

Burn out : un numéro vert pour les praticiens

p. 10

Chirurgiens-dentistes, préparez-vous au RGPD

p. 23

Alerte sur l'état du service dentaire du CHRU de Nancy

p. 14



POUR UN CONTRÔLE DE LA FORMATION INITIALE EN EUROPE



4

L'ÉVÉNEMENT

Un alignement des planètes pour le contrôle de l'enseignement dentaire ?

ACTUALITÉS

- 9** SANTÉ PUBLIQUE
Le bucco-dentaire s'invite dans le plan de prévention
- 10** ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
Burn out : un numéro vert pour les praticiens
- 13** EN BREF
- 14** SÉCURITÉ DES SOINS
Alerte sur l'état du service d'odontologie de Nancy
- 16** ACCÈS AUX SOINS
Dix mesures pour lutter contre la désertification
- 18** EUROPE
Test de proportionnalité : la santé dans le viseur de Bruxelles
- 21** APPEL À CANDIDATURES
Élections des membres de la Chambre disciplinaire nationale



23 DOSSIER

Chirurgiens-dentistes, préparez-vous au RGPD

JURIDIQUE

- 33** CONSEIL D'ÉTAT
Qui signe les accusés de réception ? Petite question, grands effets !



- 36** RESPONSABILITÉ CIVILE
Implantologie : lourde addition pour l'indemnisation d'une victime
- 40** DROIT DES CONTRATS
Attention aux « clauses relatives à la preuve »

LA LETTRE EXPRESS

- 43** Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

Rejouer le match

Depuis 20 ans, le Conseil national a montré à quel point l'Ordre, à Paris comme à Bruxelles, prenait la mesure de l'impact de l'Europe sur la santé bucco-dentaire. Son credo a toujours été le même : garantir d'abord la sécurité des patients et leur accès à des soins de qualité. Et, de fait, dans le cadre de ses discussions avec la Commission européenne, le rappel de ce principe est systématique. Précisément, les professions de santé viennent d'obtenir que ce principe soit gravé dans le marbre de la directive « Proportionnalité », dont on trouvera une synthèse dans ce numéro de *La Lettre*. Il faut en effet savoir que la rédaction de cette directive a suscité une rude, très rude bataille entre la Commission européenne et les professions médicales et de santé. Ces dernières n'ont jamais fait mystère de l'interprétation « politique » qu'elles faisaient de ce projet de Bruxelles. Pour elles, la Commission voulait rejouer le match de la directive « Services » (dite aussi « Bolkestein ») en visant tout particulièrement le secteur de la santé. On se souvient en effet qu'à l'époque (2006) la santé avait été exclue de la directive. Ce difficile dialogue entre

« Le difficile dialogue entre la Commission et les professions de santé vient de déboucher sur des garanties pour la sécurité et la qualité des soins. »

la Commission et les professions de santé vient pourtant de déboucher sur l'obtention de vraies garanties pour la sécurité et

la qualité des soins. Parce que la santé n'est pas un marché comme les autres, et parce que le patient ne peut pas être réduit à un simple consommateur de soins. Eh bien ! ces mêmes professions – en tout cas celle de chirurgien-dentiste, qui sera suivie, n'en doutons pas, par d'autres – vont reprendre leur bâton de pèlerin pour rappeler ce principe de sécurité et de qualité, mais, cette fois, via le contrôle nécessaire et impérieux de la qualité de l'enseignement de nos études médicales.

C'est un enjeu essentiel pour qui veut aujourd'hui maintenir la confiance des patients dans nos professions. Nous ne doutons pas ni des obstacles, ni de notre détermination.

UN ALIGNEMENT DES PLANÈTES POUR LE CONTRÔLE DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN EUROPE ?





Pour les acteurs majeurs de la profession dentaire en Europe, il n'y a plus débat : il faut désormais avancer sur un contrôle de la qualité de l'enseignement dentaire dans les pays de l'Union. Reste à en définir les contours, puis à en convaincre les États et la Commission européenne.

Le contrôle de la qualité de l'enseignement dentaire en Europe était au cœur des discussions lors d'une réunion organisée le 20 avril dernier à Dublin. Et, sujet majeur oblige, pour la première fois, tous les grands acteurs du secteur dentaire étaient rassemblés : les enseignants (ADEE*), les étudiants (EDSA*), les professionnels (CED*) et les régulateurs (FEDCAR*, dont l'Ordre français assure le secrétariat général et qui était à l'initiative de cette réunion de Dublin). Entre ces représentants incontournables du secteur, le constat d'une nécessité d'un contrôle de l'enseignement ne fait pas débat. À telle enseigne que l'étape suivante est déjà enclenchée : la rédaction, en cours d'élaboration, d'une résolution commune. Cette ré- >>>

»»» solution – sur laquelle le Conseil national apporte sa contribution via la Fedcar – devrait voir le jour d'ici à la fin de l'année 2018, l'idée étant de se caler sur l'agenda de Bruxelles ⁽¹⁾.

DES CONTEXTES TRÈS HÉTÉROGÈNES

Qu'est-ce qui est en jeu aujourd'hui, et dans quel contexte nous trouvons-nous d'un point de vue professionnel, politique et institutionnel? Pour bien comprendre, commençons par cette anecdote édifiante. En novembre 2016, le Conseil national de l'Ordre accueillait son homologue canadien chargé de la qualité de la formation dentaire ⁽²⁾. Au terme de la rencontre, la délégation canadienne est interrogée sur cette question : le Canada est-il intéressé par un accord de reconnaissance mutuelle avec l'Union européenne? La réponse est immédiate : certainement pas! Le système européen de reconnaissance automatique des qualifications professionnelles, aussi fluide soit-il, ne prévoit en effet aucun contrôle de la qualité de l'enseignement. Pour nos collègues d'outre-Atlantique, cette absence est rédhibitoire.

Hors de question pour le Canada de signer un accord de reconnaissance mutuelle des qualifications avec l'Europe tant que le contrôle de la qualité de l'enseignement fera défaut.



Le système européen, de fait, est à l'opposé du système canadien où, tous les sept ans, les établissements d'enseignement dentaire sont réévalués, la qualité de leur enseignement faisant l'objet d'une réaccréditation ⁽³⁾. Il n'existe donc dans l'Union aucun système obligatoire garantissant que la reconnaissance

mutuelle des diplômes de chirurgien-dentiste assure un niveau de protection du patient convenable. Chaque pays décide librement de son système de contrôle. Au point que, dans les cas les plus extrêmes, cette liberté peut conduire au constat, lors de l'enregistrement au tableau d'un primo-inscrit, que le diplôme de ce dernier est délivré en l'absence de formation complète.

Nous l'avons dit, l'urgence d'un contrôle est partagée par tous les acteurs dentaires. Mais de quel système de contrôle parle-t-on? Il peut en effet prendre

bien des formes, de même qu'il peut être confié à une agence nationale ⁽⁴⁾, relever d'une évaluation ministérielle ou encore, à l'instar de l'exemple irlandais, dépendre de l'Ordre. En Irlande en effet, l'Ordre des chirurgiens-dentistes (le Dental Council) valide régulièrement la conformité de l'enseignement avec les objectifs en matière de compétences professionnelles exigées à la fin de la formation.

DES VARIATIONS EXTRÊMES DANS LE PROGRAMME ÉDUCATIF

En Allemagne, parmi les multiples garanties de contrôle mises en place, on retiendra que le Haut Conseil pour la science (Wissenschaftsrat) évalue les universités tous les cinq à dix ans en termes d'enseignement, de recherche, de finances et de santé. Il en tire ensuite des recommandations pour « *le développement futur de la dentisterie dans les universités d'Allemagne* ». En France, les certificats d'études supérieures (CES) reçoivent une habilitation limitée à quatre ans. Mais, en l'état actuel des choses, les importantes variations dans le contrôle de la qualité de l'enseignement desservent l'art dentaire ⁽⁵⁾. De leur côté, les étudiants ont établi que, si le programme en dentaire comporte un tronc commun en Europe, les futurs praticiens ne bénéficient pas partout de la même formation approfondie. La fameuse étude conduite par la très active association des étudiants européens, l'EDSA, rapporte que 10 % des étudiants

L'Association européenne des étudiants en chirurgie dentaire a établi que, si le programme de formation comporte un tronc commun, les futurs praticiens ne bénéficient pas partout de la même préparation clinique.

n'ont jamais exercé dans un cabinet ou un centre hospitalier. Autrement dit, au terme de leur formation, ils n'ont jamais eu à réaliser de soins dentaires sur un patient. De plus, un étudiant sur trois n'a jamais posé de couronne et un sur deux n'aurait jamais eu l'occasion de pratiquer de traitement endodontique.

Les établissements d'enseignement dentaire ne restent ni sourds ni aveugles. Sur les 193 établissements dentaires de l'Union, 116 sont membres de l'ADEE ⁽⁶⁾ et 85 d'entre eux ont participé à une enquête sur la formation dentaire, publiée en juillet 2016 ⁽⁷⁾. Cette étude a livré trois grands enseignements. D'abord, des variations extrêmes dans le programme éducatif et le recrutement des enseignants hors parcours académique. Ensuite, le désengagement des finances publiques de l'enseignement supérieur. Enfin, une introduction encore timide de la coordination interprofessionnelle ⁽⁸⁾.

INQUIÉTUDES DES ÉLUS EUROPÉENS

La question de la qualité chemine au point que les élus européens ont commencé à s'en emparer. Ainsi, le 28 septembre 2016, l'eurodéputé Philippe Juvin s'est in-

quiété de la situation auprès de la Commission européenne : « *Il apparaît que 10 % des nouveaux professionnels chirurgiens-dentistes diplômés en Europe le sont sans jamais avoir opéré [...]. La Commission compte-t-elle s'attaquer à la mauvaise transposition de cette directive par certains États membres, qui n'imposent pas à leurs universités un programme minimal d'enseignement en matière de formation clinique ?* » À question directe, réponse prudente, le 16 novembre 2016, de la Commission. Elle rappelle que l'Union « *établit des conditions minimales de formation harmonisées pour sept professions, dont les praticiens de l'art dentaire, qui permettent la reconnaissance automatique de ces qualifications dans l'Union européenne* ». Elle relève que les exigences de formation prévoient en effet une « *expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée et des études pharmacologiques* ».

C'est donc sur cette base, et seulement sur cette base, que la Commission « *entend veiller à ce que les États membres transposent correctement les exigences de la [directive Qualifications] et qu'elle prendra, le cas échéant, les mesures qui s'imposent pour [en] garantir la conformité* ». >>>



»»» **VERS UNE ACCRÉDITATION EUROPÉENNE PUBLIQUE, RÉGULIÈRE ET INDÉPENDANTE ?**

Le Conseil national, tout comme ses homologues européens, souhaite précisément, on l'a compris, que l'Union dépasse cette appro-

che ⁽⁹⁾. C'est tout l'enjeu de la résolution commune évoquée plus haut. L'une des options pourrait consister à appeler à introduire l'obligation dans chaque État d'une « *accréditation publique, régulière et indépendante* » – ces trois aspects sont cruciaux – des formations dentaires. Patients, jeunes confrères, Ordres et pouvoirs publics en tireraient profit. Étant entendu que, pour le législateur de l'Union européenne, il pourrait être difficile d'aller au-delà de cette obligation puisque la formation et l'enseignement restent une compétence nationale (le traité y veille).

Il faudra attendre la discussion des États membres sur ce sujet pour

apprendre jusqu'où l'Union européenne peut détailler un système européen d'accréditation. Gageons qu'une telle demande ne sera pas l'exclusivité de l'art dentaire. ■

* ADEE : Association for Dental Education in Europe. EDSA : European Dental Student's Association. CED : Council of European Dentists. Fedcar : Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens.

- (1) Le législateur de l'Union sera informé au gré des diverses échéances, la première étant le rapport que la Commission européenne doit consacrer, d'ici à janvier 2019, à la mise en œuvre de la directive « Qualifications ».
- (2) La Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire (FCORD).
- (3) De cette accréditation dépend l'allocation des finances publiques à l'enseignement.
- (4) En France, cette mission est dévolue au Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES, qui a succédé à l'AERES), chargé de l'évaluation de l'enseignement supérieur et de la recherche publique, créé par la loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche de 2013. Son premier rapport date de 2016.
- (5) Sur le plan mondial, notons aussi que la Société internationale des régulateurs dentaires (ISDR) a adopté en 2016, sur proposition d'un groupe de travail auquel l'Ordre participe, des lignes directrices générales pour un système de contrôle.
- (6) Les universités d'Auvergne, de Bordeaux, de Nantes, de Paris V et de Paris VII sont membres de cette association européenne.
- (7) http://www.adee.org/userfiles/ADEE-Survey-2016-Report-July_10th_Pulished.pdf
- (8) En matière de responsabilité et de planification de traitement collaboratif, par exemple.
- (9) Le tronc commun de la formation dentaire est défini dans la loi européenne (la fameuse Annexe V de la directive 2005/36). S'il le souhaite, le législateur peut décider de le mettre à jour (peut-être l'année prochaine), de l'allonger (il liste aujourd'hui une quarantaine de matières obligatoires lors des cinq années d'enseignement) et de le détailler (seules 15 matières dentaires sont exigées). La Fedcar propose d'aller plus loin.

20 % DES PRIMO-INSCRITS ONT UN DIPLÔME ÉTRANGER

Chaque année, une part non négligeable de primo-inscrits se forme dans des facultés dentaires européennes (hors de France), basées notamment en Roumanie, en Belgique ou en Espagne. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 2015, sur les 1 700 primo-inscrits, 1265 praticiens ont obtenu leur diplôme en France, 413 en Europe et 22 hors UE. En 2016, 1 273 praticiens inscrits au tableau ont obtenu leur diplôme en France, 381 en Europe et 43 hors UE. En 2017, 1302 praticiens inscrits au tableau ont obtenu leur diplôme en France, 350 en Europe et 24 hors UE. Enfin, pour l'année 2018, les derniers chiffres de l'Ordre indiquent que 485 praticiens inscrits au tableau ont obtenu leur diplôme en France, 93 en Europe et 8 hors UE. Au total, en moyenne, 20 % des primo-inscrits obtiennent chaque année leur diplôme hors de France.

Le bucco-dentaire s'invite dans le plan de prévention

Parmi les 25 mesures du volet « Prévention » de la Stratégie nationale de santé, deux séries de dispositions adaptées aux personnes en situation de handicap ou résidant en Ehpad concernent le secteur dentaire.

Assistons-nous à un changement de paradigme dans le domaine de la santé pour glisser du curatif vers le préventif? Nous n'en sommes pas encore là, mais c'est le sens du plan «*Priorité Prévention*» du gouvernement que la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a présenté en mars dernier ⁽¹⁾. Au total, sur les 25 mesures proposées, deux s'appliquent directement au secteur dentaire et visent deux publics spécifiques : les personnes en situation de handicap et résidant en Ehpad.

La première mesure vise à mieux prendre en compte les besoins de santé des personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements et services médico-sociaux, dont les services à domicile. Elle se décline en quatre points :

- **Réaliser, au moins une fois par an**, un bilan de santé afin de repérer les besoins de soins courants et donc bucco-dentaires, de dépister les facteurs de risques et de réaliser des actions de prévention et de promotion de la santé (alimentation, sédentarité, vaccinations, dépistages organisés, santé sexuelle, etc.)
- **Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge médicale** des patients en situation de handicap dans les tarifs des professionnels et établissements de santé.



- **Informers les patients sur l'accessibilité du cabinet** du professionnel de santé en enrichissant de cette donnée l'outil Ameli.fr et augmenter le nombre de lieux de soins adaptés à la prise en charge des personnes en situation de handicap, notamment les consultations dédiées.

- **Développer une téléconsultation de repérage et de dépistage** (pré-diagnostic) auprès des personnes en situation de handicap ou dépendantes en établissement.

Les secondes dispositions concernent l'organisation des soins pour les personnes résidant en Ehpad. Trois principes sont avancés :

- **Former le personnel soignant d'Ehpad** à assurer l'hygiène bucco-

dentaire par la toilette quotidienne, les soins des prothèses, etc.

- **Organiser des consultations de dépistage** et systématiser le bilan bucco-dentaire d'entrée en Ehpad en mobilisant les professionnels de santé concernés, les ARS et les Ehpad (directeurs, médecins et infirmiers coordinateurs) tout en s'appuyant sur la téléconsultation, voire la télé-expertise.

- **Intégrer systématiquement la santé bucco-dentaire** dans les projets d'établissement, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ainsi que dans les évaluations internes et externes. ■

(1) Ces mesures font partie intégrante de la Stratégie nationale de santé.

BURN OUT : UN NUMÉRO VERT

Afin de venir en aide aux praticiens en burn out, l'Ordre, en partenariat avec six autres Ordres de santé et l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants, lance un numéro vert confidentiel et accessible 24 h/24, 7 j/7.

Un numéro d'appel gratuit et anonyme pour les chirurgiens-dentistes en situation de burn out animé par des psychologues. Après le « choc » des chiffres sur le burn out dans notre profession, le Conseil national vient de prendre cette première mesure d'urgence. Il convenait en effet de réagir avec célérité aux résultats de l'enquête de l'Ordre selon lesquels 2 378 chirurgiens-dentistes se déclaraient en burn out ⁽¹⁾.

Concrètement, le **0800 800 854**, financé par sept Ordres de santé dont le nôtre, est désormais accessible aux chirurgiens-dentistes, internes et étudiants en odontologie en difficulté ⁽²⁾. Sept jours sur sept et 24 heures sur 24, des psychologues sont à l'écoute des praticiens en proie à des préoccupations liées directement ou indirectement à leur exercice. « Lors de l'appel, le chirurgien-dentiste qui souhaite des précisions sur l'utilisation du service pourra être renseigné par le psychologue », explique Éric Galam, médecin-coordonnateur de la hotline (lire son interview pp. 11-12).

L'identité du praticien appelant reste totalement anonyme, y compris pour le psychologue. Il est informé que son ap-

pel est garanti par le secret médical et que les données recueillies ne serviront qu'à un traitement statistique anonyme. En pratique, lors de son premier appel, le praticien se voit attribuer par le psychologue un « numéro d'entretien » qui lui assure la confidentialité s'il souhaite rappeler le même psychologue.

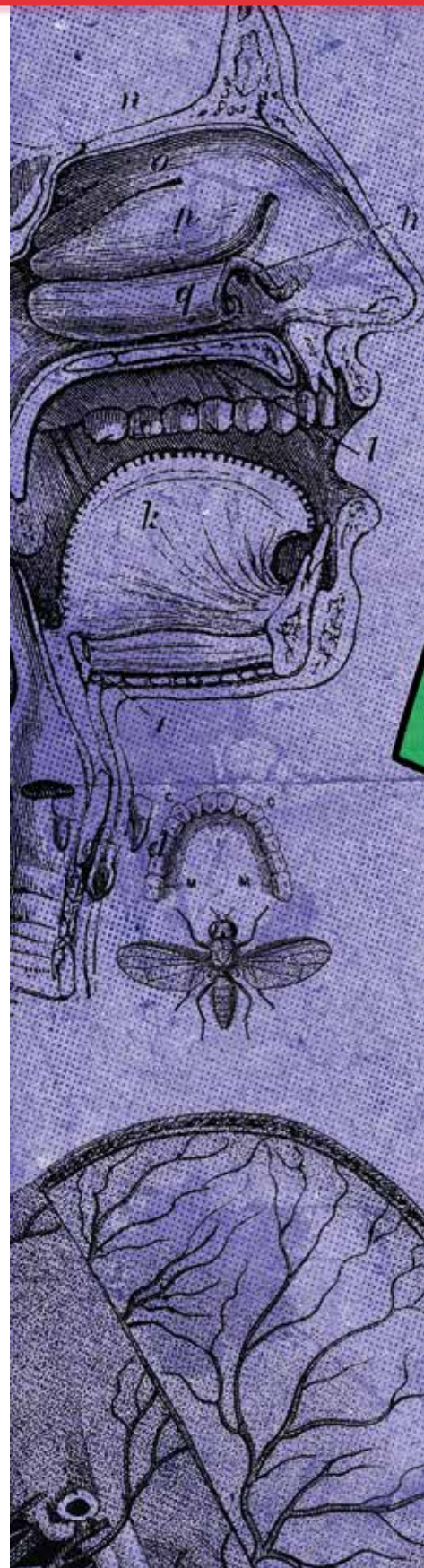
Le praticien peut appeler au maximum cinq fois. Si ces entretiens ne suffisent pas à répondre à ses difficultés, et si son état nécessite une prise en charge plus poussée, le psychologue l'adresse à un psychologue clinicien appartenant au réseau Psya ⁽³⁾ ou à d'autres structures ou réseaux proposant une prise en charge confidentielle adaptée à sa situation et à sa région ⁽⁴⁾. ■

(1) Enquête réalisée en novembre 2017 par l'Ordre et l'Académie de chirurgie dentaire : « Burn out : le choc », *La Lettre* n° 166, pp. 4-9.

(2) Ce numéro d'appel géré par l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants (AAPMS) est principalement financé par les Ordres signataires d'une charte : celui des infirmiers, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens.

(3) 900 psychologues font partie du réseau : <https://www.psy.a.fr/soutien-psychologique>

(4) Programme Aide Solidarité Soignants (Pass), <http://www.em-consulte.com/article/1214474/article/un-programme-d-aide-pour-les-professionnels-de-san>





« UN SOIGNANT EN SOUFFRANCE N'EST PAS UN PATIENT ORDINAIRE »



Entretien avec **Éric Galam**, médecin-coordonnateur du numéro vert d'aide aux soignants en difficulté, professeur de médecine générale à Paris-Diderot, responsable du diplôme interuniversitaire « *Soigner les soignants* ».

Pourquoi les soignants sont-ils particulièrement impactés par le burn out ?

Le stress, la surcharge de travail, le sentiment d'insécurité, les conflits avec les patients et/ou les confrères, l'excès de tâches d'administratives, la crainte de judiciarisation, le sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur... Les causes du mal-être des soignants sont nombreuses ! Ce à quoi il faut ajouter que beaucoup de soignants ont le sentiment de défaillir s'ils demandent de l'aide. Il n'est pas évident pour eux de reconnaître avoir besoin d'aide et d'accepter d'en recevoir. Pourtant, nous pouvons tous rencontrer, à n'importe quel moment, des difficultés professionnelles ou personnelles susceptibles d'altérer notre bien-être.

Comment fonctionne le numéro vert ?

Notre service d'écoute aide les praticiens à mieux vivre ces situations pour retrouver un équilibre de vie. En appelant le 0800800854, le praticien peut échanger avec un psychologue à tout moment, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Au >>>

Où est le rapport fantôme sur les centres de santé ? p. 10

Accès partiel : la loi votée, les recours demeurent p. 17

Toutes les orientations de l'Ordre à l'horizon 2020 p. 28

BURN OUT CHEZ LES CHIRURGIENS- DENTISTES : LE CHOC


 ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

»»» cours d'un échange anonyme et confidentiel, le psychologue écoute le praticien et réfléchit avec lui pour trouver des solutions adaptées et passer ce cap difficile. Si le soutien téléphonique reste insuffisant, le praticien pourra être pris en charge en face à face pour identifier le niveau d'aide dont il a besoin : professionnel, médical, fiscal ou juridique. Il peut également obtenir un accompagnement

plus approfondi pour réaliser, par exemple, un bilan de son activité professionnelle, de sa santé, ou de sa problématique personnelle...

Quels sont les signes qui doivent alerter ?

En premier lieu, le praticien doit se demander s'il se sent bien dans son travail. S'il commence à avoir de moins en moins envie de s'y rendre,

2378 praticiens en état d'épuisement professionnel ! Tel est l'un des résultats de l'enquête menée par l'Ordre et l'ANCD.

s'il a de plus en plus de difficultés dans ses relations avec les patients, si les résultats des soins lui donnent moins de satisfaction, alors il doit s'interroger. L'irritabilité, l'énerverment, l'impatience... tous ces critères doivent mettre la puce à l'oreille. Un autre signe d'alerte peut émaner de l'environnement professionnel qui ressent le mal-être. Il peut être une ressource majeure d'aide, même s'il est parfois délicat d'en discuter. Les praticiens doivent garder à l'esprit qu'il leur faut absolument diminuer leur tolérance à l'effort. Ils doivent cesser de se dire : « Je prends sur moi. » Le travail avec le psychologue peut faciliter cette prise de conscience.

La prise de conscience du mal-être des soignants suscite-t-elle enfin des réponses concrètes ?

La nécessité de prendre soin de nos soignants se fait de plus en plus pressante. Il s'agit en effet d'une prise de conscience générale, et notamment politique. Pour preuve, un récent décret encadrant la formation des soignants intègre comme objectif prioritaire la prise en charge de la santé des soignants. Il faut aussi savoir qu'un soignant en souffrance n'est pas un patient « ordinaire ». Il est parfois plus difficile à prendre en charge dans la mesure où il peut se sentir immunisé par son statut de soignant. De plus, ses problématiques sont spécifiques. D'où l'importance, pour notre plateforme téléphonique, de former des professionnels qui maîtrisent le champ des préoccupations de chaque profession de santé. ■

L'Ordre devant la justice pour sa campagne « *Sauvons nos dents* »

Avec sa campagne de communication « *Sauvons nos dents* », qui s'était achevée en janvier 2016 par l'organisation du Grenelle de la santé bucco-dentaire rassemblant tous les acteurs du secteur (professionnels, pouvoirs publics, assurance maladie, etc.), le Conseil national est-il sorti du cadre de ses missions, notamment en adoptant une posture qualifiée de revendicative ? C'est ce grief que le procureur général près la Cour des comptes fait au Conseil national, et c'est la raison pour laquelle Christian Couzinou et Gilbert Bouteille, ancien président et président en titre du Conseil national, sont attirés devant la Cour de discipline budgétaire et financière (une juridiction administrative composée de membres de la Cour des comptes et du Conseil d'État). Pour le Conseil national, ce grief relève d'une lecture par trop réductrice des missions actuelles de l'Ordre. Le procureur général près la Cour des comptes souhaite que la justice administrative tranche cette question. Elle tranchera, donc.

L'Ordre consulté sur le système de santé

En février dernier, le gouvernement annonçait le lancement d'une consultation sur la stratégie de transformation du système de santé (STSS). L'objectif de la STSS consiste à adapter le système de santé à l'évolution des pathologies, aux progrès des soins, aux besoins des patients et aux attentes des professionnels de santé. Pour faire émerger les solutions portées par les acteurs du terrain, Agnès Buzyn, ministre de la Santé, a donc institué une série de rencontres – auxquelles l'Ordre participe activement – qui s'étendront jusqu'à l'été. Cette consultation est structurée autour des cinq chantiers suivants :

- la qualité et la pertinence des soins ;
- les modes de financement et de régulation ;
- le virage numérique ;
- la formation et la transformation des métiers ;
- l'organisation territoriale des soins.

En avril dernier, Gilbert Bouteille, président du Conseil national, et Paul Samakh, vice-président, ont ainsi participé à une journée de réflexion et d'échanges sur les cinq axes présentés plus haut. Cette journée avait pour but d'identifier, dans le cadre d'une réflexion collective, les enjeux prioritaires pour les acteurs de la santé de demain. L'Ordre a ainsi formulé pour chaque axe un avis assorti de plusieurs propositions. « *Les réflexions issues des consultations permettront de formaliser pour la fin du mois de mai pour chacun des groupes une feuille de route opérationnelle, qui sera soumise à une concertation* », indique le ministère de la Santé.

Le bureau de l'ANCD

Le nouveau bureau de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD) se compose comme suit :

Président :

Daniel Nebot

Secrétaire perpétuel :

Michel Jourde

Vice-présidente :

Marguerite-Marie Landru

Trésorier :

Georges Dorignac

30 CESP redistribués en dentaire

En plus des 127 CESP proposés aux étudiants en odontologie et des 521 contrats offerts aux étudiants en médecine, 30 CESP viennent d'être redistribués aux étudiants en odontologie rattachés aux unités de formation suivantes pour l'année 2017-2018 ⁽¹⁾ :

Auvergne – Clermont-Ferrand-I : 4 contrats ;

Bordeaux-II : 4 contrats ;

Lille-II : 4 contrats ;

Lorraine : 7 contrats ;

Montpellier : 1 contrat ;

Nantes : 7 contrats ;

Nice : 3 contrats.

⁽¹⁾ Arrêté du 12 avril 2018, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/4/12/SSAH1810179A/jo/texte>

Contacté par la Brigade de répression de la délinquance astucieuse (BRDA), le Conseil national de l'Ordre demande à tous les praticiens qui se seraient inscrits pour une conférence sur la CCAM devant avoir lieu à Paris en juin 2017, conférence qui aurait été annulée sans remboursement des sommes versées ni date de report, de bien vouloir se faire connaître auprès de lui par mail à l'adresse : courrier@oncd.org



Alerte sur l'état du service d'odontologie de Nancy

Avertie par l'Ordre de l'état très délabré des locaux du service d'odontologie du CHRU de Nancy, la ministre de la Santé a transmis le dossier au directeur général de l'Agence régionale de santé pour que cette situation soit rapidement débloquée.



précisément ce qu'il expose à Agnès Buzyn, ministre de la Santé, dans un courrier envoyé en mars dernier qui vient de recevoir une réponse.

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

En septembre 2018, le service d'odontologie du CHRU de Nancy devait être transféré au pôle médical de Nancy-Brabois. «Après sept années ayant vu défiler plusieurs projets, le transfert a été brusquement abandonné par la direction du CHRU», explique Gilbert Bouteille à Agnès Buzyn dans son courrier. Résultat : «Le manque de visibilité, après l'arrêt de ce transfert, et l'incertitude anxigène qui en découle sont choquants et éprouvants tant pour les étudiants que pour les professionnels enseignants et d'encadrement car rien ne semble bouger, même si une réunion doit avoir lieu prochainement entre la direction générale et l'ARS.» La sécurité des soins et la santé publique sont clairement menacées.

POURQUOI LE TRANSFERT N'AURA-T-IL PAS LIEU ?

Dans un communiqué de presse co-signé par l'Université de Lorraine et le CHRU de Nancy, on apprend que le transfert représenterait un «investissement de six millions d'euros correspondant à l'achat des équipements et aux travaux d'adaptation indispensables. Une telle somme représente 30 % de la capacité d'investissement annuel du CHRU de Nancy [...] Le déménagement ne se résume pas à un simple transfert physique de fauteuils. Il doit s'inscrire dans les réflexions concernant

le nouveau projet médical du CHRU et intégrer les évolutions de l'organisation médico-spatiale sur le site de Brabois, qui préfigurent un nouvel ensemble hospitalo-universitaire à l'horizon 2025». Donc pas de déménagement «précipité» des locaux comme le souhaitent l'Université et le CHRU afin de «permettre l'approfondissement de l'étude du dossier [et de] prendre la décision la plus adaptée en termes de complémentarité et de transversalité des disciplines médicales, de financement et d'accessibilité aux soins». Si prendre un temps de réflexion nécessaire pour monter un projet cohérent est une décision sage, le niveau de délabrement des locaux du centre dentaire ne peut être admis.

LA RÉPONSE D'AGNÈS BUZYN

Gilbert Bouteille en a donc appelé «à l'autorité et à l'humanité» d'Agnès Buzyn pour débloquer la situation. Voici sa réponse : «Le besoin de rénovation des locaux et plus largement la nécessité de procéder à une réorganisation de l'ensemble du centre de soins dentaires font l'objet d'une concertation depuis deux ans. Cette concertation doit rapidement être accompagnée de la mise en place d'un projet médical et soignant intégrant la formation en odontologie au sein du CHU de Nancy. Je transmets votre courrier au directeur général de l'Agence régionale de santé.»

En attendant que les pouvoirs publics réagissent, rappelons que le centre prend en charge non moins de 30 000 patients par an... ■

Vétusté des locaux, boxes chirurgicaux sans porte, carrelage délabré datant des années 1930, fuites d'eau combattues à l'aide de seaux... La liste n'est pas exhaustive et elle fait déjà peur ! D'autant plus qu'il s'agit de la description des locaux du service de soins dentaires du CHRU de Nancy tels que Gilbert Bouteille, président de l'Ordre, les a visités en début d'année. Le constat est sans appel : «Ce centre devrait être fermé.» Et c'est très

Dix mesures pour lutter contre la désertification

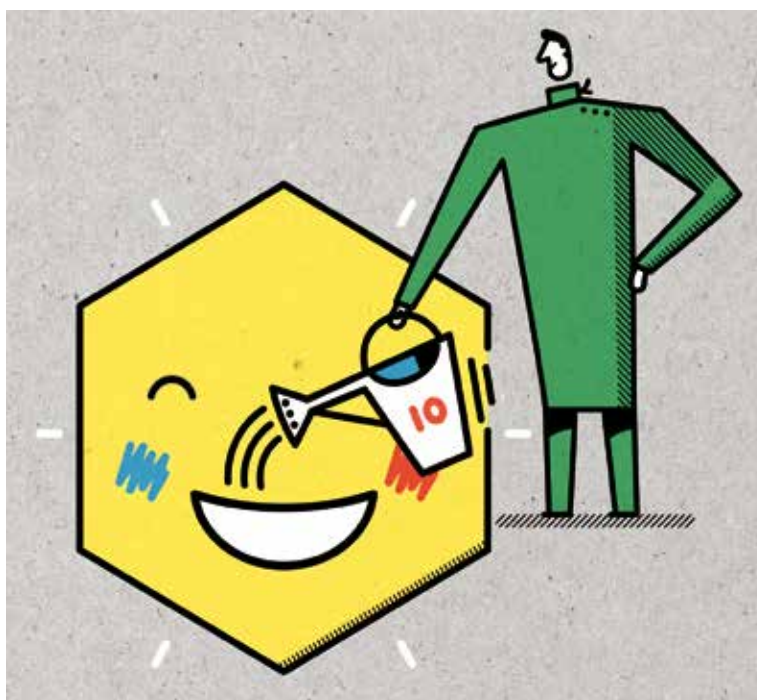
Entendu dans le cadre d'une commission d'enquête parlementaire sur les déserts médicaux, l'Ordre avance dix propositions pour tendre vers un maillage homogène.

L'accès aux soins et la question de la désertification médicale constituent une préoccupation majeure. Les parlementaires se sont emparés du sujet et ont créé, en mars dernier, une commission d'enquête «sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain».

Dans le cadre de cette commission, Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national de l'Ordre et présidente de la commission Démographie, a été entendue le 19 avril dernier à l'Assemblée nationale, avec ses homologues médecins, sages-femmes et pharmaciens. L'objectif : faire émerger, à partir des auditions réalisées auprès des professionnels de santé, des pistes d'amélioration et des propositions concrètes.

Au cours de cette audition, l'Ordre a avancé dix propositions, détaillées ci-dessous.

1. Créer des unités odontologiques dans les régions dépourvues de faculté de chirurgie dentaire. Dix unités existent déjà (Amiens, Caen, Dijon, Le Havre, Limoges, Metz-Thionville, Orléans, Périgueux, Poitiers



et Rouen) et deux autres sont en cours de création au Mans et à Tours.

2. Renforcer la coordination hôpital/cabinet de ville pour une meilleure prise en charge des pathologies bucco-dentaires spécifiques et une meilleure régulation de l'accès aux soins.

3. Intégrer la présence obligatoire d'un chirurgien-dentiste dans les maisons de santé pluriprofessionnelles pour faciliter une prise en

charge coordonnée du patient entre les différents professionnels.

4. Augmenter le nombre de contrats d'engagement de service public (CESP) dans les régions où le nombre de candidats est plus élevé que le nombre de contrats proposé.

5. Augmenter la durée du stage actif desixième année. 250 heures s'avèrent insuffisantes pour permettre aux étudiants de découvrir une zone sous-dotée et susciter le désir de s'y installer.

COMPOSITION DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE

La commission d'enquête visant à lutter contre la désertification médicale se compose comme suit :

- Président : Alexandre Freschi (La République en Marche) ;
- Vice-présidents : Didier Baichère (LREM),
Jean-Pierre Cubertafon (Mouvement démocrate),
Jean-Carles Grelier (Les Républicains), Stéphanie Rist (LREM) ;
- Secrétaires : Agnès Firmin Le Bodo (UDI),
Emmanuelle Fontaine-Domeizel (LREM),
Bernard Perrut (Les Républicains), Mireille Robert (LREM) ;
- Rapporteur : Philippe Vigier (UDI).

La liste des 20 député(es) membres est disponible sur le site de l'Assemblée nationale.

6. Mettre en place un service sanitaire interprofessionnel dans lequel les étudiants pourraient travailler avec d'autres professions médicales ou de santé et être encadrés de manière pertinente.

7. Créer un tutorat (c'est-à-dire l'exercice de la profession pour un praticien « junior » sous la supervision d'un praticien « senior ») d'une durée de six mois à un an, soit à l'issue des études, soit à l'entrée dans la profession, et ce dans des zones géographiques définies.

8. Instaurer le principe d'une inscription provisoire au tableau, qui pourrait être liée au tutorat, pour tout nouvel arrivant. L'objectif consiste à déceler les situations d'insuffisance professionnelle préjudiciables et à permettre d'effectuer les stages obligatoires liés à l'obtention d'une autorisation ministérielle.

9. Favoriser les soins dispensés en Ehpad et à domicile :

- créer un cabinet dentaire dans chaque Ehpad à partir d'un certain nombre de lits ;
- modifier les textes pour la prise en charge des prescriptions de transport sanitaire réalisées par un chirurgien-dentiste ;
- créer et mettre à disposition des professionnels de santé des unités mobiles de soins bucco-dentaires destinées aux soins à domicile exceptionnels des personnes dans l'incapacité totale d'être déplacées ;
- accompagner les aidants à domicile, professionnels ou familiaux, dans l'acquisition de connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire.

10. Développer la télémédecine et les objets connectés :

- définir la place du chirurgien-dentiste dans le dispositif de télémédecine (prévention, ambulatoire) ;

- améliorer la prise en charge par l'assurance maladie des actes de télé-médecine lorsque, réalisés en présentiel, ils bénéficient d'une prise en charge ;
- créer des objets connectés et des applications pour assurer la pré-

vention et le suivi des soins des personnes résidant en zones sous-dotées ;

- mettre en place une mesure plus coercitive, dont le conventionnement sélectif, laissée à l'appréciation des partenaires conventionnels. ■

QUID DES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES ?

Le Conseil national a participé au premier comité élargi de l'évaluation qualitative des effets des maisons et des centres de santé pluriprofessionnels (MSP et CSP) sur l'accessibilité de l'offre de soins, le 18 avril dernier, au ministère de la Santé ⁽¹⁾. L'évaluation des MSP et CSP s'articule autour des trois objectifs suivants :

- Un objectif descriptif et analytique : produire une analyse descriptive et analytique des réalisations obtenues en les croisant avec les territoires bénéficiaires ;
- Un objectif évaluatif : identifier les effets produits par l'installation des MSP et des CSP sur les territoires et les patients, notamment en matière d'accessibilité de l'offre de soins, et mettre en évidence tant les facteurs de réussite que les freins pour la réalisation de ces effets ;
- Un objectif prospectif : faire émerger des pistes de travail pour favoriser l'implantation des structures (modalités d'organisation et de fonctionnement existantes ou potentielles).

« L'Ordre est favorable à la création des maisons de santé pluriprofessionnelles dans la mesure où l'exercice isolé devient très difficile pour le chirurgien-dentiste compte tenu du plateau technique requis. Il s'agit d'un mode d'exercice d'avenir », explique Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national. Ces travaux devraient aboutir, en juillet prochain, à la rédaction d'un rapport final dont *La Lettre* se fera l'écho.

(1) Ce comité est organisé par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), un service de l'État placé sous l'autorité du ministère de la Cohésion des territoires.



Test de proportionnalité : la santé dans le viseur de Bruxelles

Même si les professions de santé ont obtenu des garde-fous, la directive sur le « *test de proportionnalité* » va introduire, d'ici à deux ans et de manière permanente, la possibilité aux tenants de la concurrence d'avancer leurs pions.

Un dialogue de sourds a marqué les discussions autour du controversé projet de directive sur le « *test de proportionnalité* » depuis janvier 2017. Marquante était sa récurrence, étonnante son âpreté. D'un côté, la Commission européenne excluait de céder à ce qu'elle considérait comme du « *conservatisme* » de la part des professions de santé se refusant à ce test. De l'autre, ces professions liaient entre les lignes et devinaient que la Commission préparait en réalité leur dérégulation. La négociation a pris fin le 20 avril dernier. La directive relative à un « *contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation des professions* » deviendra effective en France vraisemblablement autour de la fin 2020 ⁽¹⁾.

LE TEST, QU'ES-CE ?

Le « *test de proportionnalité* » est l'épreuve que le juge européen fait passer à une réglementation nationale pour vérifier sa compatibilité avec les exigences du marché intérieur. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) est l'arbitre des

élégances. Par exemple, si la protection de l'accès au capital des laboratoires vétérinaires en Roumanie contredit la liberté de mouvement des capitaux, la Cour peut cependant la trouver compatible avec le marché intérieur : pour elle, cette protection des laboratoires est justifiée et proportionnée aux objectifs de santé publique (décision du 1^{er} mars 2018). Ce test s'applique ainsi à toute règle déterminant l'accès à une profession et à son exercice.

UN CONTRÔLE NATIONAL

Avec la nouvelle directive, le test sera désormais conduit non seulement sur le plan européen, mais également à l'échelle nationale. Les subtilités de la jurisprudence de la Cour seront concurrencées par les diverses interprétations des 27 pays de l'UE... Et surtout, d'ici à deux ans, pour chaque nouvelle réglementation professionnelle, c'est la charge de la preuve qui sera inversée. Aujourd'hui, la réglementation nationale d'une profession est réputée compatible avec le marché intérieur... jusqu'à ce que le juge européen en décide autrement

lors d'une contestation en justice. Or, dans deux ans, la nouvelle réglementation nationale d'une profession ne sera réputée compatible avec le marché intérieur qu'à la condition de réussir au préalable le test de proportionnalité de la directive. On la présumera donc contraire au marché intérieur, à charge pour elle de montrer patte blanche...

DONNER DE LA VOIX

En pratique, la directive permettra aux opposants et aux partisans d'une nouvelle réglementation professionnelle de bénéficier de trois « *fenêtres de tir* » pour faire entendre leur voix :

- lors de leur consultation au moment de la préparation de la nouvelle réglementation ;
- lors des commentaires qu'il sera encore possible de publier au moment de la publication dans l'UE de cette nouvelle réglementation ;
- puis, en cas de désaccord, devant la justice nationale qui sera désormais en charge de contrôler la « *proportionnalité* » de la réglementation professionnelle. >>>

UNE DÉRÉGULATION DU SECTEUR DENTAIRE ?

S'agissant de notre profession, les grands axes de déontologie dentaire perdureront : la directive ne les déboulonnera pas. Le chirurgien-dentiste reste « *au service de l'individu et de la santé publique* », la profession dentaire « *ne doit pas être pratiquée comme un commerce* » et le chirurgien-dentiste « *ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit* ». La nécessité du Code de déontologie ne sera pas remise en cause. Ce qui va changer, c'est la fréquence des coups de boutoir contre lui. La Commission accompagne en effet cette directive de lignes directrices détaillant les réformes qu'elle attend des États en précisant les règles où le test de proportionnalité doit être conduit en priorité. Elles concernent notamment les restrictions à l'exercice de la profession (notamment en matière d'interdiction publicitaire, de limitation à l'accès au capital, d'interdiction d'exercice conjoint ou de *numerus clausus* à l'installation) que la Commission surveille de près.

UN TEXTE ÉQUILIBRÉ ?

Ces priorités sont publiques, officielles et connues. Elles le sont même depuis le début des années 2000. Elles participent d'une réflexion partagée avec d'autres organismes (par exemple, en France, l'Autorité de la concurrence) et d'autres acteurs du marché, comme les investisseurs Nordic Capital et

L'ÂPRE BATAILLE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Le cœur des négociations de la directive a concerné pendant un an et demi la réglementation des professions de santé. Aucun autre secteur n'a fait l'objet d'une telle bataille. La partie gagnée par ces professions lors des discussions autour de la directive Bolkestein en 2004 a été rejouée. Après de pénibles discussions, le législateur s'est résolu à mentionner dans la directive les subtilités du test appliquées par la Cour de justice en matière de santé. Aussi la logique de croissance économique doit-elle composer avec les garde-fous suivants :

- le besoin d'assurer « *l'accès aux soins de santé* », une « *haute qualité de service de soins* », un « *haut niveau de protection de la santé humaine* » (considérant 29) ;
- la prise en compte de l'implication de la réglementation pour « *la sécurité du patient* » (article 7) ou pour « *l'indépendance professionnelle des professions de santé* » ;
- « *la marge de discrétion reconnue aux États dans leurs choix réglementaires* » (article 1^{er}).

Ces garde-fous ne sont pas décoratifs. On rappellera que, après plainte de l'Ordre espagnol, l'Agence espagnole des médicaments et des produits de santé (AEMPS) a exigé de l'entreprise de vente de produits dentaires par correspondance Your Smile Direct de cesser d'expédier ses gouttières et ses aligneurs hors contrôle d'un chirurgien-dentiste, et de mettre fin en conséquence à ses campagnes de publicité auprès du public espagnol : *in fine*, la protection du patient ne s'efface pas derrière la loi du marché.

Colosseum Dental qui développe avec succès en Europe du Nord des chaînes de cliniques dentaires... Cela étant, au fil des négociations législatives, les professions de santé ont obtenu de vrais garde-fous tels que l'accès à des soins de qualité, la sécurité du patient ou le respect de la marge de manœuvre pour les États de limiter la portée de ce test (*lire l'encadré « L'âpre bataille des professions de santé »*). Indubitablement, cette directive renforce la surveillance

de la Commission sur l'accès aux professions réglementées et leur exercice. Toutes les négociations relatives à la rédaction de ce texte ont néanmoins consisté à réduire les possibilités d'un dialogue de sourds, comme les garde-fous présentés plus haut le démontrent. La vérification commencera à partir de fin 2020. ■

(1) Elle ne s'appliquera qu'aux nouvelles règles introduites après fin 2020 (la réglementation à venir en matière de radioprotection n'est, par exemple, pas concernée).

ÉLECTIONS DES MEMBRES DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE APPEL À CANDIDATURES RENOUVELLEMENT PAR MOITIÉ

CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS :

- des articles L. 4122-3 et L. 4142-3 du Code de la santé publique relatifs à la composition de la Chambre disciplinaire nationale,
- des articles R. 4122-5 et R. 4122-6 du Code de la santé publique réglementant les modalités d'élection à la Chambre disciplinaire nationale (dans leur rédaction issue du décret n° 2017-1418 du 29 septembre 2017 portant adaptation du régime électoral des Ordres des professions de santé),
- du règlement électoral adopté par le Conseil national et consultable sur son site Internet,

le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes procédera aux élections des membres de la Chambre disciplinaire nationale.

Ces élections sont fixées au :

JEUDI 27 SEPTEMBRE 2018 À 13 H 30

En application de l'article L. 4142-3 du Code de la santé publique, la Chambre disciplinaire nationale comprend six membres titulaires et six membres suppléants élus, en nombre égal, par le Conseil national :

- d'une part, parmi les membres du Conseil national,

- et, d'autre part, parmi les membres et anciens membres des conseils de l'Ordre.

L'élection porte sur les mandats suivants :

● pour les membres issus

du Conseil national :

trois membres titulaires
et trois membres suppléants ;

● pour les membres élus

parmi les membres et anciens membres des conseils de l'Ordre :

un membre titulaire
et un membre suppléant.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Conditions communes :

- Le candidat doit être de nationalité française (article L. 4122-3 du CSP).
- Le candidat doit être à jour de sa cotisation ordinale (article R. 4125-3 du CSP).
- Le candidat ne doit pas être âgé de plus de 71 ans révolus à la date de clôture de réception des déclarations de candidature (article L. 4125-8 du CSP).
- Sont inéligibles les praticiens qui ont fait l'objet de sanctions par les juridictions ordinaires conformément aux dispositions de l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique et des articles L. 145-2 et L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale. >>>

Conditions concernant les membres élus parmi les membres et anciens membres des conseils de l'Ordre :

Les candidats :

- doivent être inscrits à un tableau de l'Ordre ;
- ne doivent pas être conseillers nationaux en cours de mandat.

Conditions concernant les membres élus parmi les membres du Conseil national :

Les candidats doivent être conseillers nationaux en cours de mandat.

INCOMPATIBILITÉS

Les fonctions de président et de secrétaire général d'un conseil sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la Chambre disciplinaire nationale (article L. 4122-3 du Code de la santé publique modifié).

DÉPÔT DES CANDIDATURES

Les candidats doivent faire connaître leur candidature dans les conditions prévues à l'article R. 4125-6 du Code de la santé publique.

Dans sa déclaration de candidature, le candidat doit indiquer ses nom et prénom, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle, le cas échéant, ses fonctions ordinales actuelles et, le cas échéant, passées, et, le cas échéant, ses fonctions dans les organismes professionnels actuelles et, le cas échéant, passées.

Les déclarations de candidature revêtues de la signature du candidat doivent parvenir par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou être dépo-

sées contre récépissé, au siège du Conseil national, au 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16, au plus tard le :

JEUDI 23 AOÛT 2018 À 16 HEURES.

Toute candidature parvenue après cette date est irrecevable.

RETRAIT DES CANDIDATURES

Il est possible de retirer sa candidature. Ce retrait peut intervenir jusqu'au : **Jeudi 6 septembre 2018 à 10 heures.**

Le retrait est notifié au Conseil national par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du Conseil contre récépissé.

ÉLECTEURS

Sont électeurs les membres titulaires du Conseil national. Seuls les membres présents ayant voix délibérative ont le droit de vote.

VOTE

Le jeudi 27 septembre 2018 à 13 heures 30, le Conseil national procédera à l'élection de l'ensemble des membres titulaires et suppléants issus du Conseil national et au renouvellement de la moitié des membres titulaires et des suppléants élus parmi les membres et anciens membres des conseils de l'Ordre, de la Chambre disciplinaire nationale.

Le vote a lieu à bulletin secret au siège du Conseil national. Le dépouillement est public. ■

CHIRURGIENS-DENTISTES, PRÉPAREZ-VOUS AU RGPD

Depuis le 25 mai dernier, le règlement général sur la protection des données (RGPD) est en vigueur. Ce texte vise à améliorer la gestion des données personnelles par les entreprises privées et publiques dans l'Union. Le chirurgien-dentiste est directement impacté. Mode d'emploi.

Un nouveau règlement européen instaure, depuis le 25 mai dernier, des obligations et des droits sur la manière dont les données personnelles sont collectées et traitées. Ainsi, le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) s'applique à tous les organismes, tant privés que publics, et à tous les champs d'activité, y compris le domaine dentaire ⁽¹⁾. «*Le secteur de la santé est d'autant plus impacté par ce texte que les données de santé bénéficient d'un régime de protection renforcée car elles sont considérées comme des données sensibles*», rappelle la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) qui précise : «*À cela s'ajoutent les obligations additionnelles prévues par le Code de la santé publique (CSP), relatives aux données couvertes par le secret médical (règles relatives à l'hébergement externalisé des données de santé, à la télémédecine, à l'identifiant national de santé, etc.)*». Pour permettre aux chirurgiens-dentistes de se conformer au RGPD, nous proposons dans les pages suivantes un dossier pratique en 22 questions-réponses. >>>



Qu'est-ce que le RGPD ?

Le sigle RGPD signifie « *règlement général sur la protection des données* ». Entré en vigueur le 25 mai dernier, le RGPD encadre le traitement des données personnelles au sein de l'Union. Ce règlement harmonise les règles en Europe en offrant un cadre juridique commun aux professionnels. De plus, pour mettre fin à une distorsion de concurrence entre des pays membres de l'UE et des pays tiers, les mêmes obligations sont imposées aux entreprises établies hors UE dès lors qu'elles proposent des produits ou des services aux Européens.



Quel est le champ d'application du RGPD ?

Le RGPD s'applique aux traitements, automatisés ou non, de données à caractère personnel, réalisés sur support informatique (logiciels, applications, bases de données, sites Web, etc.), mais également sur support papier.



Le RGPD concerne-t-il les chirurgiens-dentistes ?

Oui. Les praticiens sont directement concernés par le RGPD puisqu'ils sont amenés à traiter des données personnelles « sensibles », c'est-à-dire les données de santé. Pour cette catégorie de données, les chirurgiens-dentistes doivent tenir compte à la fois des dispositions du RGPD et de celles qui sont spécifiques au droit de la santé français. Enfin, cette nouvelle législation européenne impose aux praticiens d'assurer une

L'ORDRE SE CONFORME AU RGPD

Pour respecter les obligations inscrites au RGPD, le Conseil national a désigné un délégué à la protection des données (DPO). Celui-ci devra s'assurer de la mise en conformité avec le RGPD de l'instance ordinale, garantir une protection optimale des données et être en mesure de la démontrer. Le DPO exercera une mission d'information, de conseil et de contrôle en interne.

protection optimale des données à chaque instant et d'être en mesure de la démontrer en documentant leur conformité au RGPD.



Comment se mettre en conformité avec le RGPD ?

Les chirurgiens-dentistes doivent tenir une documentation sur le traitement qu'ils réservent aux données personnelles et s'assurer que ce dernier respecte bien les nouvelles obligations légales du RGPD. Désormais, la mise en conformité d'un traitement de données personnelles passe principalement par la tenue d'un registre ⁽²⁾. Le praticien est le « *responsable du traitement* », dont il détermine les finalités et les moyens. Autrement dit, le praticien doit être en mesure de démontrer qu'il respecte le RGPD via ce registre des activités de traitement (*lire l'encadré « Registre, ce que dit le règlement », p. 26*).



Quelle forme doit prendre le registre ?

Le registre doit se présenter sous une forme écrite qui autorise le format électronique. Il doit être mis à la dispo-

sition de la Cnil sur demande. La Cnil propose en téléchargement un modèle de registre des activités de traitement depuis l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-et-tpepme-un-nouveau-modele-de-registre-plus-simple-et-plus-didactique>. L'Ordre travaille sur l'adaptation spécifique de ce modèle à notre profession afin de faciliter sa prise en main et sa tenue. *La Lettre* y reviendra dans un prochain numéro.



Quelles informations doit contenir le registre ?

Le registre doit comporter les informations suivantes :

- Le nom et les coordonnées du praticien ;
- Les finalités du traitement (par exemple la télétransmission) ;
- Une description des catégories de personnes concernées (par exemple les patients, les employés) ;
- Une description des catégories de données personnelles (par exemple les données de santé, l'identité, la situation familiale) ;
- Les catégories de destinataires auxquels les données sont communiquées (par exemple la sécurité sociale, le patient) ;

- La durée de conservation des données (par exemple 20 ans pour les données de santé);
- Une description des mesures de sécurité mises en place par le praticien.

À noter que pour chaque activité impliquant le traitement de données personnelles, le praticien doit créer et tenir à jour une fiche de registre (par exemple la gestion de la paie, la gestion des fournisseurs, la gestion des patients, etc.).



La tenue d'un registre suffit-elle?

Non. Parallèlement, le praticien doit aussi vérifier si les traitements de données personnelles répondent aux conditions de sécurité posées par le RGPD. Par exemple, il doit observer scrupuleusement :

- Le principe de minimisation des données (seules les données nécessaires au traitement sont collectées);
- Les modalités de collecte du consentement et de transparence (vérifier les mentions d'information et les clauses contractuelles relatives aux traitements de données personnelles mis en œuvre dans le cadre des relations avec les patients et les salariés);
- Les mentions obligatoires dans les contrats avec les sous-traitants;
- Les mesures (organisationnelles, techniques) garantissant la sécurité des données afin d'éviter leur destruction, leur perte, leur altération ou leur divulgation non autorisée. Sur ce point, l'Ordre invite les praticiens à consulter le *Mémento de sécurité informa-* >>>





REGISTRE, CE QUE DIT LE RÈGLEMENT

La tenue du registre d'activité de traitement est obligatoire pour toutes les entreprises – dont les cabinets dentaires – qui traitent les données dites « sensibles » visées à l'article 9 du règlement, c'est-à-dire « les données à caractère personnel qui révèlent l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale [...] ». Le traitement de ces informations de même que celui « des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique sont interdits ».

»»» tique pour les professionnels de santé en exercice libéral, qui répond à la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) ⁽³⁾ définie par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé). Le mémento aide le praticien à respecter ses obligations légales. Il permet aussi d'éviter de nombreux écueils pouvant aller jusqu'à la perte des données de santé contenues dans les systèmes informatiques.



Quel accès le patient a-t-il à ses données personnelles ?

En application du RGPD, lorsque des données personnelles d'une personne sont collectées auprès d'elle, le praticien doit lui délivrer de façon concise, transparente, compréhensible et accessible les trois niveaux d'information suivants :

1. L'identité et les coordonnées du responsable du traitement ;
2. Les finalités du traitement ;
3. Les potentiels destinataires des données personnelles, ou l'intention du praticien d'effectuer un transfert des données vers un pays tiers ou une organisation internationale ;

Pour garantir un traitement équitable et transparent, le praticien doit également fournir au patient les informations suivantes : droit d'accès et de rectification, droit à l'oubli, droit à la portabilité des données, droit de réparation des dommages, matériels ou moraux, droit d'effacement, droit à la limitation du traitement, droit d'opposition, principe des actions collectives et conditions particulières du traitement des données pour les mineurs de moins de 16 ans.

Rappelons que ces informations doivent être fournies au patient en des termes clairs et simples, en particulier lorsqu'elles sont destinées à un enfant. Elles peuvent être délivrées aussi bien par écrit que par voie électronique.

Attention : toutes les dispositions du RGPD et du Code de la santé publique ne sont pas harmonisées. En effet, le CSP prévoit des règles spécifiques en matière de données de santé auxquels les praticiens doivent se conformer. >>>

SIX RÉFLEXES POUR PROTÉGER LES DONNÉES PERSONNELLES

Collecter et traiter des données personnelles implique d'informer les personnes sur la façon dont le chirurgien-dentiste les exploite et de respecter leurs droits.

En tant que responsable de leur traitement, le praticien doit prendre des mesures pour garantir que l'utilisation de ces données se fera dans le respect de la vie privée des personnes concernées.

1. NE COLLECTER QUE LES DONNÉES VRAIMENT NÉCESSAIRES

Se poser les bonnes questions :

Quel est mon objectif ? Quelles données sont indispensables pour l'atteindre ? Ai-je le droit de les collecter ? Est-ce pertinent ? Les personnes concernées ont-elles donné leur accord ?

2. ÊTRE TRANSPARENT

Une information claire et complète constitue le socle du contrat de confiance qui lie le praticien à ses patients.

3. PENSER AUX DROITS DES PERSONNES

Le praticien doit répondre dans les meilleurs délais aux demandes de consultation, de rectification ou de suppression des données.

4. GARDER LA MAÎTRISE DES DONNÉES

Le partage et la circulation des données personnelles doivent être encadrés et contractualisés pour permettre leur protection à tout moment.

5. IDENTIFIER LES RISQUES

Le praticien traite des données sensibles : des mesures spécifiques s'appliquent.

6. SÉCURISER VOS DONNÉES

Les mesures de sécurité, informatique mais aussi physique, doivent être adaptées en fonction de la sensibilité des données et des risques qui pèsent sur les personnes en cas d'incident.

LE GLOSSAIRE DU RGPD

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La notion de «*données personnelles*» s'entend de façon très large. Une donnée personnelle correspond à «*toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable*». Une personne peut être identifiée :

- directement (par ses nom et prénom, par exemple) ;
- indirectement, notamment par un identifiant tel que le numéro client, un numéro de téléphone, une donnée biométrique, plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale, mais aussi par sa voix ou son image ;

L'identification d'une personne physique peut être réalisée :

- à partir d'une seule donnée (par exemple le numéro de sécurité sociale, l'ADN) ;
- à partir du croisement d'un ensemble de données (par exemple une femme domiciliée à telle adresse, née tel jour, abonnée à tel magazine et militant dans telle association).

DONNÉES CONCERNANT LA SANTÉ

Le RGPD stipule que les données de santé sont des «*données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne*». Le texte précise que les données de santé peuvent se rapporter à l'état de santé (passé, présent ou futur) d'une personne, par exemple les données collectées dans un contexte médical (prestation de soins de santé, résultats de tests, etc.) ainsi que les données permettant d'identifier une maladie ou un risque de maladie, un handicap, des antécédents médicaux, un traitement clinique, un état psychologique ou biomédical. Les données génétiques et biométriques trouvent également une définition dans le texte européen.

TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES

Un traitement de données personnelles est une opération, ou un ensemble d'opérations, portant sur des données personnelles, quel que soit le procédé uti-

lisé (collecte, enregistrement, organisation, conservation, adaptation, modification, extraction, consultation, utilisation, destruction, communication par transmission, diffusion ou toute autre forme de mise à disposition...). Un traitement de données personnelles n'est pas nécessairement informatisé : les fichiers papier sont également concernés et doivent être protégés dans les mêmes conditions. Un traitement de données doit avoir un objectif, une finalité : il est ainsi interdit de collecter ou de traiter des données personnelles dans la perspective de leur éventuelle utilité future. À chaque traitement de données doit être assigné un but, qui doit bien évidemment être légal et légitime au regard de notre activité professionnelle.

RESPONSABLE DU TRAITEMENT

Il s'agit, sauf désignation expresse par des dispositions législatives ou réglementaires, de la personne de l'autorité publique, du service ou de l'organisme qui détermine les finalités (ce à quoi sert le traitement) ou les moyens (permettant de répondre à cet objectif) d'un traitement de données personnelles. Le responsable du traitement est tenu de respecter l'ensemble des obligations découlant de la loi Informatique et Libertés et du RGPD (notamment l'information et l'éventuel recueil du consentement de la personne concernée, la mise en place de mesures de sécurité adaptées et, le cas échéant, la réalisation des formalités préalables auprès de la Cnil).

SOUS-TRAITANT

Le sous-traitant est toute personne, organisme ou autorité à qui le responsable du traitement a confié la réalisation de tout ou partie du traitement. Il collecte et traite les données uniquement au nom et pour le compte du responsable du traitement et sur instruction de celui-ci.

Par exemple, lorsqu'un établissement d'hébergement ou de soins propose un dispositif permettant à ses résidents de générer une alerte en cas de chute et recourt à une société tierce pour les équiper, l'établissement est considéré comme responsable du traitement, et la société tierce comme sous-traitant.

RGPD

PASSER À L'ACTION

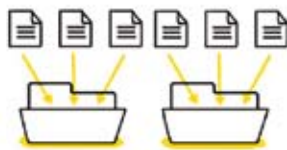
en 4 étapes

1



Constituez un registre de vos traitements de données

2



Faites le tri dans vos données

3



Respectez les droits des personnes

4



Sécurisez vos données

Capture d'écran du site Internet de la Cnil qui détaille les quatre actions principales à mener pour entamer sa mise en conformité aux règles de protection des données du RGPD.



Un cabinet dentaire doit-il avoir un délégué à la protection

des données (DPO) ?

Non. Pour les praticiens exerçant en individuel ou au sein de cabinets dentaires de groupe, il n'est pas obligatoire de désigner un DPO (lire l'encadré « L'Ordre se

conforme au RGPD », p. 24). Voici les cas où la désignation d'un DPO est obligatoire :

- Si la structure appartient au secteur public ;
- Si les activités principales de la structure amènent à réaliser un suivi régulier et systématique des personnes à grande échelle ;

- Si les activités principales de la structure l'amènent à traiter, toujours à grande échelle, des données « sensibles » ou des données relatives aux condamnations.



Qu'est-ce que le droit à la portabilité des données ?

Le RGPD prévoit que les patients ont le droit d'obtenir du praticien une copie de leurs données personnelles qui font ou ont fait l'objet d'un traitement. Le règlement exige que ces données soient remises « dans un format structuré, couramment utilisé [et] lisible par machine ».

En d'autres termes, ces données « portables » doivent pouvoir être extraites et/ou être réutilisées facilement par la personne concernée. Ce droit existe déjà au regard de l'article R. IIII-2 du Code de la santé publique qui organise l'accès au patient des éléments contenus dans son dossier médical. >>>

LES ARNAQUES AU RGPD SE MULTIPLIENT

La Cnil dénonce les agissements de sociétés promettant de manière peu scrupuleuse une mise en conformité « clé en main » avec le RGPD. Leur technique consiste à insister sur les sanctions financières encourues, à se présenter comme « labellisées », « certifiées » ou « recommandées » par la Cnil et à adresser aux praticiens une simple documentation. C'est pourquoi la Cnil et l'Ordre appellent une nouvelle fois à la vigilance et rappellent que de tels démarchages ne se font pas à l'initiative de la Cnil. Si un praticien met en doute la probité d'un démarchage, l'Ordre l'invite à prendre contact au plus tôt avec la Cnil au 01 53 73 22 22.



Quelle est la durée de conservation des données de santé ?

En l'absence de règles propres au dossier constitué par le chirurgien-dentiste pour le suivi de ses patients, il est d'usage d'adopter une durée de conservation de 20 ans à compter des derniers soins et jusqu'au 28^e anniversaire pour un mineur. Cette durée est prévue à l'article R. 1112-7 du Code de la santé publique. Le *Mémento de sécurité informatique pour les professionnels de santé en exercice libéral* de l'Asip Santé ⁽³⁾ peut être consulté pour obtenir des informations complémentaires.



Comment garantir la sécurité et la confidentialité des données ?

Avant l'application du RGPD, le praticien devait déjà garantir l'intégrité de son patrimoine de données en minimisant les risques de perte de données ou de piratage. Pour rappel, les mesures à prendre dépendent de la sensibilité des données traitées et des risques qui pèsent sur les personnes en cas d'incident. Différentes actions doivent être mises en place, dont les mises à jour des antivirus et des logiciels, l'utilisation de mots de passe complexes et leur changement régulier. En cas de perte ou vol d'un outil informatique, il sera plus difficile pour un tiers d'y accéder. Les documents de la PGSSIS sont des guides de référence et fournissent des recommandations importantes s'agissant de la sécurité des données ⁽⁴⁾. L'Ordre invite vivement les chirurgiens-dentistes à les consulter.



Le consentement du patient est-il indispensable ?

Si la question n'est pas encore totalement tranchée par la Cnil d'un point de vue juridique, nous retiendrons cependant que le praticien peut collecter, utiliser et traiter des données personnelles lorsque le traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux du patient (une urgence, par exemple), à l'exécution d'un contrat (auquel la personne est partie), au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable est soumis, à l'exécution d'une mission d'intérêt public, etc.



-18 ANS Et pour le patient mineur ?

Les titulaires de l'autorité parentale sont informés des traitements de données de santé portant sur leur enfant mineur, lequel reçoit également une information spécifique et adaptée. Attention : dans certains cas de figure, des dispositions spécifiques auront vocation à s'appliquer.



La CCAM est-elle une donnée de santé ?

Oui, si l'information découlant de ce codage conduit à délivrer une information sur l'état de santé ou sur une prise en charge en lien avec une pathologie particulière.



Le numéro de sécurité sociale constitue-t-il une donnée personnelle ?

Oui. Le numéro de sécurité sociale est unique et permet d'identifier un individu de manière certaine. Il s'agit donc d'une donnée

personnelle sensible nécessitant des garanties supplémentaires et qui ne peut être traitée ou collectée arbitrairement.



Qu'en est-il de la gestion de la paie de ses salariés à un tiers ?

Elle est impactée par le RGPD. Lorsque la gestion de la paie ou le stockage du bulletin de paie (notamment par l'utilisation de coffres-forts numériques) sont confiés à un tiers, le praticien demeure responsable du traitement, mais le prestataire est également soumis au RGPD en tant que sous-traitant.



Le praticien doit-il obtenir le consentement de ses salariés ?

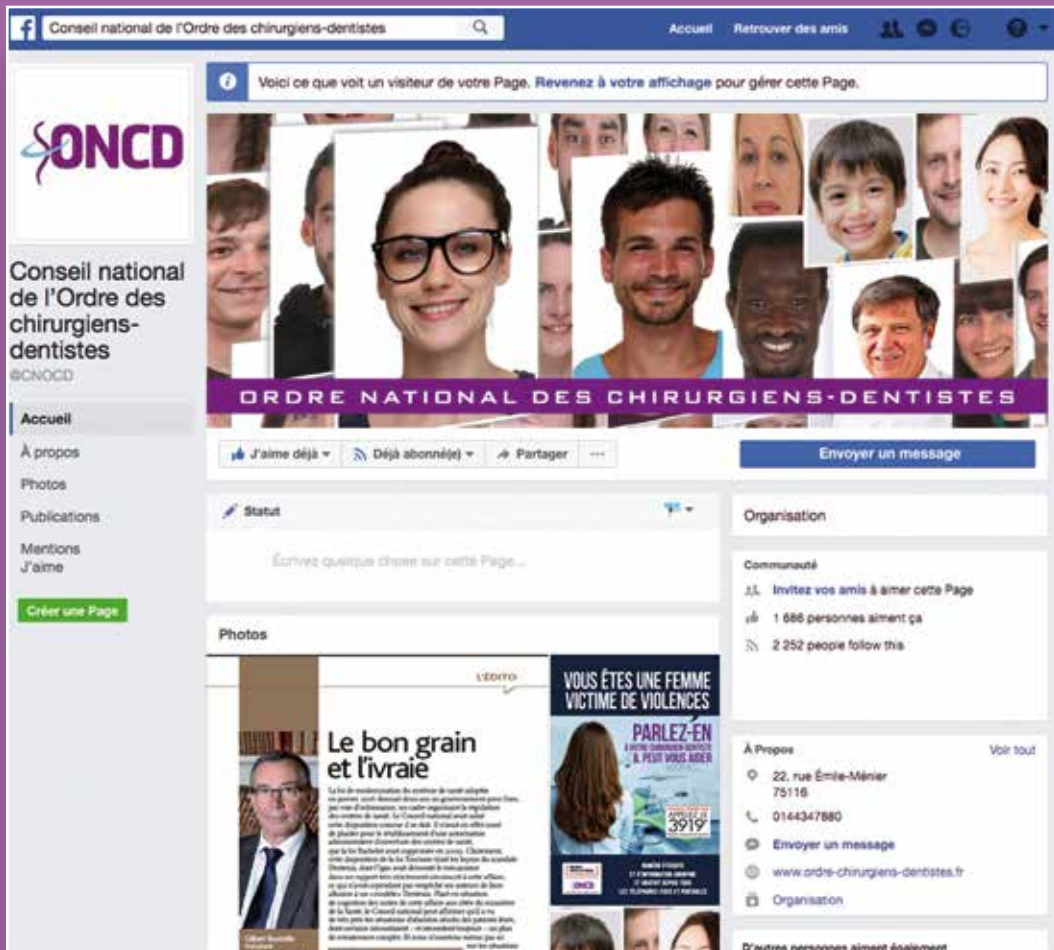
Non. Le traitement des données personnelles d'un salarié est nécessaire à l'exécution du contrat de travail. Son consentement n'est donc pas nécessaire.



Le praticien est-il responsable des données confiées à ses sous-traitants ?

Oui. Le praticien est responsable du traitement des données personnelles qu'il collecte ou qu'il utilise. En revanche, dans le cas où il confie la gestion ou le traitement de ces données à des tiers (partenaires, prestataires ou sous-traitants), ces derniers peuvent être considérés comme des sous-traitants au sens du RGPD (avec des obligations). Ainsi, dès que le praticien a recours à un prestataire de services dont la prestation implique le traitement de données de santé, il doit si- >>>

Rejoignez l'Ordre sur sa page Facebook !



 Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

 www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Qui signe les accusés de réception ? Petite question, grands effets !

En résumé

Les délais de procédure (pour saisir un juge ou interjeter appel, voire pour former pourvoi) ne doivent pas être ignorés sous peine d'irrecevabilité de l'action. Mais il est des situations concrètes plus complexes : l'expiration d'un délai liée au fait que le praticien concerné n'a pas réceptionné la lettre recommandée, une autre personne ayant signé l'accusé de réception. Dans un arrêt récent – classé parmi les plus importants de l'année 2018 –, le Conseil d'État pose la règle suivante : *« Lorsque le destinataire d'une décision administrative soutient que l'avis de réception d'un pli recommandé portant notification de cette décision à l'adresse qu'il avait lui-même indiquée à l'administration n'a pas été signé par lui, il lui appartient d'établir que le signataire de l'avis n'avait pas qualité pour recevoir le pli en cause. »*

Le contexte

Le Conseil d'État vient de rendre un arrêt ⁽¹⁾, en matière de procédure disciplinaire contentieuse qui ne manque pas d'attirer l'attention, ce que conforte sa publication dans le recueil des arrêts de la haute juridiction administrative. Sur son site, elle fournit une information qui mérite d'être soulignée : *« Le recueil des décisions du Conseil d'État, statuant au contentieux, plus connu sous*

l'appellation "Recueil Lebon", diffuse les décisions qui font jurisprudence», c'est-à-dire celles qui prescrivent une règle de droit. En outre, il y est précisé que les arrêts «*les plus importants*» sont «*publiés*», ceux qui le sont un peu moins, simplement «*mentionnés*». L'arrêt sous analyse est, quant à lui, publié, et entre donc dans la liste des décisions de justice «*les plus importantes*» ! Le litige concerne un médecin et non un chirurgien-dentiste, ce qui importe peu puisque, on le verra, les normes juridiques applicables sont identiques.

En l'espèce, une chambre disciplinaire de première instance (CDPI) infligea, le 9 juin 2016, une sanction à un médecin, en l'occurrence une «*interdiction d'exercer pendant une durée de 15 jours, dont huit assortis du sursis*». La sanction a été notifiée le 10 juin de la même année. Le praticien interjeta appel devant la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre, appel enregistré au greffe de la juridiction le 13 juillet 2016. Or, l'article R. 4126-44 du Code de la santé publique dispose : «*Le délai d'appel est de 30 jours* » >>>

» à compter de la notification de la décision.» Ce texte apporte deux précisions : premièrement, si la notification est revenue au greffe avec la mention «non réclamée», l'appel est recevable dans le délai de 30 jours qui suit la date de présentation de la lettre recommandée ; deuxièmement, si la notification est revenue au greffe avec la mention «n'habite pas à l'adresse indiquée», l'appel est recevable dans le délai de 30 jours qui suit la date du cachet de la poste.

La décision de la CDPI ayant été notifiée le 10 juin, le délai de 30 jours était déjà expiré le 13 juillet ! L'appel est, sur le fondement de l'article R. 4126-44, irrecevable, donc non susceptible d'être traité au fond par la Chambre disciplinaire nationale : il est possible d'obtenir un abaissement ou une annulation de la sanction. C'est pourquoi la présidente de la juridiction adressa au médecin une ordonnance (en date du 15 septembre 2016) mentionnant le rejet de l'appel pour tardiveté. Le professionnel de santé forma un pourvoi devant le Conseil d'État. *A priori*, ce pourvoi surprend : le texte précité est suffisamment clair.

Toutefois, le praticien soulève une difficulté qui puise sa racine dans une situation factuelle, du reste fréquente en pratique. D'une part, le professionnel de santé a systématiquement mentionné son adresse professionnelle et, d'autre part, la lettre recommandée avec avis de réception (LRAR) a été présen-

tée non au praticien, mais à la personne qui réceptionne habituellement le courrier. Ces conditions permettent-elles de solliciter une modification du point de départ du délai de 30 jours, et d'échapper ainsi à l'irrecevabilité de l'appel ? Assurément non, selon le Conseil d'État. Cependant, son arrêt apporte des nuances qu'il est concrètement utile d'évoquer.

L'analyse

Tout d'abord, la haute juridiction rappelle à juste titre la règle énoncée à l'article R.4126-32 du Code de la santé publique : la notification d'une décision «est faite le même jour pour toutes les parties, au dernier domicile connu, par lettre recommandée avec avis de réception ou, le cas échéant, par voie de signification par huissier». En l'espèce, une LRAR a été expédiée. Mais quel est le «dernier domicile connu» ? L'adresse professionnelle ! Pourquoi ? Les juges l'expliquent : «Il est constant que le seul domicile que le médecin avait porté à la connaissance des juridictions disciplinaires était son adresse professionnelle [...] ; ce domicile constituait, par suite son dernier domicile connu».

Ensuite, le médecin a soutenu n'avoir pas signé l'accusé de réception, ce qui est exact puisqu'une autre personne s'en est chargée. Cette situa-



tion n'est rare ni dans un cabinet libéral, ni dans un établissement ou centre de santé. C'est sur ce point précis que les juges font œuvre créatrice ; les dispositions légales ou réglementaires insérées dans le Code de la santé publique ne le traitent, en effet, pas. Quelle règle pose le Conseil d'État ? La voici : «Lorsque le destinataire d'une décision administrative soutient que l'avis de réception d'un pli recommandé portant notification de cette décision à l'adresse qu'il avait lui-



même indiquée à l'administration n'a pas été signé par lui, il lui appartient d'établir que le signataire de l'avis n'avait pas qualité pour recevoir le pli en cause. » Dans l'affaire jugée, le médecin n'a pas contesté le pouvoir du signataire ; ce faisant, son pourvoi a été rejeté. Si l'on prend l'exemple d'une LRAR remise à une secrétaire ou à un collaborateur salarié (voire libéral), la charge de la preuve du défaut de pouvoir pèse sur le praticien titulaire du cabinet. Comment établir l'ab-

sence de pouvoir ? Une fiche de poste suffit-elle ? Une mention dans le contrat (de travail, si tel est le cas, ou libéral) ? Peut-on prétendre qu'à défaut de délégation écrite, celle-ci n'existe pas ? Pas simple...

Quoi qu'il en soit, cet arrêt ne surprend pas les lecteurs fidèles de la jurisprudence du Conseil d'État, ce dernier ayant retenu un raisonnement identique dans un litige qui concernait un jugement notifié à un gérant d'une société civile immobilière (SCI), mais récep-

tionné (et signé) par une personne autre que lui-même ⁽¹⁾. Pour conclure, et ce dans une approche plus préventive, il peut être utile de rédiger une « *clause de pouvoir* » par laquelle telle personne est habilitée expressément à faire (ou à ne pas faire) ceci ou cela. Attention à ce qu'elle soit bien rédigée. ■

David Jacotot

(1) CE, 28 mars 2018, n° 405060, publié aux tables du *Recueil Lebon*.

(2) CE, Section, 11 juillet 1988, « *SCI 1, rue de la Fraternité* », n° 52639, Publié au *Recueil Lebon*, p. 296.

Implantologie : lourde addition pour l'indemnisation d'une victime

En résumé

L'échec d'un traitement implantaire et l'extraction de dents saines ont donné lieu à l'engagement de la responsabilité de deux époux chirurgiens-dentistes. La cour d'appel, dans un arrêt du 19 avril 2018, a conclu que les praticiens avaient commis une faute. Cette juridiction s'est également penchée sur les différents préjudices réparables, principalement le déficit fonctionnel temporaire, le quantum des dépenses de santé futures et l'existence d'un double préjudice, à la fois moral et lié à la perte de trois dents saines.

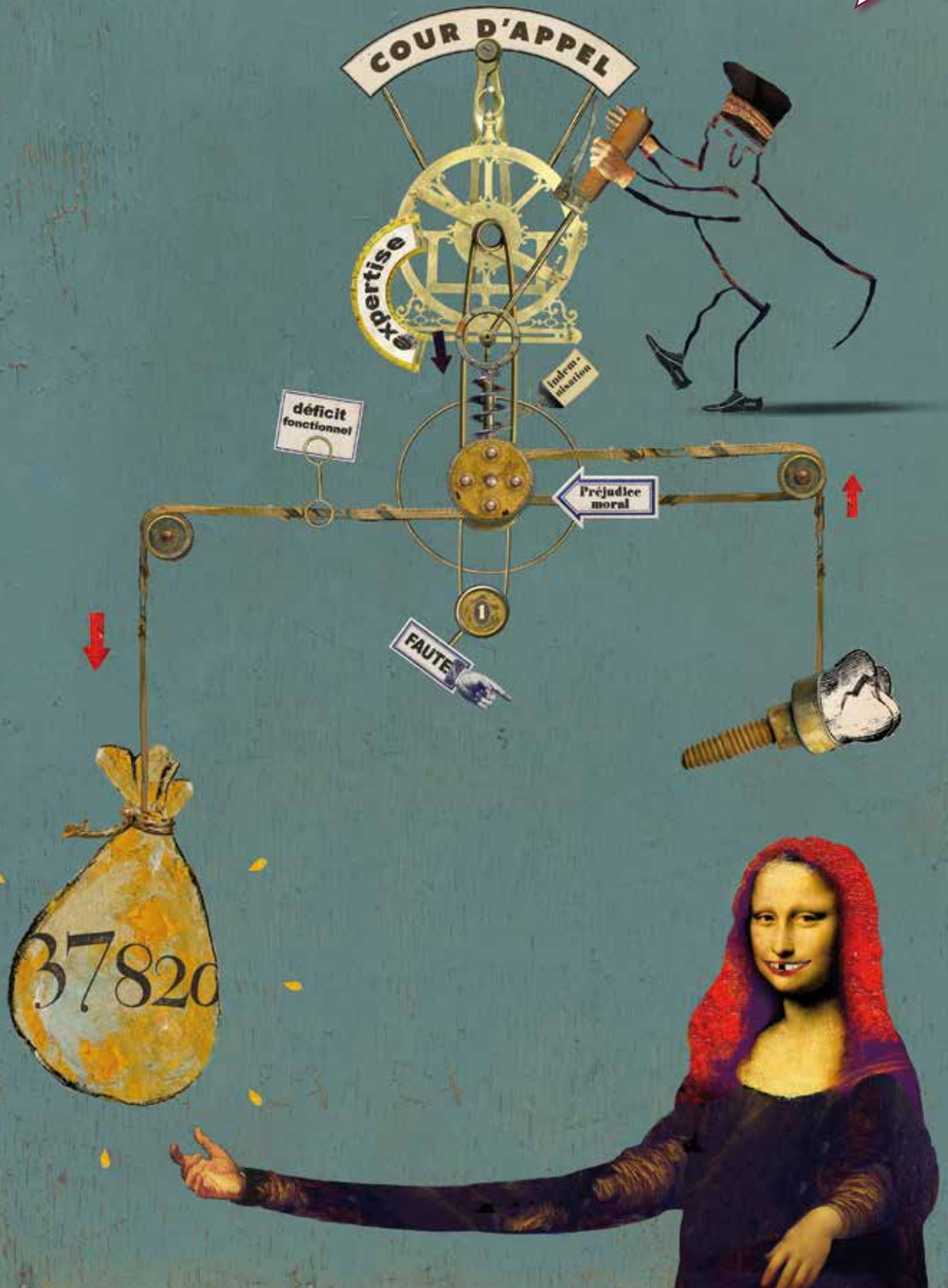
Le contexte

La responsabilité civile d'un chirurgien-dentiste en matière d'implantologie, tel est le thème d'un arrêt rendu par une cour d'appel au deuxième trimestre 2018⁽¹⁾. Les faits présentés par la juridiction sont les suivants : en février 2008, une patiente a consulté un chirurgien-dentiste pour la pose de couronnes sur les dents 12 et 22, lequel lui a proposé la réalisation d'implants dentaires sur ces dents ; en outre, un autre praticien – époux du premier et

exerçant dans le même cabinet (mais l'on apprend qu'une sanction d'interdiction d'exercer lui aurait été infligée) – a suggéré la pose de deux autres implants sur les dents 11 et 21. Quelques mois plus tard, se plaignant de problèmes relatifs à ces implants, la patiente, selon laquelle les dents «*se détachaient*», sur les conseils du praticien ayant installé les implants, rencontra un troisième chirurgien-dentiste. Ce dernier est intervenu pour extraire un implant fracturé («*la prothèse ainsi que l'implant en position 12 se sont cassés*», est-il écrit dans la dé-

cision de justice) et a tenté de poser un nouvel implant, mais sans succès, une greffe osseuse étant nécessaire. À cette période, la patiente est contrainte de porter une prothèse partielle amovible de quatre dents, dont on nous dit qu'elle la supporte difficilement.

Considérant qu'aucune solution n'avait pu être mise en œuvre pour soulager ses souffrances, la patiente a saisi la justice, dans un premier temps aux fins d'obtenir la désignation d'un expert judiciaire, ce pour quoi elle eut gain de cause ; l'expert a été chargé d'étudier les actes des >>>



»» trois praticiens (ceux du couple et ceux du troisième). En bref, le tribunal de grande instance condamna le couple (et non le troisième praticien) à indemniser la patiente en application de l'article 1142-1 du Code de la santé publique, les deux professionnels de santé ayant commis une faute. Cette juridiction alloua au titre des préjudices subis une somme totale de 37 820 euros, mais refusa d'accorder des dommages-intérêts pour préjudice moral et l'extraction de trois dents. À cela s'ajoutent 2 397,44 euros en remboursement des sommes payées par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à la victime ou pour son compte, outre l'indemnité forfaitaire calculée selon les dispositions de l'article L. 376-1 du Code de la sécurité sociale. Insatisfaite des créances indemnitaires allouées, la patiente interjeta appel, en critiquant principalement le déficit fonctionnel temporaire, le quantum des dépenses de santé futures et l'absence de dommages-intérêts pour le préjudice moral et la perte de trois dents saines.

L'analyse

Pour comprendre la solution adoptée par la cour d'appel, il convient de revenir sur le contenu du rapport d'expert, les juges – peu compétents dans le domaine médical – en retenant très souvent la substance. L'expert estime que « *les soins prodigués par les deux époux*

Au-delà des quelque 40 000 euros alloués par le tribunal de grande instance, les praticiens devront s'acquitter de plus de 20 000 euros au titre des frais futurs, du préjudice moral et des frais non compris dans les dépens.

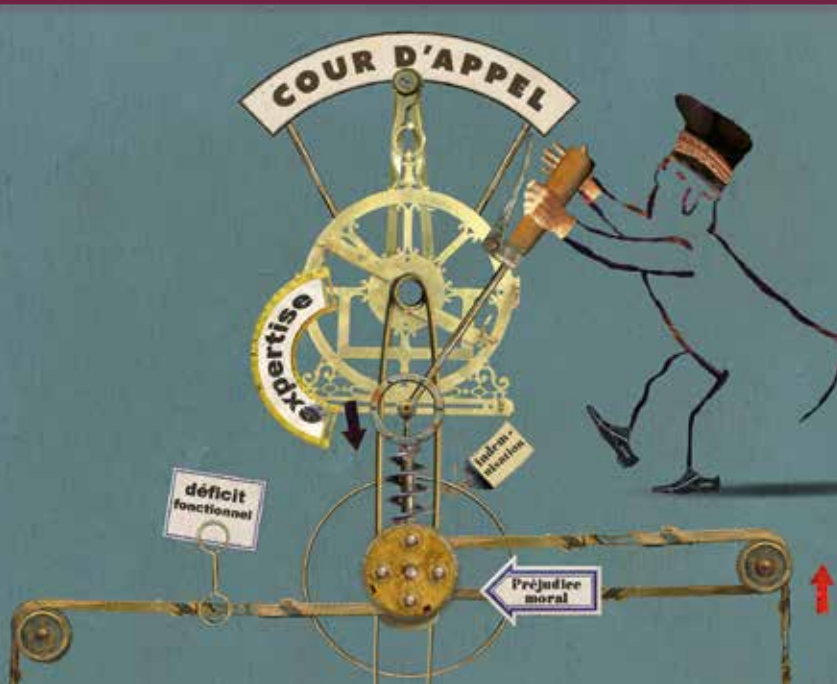
chirurgiens-dentistes étaient inadaptés, que des dents saines ont été extraites afin de recevoir des reconstitutions implanta-prothétiques, que les actes ainsi que la pose du diagnostic n'ont pas été consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science, qu'aucun examen radiologique pourtant indispensable dans ce type d'intervention n'a été prescrit et que le suivi bucco-dentaire et les soins apportés n'ont pas été dispensés selon les règles de l'art et les bonnes pratiques au moment du suivi». Le tribunal de grande instance et la cour d'appel concluent à l'existence d'une faute ayant causé des préjudices ; voilà caractérisées les trois conditions (une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux) nécessaires à l'engagement de la responsabilité civile.

Quant aux différents préjudices, seuls certains d'entre eux étaient contestés devant la cour d'appel. Ceux que la patiente a estimés correctement indemnisés ne seront pas ici commentés, notre propos étant de montrer la manière dont un juge raisonne en matière de préjudices réparables.

Premièrement, pour ce qui est des dépenses futures, l'expert indique que la patiente « *sera dans l'obligation d'engager des frais*

pour réhabiliter le secteur maxillaire antérieur et prévoit la nécessité de déposer des implants, d'une greffe osseuse du secteur antérieur avec membrane [ainsi que] la pose de quatre implants, la mise en place de quatre piliers et de quatre dents provisoires pour un total de 12 120 euros». Il chiffre par ailleurs « *la mise en place de quatre prothèses unitaires céramo-métallique sur implant à 4 000 euros. Soit un montant total de frais futurs qui s'élève à 16 120 euros* ». Cependant, la patiente produit devant la cour d'appel un devis de 28 500 euros dont elle prétend qu'il est l'œuvre d'un « *spécialiste de ce type d'intervention* ». La cour relève que ce devis a été transmis à l'expert lequel n'a pas modifié son évaluation en retenant dans sa réponse aux dires « *que le confrère ayant établi ce devis proposait une réhabilitation du secteur antérieur, zone concernée par le litige, mais également du secteur postérieur gauche du maxillaire supérieur lequel n'avait pas à être pris en compte dans le cadre du remplacement des quatre incisives maxillaires* ». Les juges d'appel suivent l'avis de l'expert et fixent la somme due à 16 120 euros pour l'ensemble des frais futurs.

Deuxièmement, la victime critique l'absence de réparation du



déficit fonctionnel temporaire. Rappelons que ce poste de préjudice vise les troubles dans les conditions d'existence en incluant la perte de la qualité de la vie et des joies usuelles de l'existence. Le débat s'engage. La patiente estime avoir subi une « *modification de ses conditions de vie dans sa vie courante de nature à justifier un taux de 10 % évalué à 69 euros par mois pendant 1 344 jours, soit du 1^{er} septembre 2010, date à laquelle la première couronne s'est détachée, au 7 mai 2014, date de l'examen par l'expert valant consolidation* ». L'expert a noté que la victime, qui a perdu quatre incisives maxillaires remplacées par des implants qui se sont fracturés et qui porte une prothèse amovible de quatre dents, se plaint effectivement de cette situation, n'osant plus sourire, déclarant porter sa main devant la bouche pour parler et éprouvant des difficultés à manger et à parler. Les juges remarquent que l'expert se contente d'évoquer de telles

doléances et ne constate pas lui-même, sur le plan médical, qu'en raison de ladite prothèse la plaignante aurait des difficultés à se nourrir. Plus encore, l'expert ne retient aucun déficit fonctionnel temporaire. La cour d'appel conclut alors que, « *en l'absence d'éléments médicaux venant contredire cette conclusion, le jugement est confirmé en ce qu'il a rejeté ce chef de demande* ». La patiente n'obtient aucun dédommagement sur ce point.

Troisièmement, elle considère que la perte de dents saines est distincte de la souffrance endurée et réclame... 30 000 euros ! Les juges ne lui accordent pas : « *Le taux du déficit fonctionnel permanent a été fixé à 3 % en considération de la perte de trois dents saines de sorte que le préjudice résultant de la perte de ces trois dents est déjà indemnisé et ne saurait donner lieu à une réparation distincte.* » La réparation intégrale signifie que tous les préjudices doivent être indemnisés, mais inter-

dit de dédommager deux fois le même préjudice.

Quatrièmement, un préjudice moral est évoqué qui résulterait, selon la victime, du fait d'avoir été trompée par les deux époux chirurgiens-dentistes. La patiente souhaite obtenir 10 000 euros. Le litige présente ici un zeste d'originalité. En effet, les factures relatives aux soins ont été établies au nom de l'un des époux sachant que les soins ont été réalisés par l'autre, « *ce dernier n'ayant plus le droit d'exercer en France* » (selon l'expert, sans que les juges aient vérifié l'information). En outre, l'intervention pratiquée « *n'avait aucune utilité* » puisqu'elle portait sur « *l'extraction de dents saines* ». Enfin, les juges admettent l'existence d'un lien de proximité entre la patiente et l'un des chirurgiens-dentistes, la preuve résultant de mails où les deux personnes se tutoyaient (dont acte !). Ils allouent 3 000 euros. Tromper quelqu'un d'assez proche a un prix !

Pour terminer, la cour d'appel décide que « *l'équité commande de faire application de l'article 700 du Code de procédure civile⁽²⁾ au profit de la victime* », pour un montant de 1 500 euros. En définitive, l'addition est très lourde. ■

David Jacotot

(1) Aix-en-Provence, 10^e chambre, 19 avril 2018, rôle n° 17/00702.

(2) Ce texte dispose que : « *Le juge condamne la partie tenue aux dépens ou qui perd son procès à payer [...] à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens [...].* »

Attention aux « clauses relatives à la preuve » d'un contrat!

En résumé

L' article 1356 du Code civil – issu de l'ordonnance du 10 février 2016 entrée en vigueur le 1^{er} octobre de la même année –, qui réforme le droit des contrats, pose le principe de la validité des clauses relatives à la preuve. Voici un exemple de clause extrait d'un contrat relevant du domaine informatique : le client est « tenu de s'acquitter d'un formalisme contractuel [remplir une "fiche individuelle d'identification écrite"] pour le cas où il souhaiterait émettre des réserves sur la qualité et le fonctionnement du progiciel », et ce « dans un délai de 15 jours à compter de la livraison du progiciel. À défaut de réserves respectant ce formalisme, le progiciel [est] considéré comme tacitement "recetté" [reçu sans réserves] ». Bref, la méconnaissance du formalisme vaut bonne exécution du contrat ! Si cette clause est licite, la Cour de cassation en a néanmoins limité la portée : elle considère que le client peut, malgré cette clause, établir un dysfonctionnement même s'il a méconnu ce formalisme. Il convient toutefois d'examiner attentivement son contrat afin de détecter les clauses relatives à la preuve et d'en mesurer les conséquences, ce qui n'est pas aisé pour un professionnel non familier de la technique contractuelle.

Le contexte

Les clauses relatives à la preuve ont fait leur apparition dans le Code civil avec l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016. Cependant, avant cette réforme du droit des contrats, elles existaient déjà en pratique. Par exemple, dans certains contrats d'assurance automobile, il était stipulé qu'il appartenait à l'assuré d'établir (la charge de la preuve pèse sur lui), outre des détériorations liées à une pénétration dans l'habitable par effraction, le forçement de la direction ou de son antivol et la modification des branchements électriques ayant permis le démarrage du véhicule (ce que l'assuré doit prouver, l'objet de la preuve); à défaut, la garantie n'était pas due. Dit autrement, cette clause, en cas de vol, soumet le paiement de l'indemnité d'assurance à la démonstration par l'assuré d'indices d'effraction très précis et très difficiles à établir. Les clauses relatives à la preuve ont été soumises aux juges, notamment aux magistrats de la Cour de cassation, lesquels les ont dé-

clarées valables ⁽¹⁾ : ils posèrent le principe selon lequel « pour les droits dont les parties ont la libre disposition ⁽²⁾, ces conventions relatives à la preuve sont licites ».

Mais elle a ponctuellement apporté certaines limites, notamment à propos de la clause du contrat d'assurance précitée : « La preuve du sinistre, qui est libre, ne pouvait être limitée par le contrat. » Plus généralement, la Cour de cassation met en perspective la clause relative à la preuve à la lumière des droits fondamentaux, et tout particulièrement de l'article 6 § 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), considérant d'une manière générale que c'est l'effectivité du droit d'accès au juge que ces clauses ne peuvent pas heurter ⁽³⁾.

Il convient donc d'alerter le chirurgien-dentiste sur l'existence de telles stipulations qui peuvent être énoncées dans les contrats conclus dans les sphères personnelle et professionnelle, d'autant plus que le Code civil admet dorénavant leur licéité.

L'analyse

L'article 1356 du Code civil dispose : « Les contrats sur la preuve sont valables lorsqu'ils portent sur des droits dont les parties ont la libre disposition [l'on retrouve ici l'exigence posée par la jurisprudence, la loi s'inspirant des arrêts rendus par la Cour de cassation]. Néanmoins, ils ne peuvent contredire les présomptions irréfragables [par celles-ci, le droit interdit d'apporter la preuve contraire] établies par la loi, ni modifier la foi attachée à l'aveu ou au serment. Ils ne peuvent davantage établir au profit de l'une des parties une présomption irréfragable. » Force est de constater que ce texte limite assez peu la validité de telles clauses. Il en résulte la nécessité de les détecter, de les comprendre et d'en mesurer les conséquences, ce qui n'est pas simple pour un non-initié. Si ce cadre légal est permissif, la Cour de cassation maintiendra-t-elle sa jurisprudence antérieure, davantage protectrice des contractants non rompus à la technique contractuelle ? Ce n'est pas certain à la lecture d'un arrêt récent ⁽⁴⁾. Certes, en l'occurrence, le contrat a été formé avant le 1^{er} octobre 2016, date d'entrée en vigueur de la réforme, aussi la loi nouvelle ne pouvait-elle s'appliquer, >>>

Largement pratiquées de longue date dans les contrats d'assurance automobile, les clauses sur la preuve rendaient improbable l'indemnisation des assurés en cas de vol.

»»» mais la haute juridiction s'en inspire.

En l'espèce, une société d'informatique a conclu un contrat avec un client portant sur un progiciel dénommé « *BIT-Estim* ». Consécutivement à des dysfonctionnements du produit, le client a rompu le contrat. La société d'informatique lui reproche cette résiliation unilatérale et l'assigne devant la justice aux fins d'obtenir des dommages-intérêts. Elle invoque une clause relative à la preuve. Celle-ci contraint le client à s'acquitter d'un formalisme contractuel pour le cas où ce dernier souhaiterait émettre des réserves sur la qualité et le fonctionnement du progiciel. Le client dispose ainsi d'un délai de 15 jours à compter de la livraison du progiciel pour dénoncer tout « *dysfonctionnement* » en remplissant une « *fiche individuelle d'identification écrite* ». À défaut de réserves respectant ce formalisme, le progiciel devait être considéré comme tacitement « *recetté* », c'est-à-dire reçu sans réserves. Ici, le client n'avait pas respecté ledit formalisme. La société informatique plaide la méconnaissance de cette clause bien connue en ce domaine, dénommée « *procédure de recette* », et qui s'apparente

Les contrats sur la preuve sont valables à moins qu'ils n'établissent au profit de l'une des parties une présomption irréfragable.

à une « *forme de présomption de bonne exécution du contrat* »⁽⁵⁾.

La Cour de cassation ne retint pas ce raisonnement. Elle conclut, tout d'abord, que « *si les contrats sur la preuve sont valables lorsqu'ils portent sur des droits dont les parties ont la libre disposition [reprise des termes de l'article 1356 du Code civil], ils ne peuvent établir au profit de l'une des parties une présomption irréfragable [apport important de l'arrêt]* ». Elle considère ensuite que le client prouve les troubles d'usage du progiciel, ce dont il résulte qu'il a renversé la présomption de « *recette tacite* » résultant de l'absence de réserves respectant le formalisme contractuellement prévu. Que comprendre ? Si la clause est licite, la Cour l'a toutefois réécrite en partie : alors que la clause stipulait une présomption irréfragable de bon fonctionnement en cas de violation du formalisme, la Cour n'y voit qu'une présomption simple, permettant alors au client de démontrer (hors tout

formalisme) les complications et les tracas subis⁽⁶⁾. Bref, la clause relative à la preuve ne reçoit pas son plein effet. Répétons-le : examinez attentivement vos contrats, notamment la présence d'une éventuelle clause relative à la preuve. ■

David Jacotot

(1) Cass. com., 8 novembre 1989, n° 86-16.197, *Revue trimestrielle de droit commercial*, 1990, p. 78, obs. M. Cabrillac et B. Teysié.

(2) Les droits dont les parties n'ont pas la libre disposition relèvent notamment de l'état des personnes, du corps humain, des sépultures, mais aussi des prérogatives pour lesquelles la loi prévoit expressément des règles de protection particulières, comme en droit de la consommation.

(3) Cass. com., 15 mai 2007, n° 06-10606, *Dalloz*, 2007, p. 1605.

(4) Cass. com., 6 décembre 2017, n° 16-19615, à paraître au *Bulletin des arrêts* de la Cour de cassation, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2018, p. 123, note H Barbier.

(5) H. Barbier, préc.

(6) Ainsi que l'écrit H. Barbier, préc. : « *Plutôt que d'écarter la clause en la réputant non écrite, les juges choisissent de la considérer comme une clause ayant établi une présomption simple, qui a été renversée par le client du prestataire. Les juges recourent ainsi à une technique de sauvetage des clauses illicites, qu'on peut qualifier de "réduction validante".* »

Le présupposé indiscutable du bon fonctionnement du produit en l'absence du respect par le client du formalisme prévu dans la clause s'est mué en simple présomption.

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice



RGPD

Le chirurgien-dentiste doit respecter le nouveau règlement général sur la protection des données (RGPD), entré en vigueur le 25 mai dernier. Pour s'y conformer, il doit tenir un registre des activités de traitement des données personnelles au sein du cabinet dentaire. Ce registre permet d'identifier les parties prenantes qui interviennent dans le traitement des données, les catégories de données traitées, leur finalité, qui y accède et à qui elles sont communiquées, combien de temps elles sont conservées et la façon dont elles sont sécurisées. La Cnil propose en téléchargement un modèle de registre depuis son site Internet.



BURN OUT

En appelant le 0800 800 854, un praticien en situation de burn out peut être aidé par un psychologue. Ce numéro vert confidentiel est accessible 24 h/24 et 7 j/7. Si l'état du praticien nécessite une prise en charge psychologique plus poussée, le psychologue peut proposer des solutions auprès de services de prise en charge spécialisés.



la sécurité des données afin d'éviter toute destruction, perte, altération ou divulgation non autorisée de ces données. L'Ordre invite les praticiens à consulter le *Mémento de sécurité informatique pour les professionnels de santé en exercice libéral*, qui répond à la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) afin qu'ils mettent en place les mesures nécessaires pour respecter leurs obligations légales.



SÉCURISER LES DONNÉES

Les chirurgiens-dentistes doivent être en mesure de garantir



CLAUSES RELATIVES À LA PREUVE

Le droit des contrats pose désormais le principe de la validité des « clauses relatives à la preuve » dans le cadre duquel le client doit obéir à un formalisme contractuel pour émettre des réserves sur la qualité et le fonctionnement d'un bien ou d'un service. La Cour de cassation en a limité la portée en considérant que le client peut, malgré cette clause, établir un dysfonctionnement même s'il a méconnu ce formalisme. Il convient néanmoins d'examiner attentivement son contrat.



La Lettre n° 168 – JUIN 2018

Directeur de la publication : Gilbert Bouteille/Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16

Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 / www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15

Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert. Illustrations : Dume et Bruno Mallart. Couv. : Ewa Roux-Biejat.

Photos : Philippe Delacroix : pp. 3. Fotolia : pp. 1, 2, 6, 9, 12, 24-31. DR : pp. 11, 29.

Imprimerie : Corlet/Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs/Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844

BURN OUT. **PARLEZ-EN**



N°Vert

0800 800 854

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

**24 h/24, 7 j/7,
des psychologues
sont à l'écoute des praticiens
en situation difficile.**

**Tous les appels sont garantis
par le secret médical et l'anonymat.**