

La Lettre

Au cœur de l'identification post-attentats de Paris

p. 12

Accident d'exposition au sang : prévenir et agir

p. 18

Europe : l'accès partiel ne s'applique pas à notre profession

p. 28



Les Français et leur chirurgien-dentiste





4

L'ÉVÉNEMENT

Les Français et leur chirurgien-dentiste

ACTUALITÉS

- 12** IDENTIFICATION MÉDICO-LÉGALE
Au cœur de l'identification post-attentats de Paris
- 16** PROTECTION DE L'ENFANT
Signaler les cas de maltraitance n'est plus un tabou
- 18** SÉCURITÉ
Accident d'exposition au sang : prévenir et agir
- 21** VIE ORDINALE
Le bureau du Conseil national dans la Drôme
- 22** SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE
Les exceptions au principe du « *silence vaut accord* »
- 24** PRÉVENTION
Le praticien au cœur de la lutte contre le tabagisme
- 26** AVIS DE RECHERCHE
- 27** JURIDICTIONS
Chambre disciplinaire nationale et SAS du Conseil national

28



DOSSIER

Pourquoi l'accès partiel ne s'applique pas à notre profession

JURIDIQUE

- 33** LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
L'hypothétique impact de l'action de groupe sur le chirurgien-dentiste
- 37** SOCIÉTÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
Comment tranche le juge en cas de retrait ou de décès d'un associé ?



PORTRAIT

- 42** MARCO MAZEVET
Made in Europe

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

Convaincre

L'Ordre, garant de l'honneur et de l'indépendance de la profession, se réjouit des résultats d'un sondage qu'il a commandité sur l'image des chirurgiens-dentistes auprès des Français. En effet, ces résultats sont particulièrement favorables. Ils nourriront les débats du Grenelle de la santé bucco-dentaire qui, à l'heure où nous écrivons ces lignes, va s'ouvrir dans quelques jours. La relation très forte qui existe entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients, le niveau de satisfaction quant aux soins dispensés et le haut degré de confiance exprimé reposent – et ce sont les Français qui nous le disent – sur nos compétences de « médecins de la bouche ».

On lira dans les pages qui suivent les chiffres de cette étude. Ces très bons résultats nous engagent et nous obligent. Nous devons collectivement conforter cette image que ternissent malheureusement parfois quelques praticiens qui transgressent leurs obligations déontologiques et leurs devoirs éthiques *via*, notamment, des refus de soins.

« Un changement de paradigme doit s'opérer dans le niveau de prise en charge de la prévention et des soins conservateurs. »

À l'aune des résultats de cette étude, ces comportements paraissent plus que jamais insupportables.

Au-delà de ce sondage, tout ne va évidemment pas pour le mieux dans le meilleur des mondes bucco-dentaires. À commencer par le niveau de prise en charge de la prévention et des soins conservateurs. Nous en appelons à un changement de paradigme qui nous ferait passer d'un remboursement des soins privilégiant les actes prothétiques à une prise en charge valorisant la conservation *ad integrum* de la sphère oro-buccale.

Notre profession ne cesse de le marteler. Il est temps d'en informer et d'en convaincre les Français.



Les Français et leur chirurgien-dentiste



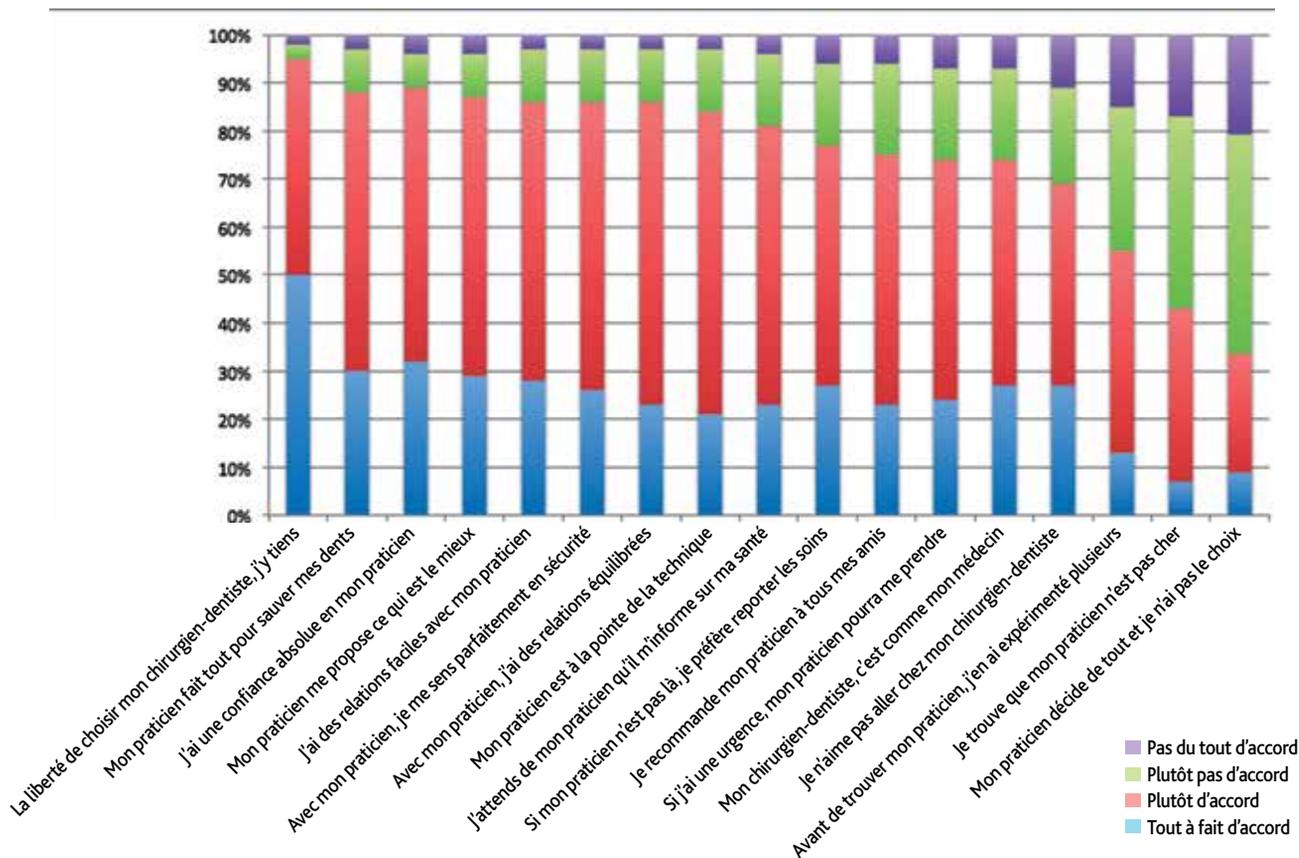
Les Français sont satisfaits de leur chirurgien-dentiste et des soins qu'il leur prodigue. En découle une relation de confiance basée sur la compétence reconnue par le patient à son praticien. Tel est l'un des résultats d'une enquête inédite de l'Ordre réalisée auprès des Français. L'objectif : identifier la perception par les patients de notre profession et plus largement leurs attentes en matière de santé bucco-dentaire afin de nourrir la réflexion sur le modèle économique de notre profession. >>>

Les Français ont une très bonne opinion de leur chirurgien-dentiste et de ses compétences. 95,3 % d'entre eux se déclarent satisfaits après une consultation auprès d'un praticien. Voilà l'un des résultats saillant d'une enquête commanditée par l'Ordre et réalisée auprès de plus de 900 Français (*lire l'encadré « Méthodologie de l'enquête »*). Son objectif : identifier les attentes vis-à-vis de notre profession

et en matière de santé bucco-dentaire. Si certains résultats du sondage sont attendus – le coût des actes prothétiques est jugé trop élevé par les patients –, d'autres tordent le cou aux idées reçues, notamment celle selon laquelle les Français se seraient forgé une image négative de notre profession. 87 % des personnes sondées déclarent ainsi avoir une image favorable de notre profession, et même très favorable pour

près d'un Français sur quatre (23 %). Mais par-dessus tout, c'est la confiance qu'accordent les patients à notre profession qui émerge des résultats. 82 % d'entre eux témoignent ainsi d'une « confiance absolue » à l'égard de leur praticien. Un résultat qui trouve sa source dans le jugement que portent les Français sur la compétence des chirurgiens-dentistes : 74 % des patients leur attribuent spontanément ce qualificatif.

Tableau 1. La perception des patients





Ce n'est pas seulement – et classiquement – la confiance en leur chirurgien-dentiste traitant qu'expriment les patients dans ce sondage, mais bien une confiance globale envers l'ensemble des praticiens : ils sont 87 % à déclarer avoir une image favorable ou très favorable de notre profession.

« *La liberté de choisir mon chirurgien-dentiste, j'y tiens !* » C'est, parmi toutes les propositions exposées aux sondés ayant rendu visite à un praticien depuis moins de deux ans, celle qui reçoit le plus d'adhésion : 94,6 %. De même, près de neuf répondants sur dix adhèrent à la proposition suivante : « *Mon praticien fait tout pour sauver mes dents.* » 85 % se

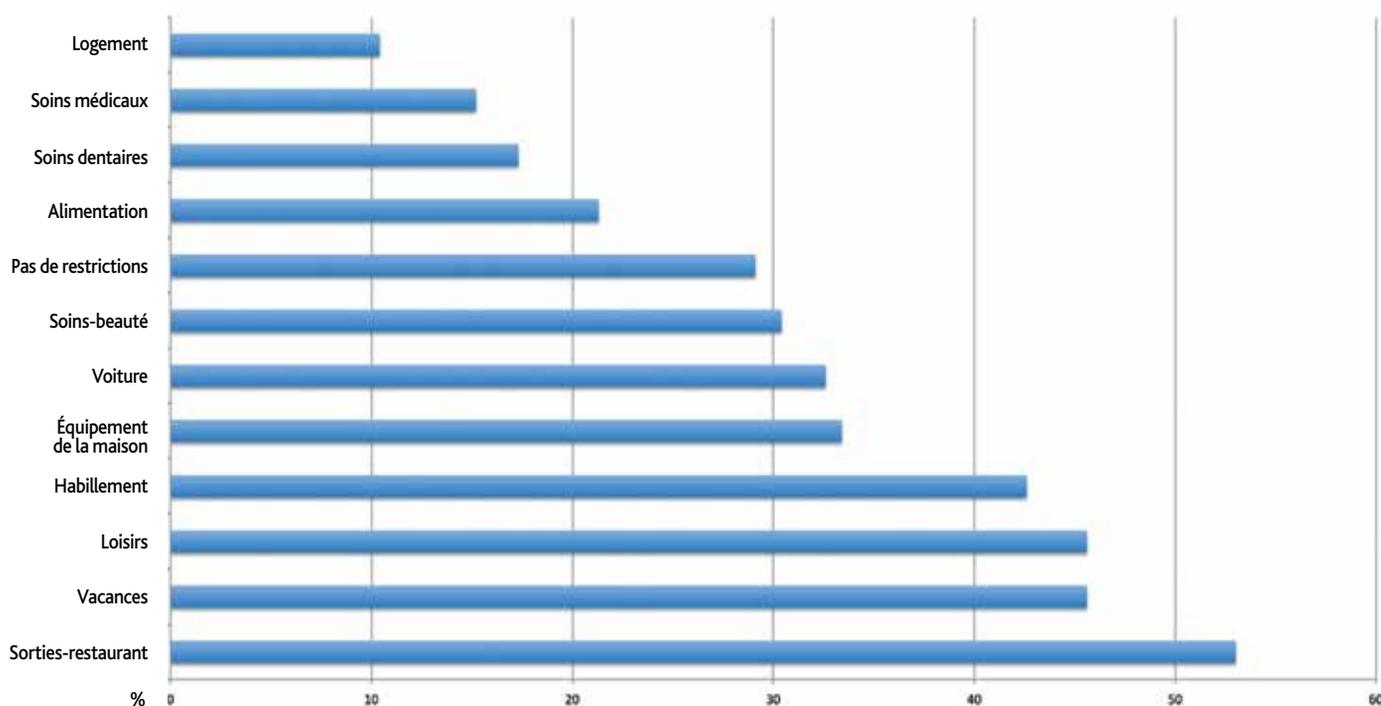
considèrent « *parfaitement en sécurité* » avec leur chirurgien-dentiste (voir l'ensemble des résultats dans le tableau 1 « *La perception des patients* »)

Une exigence de liberté de choix qui fonde une relation équilibrée avec pour corollaire un sentiment de confiance et de sécurité exprimé par les patients, qui estiment que leur praticien met tout en œuvre pour les soi-

gner au mieux et leur propose le traitement le plus adapté. C'est ce qui explique le chiffre, cité plus haut, de 95,3 % des patients satisfaits de leur visite chez le chirurgien-dentiste... alors même qu'ils sont 70 % à déclarer qu'ils n'aiment pas s'y rendre.

L'image favorable exprimée par les patients est indéniablement liée à une relation forte praticien-



Tableau 2. Les restrictions selon le poste budgétaire

►►► patient, appuyée sur une compétence reconnue. «*Les résultats de cette enquête nous rassurent sur la relation que nous avons avec nos patients et sur l'image qu'ils ont de nous. C'est un bel hommage qu'ils nous rendent. La volonté de l'Ordre de placer le patient au cœur de ses préoccupations tout en étant garant de la qualité et de l'universalité des soins s'en trouve confortée*», explique Gilbert Bouteille, président de l'Ordre.

S'agissant des pratiques de soins, 67 % des sondés déclarent avoir consulté un chirurgien-dentiste depuis moins d'un

an et huit sur dix depuis moins de deux ans. Parmi les premiers, 40 % ont consulté leur chirurgien-dentiste plusieurs fois dans l'année. En moyenne, un patient

Le premier lien établi avec le chirurgien-dentiste repose sur le réseau interpersonnel du patient, l'outil Internet n'étant utilisé que très anecdotiquement.

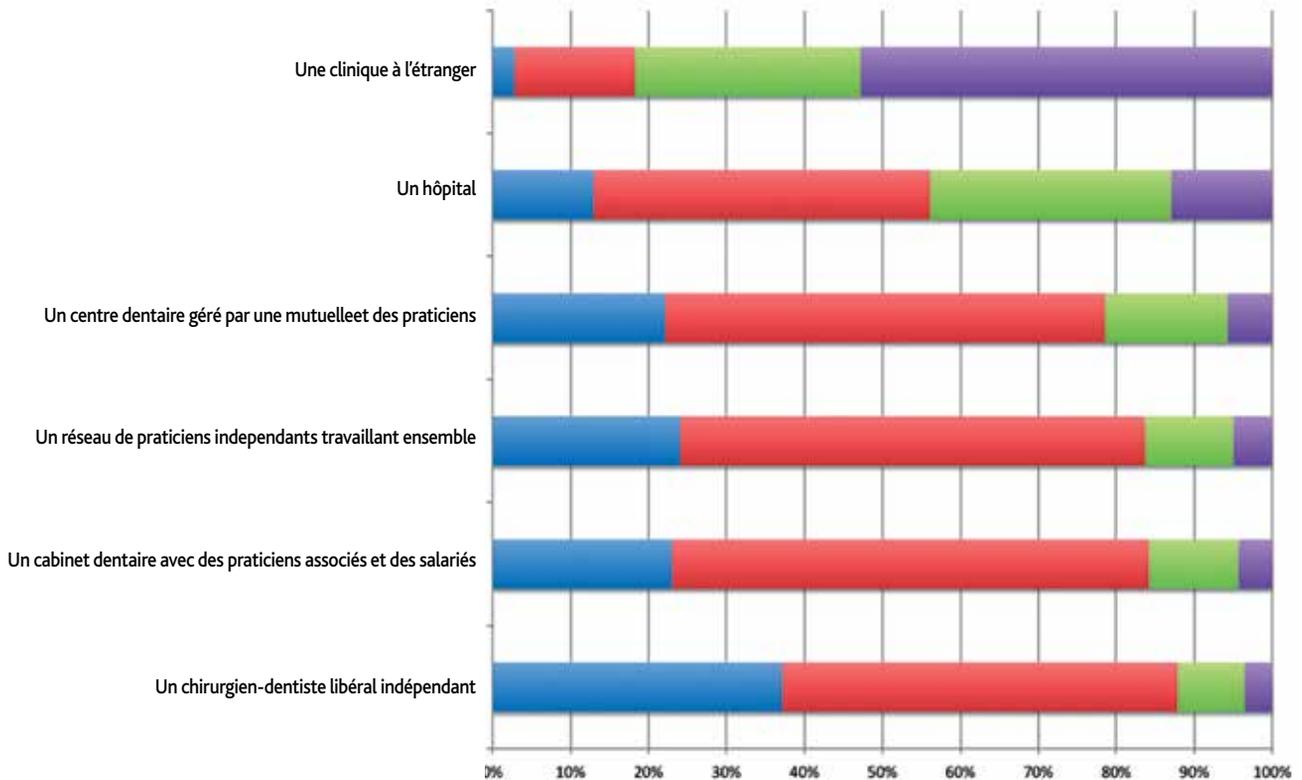
consulte son praticien une fois et demie par an. Une moyenne plus élevée chez les femmes (1,7 fois par an) que chez les hommes (1,4 fois par an).

En ce qui concerne les motifs de visite, quatre patients sur dix se rendent chez leur praticien pour une simple visite de contrôle (examen de la bouche et détartrage). Les autres patients combinent examen de routine, soins conservateurs et/ou travaux.

Sans surprises, l'immense majorité des répondants (89 %) a consulté un praticien libéral exerçant à titre individuel ou en cabinet de groupe. Ils sont fort logiquement très peu (moins de 10 %) à s'être rendus dans un centre mutualiste et dans une pro-

■ Oui, tout à fait
 ■ Oui, possiblement
 ■ Plutôt pas
 ■ Pas du tout

Tableau 3. Acceptabilité des offres de soins



portion encore moindre dans un centre hospitalier.

L'Ordre s'est également intéressé à la façon dont un patient choisit son praticien. Il en ressort que le premier lien établi avec un chirurgien-dentiste repose sur le réseau interpersonnel des Français puisque plus d'un sur trois choisit son praticien sur les recommandations des amis, de la famille et des proches. L'outil Internet n'est utilisé que de manière anecdotique (2 %) lorsqu'ils sont à la recherche d'un praticien.

Pour ce qui est de la perception des Français de leur santé

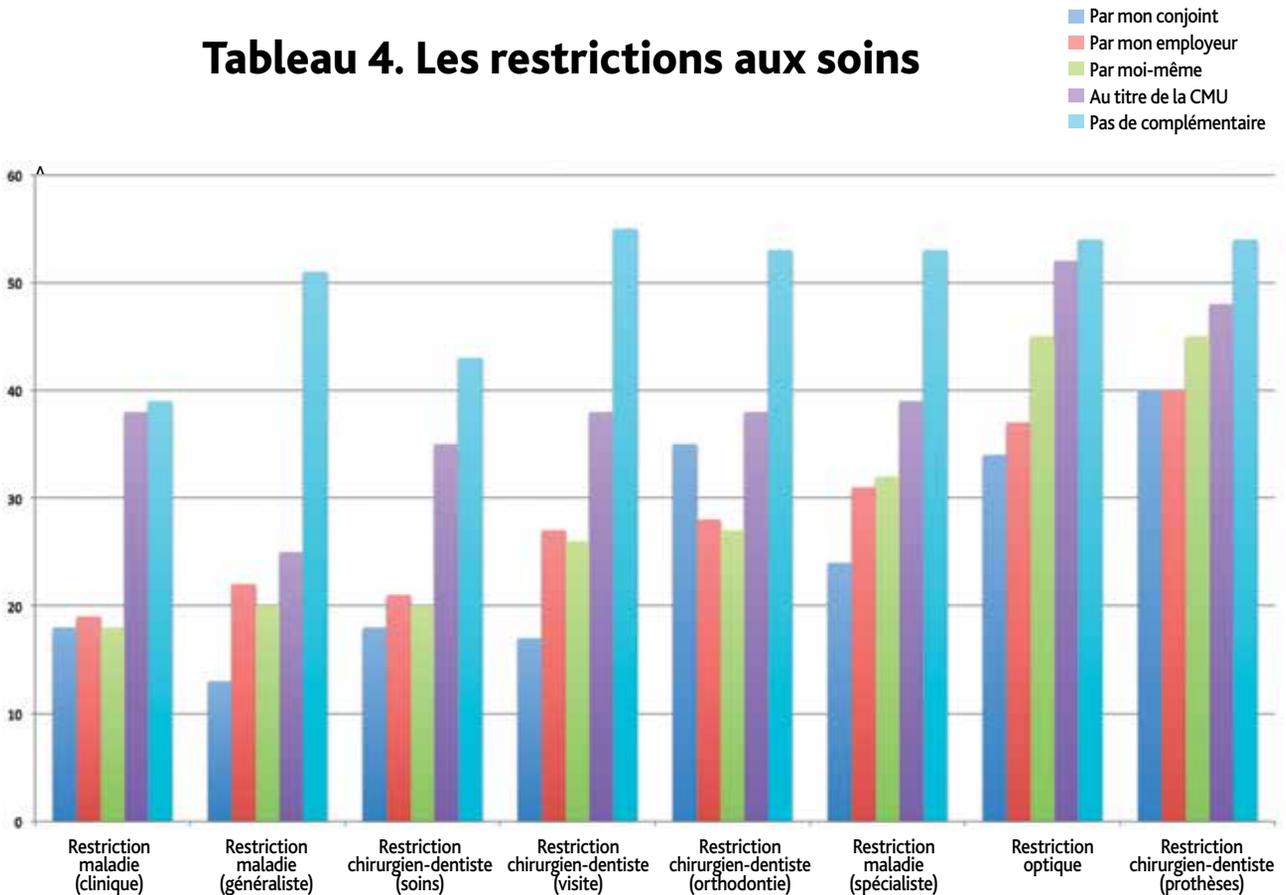
bucco-dentaire, 78 % des répondants considèrent que leur état bucco-dentaire est satisfaisant et 74 % d'entre eux estiment que celui des Français est en amélioration. Rappelons qu'il s'agit de données déclaratives : il existe à coup sûr un écart entre perception et réalité. Précisons ainsi que ceux qui affirment détenir une bonne santé bucco-dentaire se rendent moins souvent chez le chirurgien-dentiste. Si 37 % des Français déclarent ne souffrir « d'aucun problème », 28 % des répondants font état de dents manquantes ou cassées, 27 % de saignements des

gencives, 26 % de caries et 14 % d'un mauvais état général de la denture.

L'Ordre a également interrogé les Français sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Si 28 % des sondés déclarent ne jamais reporter leurs soins pour des raisons financières, 17 % des répondants se restreignent sur le poste « soins dentaires », pour lequel les Français sont le moins prêts à faire des concessions, après le logement et les soins médicaux (voir l'ensemble des résultats dans le tableau 2 « Les restrictions selon le poste budgétaire »). 17 % des répondants dé-



Tableau 4. Les restrictions aux soins



►► clarent qu'ils ont dû renoncer à se soigner dès lors qu'il s'agissait de soins prothétiques. La barre passe sous les 10 % pour les

L'ESSENTIEL

- ✓ Une enquête commanditée par l'Ordre montre que les Français ont une image favorable de notre profession.
- ✓ Plus de 95 % des patients sont satisfaits de leur visite chez leur praticien.
- ✓ 82 % des répondants témoignent d'une « confiance absolue » en leur praticien.

soins conservateurs ou les visites de contrôle.

L'Ordre a tenté d'identifier un lien possible entre renoncement aux soins et couverture sociale. Il ressort de l'enquête que les Français dépourvus de complémentaire santé consultent moins souvent que les autres les professionnels de santé (voir tableau 4 « Les restrictions aux soins »). L'enquête montre aussi que le niveau des revenus des Français n'influe pas de façon manifeste sur la fréquence des visites.

S'agissant du coût des soins bucco-dentaires, 64 % des Français

estiment que les soins conservateurs sont payés au juste prix, mais 91 % d'entre eux jugent les implants trop chers, de même que les prothèses, à hauteur de 89 %. Plus largement, 60 % des Français considèrent que les actes des chirurgiens-dentistes sont « onéreux ou trop chers ». La perception de la cherté dépend fortement de la couverture complémentaire pour les visites de routine et les soins conservateurs, de fait les moins coûteux. L'incidence sur la santé déclarée n'est pas neutre : 64 % des personnes disposant d'une complémentaire santé se dé-



clarent en «*plutôt bonne*» santé, contre 48 % des personnes privées de complémentaire. L'Ordre a également interrogé les Français sur les voies possibles d'innovation de notre profession. Il ressort que leurs attentes sont modérées et positionnées sur des niches. Ainsi, plus de 50 % des Français sont favorables à la prise de rendez-vous par Internet, à condition que le service soit gratuit. Ils sont plus de 40 % à accepter, toujours gratuitement, leurs radios panora-

miques en format numérique. Mais ils sont à l'inverse majoritairement opposés (68 %) à la téléconsultation par webcam pour un diagnostic. Enfin, les offres de soins émanant des praticiens libéraux indépendants sont mieux acceptées (88 %) que celles d'une clinique à l'étranger (18 %).

Toutes ces données permettront à l'Ordre de nourrir sa réflexion sur notre profession, aussi bien en termes d'accès aux soins et de prévention que de prise en charge. ■

Méthodologie de l'enquête

Le sondage a été réalisé à partir d'un échantillon représentatif de la population résidant en France métropolitaine. 917 individus ont été interrogés en ligne du 16 au 24 novembre 2015. Les résultats sont post-stratifiés en fonction de l'âge, du genre, de la catégorie socioprofessionnelle et de la région.

13 NOVEMBRE 2015

La profession, comme l'ensemble du corps médical, s'est mobilisée à la suite des attentats du 13 novembre 2015 à Paris. Nous publions, pages suivantes, un grand entretien avec Steve Toupenay, odontologiste médico-légal qui a participé à l'identification des victimes.



Au cœur de l'identification post-attentats de Paris

Interview de **Steve Toupenay**, chirurgien-dentiste, membre de la mission d'identification activée après les attentats du 13 novembre 2015.

Combien de chirurgiens-dentistes ont été réquisitionnés à la suite des attentats du 13 novembre ?

Cinq experts en odontologie médico-légale près les cours d'appel ont été réquisitionnés pour les besoins de la mission : quatre chirurgiens-dentistes de l'unité d'identification de l'Institut médico-légal (IML) de Paris (les D^{rs} Georget, Martin, Berger et moi-même) ainsi qu'un membre de l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale, M. Conigliaro.

Selon le protocole Interpol applicable aux catastrophes impliquant un grand nombre de personnes décédées, deux équipes ont été mises en place pour l'identification médico-légale : une équipe *ante mortem*, chargée de la collecte des dossiers médicaux et dentaires des personnes disparues, et une équipe *post mortem* travaillant sur les corps. La section antiterroriste du parquet de Paris m'a réquisitionné au sein de la cellule dite « *ante mortem* » pour la récupération des dossiers médicaux des patients auprès de leurs chirurgiens-dentistes. Chaque support communiqué apporte, une fois analysé, des informations cliniques et radiologiques pouvant permettre une identification positive. >>>



Bio express de Steve Toupenay (activité médico-légale)

- 1999 :** Stage de recherche à l'Institut médico-légal (IML) de Paris.
- 2003 :** Docteur en chirurgie dentaire, université Paris Diderot.
- 2004 :** Intègre l'unité d'identification de l'IML de Paris. Chargé d'enseignement à l'université Paris Diderot
- 2010 :** Docteur ès sciences en biologie orale, université Paris Diderot. Nommé expert près la cour d'appel de Paris.
- 2011 :** Intègre la mission d'identification avec des confrères brésiliens pour le crash du vol Rio-Paris.
- 2012 :** Intègre le groupe odontologique international pour le *Disaster Victim Identification* auprès d'Interpol.

>>> Quel rôle a joué l'Ordre ?

Il a joué un rôle crucial dès les premières heures après le drame. En tant que vice-président du conseil de l'Ordre du département de l'Essonne, je côtoie nombre de conseillers ordinaires régionaux et nationaux ; à ce titre, je leur ai rapidement exprimé la difficulté de contacter les praticiens durant le week-end. Le président du Conseil national de l'Ordre, Gilbert Bouteille, et les membres de son conseil m'ont alors permis l'accès aux coordonnées des praticiens grâce à l'aide de leur responsable informatique. Tous ont agi pour faciliter la mise en œuvre de

cette mission exceptionnelle au regard du nombre de décès.

Quelles ont été les premières actions des odontologistes médico-légaux ?

La cellule *post mortem* a agi au sein de l'IML sous l'égide du directeur de l'institution, le P^r Bertrand Ludes. La cellule *ante mortem* est intervenue dans le cadre de l'Unité de police d'identification des victimes de catastrophes représentée par Elvire Arrighi, commissaire de police. De nombreux dossiers *ante mortem* ont été ouverts, y compris pour les nombreux blessés graves

traités dans les hôpitaux parisiens, qui n'avaient pu décliner leur identité. Rapidement, l'ensemble des entités de la Police technique et scientifique de Lyon ainsi que d'autres services régionaux de France se sont joints à notre cellule au ministère de l'Intérieur.

Comment s'est articulé le travail des différents acteurs en charge de l'identification des victimes ?

Les médecins étaient représentés au sein de la cellule *ante mortem* par le président du Conseil de l'Ordre de Paris, Jean-Jacques Avrane. Des champs de compétence bien spéci-

De la nécessité du schéma dentaire

Au-delà de l'obligation déontologique, en produisant de façon systématique un schéma dentaire pour chaque nouveau patient, les confrères adoptent une démarche civique. L'intérêt du schéma dentaire est multiple : l'identification de victimes, comme ce fut malheureusement le cas pour les attentats de Paris, mais aussi lorsqu'un litige survient entre un praticien et un patient. Le nomadisme dentaire renforce l'importance. Il s'agit d'un support de traçabilité et de preuve pour les praticiens dans les cas d'expertise. Pour les patients, c'est également un historique des soins antérieurs pratiqués sur leurs dents qui, notamment en cas de chirurgie (extraction...), est une référence, puisqu'aucune interprétation sur l'absence de dents n'est possible à partir du seul examen physique de la bouche du patient. Enfin, c'est évidemment un confort dans notre pratique. Remplir un schéma den-

taire n'est plus une contrainte grâce aux outils numériques dont 90 % des cabinets dentaires sont équipés. Les logiciels de schéma dentaire numérique permettent au praticien de renseigner les données du patient une seule fois, à sa première visite. Une mise à jour automatique a lieu après chaque acte réalisé.

Aujourd'hui, l'Ordre veut aller plus loin en travaillant sur l'intégration d'un module d'identification dans tous les logiciels métiers. En cas de catastrophe, le schéma dentaire d'une victime pourrait être envoyé à l'ensemble des praticiens pour qu'ils puissent, en un clic, comparer ce schéma avec ceux de leur base de données. Ce système est actuellement en phase de test avec le concours de l'Ordre, de chirurgiens-dentistes et de la police judiciaire.

Serge Fournier,
*président de la Commission d'odontologie
médico-légale du Conseil national*

fiques ont été attribués à chacun. L'articulation entre le travail des odontologistes, des médecins, de l'anthropologue, des représentants d'Interpol, des policiers et des personnels de l'IML de Paris a très bien fonctionné. Les forces de l'ordre ont également joué un rôle décisif en protégeant l'accès à l'IML et en sécurisant l'unité de prise en charge médico-psychologique érigée à l'entrée de l'IML pour les familles. Chacun avait une connaissance parfaite de sa mission. Nous avons l'habitude de travailler ensemble. C'est plus particulièrement le cas avec les unités de l'identité judiciaire et le laboratoire central de la préfecture de police de Paris.

Les équipes ont-elles appliqué un protocole particulier ?

L'identification des victimes de catastrophes nécessite l'utilisation d'identifiants dits « primaires », tels que l'ADN, les empreintes digitales et les odontogrammes. Les identifiants secondaires, tels que les tatouages, ont également été largement relevés. Concernant l'identification dentaire, nous nous sommes appuyés sur le protocole Interpol. Celui-ci est affiné chaque année lors de la conférence DVI (*Disaster Victim Identification*) au sein d'Interpol à Lyon, en particulier par un groupe de travail international regroupant des experts en odontologie de tous les pays, dont je fais partie.

Quel a été l'apport de l'odontologie médico-légale ?

Une procédure d'identification odontologique a été enregistrée pour un tiers des personnes décédées. Sept iden-

Un arrêté pour une prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

Un arrêté publié au *Journal officiel (JO)* le 3 janvier dernier prévoit pour les victimes d'actes terroristes une meilleure prise en charge de leurs appareillages, en particulier les prothèses dentaires. Plus largement, un décret publié en janvier dernier au *JO* vise à améliorer et à simplifier les modalités de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme par l'assurance maladie, et annonce notamment la gratuité des soins instaurée par le budget 2016 de la sécurité sociale.

tifications formelles et exclusives de même qu'un rejet d'identité ont été établis grâce aux dossiers dentaires. Les empreintes décadactylaires ont également contribué très largement à des identifications positives. Au final, le taux d'identification odontologique, équivalent au taux réalisé avec l'analyse ADN, démontre la nécessité d'utiliser systématiquement les trois techniques. L'identification dentaire reste une nouvelle fois un des maillons importants de la chaîne. Avec le recours à la numérisation des fichiers patients, l'utilisation exponentielle des données dentaires, de radiographies, de scanners, de la conception et de la fabrication assistées par ordinateur pour la prothèse et la chirurgie restera très efficace avec des résultats rapides pour les besoins de l'identification à l'avenir.

Quelle incidence les schémas dentaires ont-ils eue ?

Leur rôle a été primordial. À ce titre, je tiens à remercier l'ensemble de mes consœurs et confrères, qui se reconnaîtront, et dont je ne peux citer le nom au vu du secret de l'instruction, pour leur réactivité dans la transmission et la qualité des données dentaires communiquées.

De façon plus personnelle, comment avez-vous vécu votre intervention ?

Notre monde a basculé. Nous entrons dans une nouvelle ère où l'horreur de ce terrorisme peut survenir partout, contre tous. J'ai avant tout une pensée pour toutes les victimes et leurs familles. Cette mission a été particulière du fait de l'âge des victimes, qui a eu un impact déterminant sur notre travail. Ces jeunes victimes en effet ont pour beaucoup été traitées par orthopédie dento-faciale. Cette mission a également révélé que nos protocoles doivent encore être améliorés et affinés, notamment pour les besoins de catastrophes de ce type, pour lesquelles il n'existe pas de liste présumée de disparus, comme il en existe pour un crash aérien. Quoi qu'il en soit, tous les confrères ont fait preuve d'un réel élan de solidarité professionnelle en retournant le samedi soir ou le dimanche dans leur cabinet dentaire pour me transmettre dans l'urgence les dossiers. Ils ont démontré que les chirurgiens-dentistes ont parfaitement et spontanément rempli leur mission de service public : qu'ils en soient remerciés. ■



Signaler les maltraitances n'est plus un tabou

Pour faciliter les signalements de maltraitance sur un enfant, la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du chirurgien-dentiste ne sera pas recherchée.

C'est une avancée majeure dans le domaine de la protection de l'enfant. L'Assemblée nationale a en effet adopté une proposition de loi visant à « clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance » sur des en-

fants par les professionnels de santé⁽¹⁾. Ce texte, adopté en novembre dernier, pose le principe de l'irresponsabilité civile, pénale et disciplinaire des professions médicales, y compris celle des chirurgiens-dentistes, mais aussi des auxiliaires médicaux amenés à alerter

la justice face à une situation de maltraitance.

L'objectif visé : protéger les professionnels de santé des poursuites qui pourraient leur être intentées et, de ce fait, renforcer et encourager leur mission de protection des mineurs faisant l'objet de violences.

Désormais, les sanctions pénales en cas de violation du secret professionnel ne sont pas applicables au professionnel de santé qui, « avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement

et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire»⁽²⁾.

Le repérage précoce est décisif pour la protection des victimes, et les profes-

sionnels de santé, parce qu'ils sont en contact régulier avec les enfants dès leur plus jeune âge, sont en première ligne pour détecter un cas de maltraitance et le signaler aux autorités compétentes. Or les situations de maltraitance ne sont que rarement signalées. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), 90 % d'entre elles ne font pas l'objet d'un signalement. Elles sont, en

outre, peu déclarées par les médecins : «Seuls 5 % des cas de maltraitance signalés l'ont été par des médecins, alors qu'un tiers des signalements effectués émanent des services sociaux, 20 % de l'Éducation nationale, un peu plus de 15 % du voisinage ou de l'entourage et un peu plus de 15 % de la famille elle-même.» Face à un patient victime de sévices ou de privations, un chirurgien-dentiste se doit de «mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de 15 ans, conformément aux dispositions du Code pénal relatives au secret pro-

Dès leur plus jeune âge, les enfants sont en contact avec les chirurgiens-dentistes, qui se retrouvent donc en première ligne pour détecter précocement les cas de maltraitance.

professionnel», d'après son Code de déontologie⁽³⁾. Il existe néanmoins un débat sur la portée juridique de ce nouvel article du Code pénal. Ouvre-t-il une faculté de signalement ou crée-t-il une obligation de dénonciation ? La grande majorité de la doctrine juridique considère qu'il s'agit d'une simple faculté de dénonciation. La proposition de loi initialement déposée entendait

lever cette ambiguïté avec une rédaction du texte en des termes impératifs, mais finalement l'article reste neutre. Toutefois, il convient de rappeler les termes du Code de déontologie cités plus hauts, selon lesquels un praticien se doit de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger l'individu et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de 15 ans. D'autre part, la loi de 2010⁽⁴⁾ relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, qui traite notamment de la formation initiale et continue des professionnels de santé, est également modifiée par la loi du 5 novembre 2015. Désormais, la «formation initiale et continue des médecins, des

L'ESSENTIEL

- ✓ Protégés par la loi des poursuites qui pourraient leur être intentées, les professionnels de santé voient leur mission de protection des mineurs à la fois renforcée et encouragée.
- ✓ Selon la HAS, 90 % des cas de maltraitance ne seraient pas signalés.
- ✓ Le Code de déontologie enjoint aux praticiens de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger le patient victime de maltraitance et, le cas échéant, d'alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de 15 ans.

personnels médicaux et paramédicaux [...] comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes, sur les mécanismes d'emprise psychologique, ainsi que sur les modalités de leur signalement aux autorités administratives et judiciaires». Enfin, la HAS rappelle que «la maltraitance existe dans toutes les classes sociales. Et plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille».

Enfin, la HAS rappelle que «la maltraitance existe dans toutes les classes sociales. Et plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille».

(1) Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé.

(2) Article 226-14, 2°, et article 226-13 du Code pénal.

(3) Article R. 4127-235 du Code de la santé publique.

(4) Article 21 de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.



Accident d'exposition au sang : prévenir et agir

Pour prévenir les accidents d'exposition au sang, tout professionnel de santé doit prendre les précautions standard d'hygiène et agir, le cas échéant, selon des protocoles spécifiques.

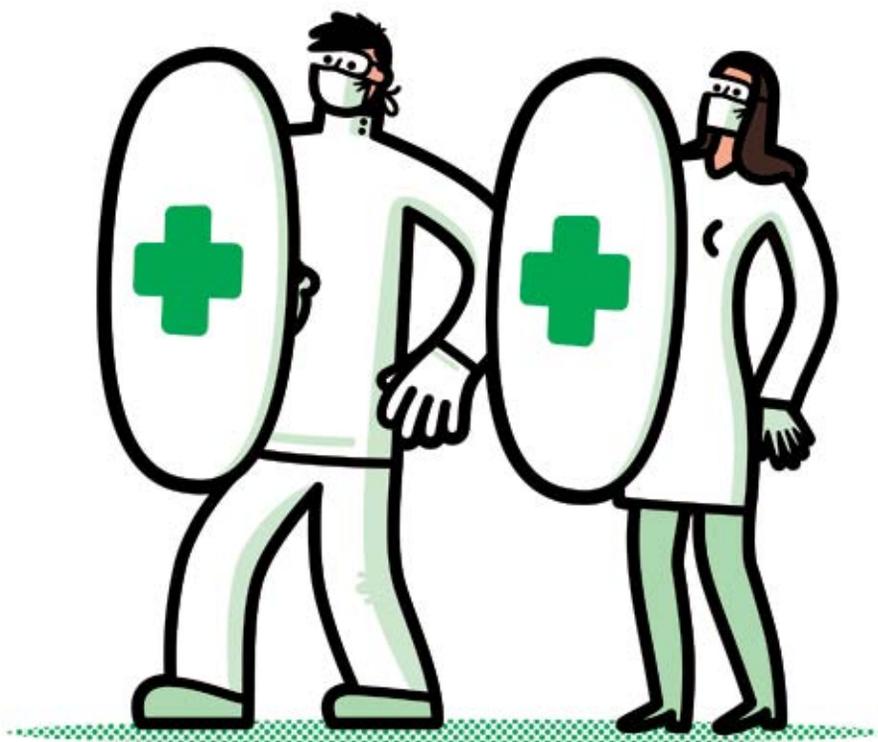
Dans les cabinets dentaires, les principaux risques d'accident d'exposition au sang (AES) résultent de la manipulation des instruments rotatifs, des aiguilles d'anesthésie et des instruments pointus. Pour rappel, un AES est défini

comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil) ou une peau lésée. Sont assimilés à des AES les accidents survenus dans

les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques (tels que liquide céphalorachidien, liquide pleural, sécrétions génitales, etc.) considérés comme potentiellement contaminants, même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang⁽¹⁾.

Afin de prévenir les AES, des précautions générales d'hygiène doivent être appliquées, notamment :

- Respecter les recommandations concernant le lavage et la désinfection des mains;
- Porter des gants;
- Porter une tenue adaptée;



- Utiliser de préférence du matériel à usage unique;
- Utiliser les dispositifs médicaux de sécurité mis à disposition.
- Respecter les bonnes pratiques lors de toute manipulation d'instruments piquants ou coupants souillés :
 - ne jamais recapuchonner les aiguilles;
 - ne pas désadapter à la main les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide;
 - jeter immédiatement sans manipulation les aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin, dont l'ouverture

est facilement accessible et en ne dépassant pas le niveau maximal de remplissage ⁽²⁾ ;

- en cas d'utilisation de matériel réutilisable, lorsqu'il

est souillé, le manipuler avec précaution et en assurant rapidement le traitement approprié.

Le respect des précautions standard doit être systéma-

tique pour l'ensemble des patients.

Plus largement, l'ergonomie, l'organisation et la planification des séquences de travail, de traitement et



Conduite à tenir immédiatement en cas d'accident exposant au sang

Piqûre, coupure ou contact direct sur peau lésée

- ne pas faire saigner ;
- nettoyer immédiatement la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rincer ;
- désinfecter ensuite pendant au moins cinq minutes avec un dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 2,6 % de chlore actif diluée au 1/5), ou à défaut polyvidone iodée en solution dermique ou encore alcool à 70°.

Projection sur muqueuses et en particulier les yeux

- rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau (au moins cinq minutes).

Important : le matériel nécessaire aux soins immédiats doit être instantanément accessible.

»»» d'évacuation du matériel sont, tant pour l'assistante dentaire que pour le praticien, des moyens de prévention des AES.

LA FORMATION DU PERSONNEL DENTAIRE

Le *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* – édité par le ministère de la Santé – livre des exemples de situations et de mesures organisationnelles de protection à mettre en œuvre en complément des précautions standard. L'Ordre conseille vivement de s'y reporter ⁽³⁾. Par ailleurs, le personnel d'un cabinet dentaire doit être informé :

- des risques et de la réglementation en vigueur relatifs à l'usage d'objets perforants;
- des bonnes pratiques en matière de prévention et des dispositifs médicaux mis à disposition;
- du dispositif de déclaration et de prise en charge des AES;
- des procédures d'élimination des objets perforants.

Pour aller plus loin

Télécharger les fiches sur les AES et autres recommandations sur le site de l'Ordre www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr, rubrique « sécurisez votre exercice », hygiène et aseptie.

Évaluation du risque et prophylaxie post-exposition

- Un avis médical est indispensable le plus précocement possible, au mieux dans les quatre heures, pour évaluer l'importance du risque infectieux notamment VIH, VHB et VHC et, si besoin, initier rapidement un traitement prophylactique.

Une recherche du statut sérologique du patient source (notamment vis-à-vis du VIH par test rapide) avec l'accord du patient doit être possible en urgence.

La coordination entre le médecin prenant en charge la personne blessée, celui du patient source et celui chargé du suivi est essentielle pour apporter à la victime d'un AES le plus de sécurité et le meilleur soutien possibles.

- Déclaration de l'accident :

- Pour les personnes ayant un statut de salarié, la déclaration de l'accident de travail doit être effectuée dans les meilleurs délais. Elle est en effet indispensable à la garantie des droits de la victime.
- Pour les praticiens libéraux, la déclaration d'accident devra être transmise à leur assureur, s'ils ont antérieurement souscrit une assurance volontaire « *accident du travail – maladie professionnelle* » auprès de la sécurité sociale ou d'une assurance privée.

- Suivi médical et biologique :

Les personnes accidentées doivent pouvoir bénéficier d'un suivi adapté en fonction du risque évalué afin de dépister une contamination (suivi sérologique...) et de repérer d'éventuels effets secondaires en cas de traitement post-exposition.

Il est recommandé de déclarer à l'Institut de veille sanitaire les contaminations dépistées lors du suivi.

La formation du personnel doit être effectuée dès l'embauche. Elle doit être renouvelée régulièrement, notamment en cas de modification de l'organisation du travail ou des procédures.

En outre, la conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang doit faire l'ob-

jet d'un affichage ou être consultable dans les zones de soins et de stérilisation. Les consignes doivent comporter les coordonnées du service d'urgence le plus proche. Enfin, il est évidemment indispensable d'analyser les causes de l'accident pour éviter qu'il ne se reproduise. ■

(1) Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

(2) Conformément à l'arrêté du 24 novembre 2003 modifié.

(3) Le guide peut être téléchargé au format PDF à partir de l'adresse <http://www.sante.gouv.fr/guide-de-prevention-des-infections-liees-aux-soins-en-chirurgie-dentaire-et-en-stomatologie.html>

Le bureau du Conseil national dans la Drôme

Dans le cadre des réunions décentralisées entre le bureau du Conseil national, les départements et les régions, de nombreuses questions d'actualité ont été abordées.

Les 13 et 14 janvier derniers, le bureau du Conseil national s'est rendu dans la Drôme pour une réunion de travail avec les conseillers régionaux et départementaux de la région Rhône-Alpes et de la région Auvergne.

Conduit par son président, Gilbert Bouteille, le bureau était représenté par les vice-présidents Jean-Marc Richard et Paul Samakh, la secrétaire générale, Geneviève Wagner, Alain Scohy, le trésorier, et Pierre Bouchet, le trésorier adjoint.

Les membres du bureau répondaient à l'invitation de Luc Peyrat, président du conseil départemental de la Drôme, et de Chantal Andréa, présidente du conseil départemental de l'Ardèche.

Étaient présents une quarantaine de conseillers départementaux de la région Rhône-Alpes (l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, la Haute-Savoie, l'Isère, la Loire, le



Le nouveau Pôle numérique du Conseil national, axé sur la télémédecine, la télémaintenance et la télé-expertise, a figuré au rang des thématiques traitées au cours de la rencontre.

Rhône et la Savoie), ainsi que les conseillers régionaux de Rhône-Alpes et d'Auvergne. Le forum a été l'occasion pour les conseillers ordinaires de répondre aux nombreux sujets intéressants la profession tels que la communication de l'Ordre ou encore les praticiens et les centres «low cost». De nombreux autres sujets ont été abordés : l'inscription dans le Code de la santé publique de la

profession d'assistant dentaire, l'accès partiel à la profession avec la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, les tests de langue destinés aux praticiens étrangers, la loi sur la parité et sur la réforme des Ordres ainsi que la publication du rapport d'activité annuel que l'Ordre va dorénavant produire. Bien entendu, le DPC avec la création du Conseil na-

tional professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP) et les nouvelles orientations ont été évoqués, de même que le nouveau Pôle numérique du Conseil national, dont les réflexions sont axées sur la télémédecine, la télémaintenance et la télé-expertise. Les échanges et les débats ont montré, encore une fois, la nécessité d'un dialogue direct entre les territoires et le Conseil national. ■



Les exceptions au principe du « silence vaut accord »

La règle selon laquelle l'absence de réponse de l'administration à une demande implique son acceptation s'accompagne de nouvelles restrictions qui impactent directement les chirurgiens-dentistes, notamment dans le cadre des demandes d'autorisation d'exercice.

La loi du 12 novembre 2013 simplifiant les relations entre l'administration et les citoyens pose le principe selon lequel, dorénavant, le silence gardé par l'ad-

ministration sur une demande vaut accord. Ces dispositions s'appliquent depuis le 12 novembre 2014 aux demandes adressées aux administrations publiques et de-

puis le 12 novembre 2015 aux demandes adressées aux personnes privées chargées d'une mission de service public, notamment les Ordres professionnels.

Par décrets parus au *JO* le 11 novembre 2015, les dérogations au principe du silence valant accord ont été fixées. Ces exceptions sont applicables aux demandes faites au conseil



• Demande pour lesquelles le silence gardé pendant trois mois par le conseil départemental de l'Ordre vaut rejet :

– Autorisation d'une société d'exercice libérale de chirurgiens-dentistes à exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de la résidence professionnelle commune de ses membres ⁽⁴⁾ ;

– Autorisation des membres d'une société civile professionnelle de chirurgiens-dentistes à exercer dans un ou plusieurs cabinets secondaires l'une ou plusieurs des disciplines pratiquées par ses membres ⁽⁵⁾ ;

– Autorisation d'un chirurgien-dentiste à exercer sur un ou plusieurs sites distincts ⁽⁶⁾ ;

– Autorisation d'un chirurgien-dentiste à assurer le fonctionnement d'un cabinet dentaire après le décès d'un confrère ⁽⁷⁾ ;

• Demande pour lesquelles le silence gardé par l'administration pendant quatre mois vaut rejet :

– Autorisation de mise en œuvre des protocoles de coopération et des adhésions des professionnels de santé à ces protocoles ⁽⁸⁾ ;

– Dispense d'études, fixation de la durée et du contenu de la formation complémentaire restant à accomplir pour un pra-

ti-cien en chirurgie dentaire ressortissant d'un État membre de l'UE ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique pour lequel la formation n'existe pas dans son pays de provenance ou d'origine ⁽⁹⁾ .

• Demande pour lesquelles le silence gardé pendant six mois par le conseil départemental de l'Ordre vaut rejet :

– Obtention de la qualification de chirurgien-dentiste spécialiste ⁽¹⁰⁾ . ■

– Obtention de la qualification de chirurgien-dentiste spécialiste ⁽¹⁰⁾ . ■

– Obtention de la qualification de chirurgien-dentiste spécialiste ⁽¹⁰⁾ . ■

L'ESSENTIEL

✓ La loi du 12 novembre 2013 simplifiant les relations entre l'administration et les citoyens pose le principe selon lequel le silence gardé par l'administration sur une demande vaut accord.

✓ Des dérogations à ce principe existent. Elles sont applicables aux demandes faites au conseil départemental de l'Ordre depuis le 12 novembre 2015.

✓ Neuf cas d'exception peuvent impacter la profession, notamment les demandes de site distinct.

ti-cien en chirurgie dentaire ressortissant d'un État membre de l'UE ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique pour lequel la formation n'existe pas dans son pays de provenance ou d'origine ⁽⁹⁾ .

• Demande pour lesquelles le silence gardé pendant six mois par le conseil départemental de l'Ordre vaut rejet :

– Obtention de la qualification de chirurgien-dentiste spécialiste ⁽¹⁰⁾ . ■

(1) Les demandes adressées jusqu'au 11 novembre 2015 restent soumises aux dispositions précédentes.

(2) En application des dispositions des articles L. 4141-4, D. 4141-2 et suivants du CSP.

(3) Articles L. 731-1 et L. 731-6-1 du Code de l'éducation et arrêté du 27 mai 2014.

(4) Article R. 4113-24 du CSP.

(5) Article R. 4113-74 du CSP.

(6) Article R. 4127-270 du CSP.

(7) Article R. 4127-281 du CSP.

(8) Article L. 4011-2 du CSP.

(9) Article R. 631-20 du Code de l'éducation.

(10) Article 1^{er} de l'arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes.

Pour aller plus loin

La liste des procédures est téléchargeable à partir de l'adresse www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Silence-vaut-accord-SVA, puis en téléchargeant le « *Tableau des procédures pour lesquelles le silence gardé par les organismes chargés d'un service public administratif sur une demande vaut accord* ». Cette liste recense les procédures qui n'entrent dans aucune des exceptions prévues par la loi (ou par les décrets qui prévoient, dans les conditions fixées par la loi, des dérogations au principe du « *silence vaut accord* »).

Le praticien au cœur de la lutte contre le tabagisme

En participant au Programme national de réduction du tabagisme, l'Ordre entend devenir un acteur de ce combat pour sensibiliser les praticiens au dépistage et à la prévention du tabagisme.

« **E**n tant que chirurgiens-dentistes, nous sommes quotidiennement confrontés aux méfaits du tabac. Nous faisons donc partie des professionnels de santé les mieux placés pour repérer les consommations à risque et conseiller les patients. Ainsi, nous donner la possibilité de prescrire des substituts nicotiniques nous positionne comme des acteurs majeurs dans la lutte contre le tabac. Il est nécessaire que chacun d'entre nous se saisisse de ce problème, d'autant que le résultat de nos soins dépend pour beaucoup de l'arrêt ou non du tabac par le patient. C'est une question de santé publique », explique Paul Samakh, vice-président du Conseil national.

TROIS AXES PRIORITAIRES

De fait, le tabagisme tue 73 000 personnes chaque année en France ⁽¹⁾. Face à ce constat alarmant, le gouvernement a mis en place un plan pour lut-

L'ESSENTIEL

- ✓ 73 000 personnes meurent chaque année en France à cause du tabagisme.
- ✓ Les chirurgiens-dentistes pourront prochainement prescrire des substituts nicotiniques remboursables par l'assurance maladie.
- ✓ L'Inpes pourrait lancer dans les mois à venir une campagne d'information proposant à tous les fumeurs de l'Hexagone de cesser ensemble de fumer pendant 28 jours, à l'image d'une opération qui existe déjà en Grande-Bretagne depuis quatre ans.



ter contre ce fléau : le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Lancé en 2014, le PNRT comprend trois axes prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter, agir sur l'économie du tabac. L'Ordre s'est engagé pleinement dans la lutte contre le tabagisme en intégrant le comité de coor-

dination du PNRT pour se positionner comme un acteur majeur, apte à sensibiliser et à mobiliser les chirurgiens-dentistes au repérage et à la prise en charge du tabagisme. Car les praticiens se doivent d'être un relais dans ce combat tant sur le plan du dépistage et de la prévention que du conseil auprès des patients.



L'opération « Stoptober » bientôt en France ?

Depuis quatre ans, chaque année au mois d'octobre, les services de santé britanniques animent une campagne d'encouragement et d'entraide à l'arrêt du tabac nommée « Stoptober ». Son slogan : « Arrêtez de fumer 28 jours et multipliez par cinq vos chances d'arrêter pour de bon. » Il s'agit de proposer à tous les fumeurs d'essayer de cesser de fumer en même temps pendant 28 jours. En plus de l'effet d'entraînement espéré, au-delà d'une période de 28 jours, les signes désagréables de sevrage sont considérablement réduits et les chances de succès de la tentative d'arrêt sensiblement augmentées. L'Inpes souhaite dupliquer cette opération en France cette année sur le plan national et régional.

UN PAQUET NEUTRE POUR DISSUADER LES JEUNES

Un rôle désormais renforcé, comme le souligne Paul Samakh, avec la possibilité de prescrire des substituts nicotiques remboursés par l'assurance maladie. Une mesure incluse dans la loi de modernisation de notre système de santé qui, rappelons-le, résulte d'un amendement déposé par l'Ordre, plaçant le chirurgien-dentiste au coeur du dispositif de la lutte contre le tabagisme. Le texte prévoit également l'instauration, à partir de mai 2016, de paquets de

cigarettes neutres. Il s'agit de mettre en avant l'effet dissuasif du paquet sur les jeunes.

D'autres instances institutionnelles participent aussi à la lutte contre le tabagisme. L'Inpes pourrait ainsi lancer une campagne d'information inspirée d'une opération en Grande-Bretagne qui propose à tous les fumeurs britanniques de cesser de fumer simultanément pendant une période de 28 jours (*lire l'encadré « L'opération "Stoptober" bientôt en France ? »*). ■

(1) D'après les chiffres du ministère de la Santé.

ESSONNE

Le corps d'un homme putréfié a été découvert le 1^{er} novembre 2015 à PALAISEAU (91).

Signalement

Sexe : masculin ; Taille : environ 1,75 m ; Âge estimé : environ 52 ans ; Type : caucasien.

Renseignements

Tous renseignements susceptibles de permettre l'identification de la personne sont à faire parvenir à :

Adjudant Alexandre LIGOUT – Section de recherches de Paris –

Division Atteintes aux personnes – 154, boulevard Davout – 75020 Paris

Tél. : 01 85 56 27 18 – Fax : 01 85 56 27 11

Mail : alexandre.ligout@gendarmerie.interieur.gouv.fr

Éléments dentaires importants

- Absence *ante mortem* de 12 et 36
- Couronnes en métal blanc et traitements canalaires sur 16, 17, 26, 27, 35, 46
- Composite et traitement canalaire sur 11

Maxillaire

18 version vestibulaire

17 couronne métal blanc, traitement canalaire, inlay-core

16 couronne métal blanc, traitement canalaire, inlay-core

12 absente *ante mortem*

11 composite linguo-distovestibulaire, traitement canalaire

22 absente *post mortem*

24 amalgame occluso-mésial

25 amalgame occluso-distal

26 couronne métal blanc, traitement canalaire

27 couronne métal blanc, inlay-core, traitement canalaire

28 amalgame mésial et amalgame occlusal

Mandibule

38 absente *post mortem*

37 amalgame occlusal, méso-version, contact avec 35

36 absente *ante mortem*

35 couronne métal blanc, traitement canalaire

34 amalgame occluso-distal débordant

41 linguo-position

46 couronne métal blanc, traitement canalaire

47 amalgame occlusal



Chambre disciplinaire nationale et SAS du Conseil national

Le pouvoir disciplinaire de l'Ordre sur ses membres s'exprime au travers de juridictions qui appliquent une procédure administrative et non civile.

LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Elle connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance. Elle siège auprès du Conseil national de l'Ordre (article L. 4122-3 du Code de la santé publique).

COMPOSITION

M. Jean-François de Vulpillières, conseiller d'État honoraire – président titulaire.

M. Henri Toutée, conseiller d'État – président suppléant.

1^{er} COLLÈGE

Membres titulaires : D^{rs} Serge Fournier, Jean Molla, Guy Naudin.

Membres suppléants : D^{rs} Dominique Chave, Michel Dubois, Paul Samakh.

2^e COLLÈGE

Membres titulaires : D^{rs} Guy Bias, Jean-Claude Luguët, Armand Volpelière.

Membres suppléants : D^{rs} Jean-Louis Jourdes, Daniel Mirisch, Brigitte Rouchès.

Contact : 16, rue Spontini – 75116 Paris

Tél. : 01 56 28 98 11

Fax : 01 53 70 88 85

Site Jurisprudence

Mail : juridictions(at)oncd.org

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL

Elle est la juridiction d'appel du «contentieux technique» de la sécurité sociale.

L'article R. 145-21 du Code de la sécurité sociale dispose que la procédure suivie devant la section disciplinaire – telle que régie par le décret du 26 octobre 1948 – est applicable devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre.

COMPOSITION

M. Jean-François de Vulpillières, conseiller d'État honoraire – président titulaire.

M. Henri Toutée, conseiller d'État – président suppléant.

Membres titulaires : D^{rs} Serge Fournier, Guy Naudin.

Membres suppléants : D^{rs} Pierre Bouchet, Gilbert Bouteille, Dominique Chave, Michel Dubois, Myriam Garnier, Jean Molla, Jean-Marc Richard, Paul Samakh, Alain Scohy, Geneviève Wagner.

Contact : 16, rue Spontini – 75116 Paris

Tél. : 01 56 28 98 12

Fax : 01 53 70 88 85

Mail : juridictions(at)oncd.org

IMPORTANT

L'envoi de pièces d'instruction d'un dossier par courrier électronique n'est pas accepté en l'état actuel de la législation.



Pourquoi l'accès partiel ne s'applique pas à notre profession

Un hygiéniste dentaire belge pourrait-il travailler en France comme chirurgien-dentiste dans le cadre de l'accès partiel ?

Pour le Conseil national de l'Ordre, cette hypothèse est en contradiction avec le principe même de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Décryptage.

Un hygiéniste dentaire anglais pourrait-il travailler en France en dehors du contrôle du chirurgien-dentiste ? Telle est la question qui, tôt ou tard, se posera au ministère de la Santé quand il sera saisi de la question dite de « l'accès partiel » (*lire l'encadré « L'accès partiel, c'est quoi ? »*). L'accès partiel est une création du juge européen. Il désigne le cas où, faute de reconnaissance de sa profession dans un pays où il souhaite exercer, le professionnel accède partiellement à une autre profession plus globale qui contient ses actes. À cette lumière, la justice a tranché. En pratique, un titre italien d'ingénieur hydraulique peut permettre d'exercer partiellement comme ingénieur civil en Espagne, un titre allemand de masseur-balnéothé-

rapeute peut permettre d'exercer partiellement comme masseur-kinésithérapeute en Grèce, un titre allemand ou anglais de moniteur de snowboard peut permettre d'exercer partiellement comme moniteur de ski alpin en France.

On le voit, la création du juge européen facilite la circulation des professionnels au sein des 28 pays ; il n'est plus nécessaire au législateur européen de négocier pendant de longues années un accord autour d'une définition. L'accès partiel fonctionne comme un accélérateur économique.

À ce titre, un hygiéniste dentaire diplômé en Belgique pourrait-il travailler en France comme chirurgien-dentiste ? L'Ordre est convaincu du contraire. Mais la question finira par se poser.



»» En effet, depuis le 18 janvier 2015 est entrée en vigueur la révision de la directive 2005/36 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles entre pays. Le législateur européen a introduit et organisé l'accès partiel dans la directive. Ainsi un Européen souhaitant faire reconnaître ses qualifications dans un autre pays dispose désormais de trois voies :

- Le régime de la reconnaissance automatique de ses titres (tel est le cas pour la profession de chirurgien-dentiste et cinq autres professions de santé de même que celle d'architecte);
- Le régime général de la reconnaissance de ses titres pour toutes les autres professions (par exemple celle de masseur-kinésithérapeute) et pour tous les titres sans reconnaissance automatique (par exemple certaines spécialités dentaires);
- Et, quand ce dernier régime serait fastidieux, le régime de l'accès partiel à une profession réglementée. La directive liste les compétences du chirurgien-dentiste et organise la reconnaissance de ses titres. En revanche, la définition de l'équipe dentaire relève de chacun des États.

La relation de dépendance des professions paramédicales à l'égard des professions médicales justifie l'accès partiel des premières.

Le Royaume-Uni prévoit une dizaine de spécialités dentaires quand l'Espagne n'en a défini aucune. Le Royaume-Uni compte sept auxiliaires dentaires (l'assistante dentaire, l'hygiéniste dentaire, le thérapeute dentaire, le thérapeute orthodontique, le technicien pro-

thésiste, le technicien en clinique dentaire, l'éducateur en santé bucco-dentaire) quand la France se contente de deux.

En outre, puisque seule la profession de chirurgien-dentiste a fait l'objet d'une harmonisation européenne par une directive de 1978, les pays restent maîtres de la réglementation des autres métiers dentaires.

Un hygiéniste dentaire reçoit une formation de quatre années au Danemark, de trois ans en Italie et de deux en Slovénie. Il est le représentant d'une profession libérale à part entière en Estonie, mais travaille sous supervision et à côté du chirurgien-dentiste en Allemagne. Ici, il peut pratiquer une anesthé-

sie locale (Danemark, Pays-Bas, Slovaquie), là, pratiquer le blanchiment sur prescription d'un chirurgien-dentiste (Royaume-Uni, Lituanie, Slovaquie).

Compte tenu de ces différences, un hygiéniste dentaire danois, un thérapeute orthodontique britannique pourrait-il accéder partiellement à la profession de chirurgien-dentiste en France? Après tout, certaines connaissances et activités de la profession d'hygiéniste font partie du tronc commun des connaissances et des activités plus largement exigées de la part du chirurgien-dentiste en France.

Pour l'Ordre, cette hypothèse ne peut être retenue pour trois raisons : 1. La première est que le texte lui-même de la directive prévoit que l'accès partiel « ne s'applique pas aux professionnels qui bénéfi-





cient de la reconnaissance automatique de leurs qualifications professionnelles», ce qui est le cas des chirurgiens-dentistes.

L'accès partiel pourrait s'appliquer – à la rigueur – au chirurgien-dentiste dont le titre ne bénéficie pas d'une reconnaissance automatique, s'il s'agit d'un titre de spécialiste ou bénéficiant de «droits acquis» (en Italie, en Espagne, en Autriche, en République tchèque, en Slovaquie et en Roumanie selon l'article 37) ou encore extra-européen.

2. La deuxième raison est le juge européen n'a pas appliqué l'accès partiel au secteur de la santé comme à tout autre secteur. «La santé publique [...] impose, lors de l'appréciation des mesures nationales visant à sa protection, une vigilance particulière», dit le juge supranational au moment d'interpréter le traité euro-

péen; «le gouvernement français est d'avis que ces professions sont spécifiques et ne peuvent être assimilées aux autres professions réglementées», précise-t-il ⁽¹⁾. Aussi le juge a-t-il

Ce que le marché intérieur gagnerait en fluidité, il le perdrait en garantie des compétences professionnelles et de la santé des patients.

pris soin de distinguer la profession paramédicale qui couvre une «large gamme d'activités de nature hétérogène» dans un «rapport de dépendance et de coopération» avec la profession médicale. C'est cette situation de dépendance (la profession paramédicale n'intervient que sur prescription médicale) qui la soumet à l'accès partiel. Cette interprétation du traité s'impose à la lecture de la directive.

3. La dernière raison est que, si d'aventure un hygiéniste dentaire accédait partiellement à la profession de chirurgien-dentiste, la directive perdrait sa raison d'être. Elle qui organise depuis 2005 la reconnaissance des titres, met en place en 2016 une carte professionnelle et un contrôle des abus de titre, verrait son architecture réduite à un château de cartes si, dans les faits, il suffisait de ne plus demander à un État d'accueil la reconnaissance de ses qualifications, mais d'exercer son métier dans les limites d'une autre profession plus globale.

Ce que le marché intérieur gagnerait indubitablement en fluidité, il le perdrait en garantie des compétences professionnelles et de la santé des patients. Pour ces raisons, l'Ordre est convaincu que l'accès partiel n'est en réalité qu'un régime de circulation **intraprofessionnelle** (au sein de la profession d'ingénieur, au sein de la profession paramédicale de masseurs, au sein de la profession de chirurgien-dentiste) et ne permet

en aucun cas une circulation **interprofessionnelle** (entre la profession d'hygiéniste dentaire et la profession de chirurgien-dentiste).

La directive l'affirme : elle s'applique uniquement «aux professionnels qui veulent exercer la même profession dans un autre État membre». L'Ordre est bien décidé à faire valoir cette conviction. ■

(1) Décision du 27 juin 2013, C-575/11, Eleftherios Themistoklis Nasiopoulos/Ypourgos Ygeias kai Pronoias, paragraphes 26 et 27.



L'accès partiel, c'est quoi ?

L'accès partiel est régi par l'article 4 septies de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles. Il prévoit des conditions et des exceptions. «*L'autorité compétente de l'État membre d'accueil accorde un accès partiel au cas par cas à une activité professionnelle sur son territoire, uniquement lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies :*

1. *Le professionnel [doit avant tout être] pleinement qualifié pour exercer dans l'État membre d'origine l'activité professionnelle pour laquelle un accès partiel est sollicité. [...]*»

2. Ensuite, les différences entre l'activité professionnelle exercée dans l'État membre d'origine et la profession réglementée dans l'État membre d'accueil doivent être «*si importantes que l'application de mesures de compensation reviendrait à imposer au demandeur de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis dans l'État membre d'accueil pour avoir pleinement accès à la profession réglementée dans l'État membre d'accueil*». Tel est le problème à résoudre.

En vertu du régime général, l'autorité compétente de l'État membre d'accueil peut comparer la formation d'un professionnel donné avec ses exigences nationales en matière de formation. Si des différences importantes apparaissent entre les tronc de for-

mation dans les deux États membres, l'État membre d'accueil peut imposer des mesures de compensation avant de reconnaître la qualification du spécialiste formé à l'étranger. L'accès partiel n'est donc introduit qu'au cas où l'application du régime général n'est plus réaliste.

3. Enfin, et c'est la condition la plus importante en ce qui concerne le secteur dentaire, «*l'activité professionnelle peut objectivement être séparée d'autres activités relevant de la profession réglementée dans l'État membre d'accueil*». La directive prévient : nous ne sommes pas dans le monde des Idées.

Reprenant à son compte la jurisprudence, le texte précise que cette condition s'interprète en fonction d'un contexte réglementaire et pas seulement d'un contexte technique : «*L'autorité compétente de l'État membre d'accueil tient compte du fait que l'activité professionnelle peut ou ne peut pas être exercée de manière autonome dans l'État membre d'origine*». Cette condition ne peut être lue comme un blanc-seing donné à la dissociation de l'acte dentaire.

D'ailleurs, lors de sa création jurisprudentielle, le juge européen s'est bien gardé d'affirmer que l'exercice de certaines activités dans l'État membre d'origine suffisait toujours pour démontrer qu'elles étaient objectivement dissociables de la profession plus large dans l'État membre d'ac-

cueil, et donc pour démontrer l'aptitude à l'accès partiel. Prudence, donc.

Une fois ces conditions réunies, le législateur permet toutefois à l'État de refuser la reconnaissance d'un accès partiel : «*L'accès partiel peut être refusé si ce refus est justifié par des raisons impérieuses d'intérêt général, s'il est propre à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et s'il ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif*». Cela peut être le cas, prévient la directive, «*pour les professions de santé, si elles ont des implications en matière de santé publique ou de sécurité des patients*». Dont acte.

Compte tenu de ces conditions et exceptions, la décision pour une même profession procédera donc du cas par cas, État par État. L'embrouillamini, on le voit, n'est pas à un risque à exclure. Le professionnel bénéficiant d'un accès partiel sera inscrit au tableau sur une liste spécifique; un prochain décret le détaillera. Il devra exercer sous son titre d'origine et sera obligé d'indiquer à ses clients ou patients «*le champ*» de son activité professionnelle pour éviter toute confusion.

L'accès partiel s'applique à une demande d'établissement ou de libre prestation de services; partant, il est soumis aux mêmes conditions d'enregistrement (article 4 septies, paragraphes 3 et 4) et notamment aux mêmes exigences de connaissance linguistique.

L'hypothétique impact de l'action de groupe sur le chirurgien-dentiste

En résumé

Les articles L. 1143-1 et suivants du Code de la santé publique issus de la loi de modernisation du système de santé introduisent l'action de groupe dans le droit de la santé. Par cette action, il s'agit de permettre aux victimes qui ont subi un même dommage résultant d'une « même cause » (en l'occurrence, un même produit de santé) d'être regroupées pour que soit exercée une seule action en justice ; l'on évite ainsi la multiplication des procédures individuelles, en autorisant – schématiquement – une action intentée par toutes les victimes (au lieu d'une cascade d'actions, par victime). L'accès à la justice est facilité. Cette chronique a pour objet de présenter sommairement cette action de groupe, et d'indiquer qu'un chirurgien-dentiste peut théoriquement « subir » une telle action, mais, selon nous, de manière très exceptionnelle.

Le contexte

Qu'est-ce que l'action de groupe ? Schématiquement, c'est une procédure de poursuite judiciaire collective qui permet à des victimes (au moins deux) d'un même dommage imputé à un professionnel (ou à plusieurs professionnels) de se regrouper et d'agir en justice. Bref, au lieu d'avoir autant de litiges, d'actions en justice que de plaignants,

c'est en quelque sorte : « tous réunis » contre un professionnel (ou, le cas échéant, plusieurs professionnels). En termes imagés, un seul dossier pour plusieurs mécontents. Dans un premier temps, la santé a été écartée du domaine de l'action de groupe et se trouvait donc hors de son champ d'application ; la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 (dite « loi Hamon »), qui l'a installée en droit français, la limitait, en effet, aux domaines de la consommation >>>

»» (la santé n'étant pas, ici, regardée comme un objet de consommation...) et de la concurrence. Par exemple, une action de groupe a porté sur les communications électroniques (pratique commerciale trompeuse); autre illustration, elle a visé les frais indus d'envoi de quittances de loyer.

Avec la loi de modernisation du système de santé ⁽¹⁾, l'action de groupe a été introduite dans le Code de la santé publique, à l'article L. 1143-1; elle intègre dorénavant le droit de la santé. Tout d'abord, une observation importante : l'action n'est possible qu'en l'hypothèse d'un dommage corporel causé par des produits de santé, et non par des actes, de soins notamment; la réalisation défectueuse d'un geste (une extraction par exemple) par un même praticien et subie par plusieurs patients ne saurait par conséquent être traitée dans le cadre de l'action de groupe. Quant aux produits, il s'agit de tous

par une action de groupe? Dit autrement, plusieurs de ses patients – dans le cadre d'une action de groupe – peuvent-ils l'attraire devant un tribunal?

L'analyse

Juridiquement, l'action peut être intentée, nous dit-on, contre «un producteur», «un fournisseur» ou un «prestataire utilisant» un produit de santé ⁽³⁾. On songe immédiatement aux laboratoires pharmaceutiques, plus généralement aux fabricants, mais, en réalité, la référence au «prestataire utilisant» ouvre l'action à l'encontre d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste qui emploie un produit de santé fabriqué par autrui. Imaginons qu'un produit de santé (un instrument, un produit liquide) couramment utilisé par un praticien se révèle être à l'ori-

L'action de groupe n'est envisageable qu'en l'hypothèse d'un dommage corporel causé par des produits de santé et non des actes de soins.

les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du Code de la santé publique, notamment tous les médicaments et les dispositifs médicaux ⁽²⁾ qu'utilisent les professionnels libéraux de santé ou les établissements de santé.

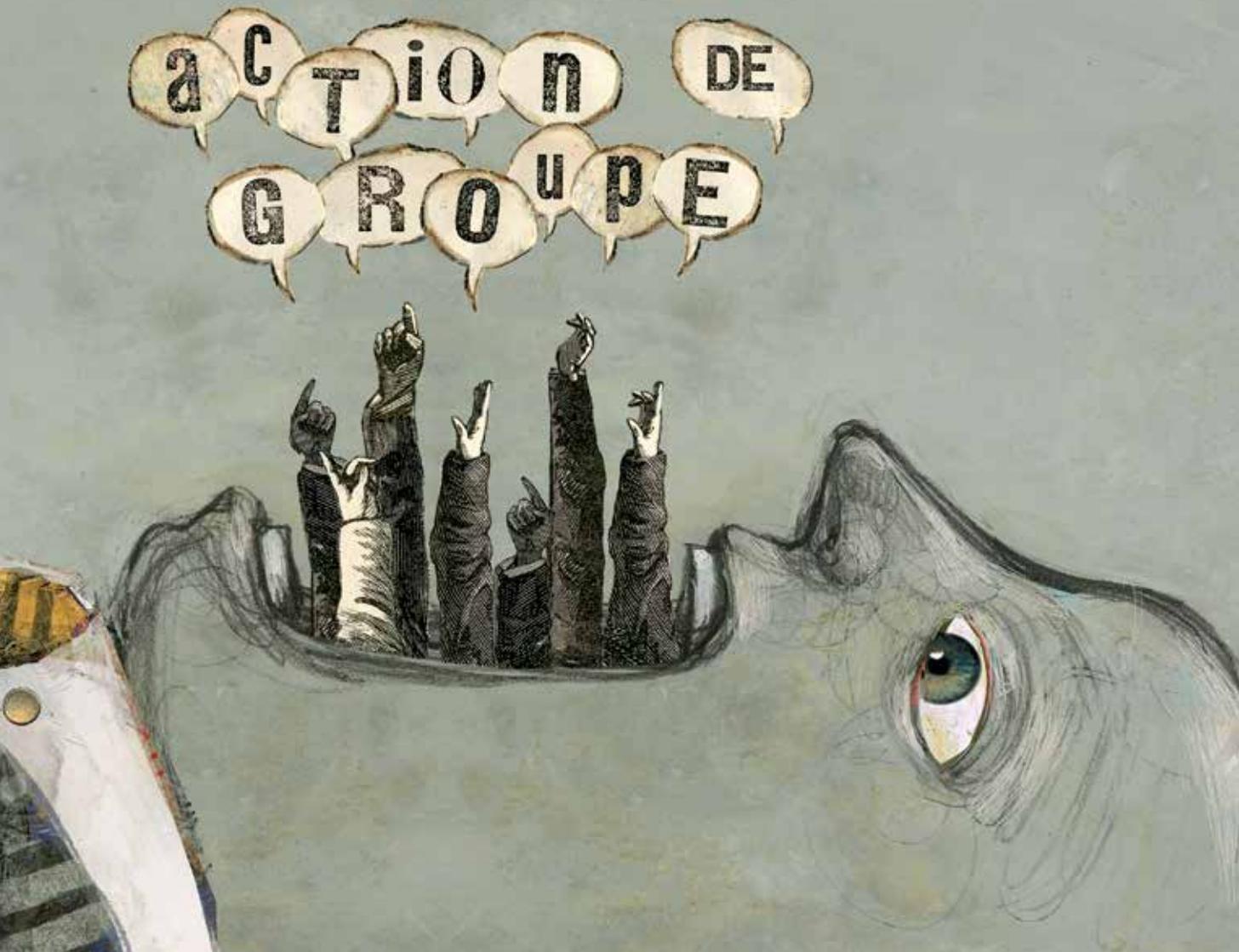
Une question mérite, ensuite, d'être posée : un chirurgien-dentiste peut-il être concerné

gine d'un dommage corporel subi par de nombreux patients du cabinet. Toutes les victimes peuvent alors être regroupées pour qu'une seule action judiciaire soit introduite contre, à n'en pas douter, le fabricant (ou les différents fabricants), mais aussi le praticien utilisateur; les victimes pourront

prétendre obtenir la condamnation de tous ces professionnels, *in solidum* ⁽⁴⁾.

Ne dramatisons pas pour autant : encore faut-il être en présence d'un produit de santé ayant causé un dommage, ce qui est heureusement rare. Surtout, il n'est pas certain qu'il soit judiciaire d'agir contre un praticien. En effet, la cause commune – si l'on peut dire – doit consister en «un manquement [...] aux obligations légales et réglementaires»; l'expression est ambiguë, peu claire. Elle signifie,





nous semble-t-il, que les patients obtiendront satisfaction à l'encontre du praticien si les conditions de la responsabilité sont réunies ⁽⁵⁾. Autrement dit, les victimes qui agissent contre le praticien en tant qu'utilisateur du produit ne peuvent engager la responsabilité de ce dernier, devant les juridictions judiciaires (en l'occurrence le tribunal de grande instance), que sur le seul fondement de la faute ⁽⁶⁾.

Or, quelle faute le chirurgien-dentiste qui emploie un instrument, un liquide, fournis par un

fabricant commet-il, dès lors qu'il respecte strictement leurs conditions d'utilisation et qu'il ignore les méfaits du produit? Généralement, aucune. Dans seulement quelques rares cas singuliers – à ce jour, difficiles à identifier – une faute d'imprudence, de négligence, pour quoi pas d'information, pourra être prouvée.

Quelques précisions encore sur l'action de groupe. Le législateur a fait le choix de réserver l'action aux seules associations d'utilisateurs du système de santé agréées sur le plan national;

les patients s'adresseront donc à l'une d'elles afin que soit constitué «*un groupe*», avant de déclencher l'action judiciaire. Par ailleurs, bien que les victimes se plaignent d'un même dommage lié à un produit, elles peuvent ne pas avoir subi les mêmes préjudices. Aussi pour adapter l'action de groupe aux particularités du dommage corporel et à l'obligation d'individualiser les préjudices, le droit institue-t-il un processus en deux phases. Premièrement, le juge sera saisi pour statuer sur la respon-

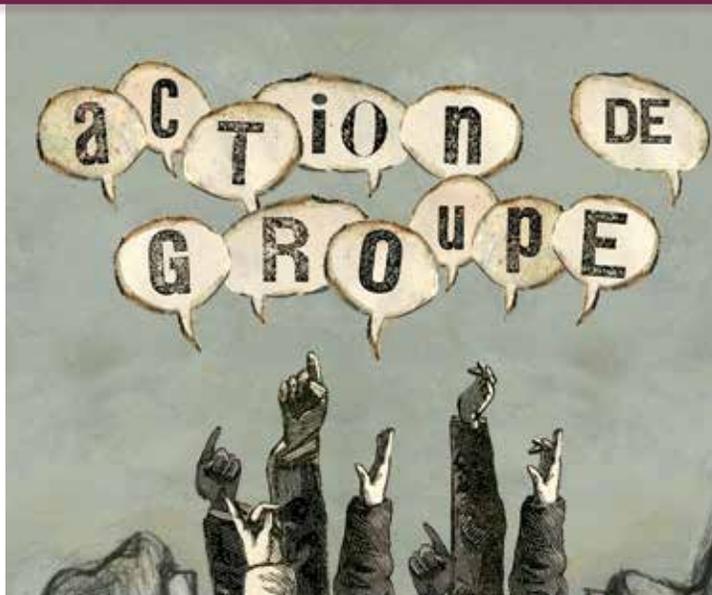


»»»

sabilité du ou des fabricants, par exemple ⁽⁷⁾; c'est-à-dire : celui contre qui l'action est dirigée est-il juridiquement responsable ? Par exemple, s'il s'agit d'un praticien libéral, c'est à ce stade que sa faute devra être établie.

Deuxièmement, le juge se préoccupera de la situation de chaque victime ; c'est la phase de « réparation individuelle des préjudices », la somme allouée à un patient pouvant être différente de celle accordée à un autre en fonction des préjudices réellement subis.

À bien comprendre l'action de groupe en santé, elle a pour source d'inspiration une situation particulière, celle du dommage corporel causé par des produits de santé à l'origine de préjudices que l'on dénomme « sériels » (victimes du vaccin contre l'hépatite B, du Mediator, du diéthylstilbestrol (DES) ou des prothèses PIP – Poly Implant Prothèse) ; dans ce cadre, l'action de groupe présente l'avantage de faciliter l'accès des victimes à des expertises longues et coûteuses, de réduire



de traitement des victimes ⁽⁸⁾. En définitive, il ne nous semble pas que l'action de groupe doive inquiéter les chirurgiens-dentistes et leur faire craindre une augmentation des actions en responsabilité intentées à leur encontre. ■

David Jacotot

(1) Pour un commentaire de ce texte, M. Bacache, « Les spécificités de l'action de groupe en droit de la santé », *Dalloz*, 2016, p. 64.

(2) L'article L. 5211-1 du Code de la santé publique en donne une acception large : « On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires

Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs. »

(3) Par ailleurs, l'action de groupe peut être intentée directement contre l'assureur du responsable.

(4) Chaque responsable est débiteur de la totalité de la somme allouée à la victime. Mais dans les rapports entre les responsables, la question de la contribution réelle de chacun devra être réglée, classiquement par le juge.

(5) En ce sens, M. Bacache, préc., *Dalloz*, 2016, p. 64.

(6) Civ. 1^{re}, 12 juillet 2012, n° 11-17510, *Dalloz*, 2012, p. 2277, note M. Bacache, et 2013. 40, obs. O. Gout ; *Revue trimestrielle de droit civil*, 2012, p. 737, obs. P. Jourdain.

(7) Après avoir vérifié les conditions de recevabilité de l'action et déterminé « le groupe » de victimes. Sur ce dernier point, les critères de rattachement à un groupe seront fixés judiciairement, avant d'examiner si tel plaignant satisfait auxdits critères.

(8) M. Bacache, préc., *Dalloz*, 2016, p. 64.

L'action de groupe facilite l'accès des victimes à des expertises longues et coûteuses, évite des décisions de justice divergentes et assure l'égalité de traitement des plaignants.

le coût que chacun aura à supporter ; elle permet également d'éviter des décisions de justice divergentes d'un tribunal de telle ville à une juridiction de telle autre et assure l'égalité

au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

SCP : comment tranche le juge en cas de retrait ou de décès d'un associé ?

En résumé

La profession peut être exercée sous la forme d'une société, notamment d'une société civile professionnelle (SCP). Quand tout va bien, le droit applicable (notamment les articles R. 4113-26 à R. 4113-101 du Code de la santé publique, dispositions qui s'appliquent aux statuts de la SCP) est « oublié », mis de côté... Mais lorsque l'entente n'est plus (les raisons en sont diverses), le droit applicable revient sur le devant de la scène, surtout si les juges sont saisis. Par cette chronique, il s'agit de faire un rapide tour d'horizon de quelques arrêts rendus en la matière, lesquels concernent en particulier le retrait ou le décès d'un associé, situations qui ont été à l'origine de tensions. Nous le verrons, les solutions ne sont pas nouvelles, mais elles méritent d'être rappelées dans la mesure où, en pratique, elles sont souvent méconnues.

Le contexte

Nul n'ignore que la pratique professionnelle peut être exercée à titre individuel (un chirurgien-dentiste libéral dans un cabinet) ou sous la forme d'une société ; citons la société d'exercice libéral (SEL), la société civile professionnelle (SCP), cette dernière étant régie par la

loi du 29 novembre 1966 et les articles R. 4113-26 à R. 4113-101 du Code de la santé publique, et, dans un autre registre, par ses statuts⁽¹⁾. Elle a été à l'origine de litiges, lesquels ont été soumis à la Cour de cassation. La plupart des solutions ne sont pas nouvelles, mais méritent d'être rappelées. Procédons à un rapide tour d'horizon des décisions rendues.





»»»

L'analyse

Tout d'abord, un arrêt rendu par la Cour de cassation le 10 septembre 2015 ⁽²⁾. Une SCP était composée de deux associés, mais l'un d'eux décède. Les héritiers du défunt assignent l'associé survivant ainsi que la SCP ; ils sollicitent notamment « le paiement de la moitié des bénéfices sociaux depuis le décès (période de 2007 à 2011) ». La cour d'appel d'Amiens leur donne satisfaction. Un pourvoi en cassation contre cet arrêt est formé par l'associé survivant. À juste titre : la Cour de cassation casse l'arrêt, au visa des articles 1842 et 1852 du Code civil ⁽³⁾, au motif que la cour

d'appel s'est prononcée « sans constater qu'une décision de distribution de dividendes aux associés avait été régulièrement prise au titre des exercices visés par [les demandeurs] ».

Que comprendre ? Les associés ont droit uniquement aux di-

ques limités ou illimités, telles les sociétés civiles. Or, si une telle décision n'a pas été prise, aucune distribution des dividendes ne peut intervenir, et les héritiers ne peuvent donc les réclamer. Sur un plan plus général, M. Hovasse souligne que la

Distribués ou mis en réserve, les bénéficiaires des sociétés à risques illimités sont taxés. Les associés peuvent ainsi être imposés sur des bénéfices non appréhendés.

videndes mis en distribution à la suite d'une décision prise conformément aux statuts ou, en l'absence de telles dispositions, à l'unanimité des associés ; cette règle vaut pour toutes les sociétés, qu'elles soient à ris-

« solution adoptée par la Cour de cassation [pour les] sociétés à risques illimités est souvent incomprise ou du moins mal supportée pour des raisons fiscales. Ces sociétés relèvent, en principe, de l'article 8 du Code »»»



général des impôts. Les bénéficiaires sont taxés dans la personne des associés, dès leur constatation au dernier jour de l'exercice, sans distinguer selon qu'ils sont distribués ou mis en réserve. Les associés sont ainsi placés dans la situation d'être taxés sur des bénéfices qu'ils n'ont pas appréhendés, parce qu'ils ont été mis en réserve [...].

Par ailleurs, en ce qui concerne le délai pendant lequel les héritiers peuvent céder les parts de leur auteur, il est en principe d'un an à compter du décès de l'associé ⁽⁴⁾. Surtout, les héritiers ont vocation durant ce laps de temps à la répartition des bénéfices. Une fois ce délai expiré s'ouvre un second délai pendant lequel la SCP ou ses associés

sont tenus d'acquérir ou de faire acquérir les parts sociales; ce délai est aussi d'un an ⁽⁵⁾. Globalement, les héritiers de l'associé décédé ont normalement l'assurance de céder les parts sociales dans le délai de deux ans.

Ensuite, un arrêt relatif au retrait d'un associé rendu le 16 avril 2015 ⁽⁶⁾. Avant d'évoquer cet arrêt, rappelons sommairement les règles applicables au retrait d'une SCP; selon l'article 1869 du Code civil, un associé peut se retirer totalement ou partiellement de la société, dans les conditions prévues par les statuts ou, à défaut, après autorisation donnée par une décision unanime des autres associés. Le retrait peut également être autorisé pour justes motifs par une déci-

sion de justice. Quant au Code de la santé publique qui régit spécifiquement le retrait d'un associé chirurgien-dentiste d'une SCP ⁽⁷⁾, il est notamment précisé que «*l'associé perd, à compter de sa cessation d'activité, les droits attachés à sa qualité d'associé, à l'exception toutefois des rémunérations afférentes aux apports en capital et de sa part éventuelle dans le capital et dans les réserves et les plus-values d'actif; il cesse à la même date d'être soumis aux incompatibilités et interdictions attachées à cette qualité*».

Justement, la question soulevée devant la Cour de cassation concernait les droits patrimoniaux du retrayant : de manière classique, la Cour considère que

»» l'associé retrayant qui n'a pas perçu la valeur intégrale de ses droits sociaux conserve, jusqu'à l'entier paiement de ce qui lui est dû, le droit de recevoir les dividendes ⁽⁸⁾, quand bien même aurait-il reçu une partie de la valeur de ses droits sociaux. Cette solution est critiquée sur le plan juridique. Elle est fondée sur l'article 1869 du Code civil. Que dit précisément ce texte ? Il prescrit : « Sans préjudice des droits des tiers, un associé peut se retirer totalement ou partiellement de la société, dans les conditions prévues par les statuts ou, à défaut, après autorisation donnée par une décision unanime des autres associés. Ce retrait peut également être autorisé pour justes motifs par une décision de justice. À moins qu'il ne soit fait application de l'article 1844-9 (3^e alinéa), l'associé qui se retire a droit au remboursement de la valeur de ses droits sociaux, fixée, à défaut d'accord amiable, conformément à l'article 1843-4. »

L'associé retrayant conserve ses droits patrimoniaux tant qu'il n'a pas obtenu le remboursement intégral de la valeur de ses parts sociales.

Ce texte a donc pour objet le droit commun (les règles applicables à tous) du retrait des associés d'une société civile ; il est difficile, au regard de sa lettre, ce qu'il énonce littéralement, de le rattacher à la question évoquée ci-dessus. La Cour de cassation va au-delà de ce qui est écrit, et crée en quelque



sorte une règle de droit. Malgré la critique, les hauts magistrats maintiennent cette règle qu'ils rappellent dans l'arrêt du 16 avril 2015. Dans ce litige, le retrayant sollicitait le versement de sa quote-part des bénéfices distribués jusqu'au remboursement de la totalité de la valeur de ses parts sociales. La cour d'appel l'a débouté parce que, selon elle, il pouvait unique-

parts sociales. Ainsi que le relève M. B. Brignon, « voilà qui renforce considérablement la force patrimoniale du retrayant. Certes, l'associé retrayant de SCP conserve son droit à percevoir les dividendes. Ce droit n'est pas réduit lorsque l'associé a déjà obtenu un remboursement partiel de la valeur de ses parts sociales, ni subordonné à une demande de sa part. Mais plus encore, il conserve tous ses droits patrimoniaux, c'est-à-dire l'entière valorisation de ses parts sociales ⁽⁹⁾ ».

Dans ce même arrêt, un autre point attire l'attention. La SCP demandait réparation du préjudice qu'elle prétendait avoir subi « à raison du temps consacré par l'associé retrayant à des activités étrangères à l'activité du cabinet ». Dit autrement, la société reprochait à l'associé de se disperser, de causer, en raison de son autre activité, une baisse du chiffre d'affaires. Les premiers juges l'admettent,

de manière surprenante selon nous. Et la Cour de cassation n'y voit rien à redire! C'est à notre connaissance «*la première illustration jurisprudentielle de l'obligation faite aux associés d'une SCP d'y exercer leur activité professionnelle*»⁽¹⁰⁾. Le principe même d'exercer n'étonne pas : il découle de l'objet même de la SCP. Cette obligation d'exercice de l'activité professionnelle existe à la charge de tout associé de la SCP, sans distinguer que des parts d'industrie ont été ou non stipulées. Mais, il est discutable de «*fixer le seuil d'activité en quantité et en qualité en deçà duquel l'obligation d'exercice n'est plus exécutée*»⁽¹¹⁾.

Enfin, par un arrêt du 25 novembre 2015, la Cour énonce qu'il résulte des articles 1843-4 du Code civil et R. 4113-51 du Code de la santé publique (applicable aux médecins et aux chirurgiens-dentistes) qu'en cas de refus, par l'associé retrayant d'une société civile professionnelle, du prix proposé pour la cession ou le rachat de ses parts sociales, leur valeur est déterminée par un expert désigné soit par les parties soit, à défaut d'accord entre elles, par ordonnance du président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés et sans recours possible. Ces dispositions particulières revêtent un caractère impératif.

Pour terminer ce tour d'horizon, présentons un arrêt relatif au retrait d'un associé, cette fois d'une société civile de moyens (et non d'une SCP). Des profes-

sionnels avaient constitué une SCM. Certains d'entre eux ont demandé leur retrait. Il a été accepté par l'assemblée des associés, mais il a été subordonné à des conditions tenant, notamment, à l'apurement de dettes de la SCM. Un différend est né, qui portait sur la possibilité de décider un retrait sous «*condition financière*». Il n'est pas inutile de rappeler que cette société a «*pour objet exclusif de faciliter à chacun de ses membres l'exercice de son activité. À cet effet, les associés mettent en commun les moyens utiles à l'exercice de leur profession, sans que la société puisse elle-même exercer celle-ci*».

En pratique, la SCM met en commun des dépenses : le loyer de l'immeuble, dont le bail est conclu par la SCM, et les salaires du personnel. Il n'est pas surprenant que la SCM ait subordonné le retrait au paiement des dettes imputables à l'associé retrayant. La Cour de cassation considère que «*la décision de l'assemblée générale d'une société civile autorisant le retrait d'un associé peut être assortie de conditions*». L'assemblée qui permet le retrait peut valablement formuler toute condition qu'elle estime opportune, du moins que l'associé retrayant les accepte. S'il les refuse, le retrait n'est pas impossible puisque le juge peut être saisi et autoriser le retrait pour justes motifs. Ici, mais uniquement dans ce cas, aucune condition qui aboutirait à paralyser l'autorisation judiciaire ne peut être stipulée. ■

David Jacotot

(1) Voir le modèle de statut proposé par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes et les règles du Code civil qui posent le droit commun des sociétés civiles – article 1845 et suiv.

(2) Décision n° 14-15572, *Droit des sociétés* n° 11, novembre 2015, comm. n° 194, H. Hovasse.

(3) Le second de ces deux textes prévoit que «*les décisions qui excèdent les pouvoirs reconnus au gérant sont prises selon les dispositions statutaires ou, en l'absence de telles dispositions, à l'unanimité des associés*».

(4) Article R. 4113-56 du Code de la santé publique. Ce délai peut être prorogé sous certaines conditions.

(5) Article R. 4113-59 du Code de la santé publique.

(6) Cass. 1^{re} civ, 16 avril 2015, n° 13-24931, FS-P+B, Bouchard c/société Attalah, *Droit des sociétés*, 2015, comm. n° 107, H. Hovasse.

(7) Article R. 4113-67 (retrait de l'associé apporteur en industrie) à R. 4113-69.

(8) Cass. 1^{re} civ., 12 juin 2012, n° 11-18472, «*SCP Sablon Leeman Berthaud Andrieu c/Andrieu*», *Dalloz*, 2012, p. 1683; *Revue trimestrielle de droit commercial*, 2012, p. 576, obs. M.-H. Monsérié-Bon.

(9) *Droit des sociétés* n° 7, juillet 2015, étude 12.

(10) H. Hovasse, *Droit des sociétés* n° 6, juin 2015, comm. n° 107.

(11) H. Hovasse, préc. Cet auteur considère que «*les cas extrêmes sont, en la matière, les plus aisés à traiter : il en est ainsi lorsque la défaillance est complète, qu'elle soit volontaire ou qu'elle procède d'un cas de force majeure comme la maladie. Les situations intermédiaires sont les plus délicates à apprécier, d'autant qu'il y a mille manières d'exercer une activité professionnelle*».

Made in Europe

Dresser un état des lieux de la formation initiale clinique à l'échelle européenne. Tel est l'objectif que s'est fixé Marco Mazevet lorsqu'il prend la présidence, en août 2014, de l'European Dental Students Association (EDSA). Cette association – qui représente plus de 65 000 étudiants issus de 182 universités de 26 pays – s'est donnée pour mission «*la défense d'une formation initiale clinique de qualité en Europe. Trop disparates en termes de qualité et de contenu, ces formations doivent être harmonisées. Les résultats de l'enquête que nous avons commandée, attendus en avril prochain, nous serviront de base pour envisager un minimum clinique acceptable en Europe*», explique Marco Mazevet.

Depuis août 2015, désormais «*past président*» de l'EDSA, ce jeune confrère de 27 ans attend les résul-

nécessaires pour obtenir un diplôme européen sont déterminées par Bruxelles, et c'est donc à ce niveau qu'action il doit y avoir.

Parce que tout est étroitement lié chez Marco Mazevet, il a créé, en octobre dernier, un site Internet recensant l'offre de formation continue dentaire en France. Il raconte : «*Je me suis lancé avec un ami d'enfance travaillant dans le Web marketing dans l'élaboration d'un catalogue exhaustif de toutes les formations continues dentaires en France, à destination des étudiants et des praticiens. Une idée qui m'est venue lorsque nous avons constaté que les étudiants ne connaissaient pas les possibilités qui s'offrent à eux, même au sein de leur propre UFR. Ce site permet une mise à disposition dynamique et interactive de l'information sur les réseaux sociaux, tout en gardant l'exhaustivité d'un*

Trop disparates en termes de qualité et de contenu, les formations initiales cliniques doivent être harmonisées à l'échelle européenne.

tats de cette enquête pour nourrir sa thèse d'exercice sur la démographie européenne. Il s'agit pour lui de «*faire évoluer la profession avec les transformations de la société, d'une part, et d'intégrer ces évolutions dans une perspective européenne, d'autre part. Il faut sortir d'une vision trop franco-française de la profession. Les qualifications*

répertoire en ligne ⁽¹⁾.» Stimulé par la réalisation de ses projets, Marco Mazevet s'est jeté un nouveau défi : réaliser une thèse universitaire sur la prévention et l'économie de la santé au prestigieux King's College de Londres. «*J'attends que les accords de principe concernant le financement se concrétisent et que mon*



Marco Mazevet

- 1988** : Naissance à Saint-Brieuc.
- 2007-2014** : diplômé de la faculté de chirurgie dentaire de Rennes.
- 2012-2014** : vice-président de l'UNECD. Chargé de l'International et de la Prévention.
- 2014-2015** : président de l'EDSA.
- 2015-2016** : président sortant de l'EDSA (relations institutionnelles internationales).
- Octobre 2015** : création du site www.formationcontinuedentaire.fr.

sujet soit validé», précise-t-il. Dans le même ordre d'idées, si, pour certains, l'épidémiologie est un sujet périphérique, pour Marco Mazevet, il n'en est rien, sachant que, à ses yeux, il est essentiel de l'envisager dans une dimension européenne. «*L'émergence de politiques de "mode de vie" au sein des institutions de l'UE suit son chemin et permettra, à terme, d'envisager la prévention de manière multidisciplinaire. Il existe encore beaucoup de travaux à effectuer en macroéconomie de la santé*». L'Europe, toujours. ■

(1) www.formationcontinuedentaire.fr

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES), tout chirurgien-dentiste doit prendre les précautions standard d'hygiène et agir, le cas échéant, selon des protocoles spécifiques. La conduite à tenir doit faire l'objet d'un affichage ou être consultable dans les zones de soins et de stérilisation. Les consignes doivent comporter les coordonnées du service d'urgence le plus proche.



✓ SIGNALER DES CAS DE MALTRAITANCE

Lorsqu'un praticien identifie une situation de maltraitance sur un enfant, il peut la signaler sans que sa responsabilité civile, pénale et disciplinaire soit recherchée. Selon le Code de déontologie, le praticien doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger un patient victime de sévices ou de privations et alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans.



✓ SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

La loi du 12 novembre 2013 de « simplification » entre l'administration et les citoyens pose le principe selon lequel le silence gardé par l'administration sur une demande vaut accord. Mais il existe des exceptions. Ainsi, dans notre profession, le silence gardé par le conseil départemental de l'Ordre pendant six mois vaut rejet d'une demande de qualification de chirurgien-dentiste spécialiste.

✓ SCP : RETRAIT OU DÉCÈS D'UN ASSOCIÉ

Le retrait ou le décès d'un associé d'une société civile professionnelle (SCP) constituent des situations qui peuvent générer des tensions. Les récents arrêts – de la Cour de cassation notamment – montrent que les solutions judiciaires ne sont pas nouvelles, mais malheureusement souvent méconnues.



La Lettre n° 145 – Février-Mars 2016

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.

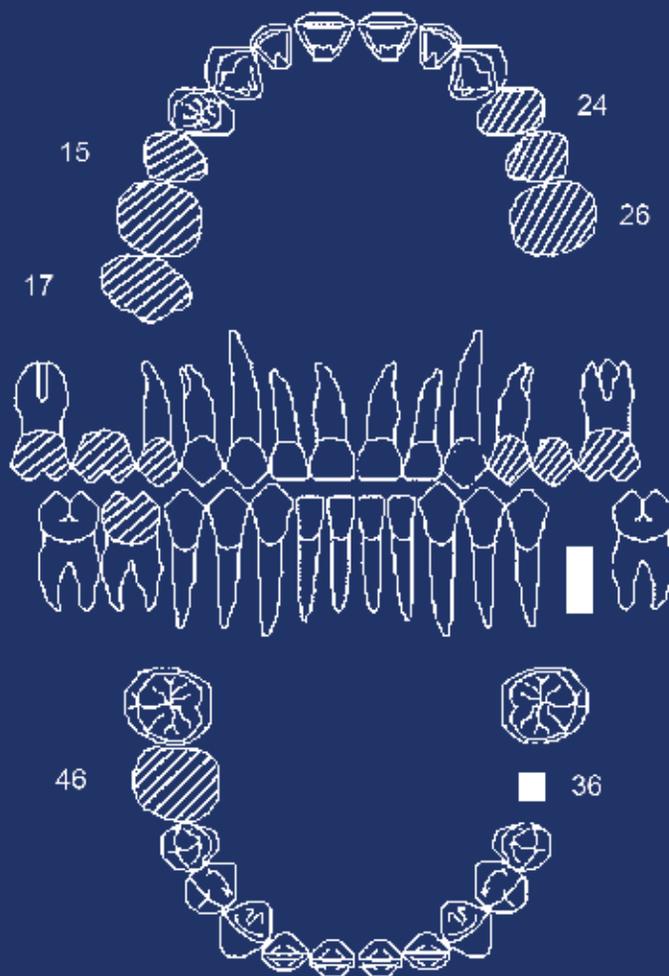
Photos : Philippe Delacroix : p. 3. Fotolia : pp. 1, 2, 7, 28-31. D.R. : pp. 21, 26, 42.

Préfecture de Police : p. 13. Zoé Leroy : p. 12.

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

Produire et renseigner un schéma dentaire :

une obligation thérapeutique,
déontologique et civique



Outil de confort, de sécurité et support de traçabilité,
le schéma dentaire n'est plus une contrainte grâce aux logiciels métier.
Il permet aussi, en cas de recherche en identification,
de remplir un rôle crucial, à la fois social et civique.