, un tiers des français ont renoncé en 2013 à un soin dentaire au cours des deux dernières années pour raison financière. Un baromètre européen confirme cette tendance :



Source : Baromètre Europ Assistance - CSA

► Se soigner est un droit : l'Europe apporte des réponses

Selon la loi française et européenne, les soins dentaires réalisés dans l'Union sont remboursés en France, sans demande préalable.

Plusieurs milliers de Français bénéficient chaque année d'un traitement à l'étranger : **la baisse du reste à charge facilite l'accès aux soins.**

Pour les soins dentaires, plusieurs destinations sont prisées. La Hongrie est la première destination pour les traitements importants (chirurgie et implants dentaires ou prothèses fixes et couronnes).



Bon à savoir :

Ce qui est connu comme du « tourisme médical », sont en fait des soins « transfrontaliers », un droit pour le citoyen européen encadré par L'Europe.

* Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

► La Hongrie plébiscitée pour les soins dentaires

Le prix des soins dentaires **augmente** et la prise en charge diminue. Face à ce constat, de plus en plus d'Européens trouvent la **solution en Hongrie**. C'est la première destination européenne pour **40% des patients dentaires d'origine européenne** (source RevaHealth).

Budapest, la perle du Danube et capitale de la Hongrie, se trouve à seulement 2 heures de Paris.



Bon à savoir :

Les principales destinations privilégiées par les français pour réaliser leurs soins dentaires sont la Hongrie, l'Espagne, le Portugal et l'Italie. (source CNSE*)

■ Pourquoi la Hongrie ?

Depuis longtemps, la Hongrie développe une réelle excellence médicale et chirurgicale : avec un niveau universitaire élevé et des dentistes en grand nombre, le pays offre une excellente opportunité pour les candidats aux soins dentaires à la recherche du meilleur rapport qualité-prix et de délais optimisés.

Depuis l'ouverture des frontières en 1989, près de 3 Autrichiens sur 4 ont déjà profité des compétences de leurs voisins. Les Allemands ont suivi, puis les Anglais, et plus récemment les Français. Aujourd'hui, ce sont près de **50 000 patients européens** qui se feraient soigner chaque année en Hongrie.

Bon à savoir :

En 2013, selon le CNSE*, organisme en charge du remboursement des soins dentaires à l'étranger, la Hongrie est la première destination des français pour des traitements complexes. Ils sont plusieurs milliers à faire chaque année le déplacement.

Les motivations:

1

Le rapport **qualité/prix**

2

Le **gain de temps**

3

Le niveau d'**expertise** et de **compétences**

* Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) : organisme de la sécurité sociale dédié à l'Etude des Dossiers de remboursement de soins et de la conformité des demandes de remboursement des soins effectués à l'étranger.

► Spécialités dentaires, dentistes et cliniques

Les spécialités dentaires les plus recherchées en Hongrie sont la chirurgie et les implants dentaires, les prothèses et les couronnes, ainsi que la dentisterie esthétique.



Implants

30 à 50% moins chers qu'en France



Couronnes

50 à 60% moins chères qu'en France



Dentisterie esthétique

40 à 50% moins chère qu'en France

D'autres soins ont au contraire **peu d'intérêt** en Hongrie, comme l'**orthodontie** (les déplacements réguliers pèsent sur le budget global) ou les **soins conservateurs** simples (carie, détartrage), dont le coût est plus élevé en Hongrie, qui pratique les coûts réels. Ici, mieux vaut privilégier la France, où les soins conservateurs sont plafonnés et totalement remboursés.

Bon à savoir :

En règle générale, on peut dire qu'un séjour de soins est justifié financièrement à partir de 3 couronnes ou 3 implants.



■ Les dentistes et les cliniques dentaires

En Hongrie, il existe des centaines de cabinets dentaires pour au total près de 5000 dentistes. Ils se répartissent principalement entre Budapest et la province, notamment à la frontière autrichienne.

Comme partout, les prix, la taille, les équipements, l'expérience et la compétence varient d'une clinique à l'autre. Des dentistes isolés aux grandes cliniques internationales, le choix est vaste et le candidat aux soins doit étudier avec attention le profil des cliniques en fonction de son projet.

■ Comment choisir sa clinique dentaire ou son dentiste ?

Voici quelques règles de base :

1. Quel est le statut de la clinique ou du prestataire, ainsi que son expérience à l'international?
2. Qui est votre référent médical et quelles sont les procédures de la clinique pour les patients étrangers?
3. Le suivi après les soins est-il réel et durable dans le temps, y compris à distance?
4. Les conditions de garanties sont-elles claires et applicables?
5. Demander une étude complète, ainsi que des références fiables pour évaluer votre fournisseur de soins.

Bon à savoir :

Rester vigilant et se méfier des promotions ou des promesses éclairs : la qualité a un prix.

► Un séjour dentaire, comment ça marche?

1



Ouverture d'un dossier (sur place ou sur Internet) : Le candidat aux soins ouvre un dossier et remplit un formulaire : un responsable de dossier le contacte pour l'accompagner dans sa démarche.

2



Réception des estimations médicales et des modalités de prise en charge : Le demandeur de soins reçoit des informations et des propositions claires, chiffrées et détaillées sur les modalités de ses soins, afin de prendre une décision.

3



Organisation du séjour et accueil : Le gestionnaire du dossier organise le séjour et coordonne l'ensemble en lien avec les équipes sur place. Dès l'arrivée à l'aéroport, la prise en charge est totale car tout a été planifié à l'avance.

4



Examens, consultation et soins : L'imagerie (radio panoramique, scanner) est réalisée sur place, puis la consultation personnalisée a lieu en présence d'un ou de plusieurs spécialistes, afin de confirmer le diagnostic et finaliser le plan de traitement. Le patient reçoit toutes les informations et les garanties de son traitement.

5



Les soins se déroulent suivant le protocole établi : Une fois que le candidat aux soins accepte le plan de traitement, les soins se déroulent normalement, selon les modalités et les protocoles établis. L'équipe médicale et administrative est présente aux côtés du patient et assure ses engagements en terme de qualité des soins et de prise en charge intégrale (soins et services).

Bon à savoir :

Un parcours de soins ne doit jamais être un parcours du combattant : adressez-vous à un organisme reconnu ou consultez les points de contact nationaux spécialement prévus dans chaque pays européen.

Eurodentaire est spécialisé dans l'organisation de soins dentaires en Hongrie depuis 2007.

L'organisme Eurodentaire est signataire de la première charte pour les soins transfrontaliers où éthique, qualité et respect des droits des patients prévalent : www.eurodentaire.com/charte-soins-transfrontaliers



► Droits et devoirs

■ Information, qualité, recours

Un point de contact national dans chaque pays a pour mission d'informer sur la qualité des soins et les droits des patients (possibilités de recours en cas de problème).

■ Suivi des soins

La préoccupation principale des patients à l'étranger concerne la conformité des soins, les garanties et le suivi après les soins.

1. Conformité des soins : Pour attester des soins, la clinique constitue un dossier complet et conforme qu'elle remet au patient, afin d'assurer la continuité des soins ou faire valoir ses droits au remboursement.

2. Continuité des soins : les chirurgiens dentistes en France ont l'obligation d'assurer la continuité des soins (article R. 4127-211 et suivants) pour **tous les patients sans distinction**.

3. La garantie du traitement relève de la responsabilité du praticien qui a réalisé les soins. Si le travail en bouche présente des manquements ou des défauts, le praticien d'origine doit reprendre les travaux selon les termes de la garantie signée entre les parties. Les garanties émises par le professionnel de santé doivent être claires et rédigées dans la langue du patient, afin de les mettre facilement à profit en cas de besoin.



■ Une idée reçue sur le suivi et la continuité des soins en France

Le suivi est possible en France auprès de n'importe quel dentiste : c'est la notion de continuité des soins.

La loi française permet donc à chacun de bénéficier, au retour de soin, d'un suivi adapté par tout professionnel de santé en France, son refus étant une entrave au code de la santé publique, s'il nuit de ce fait à son patient (article R. 4127 - 232).

Bon à savoir :

Si un chirurgien dentiste en France doit légalement assurer la continuité des soins, il n'a pas l'obligation de reprendre les travaux réalisés par un tiers qui demeurent sous la responsabilité du praticien initial.

■ Devoirs

Pour assurer le succès de sa démarche et de son traitement, le candidat aux soins peut prendre des engagements solides, comme par exemple :

- Se renseigner sur le(s) prestataire(s), le(s) dentiste(s) et la clinique dentaire où se déroulent les soins (obtenir toutes les références nécessaires),
- Étudier l'étude remise par la clinique avec les documents et mentions utiles (pour vérifier l'adéquation, la réactivité et la pertinence des réponses),
- Comparer sérieusement le détail des offres reçues, les modalités des soins et du séjour dentaire (accueil, protocole de traitement, suivi après les soins),
- Constituer un dossier dentaire complet, exhaustif et clair quant aux modalités du séjour et des interventions planifiées. S'assurer de la traçabilité des matériaux et de l'accès à toutes les informations vous concernant (transparence),
- Une fois sur place, la candidat aux soins doit comprendre dans sa langue maternelle toutes les implications du traitement et se conformer rigoureusement aux instructions de la clinique,
- Toujours être ponctuel aux heures de rendez-vous et respecter toutes les sessions de soins,
- Les plannings peuvent parfois être serrés : restez 1-2 jours de plus sur place par sécurité,
- Pratiquer une hygiène impeccable (selon les indications données) avant, pendant et après les soins,
- Rester en contact avec le référent médical et l'informer immédiatement de tout changement dans son état au moment où il se produit.

► Prêt au départ ? (dernières précautions)

Si tout est clair et que vous connaissez les modalités de votre séjour de soins à l'étranger, voici quelques dernières précautions avant le départ :

- ✎ La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) : elle n'est pas obligatoire, mais elle peut vous être utile pour des soins imprévus (NB : elle n'est pas utilisable pour les soins dentaires programmés),
- ✎ Informer la banque et débloquer son compte pour libérer sereinement les montants sur place,
- ✎ Activer l'option internationale du téléphone portable (ou demander un téléphone portable à votre arrivée), en indiquant une personne à contacter en cas de besoin,
- ✎ Si vous le pouvez, venez accompagné ou si vous êtes seul, préférez séjourner à l'hôtel recommandé par la clinique (éviter d'organiser seul votre séjour pour vous concentrer sur vos soins),
- ✎ Imprimer et consulter toutes les confirmations et les conditions de prise en charge, rédigées dans un français clair et compréhensible,
- ✎ Apporter son dossier médical et dentaire.



Eurodentaire est spécialisé dans le Management des soins transfrontaliers, l'accueil et le traitement des patients dans des établissements de soins ISO:9001, en accord avec la directive 2011/24/UE.

Plus d'informations sur www.eurodentaire.com
ou appel en France au **01 73 79 11 18**.

Ce guide vise à informer les candidats aux soins sur les modalités des soins dentaires à l'étranger.
Pour toute question relative à votre santé, consultez un professionnel de santé.

www.eurodentaire.com

**ANNEXE 3 : Document de consentement éclairé en implantologie élaboré par
l'Association Française d'Implantologie - AFI**

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

*Document élaboré par l'Association Française d'Implantologie - AFI et
validé par la C.N.E.O.S. (Compagnie Nationale des Experts en Odonto-Stomatologie).*

NOM	PRENOM
Date de naissance	Profession
Adresse	N° de téléphone

Je soussigné(e)

Certifie avoir été informé(e) clairement des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais :

1. que la mise en place chirurgicale d'implants est possible mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement.
2. que les traitements classiques par prothèse fixée (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.
3. quels sont les risques éventuels ainsi que les suites opératoires classiques et ceux qui résultent d'un échec.
4. qu'en cas d'échec sur un ou plusieurs implants, ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.

En outre,

5. j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention et de l'objectif à atteindre.
6. je sais qu'il est nécessaire de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis, annuellement par la suite.

Ainsi donc,

7. je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchie sachant que le risque médical existe.
8. je sais que le traitement chirurgical par implants n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence, aucune prise en charge n'est possible par les Caisses d'Assurance Maladie.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible.

Fait à _____, le _____
Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

ANNEXE 4 (Bonus) : Devis réalisé par un organisme turque de tourisme dentaire

Nous vous remercions pour le message et pour l'intérêt porté à notre clinique «Easy Dentaire».

[Veuillez trouver ci-joint les renseignements et le devis pour les soins dentaires dans notre clinique en Turquie à Antalya.](#)

On peut poser un **implant** sur lequel on fixe une couronne en céramique pour remplacer une dent manquante. Cette solution est très solide et durable et en même temps très esthétique. Les couronnes fixées sur implants sont comparables aux vraies dents sous tous les aspects.

L'implantation classique s'effectue en 2 étapes. Pendant votre premier séjour on fait l'implantation – la mise en place d'implant. Après la pose il faut attendre la cicatrisation (ostéo-intégration), ça prend 3-4 mois. Après cette période quand l'implant s'ancre bien dans l'os il est possible de poser une couronne sur implant. Ainsi pendant le deuxième séjour on met un pilier implantaire et une couronne en céramique/métal sur implant.

D'habitude on utilise une **couronne en céramique/métal** sur implant. Ces couronnes ont la base en métal (alliage, chrome-cobalt) ainsi elles sont solides et durables. A l'extérieur les couronnes sont recouvertes d'une céramique blanche, donc elles sont esthétiques (de la couleur blanche, métal ne se voit pas). Le prix d'une couronne céramique/métal = 165 €.

Implant Human Tech (Allemagne) – 450 € + pilier implantaire 50 €

Ce sont les implants de qualité supérieure, la marque est connue et répandue. Les implants sont en titane, ils sont stériles, biocompatibles et antiallergiques.

Nous vous présentons le devis avec un implant en titane et une couronne en céramique/métal.

Premier séjour - la pose d'un implant.

Un séjour de 2-3 jours

1 implant en titane Human Tech x 450 € = 450,- €
Total = 450,- €

Deuxième séjour - la pose d'un pilier et d'une couronne sur implant (dans 3-4 mois).

Un séjour de 3-4 jours

1 pilier implantaire x 50 € = 50,- €
1 couronne en céramique/métal x 165 € = 165,- €
Total = 215,- €

Total 1 séjour + 2 séjour = 450,- € + 215,- € = 665,- €

Nous pouvons vous faire une remise de 4% pour le paiement en liquide : 430,- € + 205,- € = 635,- €

Il y a une technologie qui permet de poser les couronnes sur les implants sans attendre la cicatrisation mais cette méthode est applicable si l'os est en bon état et solide. Dans ce cas les soins seront finis en seule fois et il ne vous faudra pas revenir.

Option 2 – bridge des couronnes.

Il y a une autre solution pour remplacer la dent manquante sans implant – la pose d'un bridge de 3 couronnes. L'avantage est que ce traitement est rapide à effectuer (en seule fois) et moins cher mais il faudra limer les dents voisines pour appuyer le bridge car ces dents serviront comme un support. Pour retrouver une dent manquante sans implant il faut poser un bridge de 3 couronnes qui sera appuyé sur 2 dents voisines. Les bridges sont aussi fixes, solides et esthétiques. Voici le devis pour cette solution avec les couronnes en céramique/métal :

3 couronnes/bridge en céramique/métal x 165 € = 495.- €

Si vous voulez choisir les couronnes en zircone le prix sera le suivant :

3 couronnes/bridge en céramique/zircone x 240 € = 720.- €

NOTE: Vous n'aurez pas de frais supplémentaires sur place pour les trajets, accompagnement, diagnose, radio panoramique, médicaments nécessaires etc. Tout est compris.

Notre clinique dentaire se trouve en Turquie à Antalya. Les frais pour le voyage restent à votre charge.

Vous choisissez les dates de votre voyage en fonction de vos disponibilités. Il faut réserver les billets d'avion (l'aéroport Antalya) et la chambre à l'hôtel. De notre part nous pouvons vous aider à organiser le séjour (trouver les billets d'avion aux prix bas, proposer un hôtel pas cher).

Nous viendrons vous chercher à l'aéroport pour accompagner à l'hôtel et nous nous occuperons de votre transfert entre l'hôtel et la clinique dentaire.

Si vous avez quelques questions, Monsieur Loustau n'hésitez pas à nous contacter. Nous restons à votre disposition pour toute l'information supplémentaire.

Cordialement,

Easy Dentaire

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Décomposition de la dépense dentaire et de ses sources de financement en 2014

Figure 2 : Densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, en 2014, en France métropolitaine

Figure 3 : Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

Figure 4 : Définition des soins dits « programmés » d'après la Sécurité Sociale

Figure 5 : Les soins dentaires hors UE (5 premiers pays en terme de montant dépensé)

Figure 6 : Les soins dentaires en EU-EEE-Suisse (10 premiers pays en terme de montant dépensé)

Figure 7 : Radiographie panoramique de Mr.Z

Figure 8 : Devis réalisé par un dentiste français pour Mr.Z pour un implant unitaire avec suprastructure et couronne céramo-métallique

Figure 9 : Devis pour implant unitaire avec suprastructure et couronne céramo-métallique

Figure 10 : Email envoyé au patient Mr.Z avec le devis

Figure 11 : Extrait du dépliant « Se faire soigner en Hongrie »

Figure 12 : Radiographie panoramique de Mr.X comportant une lésion périapicale

Figure 13 : Email reçu concernant Mr.X faisant office de devis

Figure 14 : Exemple de tableau tarifaire avec affichage de « l'économie réalisée »

Figure 15 : Total des recettes fiscales et des cotisations sociales obligatoires de 2013 en pourcentage du PIB

Figure 16 : Comparatif de prix des loyers dans différentes villes européennes pour un appartement de 20 m²

Figure 17 : Publicité pour la clinique dentaire hongroise « Helvetic clinics »

Figure 18 : Exemple de comparatif franco-étranger

Figure 19 : Extrait du dépliant « Se faire soigner en Hongrie » (Annexe 2) montrant comment les organismes de tourisme de dentaire insistent sur la qualification de leurs chirurgiens-dentistes

Figure 20 : Exemple de reportages télévisés disponibles sur certains sites de tourisme dentaire

Figure 21 : Exemple de messagerie instantanée présente sur certains sites de tourisme dentaire

Figure 22 : Exemple de questionnaire médical dans le cadre du tourisme dentaire

Figure 23 : Extrait du dépliant « Se faire soigner en Hongrie (ou dans un autre Etat membre der l'UE) » abordant la continuité des soins en France

Figure 24 : Liste des données administratives retenues par les recommandations de la HAS

Figure 25 : Passeport implantaire Français

Figure 26 : Page d'accueil du site www.whatimplantisthat.com

Figure 27 : Page explicative du site www.whatimplantisthat.com

LE TOURISME IMPLANTAIRE DES RESSORTISSANTS FRANÇAIS EN EUROPE

RESUME : A l'heure actuelle, l'implantologie est considérée comme le *gold standard* des thérapeutiques prothétiques au cabinet dentaire. Pour accéder à ces thérapeutiques, de plus en plus de patients optent pour le tourisme dentaire. Même si ce phénomène reste modeste, il est en croissance constante ces dernières années.

L'objectif de ce travail a été d'essayer de comprendre l'engouement pour ce phénomène ainsi que les potentielles limites thérapeutiques inhérentes à ses spécificités, mais aussi d'aborder les problématiques liées à la prise en charge des patients issus de celui-ci, une fois de retour en France.

TITRE EN ANGLAIS : Implant tourism of french nationals in Europe.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : PROTHESE

MOTS CLES : Implantologie, tourisme dentaire, tourisme implantaire, implants étrangers, complications implantaires.

INTUTILE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire

3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Victor EMONET-DENAND