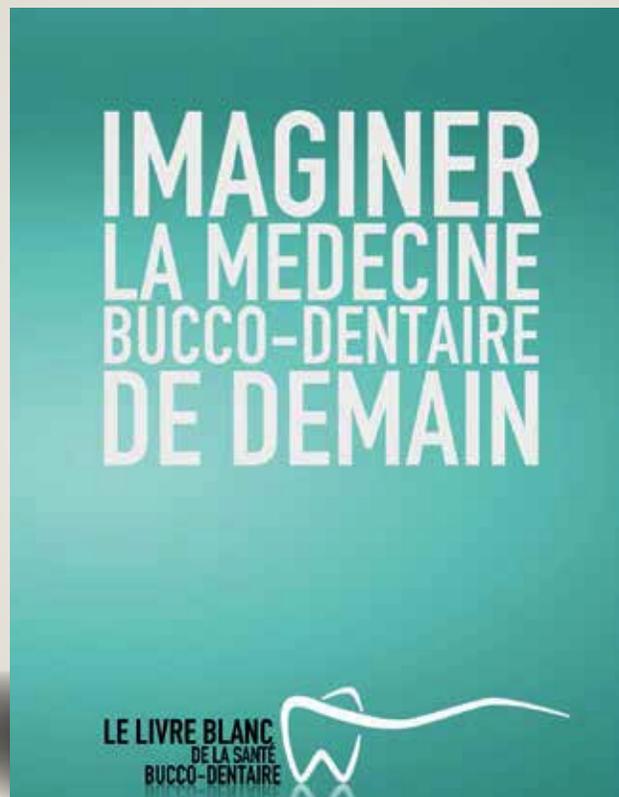


## UN LIVRE BLANC, 23 mesures pour réinventer la santé bucco-dentaire





# 4

## L'ÉVÉNEMENT

### Le livre blanc de la santé bucco-dentaire

#### ACTUALITÉS

- 8 DENTEXIA**  
Ce qui a été fait, ce qu'il reste à faire
- 11 VIE ORDINALE**  
Le bureau du Conseil national à Manosque
- 12 POLÉMIQUE**  
La fuite regrettable du prérapport de la Cour des comptes
- 14 INTERNATIONAL**  
France-Québec : l'entente tranquille
- 16 AMALGAME**  
L'Europe pousse à l'adoption d'un règlement sur le mercure
- 18 DÉONTOLOGIE**  
Lutter contre les refus de soins
- 20 SÉDATION CONSCIENTE**  
Les praticiens continuent de se former au MEOPA
- 22 CONFRATERNITÉ**  
Comment l'Ordre fait vivre la solidarité
- 24 EN BREF**

#### JURIDIQUE

- 25 COUR DE CASSATION**  
Le chirurgien-dentiste est-il un emprunteur « averti » ?



- 30 EXERCICE LIBÉRAL**  
Questions (et questionnaire) autour du contrat de collaboration libérale



#### PORTRAIT

- 34 SACHA HOZIEL**  
Une Canadienne à Paris

#### LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

[www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)





Gilbert Bouteille  
Président  
du Conseil national

# Momentum

Parce qu'il y a 50 ans, en lieu et place de la puissance publique, notre profession a inventé elle-même, de manière bénévole, la prévention et l'éducation à la santé bucco-dentaire. Parce que, avec l'ADF et les sociétés scientifiques qui la composent, elle a lancé de sa propre initiative le plus important congrès dentaire européen. Parce qu'elle a organisé, bien avant le DPC et ses dysfonctionnements, un système de formation continue obligatoire efficace et performant. Parce que, surtout, elle a milité avec opiniâtreté et efficacité pour une médicalisation de sa pratique et de son enseignement *via* l'Université et la recherche. Et parce que, consécutivement, l'odontologie française est l'une des plus performantes au monde, notre profession ne peut accepter le miroir déformant que lui tendent certains acteurs, parfois non sans arrière-pensées. Mais hélas ! aussi justifiés soient-ils, les sentiments d'injustice et d'accablement ne font pas une politique. En revanche, le débat et le dialogue en constituent un nécessaire préalable. C'est ainsi qu'il faut comprendre le Grenelle de la santé bucco-dentaire à l'organisation duquel le Conseil national aura jeté tout son poids. L'un des succès de cette journée aura été de réunir tous les acteurs concernés : patients, Université, assurance maladie et complémentaires santé, représentants des ministères de l'Enseignement et de la Santé, syndicats, organismes de formation... Avec ses 23 propositions qui couvrent tout le champ de la problématique dentaire, le livre blanc qui en résulte prolonge et amplifie ce *momentum* que fut le Grenelle, au cours duquel toutes les parties eurent l'occasion de se parler et, surtout, de s'écouter. C'est cette dynamique d'une profession ouverte, résolument branchée sur le devenir de la santé orale, que veut diffuser et faire vivre ce livre blanc.



# 23 mesures pour inventer la santé bucco-dentaire de demain

Reflet des propos tenus lors du Grenelle de la santé bucco-dentaire, organisé en janvier dernier, 23 mesures sont publiées dans un livre blanc qui apporte un éclairage, mais surtout des solutions pour les enjeux de la santé bucco-dentaire d'aujourd'hui et de demain.

« **N**otre profession est à un tournant social, déontologique et technologique. De nombreux chantiers l'attendent, aussi bien en matière de formation que de prévention, de démographie ou de financement. Il faut réfléchir à son évolution, à sa pratique, aux attentes des patients et à sa place dans le système de santé. » Voilà résumée en quelques mots par Gilbert Bouteille, président de l'Ordre, la genèse du livre blanc de la santé bucco-dentaire.

Ce livre blanc est le résultat de la grande consultation engagée par l'Ordre lors du Grenelle de la santé bucco-dentaire avec l'ensemble des acteurs du système de santé bucco-dentaire et de nombreuses rencontres sur le terrain avec les professionnels.

Le Grenelle, organisé en cinq thématiques – Formation, Prévention, Démographie, Financement, Cabinet du futur –, a nourri le livre blanc de 23 propositions concrètes afin de répondre aux nombreux dysfonc-

tionnements de notre système de santé bucco-dentaire, tant pour les patients que pour les praticiens et plus largement pour le système de soins.

L'objectif du livre blanc : alimenter le débat public et instaurer une discussion avec les décideurs pour bâtir une véritable politique de santé bucco-dentaire.

L'Ordre invite les confrères et les consœurs à lire le livre blanc, en téléchargement gratuit sur le site Internet de l'Ordre. Nous présentons ci-après ses 23 propositions.



## FORMATION

### 1. Envisager une mutation profonde de la formation initiale

- Ouvrir la création de postes hospitaliers à des praticiens non universitaires;
- Développer les partenariats entre l'Université et les chirurgiens-dentistes libéraux, en créant par exemple un système d'alternance;
- Développer l'enseignement de la prévention dans la formation initiale;
- Réfléchir à une formation conjointe entre étudiants en chirurgie dentaire et assistants dentaires.

### 2. Réfléchir à une nouvelle approche de la conception de l'exercice

Une réflexion doit être menée sur la possibilité pour le chirurgien-dentiste de déléguer certaines

tâches à l'équipe dentaire. Reste à définir précisément le périmètre de compétence de l'assistant dentaire, et à réfléchir à l'opportunité d'accueillir de nouveaux métiers.

### 3. Mettre l'accent sur la prise en charge du patient

Le patient étant au cœur du système, la formation doit envisager sa prise en charge sous différents aspects : médicaux, techniques et psychologiques.

### 4. Revoir le système de formation continue

Permettre à la profession de se réapproprier «sa» formation continue afin que celle-ci soit réellement en adéquation avec ses propres besoins et ceux des patients.

## PRÉVENTION

### 5. Créer une culture commune de la «santé orale» centrée sur le patient

Aujourd'hui, les chirurgiens-dentistes sont pleinement acteurs de la prévention, mais l'appellation «*chirurgien-dentiste*» est trop limitative, «*spécialiste de la santé orale*» conviendrait davantage.

### 6. Attribuer d'autres fonctions à des professionnels existants

La prévention peut être assurée par les assistants dentaires (les référentiels et leur profil de compétence sont en cours de définition). Une autre possibilité consisterait à créer un nouveau métier tel que celui d'«*éducateur/animateur en santé orale*» en lien avec les réseaux de soins.

### 7. Individualiser la prévention

Les messages de santé publique sont souvent trop généraux. Il conviendrait dès lors d'individualiser davantage la prévention, en l'adaptant notamment aux populations vulnérables sur le plan physique, social, économique, etc.

### 8. La profession doit pleinement participer aux grandes campagnes nationales

Pour que la prévention porte ses fruits, elle doit faire l'objet d'une campagne nationale. Encore faut-il que celle-ci soit concrète et repose sur des programmes pilotes de recherche-action.

### 9. Prendre du plaisir pour donner du plaisir aux patients

Nous recommandons d'ajouter un sixième P – le P de «Plaisir» (le brossage des dents doit être un plaisir) – aux cinq autres P qualifiant la santé orale : Préventive, Prédicative, Participative, Personnalisée de Preuve. Pour rendre la prévention attractive, l'accent doit être mis sur la dimension de plaisir. Il faut rendre le patient acteur et responsable de sa santé. Des actions très concrètes tels des messages positifs adressés via des sites Web sous forme de «*flashes infos*» sur la santé bucco-dentaire, pourraient y contribuer.



## DÉMOGRAPHIE

### »» 10. Orienter le stage actif d'une journée par semaine vers un stage en continu

Renforcer le stage actif de sixième année en permettant aux étudiants de le réaliser en continu plutôt qu'à raison d'une journée par semaine. Une immersion complète pendant une durée plus longue serait plus efficace.

En complément, inciter des étudiants de cinquième et de sixième année à poursuivre leur cursus dans une antenne odontologique d'un CHU d'une ville dépourvue de faculté de chirurgie dentaire constitue une réflexion à mener.

### 11. Créer une «année civique» ou de «tutorat», postformation dans les zones très sous-dotées

Proposer aux diplômés d'exercer dans une zone très sous-dotée pendant 12 ou 18 mois. La France pourrait conditionner la délivrance du conventionnement à l'exercice dans une zone très sous-dotée, soit sous forme salariée, soit sous forme libérale en tant que collaborateur. Dans certaines zones, les pouvoirs publics ou les ARS pourraient créer des structures pluridisciplinaires adaptées avec des locaux et des plateaux techniques dédiés.

### 12. Renforcer le contrôle du niveau de formation des praticiens à diplôme étranger et dresser un bilan européen des formations cliniques

Une modification de la directive européenne 2005/36 permettrait de pallier les insuffisances professionnelles en imposant une formation clinique suffisante à tout diplômé souhaitant s'installer.

### 13. Mettre en place un conventionnement sélectif dans les zones très surdotées

Le conventionnement sélectif en fonction du degré de formation clinique ou de la zone d'installation est une mesure à étudier dans un cadre précis. Il doit en tout état de cause concerner l'ensemble des praticiens. C'est une piste de négociation ouverte aux partenaires conventionnels : assurance maladie et syndicats représentatifs.

## FINANCEMENT

### 14. Réaliser un travail de sensibilisation

Faire comprendre à l'ensemble des acteurs que la santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé en général. Ce n'est pas un domaine à part.

### 15. Mettre l'accent sur la prévention

Plus de prévention, c'est moins d'actes prothétiques à terme. Il faut l'imaginer dans une logique de «parcours prévention», personnalisé en fonction de particularités liées, par exemple, au vieillissement ou à des pathologies spécifiques (diabète par exemple). À créer, un bilan bucco-dentaire (BBD) adulte, avec des consultations spécifiques dont la fréquence reste à déterminer. Les assistants dentaires pourraient jouer un grand rôle dans la prévention, sous la responsabilité du chirurgien-dentiste.

### 16. Imaginer des consultations différenciées selon la situation du patient

Selon l'âge des patients, leur situation (physique, mentale, économique, sociale), leurs éventuels besoins spécifiques, le temps passé pour un même type de soins varie considérablement. Pourquoi la rémunération du chirurgien-dentiste ne serait-elle pas «personnalisée» pour tenir compte de ces disparités ?

### 17. Réorienter la pratique vers les soins conservateurs

Revenir aux fondamentaux du métier implique une réflexion complète si l'on veut que les soins redeviennent attractifs pour le chirurgien-dentiste : niveau de rémunération de la prévention, des soins conservateurs, juste prix des prothèses. La démarche de soin doit être réorientée vers la conservation tissulaire. Une approche qui doit être la première valorisée dans la formation continue. Cet objectif devrait aisément obtenir un consensus, et la mutation doit s'inscrire dans la durée. L'ensemble des acteurs devra prendre part à la discussion : financeurs, praticiens, prothésistes dentaires et assurés sociaux.

### 18. Responsabiliser les assurés sociaux

Un fonctionnement efficient du système de financement de la santé bucco-dentaire repose également sur la responsabilisation des assurés sociaux. Ces derniers doivent prendre au sérieux leur santé, venir aux rendez-vous fixés, se brosser correctement les dents...

## Les six chapitres du Livre blanc

Le Livre blanc, fruit d'échanges et de débats entre les participants du Grenelle de la santé-bucco-dentaire, est structuré en six chapitres :

- 1 – 5 grandes thématiques retenues par la profession
- 2 – 23 propositions concrètes pour préparer demain
- 3 – L'éclairage d'un expert, Jean De Kervasdoué
- 4 – Les Français derrière leurs chirurgiens-dentistes
- 5 – Questions/réponses débattues lors de la plénière
- 6 – Et maintenant ?

Annexe : synthèse des interviews préliminaires



Patients, Université, assurance maladie et complémentaires, représentants des ministères de l'Enseignement et de la Santé, syndicats, ADF. Tous les acteurs du secteur ont participé aux nombreux débats lors du Grenelle de la santé bucco-dentaire le 28 janvier dernier. Après chaque intervention, Jean De Kervasdoué a apporté son éclairage et son avis d'économiste de la santé sur les différents sujets abordés.

## CABINET DU FUTUR

### 19. Mettre l'accent sur l'humain pour compenser l'omniprésence de la technologie

Pour contrebalancer la présence de plus en plus importante des machines et de la robotique, le soignant devra accorder une large place à la psychologie, à la pédagogie et à la conviction.

### 20. Organiser la pratique en réseau

Les cabinets du futur travailleront en réseau avec les patients (via des échanges par Internet) comme avec les autres professionnels de santé ou l'hôpital. Cette pratique doit s'envisager dès maintenant; la notion d'équipe doit s'étendre aux acteurs de santé extérieurs au cabinet dentaire car la santé bucco-dentaire ne s'arrête pas à sa porte. Une association de compétences doit être mise en place entre les soignants, les soignés et les intervenants extérieurs.

### 21. Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue

Aujourd'hui, la profession souffre d'une absence de définition des bonnes pratiques et de contrôle

des pratiques. Cette situation est susceptible de changer sous l'instauration de normes et certifications.

Pour répondre à ces nouvelles demandes, pour s'évaluer et instaurer une démarche qualité, le cabinet du futur devra apprendre à produire des données. La comparaison avec d'autres cabinets, dans une logique de «benchmark» (indicateurs de performance), pourrait constituer un levier d'amélioration.

### 22. Revoir la formation initiale et continue

S'assurer que le praticien de demain peut en permanence réactualiser ses compétences et mettre en œuvre la santé orale des 6 P (Préventive, Prédicative, Participative, Personnalisée, de Preuve et de Plaisir), afin de ne pas créer de disparités avec les jeunes diplômés formés aux dernières technologies.

### 23. Apprendre à travailler en équipes ouvertes sur l'humain

Les cabinets de groupe sont une réponse à l'inexorable augmentation des coûts résultant à la fois du progrès technologique, du renforcement des normes de sécurité et de qualité, mais aussi de l'exigence croissante des patients. ■

# Dentexia : ce qui a été fait, ce qu'il reste à faire

Deux mesures concrètes ont été prises. Première mesure : la mise au point par l'Ordre, avec l'accord du ministère et des ARS, d'un certificat de situation bucco-dentaire destiné à faciliter la reprise des soins des patients. La seconde mesure : des *hot lines* ont été mises à disposition du public par trois ARS. Mais d'autres aspects sont à l'étude, parmi lesquels la gestion du dossier des patients ou encore le financement des soins non exécutés.

**F**ace à l'enjeu que représentent au moins 2 000 patients *a priori* en rupture de soins, le Conseil national a multiplié les rendez-vous au ministère et ses diligences auprès des Agences régionales de santé (ARS) afin de gérer avec l'administration de la santé les conséquences de ce désastre sanitaire. Cette situation n'est pas étrangère à la volonté des gestionnaires des

des alternatives prévisibles aux déclarations de cessations des paiements qu'ils avaient déposées. Tandis qu'ils faisaient toujours payer par avance les patients...

Pour l'Ordre, l'urgence demeure la reprise des traitements des patients qui s'estiment piégés. Les modalités exactes sont en cours de définition.

Mais les questions posées sont nombreuses. Dans

## L'urgence demeure la reprise des traitements de 2 000 patients piégés.

centres de santé dentaires, et cabinets affiliés, d'échapper à l'application de nos règles professionnelles et déontologiques. Ils ont manifestement évité l'anticipation d'une liquidation alors qu'elle était pourtant nécessairement l'une

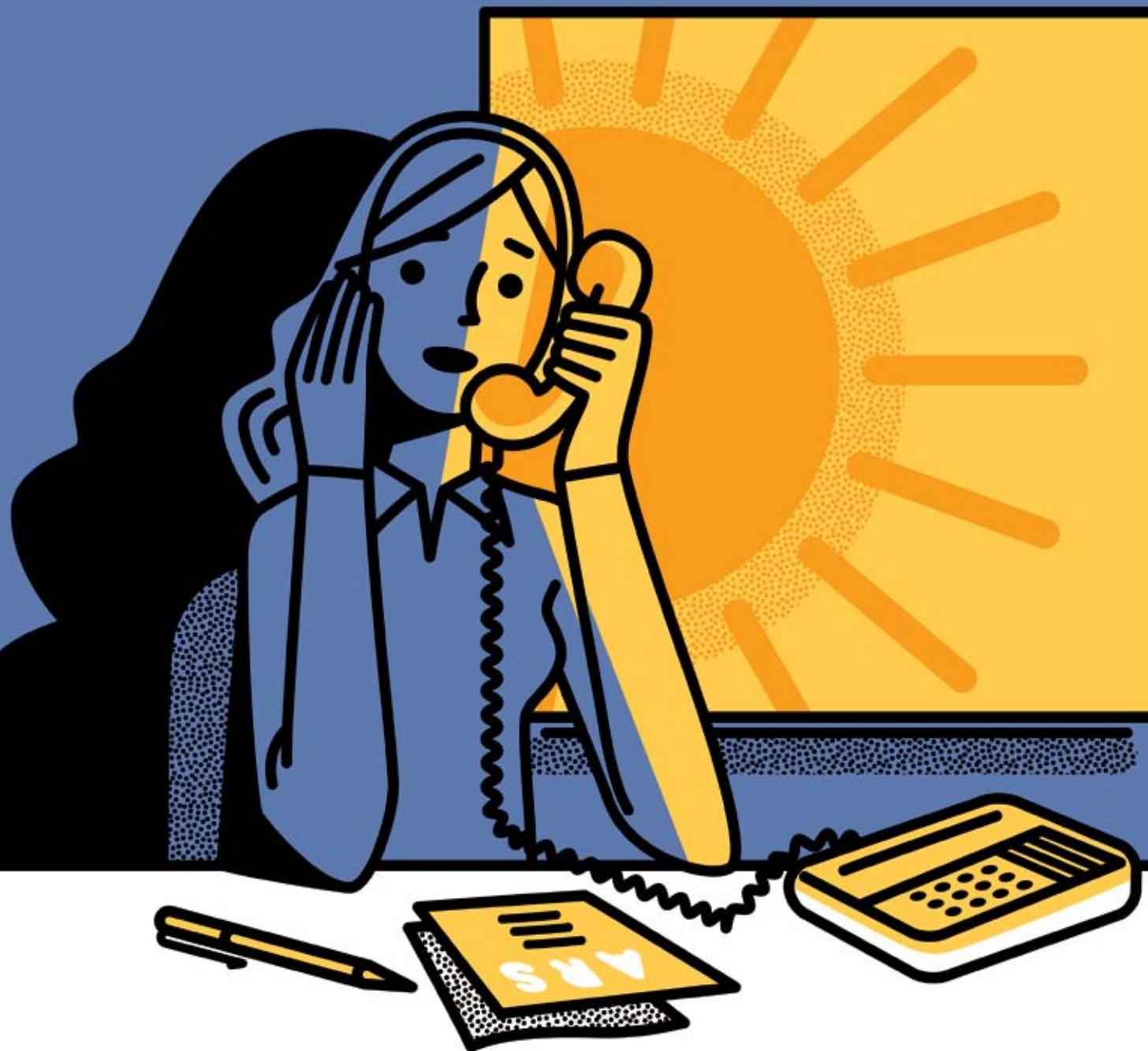
quelles conditions vont-ils être pris en charge ? Quand ? Par qui ? Qui va financer les soins quand la plupart de ceux-ci ont déjà été payés ?

Si la question financière des soins à recevoir n'est aujourd'hui pas résolue,

## Trois numéros d'aide aux victimes

Les Agences régionales de santé Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté et Rhône-Alpes ont mis en place des lignes téléphoniques pour informer et orienter les patients victimes de Dentexia. Un référent est mis en place dans chaque ARS pour écouter les patients, rassembler le plus d'informations possible et hiérarchiser les urgences dentaires. À noter qu'une prise en charge médico-psychologique au sein des ARS est aussi à l'étude.

- ARS Île-de-France : **01 44 02 06 07** (du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures).
- ARS Bourgogne-Franche-Comté : **0 805 200 550** (du lundi au vendredi, de 10 heures à 12 heures). Les personnes concernées ont aussi la possibilité de contacter l'ARS Bourgogne-Franche-Comté par mail : [ARS-BFC-DENTEXIA@ars.sante.fr](mailto:ARS-BFC-DENTEXIA@ars.sante.fr)
- ARS Rhône-Alpes : **0 800 100 378** (du lundi au vendredi de 9 heures à 12 h 30).



au moins le dossier a-t-il avancé sous la vigilance du Conseil national.

Première mesure concrète: son implication a en effet permis de finaliser la validation par les instances compétentes du modèle de certificat de si-

tuation bucco-dentaire (CSBD) établi en concertation. Il s'agit là de garantir la reprise des soins.

Ce CSBD constitue la première étape sécurisant ce processus. Il comporte deux examens (pris en charge par l'assurance

maladie): un examen clinique réalisé – au choix du patient – dans un service hospitalo-universitaire ou dans un cabinet de ville. Les chirurgiens-dentistes procéderont, en renseignant précisément ce CSBD, à un état des lieux

complet de la situation bucco-dentaire du patient; un examen de radio panoramique y sera associé. Ainsi conçu, ce CSBD permet de dégager les praticiens qui dispenseront par la suite les soins de toute recherche de responsabilité >>>

►►► sur des actes recensés, déjà effectués auparavant.

Le tiers payant n'a pas vocation à s'appliquer à ces examens sauf en cas d'application légale ou volontaire. Le CSBD sera accompagné d'un « *bon de prise en charge* », préparé par l'assurance maladie, sur demande du patient auprès de l'ARS ou de sa CPAM. Celui-ci, une fois rempli, donnera accès aux remboursements.

Seconde mesure concrète pour l'heure: la mise à disposition, par les ARS d'Île-de-France, de Bourgogne – Franche-Comté et de Rhône-Alpes, de trois numéros téléphoniques consacrés à l'in-

de la carence des gestionnaires des centres et cabinets en cause.

Les institutions ne semblent pas vouloir les prendre en charge, et l'Ordre a avancé, déjà, les premiers frais pour aider à débloquer les difficultés; en effet les liquidations s'avèrent très lourdement impécunieuses et présentent des passifs considérables. Le système reste à finaliser pour assurer une parfaite sécurité des données médicales.

S'agissant du volet ordinal, et dans un contexte tendu car les patients demandent le règlement de leur situation, les Ordres recueillent les plaintes reçues.

### **L'Igas examinera la situation des centres dentaires low cost pour éviter désormais la création de structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins.**

formation et à l'orientation des patients, d'une part, et à leur recensement exact en aidant à identifier leur niveau d'urgence dentaire, d'autre part (*lire l'encadré page 8*).

Sur les autres points en cours de traitement, l'Ordre travaille encore sur la question sensible de la conservation et de la restitution aux patients de leur dossier médical, eu égard à l'importance des moyens à mettre en œuvre et à la prise en charge des coûts résultant

Les Ordres explorent également toutes les voies entrant dans leur statut. Notamment au regard des autres doléances communiquées par les patients.

Enfin, au niveau de la réponse juridique, et en relation avec les demandes soutenues par l'Ordre, le ministère de la Santé a annoncé à l'AFP avoir saisi l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur le dossier Dentexia. L'Igas « *approfondira notamment les*

## **L'ESSENTIEL**

- ✓ **L'Ordre s'est immédiatement mobilisé à la suite du scandale Dentexia, et des travaux ont été conduits lors de nombreuses réunions au ministère de la Santé.**
- ✓ **L'Ordre a créé un certificat de situation bucco-dentaire donnant accès à deux examens intégralement remboursés : un examen clinique et une radiographie panoramique en vue de reprendre les soins.**
- ✓ **Restent à régler les modalités de restitution du dossier médical au patient et le coût financier de la reprise des soins.**

*sujets liés à la récupération et la conservation des dossiers médicaux, à l'examen des conditions de poursuite des soins et aux modalités d'indemnisation des préjudices financiers et corporels*», explique le ministère. En outre et « *au-delà même de cette affaire, la mission examinera la situation des centres de soins dentaires dits "low cost" pour éviter que se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins et, selon le cas, [de] provoquer un préjudice financier aux patients* ». La mission remettra son rapport « *avant le 31 juillet 2016* » et fera un point d'étape début juin.

Une solution très simple existe, que l'Ordre appelle de ses vœux depuis des années: la fin du détournement de la loi dite « Bachelot », et donc un exercice dentaire qui lui soit conforme. Le Conseil national

prend aussi acte du courrier que lui a adressé le ministre de la Santé le 29 mars dernier, dans lequel elle assure sa « *détermination [aux côtés de l'Ordre] afin de mettre en œuvre, au plus vite, tous les moyens à [sa] disposition afin de mettre un terme à cette situation préjudiciable aux patients* ».

Pour sa part, le Collectif contre Dentexia note sur son site Internet que, « *pour l'instant, les autorités n'ont pas donné suite aux demandes du collectif de mobiliser un fonds de secours pour passer des expertises légales et pour assurer une reprise des soins sans surcoût* ».

L'affaire n'est donc pas encore bouclée, et l'Ordre active tous les leviers dont il dispose pour que les patients de Dentexia retrouvent leur santé dentaire et leur dignité et qu'à l'avenir une telle situation ne se renouvelle pas. ■

# Le bureau du Conseil national à Manosque

Dans le cadre des réunions décentralisées du bureau du Conseil national, de nombreuses questions d'actualité ont été abordées, à Manosque, par les conseillers ordinaires.



Les 20 et 21 avril derniers, le bureau du Conseil national s'est déplacé à Manosque pour une réunion de travail avec les conseillers régionaux et départementaux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (Pacac). Conduit par son président, Gilbert Bouteille, le bureau était représenté par les vice-présidents Jean-Marc Richard et Paul Samakh, les secrétaires générales, Myriam Garnier et Geneviève Wagner, et Alain Scohy, le trésorier. Les membres du bureau répondaient à l'invitation lan-

cée sous la présidence de Philippe Piana et finalisée par Marie-Anne Baudouin-Maurel, nouvelle présidente du conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence. Une réunion qui s'est tenue avec le concours de Gilbert Lagier-Bertrand et de Jean-Marc Richard, conseillers nationaux représentants de la région Pacac. Étaient présents une trentaine de conseillers départementaux et régionaux de la région Pacac, venus des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône,

du Var et de la Corse. Le forum a donné l'occasion aux conseillers nationaux de répondre aux nombreux sujets intéressant la profession tels que le *burn out* professionnel, entre autres lié aux obligations administratives et à l'isolement géographique des praticiens. Beaucoup de questions sur la démographie ont été posées (répartition des praticiens, *numerus clausus* d'installation et européen, flux migratoires, etc.) ainsi que sur les activités des assistants dentaires, mé-

Code de la santé publique avec la récente loi de santé. L'épineuse question des hygiénistes dans le paysage français a, par ailleurs, été soulevée.

De nombreux échanges et débats sur les sujets d'actualité ont aussi animé le forum, concernant notamment la création de la Commission d'évaluation des refus de soins au sein de l'instance ordinaire, le rapport transitoire de la Cour des comptes sur la médecine bucco-dentaire, la rédaction du rapport annuel d'activité du Conseil national, les modalités d'élection à l'échelle départementale, régionale et nationale liées à la réforme des Ordres, avec sur ce sujet, des questions plus spécifiques liées au cas particulier de la Corse.

Ces réunions décentralisées apportent un réel bénéfice dans le dialogue direct entre les territoires et le Conseil national dans une atmosphère conviviale et confraternelle. ■

# La fuite regrettable du prérapport de la Cour des comptes

Le relevé d'observations provisoires de la Cour des comptes sur les soins bucco-dentaires, qui juge «*accablante*» la gestion de ce secteur, a fuité dans la presse. L'Ordre s'est employé, par médias interposés, à répondre à certaines conclusions provisoires de la Cour, qui ne traduisent pas la réalité.

**D**ans son relevé d'observations provisoires (ROP) consacré aux soins bucco-dentaires, la Cour des comptes dresse un constat «*accablant*» d'un secteur, véritable exemple de «*faillite des politiques publiques face aux professionnels*». Ce relevé, qui n'a pourtant pas vocation à être rendu public mais qui a fuité dans *Le Figaro* le 25 avril, n'y va pas avec le dos de la cuillère, et la presse, comme on s'en doute, en a fait ses choux gras.

Pour la Cour en effet, le «*désengagement*» des pouvoirs publics, le «*manque de transparence du secteur*», ainsi que «*l'indigence des contrôles de la profession*» sont la cause d'un état de

santé bucco-dentaire «*médiocre*» de la population. L'Ordre, cité à plusieurs reprises dans ce ROP, et notamment sur des thématiques qui ne relèvent pas de ses missions, déplore la diffusion de ce document qui heurte le principe de la procédure

---

**C'est sur le terrain des valeurs que le Conseil national entend se placer en rappelant la constance de son engagement en faveur de la défense des patients.**

---

contradictoire. Le Conseil national n'a pas manqué de réagir à cette fuite, notamment par la voix de son président, Gilbert Bouteille, qui regrette le non-respect de la procédure du contradictoire, d'autant que le Conseil

national réfute un certain nombre d'allégations contenues dans le ROP.

Bien entendu, le Conseil national prend acte du communiqué de la Cour des comptes qui déplore la «*publication, dans Le Figaro [...] d'un article évoquant le contenu*» de son

*giens-dentistes, déjà rencontrées par la Cour lors de l'instruction*».

Mais, hélas! le mal est fait, et la profession n'a pas été épargnée par les médias. S'agissant des 20 % de Français qui renonceraient aux soins bucco-dentaires considérés dans leur globalité, Gilbert Bouteille a ainsi tenu à spécifier, sur France Info, qu'il s'agit des soins prothétiques et implantaires. Et de regretter l'effet «*dévastateur*» de ce type d'informations erronées.

Le président de l'Ordre a tenu à rappeler que la profession compte plus de «*40 000 chirurgiens-dentistes qui soignent quotidiennement 800 000 patients pour lesquels les soins conservateurs et*



Pour la Cour des comptes, le secteur dentaire constitue un véritable exemple de «faillite des politiques publiques».

*préventifs sont totalement remboursés». Bien sûr, s'agissant des soins «lourds», le président, toujours sur France Info, a déclaré comprendre parfaitement que l'on «peut y réfléchir à deux fois avant de se faire soigner pour des soins implantaires ou prothétiques. Mais, c'est la base du système qui est viciée», a-t-il rappelé, avec un désengagement constant de l'assurance maladie qui, concrètement, n'a pas revalorisé certains actes depuis près de 30 ans. Sur ce point d'ailleurs, le ROP propose que l'assurance maladie délègue*

aux régimes complémentaires le remboursement des soins lourds (prothèses, implants, etc.) pour concentrer ses moyens sur les actes de prévention et d'entretien. Même si, comme l'a relevé Gilbert Bouteille, «il n'est pas sûr que les complémentaires santé veuillent assumer cette charge».

Mais c'est surtout sur le terrain des valeurs et de la déontologie que veut insister le Conseil national. À commencer par la défense des patients, couplée à celle de l'honneur de notre profession, qui ont été, et restent, les pre-

miers mots... d'ordre du président du Conseil national lors de son élection en juin 2015. Dans un communiqué de presse en date du 2 mai dernier, le Conseil national déclare ainsi combattre «les dérives mercantiles et les pratiques abusives, telles que celles de certains centres dentaires associatifs dits "low cost"». Il poursuit en ces termes : «Nous demandons à travailler très étroitement avec les services et le cabinet de la ministre de la Santé à l'évolution des textes législatifs et réglementaires, au respect de la

*loi et de nos obligations». Même si, bien entendu, l'Ordre est conscient que «des progrès doivent être faits dans de nombreux domaines en matière de santé bucco-dentaire».*

En toutes circonstances, conclut le Conseil national, «l'Ordre défendra les principes fondateurs de la profession, les obligations déontologiques qui concernent l'ensemble des praticiens, et dénoncera ce qu'il considère comme des activités mercantiles, fût-ce au prétexte de l'accès, d'ailleurs non garanti, aux soins des plus démunis». ■

# France-Québec : l'entente tranquille

Depuis 2009, l'Entente franco-québécoise a permis à une trentaine de praticiens français et québécois d'exercer de part et d'autre de l'Atlantique. Le dispositif vise à favoriser les échanges professionnels entre les deux territoires.



Les chiffres qui suivent ne vont pas chambouler les grands équilibres de la démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes en France et au Québec. Depuis 2009, 21 chirurgiens-dentistes diplômés au Québec exercent en France et 6 praticiens à diplôme français sont partis travailler au Québec. Une mobilité qui résulte de l'Entente France-Québec permettant, entre autres,

aux chirurgiens-dentistes diplômés en France ou au Québec d'exercer plus facilement de part et d'autre de l'Atlantique <sup>(1)</sup>. En effet, ce dispositif signé en 2009 a pour but de simplifier et d'accélérer l'autorisation d'exercer une profession réglementée dans les deux pays.

Cinq principes fondateurs ont présidé à son élaboration :

- la protection du public, notamment pour ce qui

• a trait à la protection de sa santé et à sa sécurité ;

- le maintien de la qualité des services professionnels ;
- le respect des normes relatives à la langue française ;
- l'équité, la transparence et la réciprocité ;
- l'effectivité de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.

S'agissant de la profession de chirurgien-dentiste, les autorités compétentes françaises et québécoises s'engagent à procéder à l'examen comparé des qualifications professionnelles requises sur leur territoire respectif sur la base des principes de l'Entente.

Dans les faits sont concernés tous les chirurgiens-dentistes ayant obtenu leur diplôme dans un établissement reconnu en France ou au Québec et détenant une autorisation d'exercer valide émise par l'un ou l'autre des deux pays.

Afin de bénéficier de cette reconnaissance, les candidats québécois doivent déposer un dossier au Conseil national de l'Ordre, et les praticiens français désireux d'exercer au Québec à l'Ordre des dentistes du Québec. En vertu des dispositions de l'Entente, la reconnaissance des qualifications professionnelles a pour effet de permettre aux personnes visées d'obte-

nir, sur le territoire d'accueil, leur aptitude légale d'exercer.

Soulignons que, si des différences substantielles sont relevées, dans la formation ou dans la pratique elle-même, des mesures de compensation sont exigées. Concrètement, il s'agit pour les praticiens à diplôme québécois de réaliser un stage d'adaptation d'une durée de six mois dans un centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires ou chez un chirurgien-dentiste reconnu comme maître de stage par l'Ordre. L'objectif de ce stage : se familiariser avec l'organisation du travail en cabinet dentaire, incluant l'apprentissage des lois et des règlements applicables en France. Le stage ne peut toutefois s'effectuer qu'une fois l'inscription au tableau prononcée.

Qui sont ces Québécois venus exercer en France ? Un portrait de Sara Hozziel, praticienne québécoise installée en région parisienne depuis 2011, est à lire en page 34 de ce numéro. ■

(1) L'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) a été signé pour notre profession le 27 novembre 2009. Il est en vigueur en France depuis le 25 novembre 2011 et depuis le 19 avril 2012 au Québec.





# L'Europe pousse à l'adoption d'un règlement sur le mercure

S'il conserve sa forme initiale, le règlement n'aurait que peu d'impact pour les praticiens exerçant en France puisqu'il élargirait à toute l'Union européenne l'obligation de s'équiper en séparateur d'amalgame et d'encapsuler l'amalgame, dispositions déjà en vigueur en France.

**L**a Commission européenne et les États membres de l'Union européenne demandent au Parlement européen de conclure rapidement l'adoption législative de la

proposition de règlement relatif au mercure <sup>(1)</sup>. Ce projet vise entre autres à généraliser l'encapsulation du mercure pour les amalgames et les séparateurs dans les cabi-

nets dentaires. L'objectif du législateur européen serait de parvenir à une ratification de la convention de Minamata en janvier 2017. Accepté, un tel calendrier obligerait le lé-

gislateur européen à rédiger des amendements réalistes dès le début de la discussion législative. Le calendrier est si serré que le projet d'une audition des parties organi-



sée à la rentrée prochaine par le Parlement européen semble désormais abandonné.

En tout état de cause, pour présenter son rapport parlementaire en juin, le bureau du rappor-

Quelle est l'approche du rapporteur ? Il estime que l'encapsulation et les séparateurs devraient constituer un minimum obligatoire élargi à toute l'Europe. Le débat consistera à décider d'aller plus

### **La Pologne, la Roumanie et la Bulgarie s'opposent à l'installation d'un séparateur d'amalgame dans les cabinets en raison du coût jugé trop élevé de l'équipement.**

teur allemand, M. Stefan Eck, a procédé à l'audition des parties prenantes, dont l'Ordre des chirurgiens-dentistes, afin de collecter toutes informations utiles au débat.

loin ou non : la convention de Minamata établit la liste de neuf mesures pour réduire l'utilisation des amalgames dentaires au mercure. L'article 10 du projet de règlement

proposé n'en édicte que deux. Le débat législatif pourrait consister à examiner les autres mesures à généraliser au reste de l'Europe. Les amende-

mentaire au Conseil. On peut cependant imaginer un éventuel compromis consistant à retarder la date actuellement retenue (2019) à partir de

### **les amendements parlementaires seront déposés d'ici à la mi-juillet, et les votes auront lieu mi-octobre.**

ments parlementaires seront déposés d'ici à la mi-juillet, et les votes auront lieu mi-octobre.

Qu'en est-il de la position du Conseil des ministres européens ? On notera que si la Pologne, la Roumanie et la Bulgarie s'opposent pour l'instant à l'introduction de l'obligation du séparateur dans les cabinets dentaires – jugeant le coût de l'équipement trop élevé pour le praticien –, ce point de vue devrait rester mi-

laquelle encapsulage et séparateur seraient obligatoires dans l'Union.

Précisons que toutes les mesures prévues dans le futur règlement relèvent déjà des obligations auxquelles sont soumis les cabinets dentaires en France. ■

(1) Lire l'article « Mercure : la France au diapason avec la réglementation UE », pp. 17-19, *La Lettre* n° 147, mai 2016.

Le projet de règlement est consultable à partir de l'adresse <https://www.senat.fr/ue/pac/EUR000001971.html>

### **L'ESSENTIEL**

✓ Le Parlement et le Conseil européens planchent sur un règlement UE visant à réduire la pollution par le mercure.

✓ S'agissant de notre profession, ce projet vise à généraliser à la fois l'encapsulation du mercure pour les amalgames et les séparateurs dans les cabinets dentaires, mesures déjà instituées en France.

✓ La Commission européenne et les États membres de l'UE demandent au Parlement de conclure rapidement l'adoption législative de la proposition de règlement relatif au mercure pour parvenir à une ratification de la convention de Minamata en janvier 2017.



# Lutter contre les refus de soins

La loi Touraine introduit le principe d'une évaluation des pratiques de refus de soins aux patients. Cette évaluation pourrait incomber directement à l'Ordre ou à une commission spécifique créée au sein de l'Ordre.

**L**es pratiques discriminatoires et plus particulièrement les refus de soins aux patients ont fait l'objet d'un dispositif de la loi de modernisation du système de santé. Son objectif : mieux lutter contre les pratiques

de refus de soins de l'ensemble des professionnels de santé. Pour ce faire, la loi Touraine prévoit d'attribuer à l'Ordre « l'évaluation, en lien avec des associations de patients agréées [...] et selon des modalités pré-

cisées par décret, [du] respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins [...] par les membres de l'Ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de

soins par les moyens qu'il juge appropriés. »<sup>(1)</sup>.

Le projet de décret, en cours de rédaction, prévoit la création spécifique d'une commission au sein du Conseil national à qui serait confiée l'évaluation des pratiques de

refus de soins des chirurgiens-dentistes. Ce projet précise que des représentants des associations de patients siègeraient au sein de la commission. Il prévoit, d'autre part, qu'il reviendrait à la commission de mesurer « l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elle juge appropriés. Elle analyse ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elle produit des données statistiques sur la base de ces analyses. Le cas échéant, elle émet des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques. Sur la base de ses travaux, cette commission remet un rapport annuel ». La commission devrait être composée de 14 membres (lire l'encadré « Pour aller plus loin »).

### DES DONNÉES STATISTIQUES À PRODUIRE

L'Ordre a toutefois demandé au ministère de modifier le projet de décret afin de restituer au Conseil national les missions qui lui sont dévolues par la loi, étant entendu que la commission peut perdurer, mais qu'elle ne peut exercer qu'un rôle de soutien, de conseil ou d'aide à la mission attribuée à l'Ordre. Soulignons qu'il n'est nullement question de prononcer des sanc-

tions en matière de refus de soins, prérogatives qui relèvent des seules juridictions ordinaires, ni de stigmatiser tel ou tel professionnel ; il s'agit pour l'heure d'identifier les pratiques et de livrer des données statistiques qui reflètent la profession dans son ensemble. Notre profession n'est,

bien entendu, pas la seule à être impactée par la loi. Tous les Ordres de professionnels de santé devront en effet constituer une commission d'évaluation des refus de soins opposés par leurs ressortissants.

Pour conclure, l'Ordre rappelle qu'il a fait de la lutte contre les refus de

soins discriminants une de ses priorités. Les praticiens qui ne respectent pas ce principe fondamental, légal et déontologique, s'exposent à des poursuites tant devant les juridictions disciplinaires que pénales. ■

(1) Article 85 de la loi de modernisation de notre système de santé.

## Pour aller plus loin

Si l'on s'en tient au projet de décret en cours de rédaction au ministère, la commission placée au sein du Conseil national qui se verrait confier l'évaluation des pratiques de refus de soins des chirurgiens-dentistes serait composée de 14 membres :

- le président du Conseil national (ou son représentant) ;
- six membres du Conseil national, désignés par le président ;
- cinq représentants des patients proposés par les associations de patients agréées <sup>(1)</sup> ;
- le directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (ou son représentant) ;
- le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (ou son représentant).

C'est au président de l'Ordre (ou à son représentant) à qui reviendrait la présidence de la commission.

Notons par ailleurs que le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoyait initialement la création d'observatoires de refus de soins. Cette mesure n'a finalement pas été adoptée. Le gouvernement préfère, tout en maintenant l'objectif affiché de « mieux lutter contre les refus de soins », confier aux Ordres des professions de santé (ou via la création de commissions spécifiques) l'évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. Le texte intégral de la loi de santé est consultable à partir du lien [www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14](http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14)

(1) En application de l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique par arrêté du ministre chargé de la Santé.

# Les praticiens continuent de se former au MEOPA

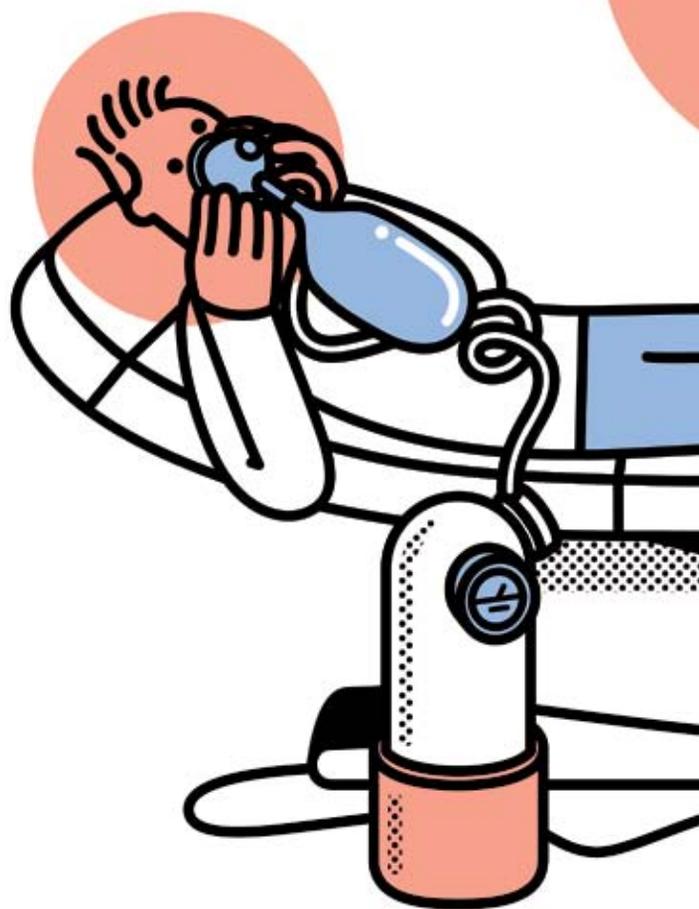
De plus en plus de chirurgiens-dentistes se forment à l'utilisation du MEOPA. Ouverte depuis 2010 à la pratique de ville, cette technique de sédation consciente apporte une plus-value dans le cadre des soins réalisés chez des patients sujets au stress, notamment les enfants et les personnes en situation de handicap.

**1258.** C'est le nombre de chirurgiens-dentistes qui ont reçu de l'Ordre, après leur formation, une reconnaissance d'aptitude à l'utilisation du MEOPA <sup>(1)</sup>. Ce chiffre ne représente certes que 3,1 % de la profession, mais le nombre de praticiens ayant obtenu leur reconnaissance d'aptitude augmente progressivement d'année en année. À titre de comparaison, 766 praticiens avaient obtenu l'autorisation d'y recourir en 2013.

Il est, par ailleurs, important de souligner que le fait d'avoir obtenu une reconnaissance d'aptitude

à l'utilisation du MEOPA ne signifie pas nécessairement que les praticiens y ont recours.

De plus, plusieurs conditions doivent être réunies pour en faire usage. Quelles sont-elles ? L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps, désormais ANSM) considère que l'administration du MEOPA nécessite une surveillance continue du patient et recommande la présence d'une tierce personne. Mais surtout, l'Agence insiste sur le fait que son administration doit être effectuée « dans des locaux adaptés, par un personnel médical ou pa-



*ramédical spécifiquement formé, et dont les connaissances seront périodiquement réévaluées».*

Six ans après la levée de la réserve hospitalière, cette alternative de sé-

dation améliore l'expérience du cabinet dentaire chez les patients sujets au stress, phobiques, jeunes ou en situation de handicap et facilite de façon tangible la réalisation des



soins dentaires. Du point de vue de la répartition géographique, les départements à forte densité de chirurgiens-dentistes sont aussi ceux qui ont enregistré le plus de reconnais-

sances d'aptitude à l'utilisation du MEOPA. Dans le détail, il s'agit de l'Île-de-France (137 praticiens), l'Hérault (61 praticiens) et le Rhône (56 praticiens). S'agissant des formations,

elles doivent être reconnues conformes par l'Ordre. La liste de ces formations est consultable sur [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)<sup>(2)</sup>. Ce n'est qu'après avoir suivi l'une de ces formations que le praticien peut faire une demande d'aptitude à l'utilisation du

MEOPA auprès du Conseil national (*lire l'encadré «Aptitude au MEOPA : mode d'emploi»*). ■

(1) Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote.

(2) Rubrique Sécurisez votre exercice > Matériel et matériaux > Gaz médicaux – Méopa.

## Aptitude au MEOPA : mode d'emploi

Un praticien souhaitant obtenir la reconnaissance de l'aptitude à l'utilisation du MEOPA doit en faire la demande au Conseil national de l'Ordre, par courrier ou par mail<sup>(1)</sup>, en rassemblant préalablement les pièces suivantes :

- l'attestation de suivi de la formation ;
- le justificatif de suivi d'une formation aux gestes d'urgence datant de moins de cinq ans.

(1) Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16.

## L'ESSENTIEL

- ✓ Au total, 1258 praticiens ont la possibilité de recourir au MEOPA.
- ✓ Cette technique de sédation consciente améliore l'expérience du cabinet dentaire des patients anxieux, phobiques, des enfants et des personnes en situation de handicap.
- ✓ Les praticiens souhaitant recourir à cette technique doivent d'abord suivre une formation reconnue conforme par l'Ordre, puis adresser une demande d'aptitude à l'utilisation du MEOPA au Conseil national.

# Comment l'Ordre fait vivre la solidarité

La Commission de solidarité de l'Ordre a pour objectif principal d'aider les chirurgiens-dentistes ou leurs proches en cas de maladie, de décès, de sinistre ou de grande difficulté.

**M**aladies, sinistres, impondérables peuvent conduire à une situation de détresse d'ordre professionnel aussi bien que personnel.

Pour faire face aux aléas de la vie, l'Ordre compte en son sein une Commission de la solidarité à l'écoute des consoeurs et des confrères ainsi que de leurs proches. Son président, Jean Molla, conseiller national, est à votre disposition pour examiner vos demandes en matière de secours financier, qui peut également être attribué aux veuves, aux veufs et aux orphelins.

La Commission peut par ailleurs intervenir en matière d'exonération de cotisations sur avis motivé du conseil départemental, exception faite des cotisations minorées pour les confrères retraités.

## SECOURS FINANCIER

La solidarité de l'Ordre s'exerce principalement en faveur des veuves, des veufs et des orphelins des

confrères. Elle peut aussi, à titre exceptionnel, accorder des secours à des praticiens rencontrant certaines difficultés.

**Ces aides obéissent néanmoins à des règles administratives strictes.** Les personnes concernées doivent constituer un dossier, accompagné d'un courrier exposant la situation, des justificatifs concernant les revenus du foyer fiscal et de tout autre élément permettant d'apprécier la situation. Le dossier doit ensuite être envoyé à la Commission de solidarité ou au conseil départemental qui le lui transmettra. Lorsque le dossier a été instruit, la Commission soumet une proposition aux membres qui y siègent, puis une décision définitive est prise collégialement en réunion plénière à chaque fin de trimestre.

**Pour les praticiens en activité,** la Commission n'est pas habilitée à verser des secours, sauf dans quelques cas exceptionnels

(généralement pour raison de santé) en attendant le versement d'indemnités par d'autres organismes.

**Pour les confrères retraités** ne disposant que de très faibles revenus, une demande peut être faite à la Commission avec tous les justificatifs utiles à l'examen de la situation.

En cas d'urgence, un secours unique peut être, après examen, accordé par le Conseil national. Il peut s'agir, par exemple, d'un « dépannage » pour une situation difficile ou encore d'une demande de secours collectif adressée au conseil départemental à la suite d'un sinistre (une catastrophe naturelle notamment).

## EXONÉRATIONS...

En matière d'exonération, rappelons tout d'abord que le praticien qui s'inscrit pour la première fois au tableau de l'Ordre est exonéré de cotisation pour la première année civile.

La cotisation ordinale est annuelle et due à partir

du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelles que soient la date d'inscription au tableau et la durée de l'exercice dans l'année. Les demandes d'exonération de cotisation ne peuvent être qu'exceptionnelles dans la mesure où le législateur a prévu que chaque confrère participe au fonctionnement de l'Ordre <sup>(1)</sup>. Chaque demande d'exonération est examinée au cas par cas et doit être adressée obligatoirement par le conseil départemental où est inscrit l'intéressé. Comme précédemment, la Commission de solidarité fait une proposition que le Conseil national choisit de suivre ou non.

## ... TROIS CAS DE FIGURE

### 1. Les praticiens en arrêt de maladie

En cas de longue maladie, à partir du 91<sup>e</sup> jour, le confrère ou la consoeur en exercice au moment de son arrêt perçoit généralement les indemnités journalières de la caisse



de retraite sous réserve de rester inscrit(e) au tableau. La déclaration à la caisse doit être faite obligatoirement à dater de la cessation d'activité et avant l'expiration du deuxième mois qui suit l'arrêt de travail. Cette situation entraîne le paiement de la cotisation ordinale.

En cas de détresse (pathologique, psychique ou autre), un dossier peut être constitué et saisi directement la Commission ou, préférablement, transiter par le conseil départemental qui transmettra. Signalons que ces exonérations ne peuvent être accordées dans des cas

très exceptionnels ou pour des raisons humanitaires.

## 2. Les retraités après 60 ans

- Soit le praticien peut demander à être radié du tableau avant le 31 décembre de l'année où il cesse son activité et n'a donc pas à régler de cotisation pour les années qui suivent;
- Soit il souhaite rester inscrit au tableau comme «praticien retraité» et doit alors s'acquitter de la cotisation minorée. Aucune exonération n'est donc possible.

## 3. Les confrères exclusivement bénévoles

## au sein d'associations humanitaires

À condition que l'organisme dispose d'une représentation en France, ils peuvent bénéficier d'une exonération de cotisation après demande adressée par le conseil départemental à la Commission, **accompagnée du justificatif de l'organisme concerné.**

Concernant les confrères exerçant au sein de l'UFSBD, toute demande d'exonération sera refusée. Rappelons que le Conseil national subventionne, grâce aux cotisations des confrères, l'UFSBD à l'échelon national. Il serait donc anormal qu'il subventionne

indirectement de nouveau cet organisme en exonérant les praticiens qui participent à ses activités. Il est donc inutile d'adresser ce type de demande.

Pour conclure, l'Ordre n'a pas vocation à se substituer à l'aide familiale, les enfants ayant le devoir d'assister leurs parents. D'après le Code civil en effet <sup>(1)</sup>, «*les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin*», précise Jean Molla. ■

(1) Article L. 4122-2 du Code de la santé publique.

(2) Article 205.

## Élections départementales, suite et fin

Voici les derniers résultats des élections aux conseils départementaux de l'Ordre.

Cette liste des présidents élus et réélus complète celle du précédent numéro de *La Lettre* (n° 147, mai 2016).

Ardennes (08) :	D <sup>r</sup> Martial DAUCHY (réélu)
Haute-Loire (43) :	D <sup>r</sup> Jean-Marc LEBRAT (réélu)
Haute-Saône (70) :	D <sup>r</sup> Louis-Charles JEANROY (élu)
Val-de-Marne (94) :	D <sup>r</sup> Thierry DEBUSSY (élu)
Martinique (972) :	D <sup>r</sup> Gislaine HÉLÉNON-CLÉRY (élue)
Guyane (973) :	D <sup>r</sup> René GARNIER (réélu)

## LE BUREAU DE LA SFODF

Le nouveau bureau du conseil d'administration de la Société française d'orthopédie dento-faciale (SFOPF) se compose comme suit :

**Président :** Olivier SOREL

**Vice-président :** Alain BERY

**Secrétaire général :**  
Guy BOUNOURE

**Secrétaire général adjoint :**  
Sarah CHAUTY

**Trésorier général :**  
Jean-Baptiste KERBRAT

**Trésorier général adjoint :**  
Thierry De COSTER

## Santé publique France est née

Prévue par la loi de modernisation de notre système de santé, l'agence Santé publique France a officiellement vu le jour le 1<sup>er</sup> mai dernier. Issue de la fusion de trois organismes – l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) –, elle est censée couvrir l'ensemble des champs sanitaires, de la prévention ou la promotion de la santé jusqu'à la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, en passant par la veille et l'alerte sanitaire ou la réponse aux crises sanitaires. Cette nouvelle superagence est plus ou moins calquée sur les *Centers for Disease Control and Prevention* (États-Unis), le *Public Health England* (Angleterre) ou encore l'Institut national de santé publique (Québec). « *La création de Santé publique France affirme une ambition : celle de mieux connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir l'état de santé des citoyens. La France se dote aujourd'hui d'une agence de référence et d'excellence au service de la santé de la population* », a déclaré Marisol Touraine.

## Distinctions honorifiques

### Ordre national de la Légion d'honneur

Par décret du président de la République en date du 15 avril 2016, ont été nommés au grade de chevalier : **Pierre-Michel Holik** et **Jean-Louis Thibault**, docteurs en chirurgie dentaire. *Le Conseil national leur adresse ses félicitations les plus vives.*

# Le chirurgien-dentiste est-il un emprunteur « averti » ?

## En résumé

**N**ombre de personnes sollicitent des prêts, à titre personnel ou professionnel. Parfois, pour des raisons diverses, les emprunteurs n'arrivent pas à rembourser, à faire face à certaines échéances. Afin de les protéger, la Cour de cassation met à la charge du banquier une obligation de mise en garde qui consiste en quelque sorte à alerter l'emprunteur des dangers de l'opération en détaillant les risques prévisibles. Toutefois, la Cour de cassation précise que cette obligation ne joue qu'en présence d'un emprunteur non averti. Un chirurgien-dentiste entre-t-il dans cette catégorie ? La question a été récemment soumise au juge : si la cour d'appel a répondu par la négative (l'emprunteur est averti), la Cour de cassation a annulé l'arrêt. D'un point de vue concret, la violation par le banquier de son obligation ne dispense pas l'emprunteur de rembourser, mais ce dernier peut obtenir du premier des dommages-intérêts.

## Le contexte

Par un arrêt de 2016, la Cour de cassation s'est prononcée sur le point de savoir si un chirurgien-dentiste, qui emprunte des deniers à un établissement bancaire, est ou non un emprunteur averti <sup>(1)</sup>. L'intérêt

de la question est aisé à mesurer : l'emprunteur non averti est davantage protégé par le droit, comme on le verra ci-dessous, que l'emprunteur averti. Présentons les faits de l'espèce relatés par la Cour de cassation.

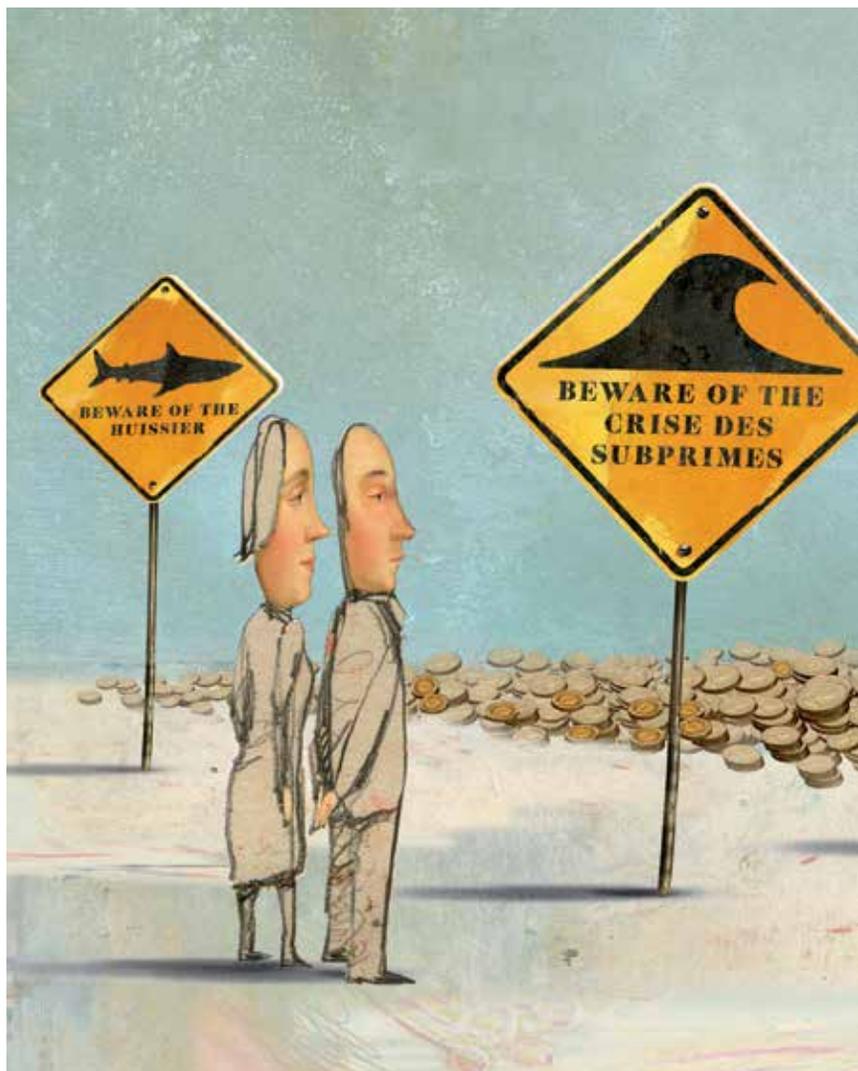
Aux consorts X et Z – époux dont la femme exerce à titre individuel et libéral la profession de





chirurgien-dentiste –, une banque consent un prêt à taux révisable destiné à financer l'achat d'un terrain et la construction d'une habitation. Le prêt sert donc à acquérir des biens personnels et non professionnels. Consécutivement à des difficultés de remboursement des échéances, l'établissement de crédit engage une procédure de saisie immobilière qui a pour finalité la vente du bien saisi et le remboursement du créancier.

En voici, sommairement évoquées, les différentes étapes : le créancier, qui doit être muni d'un titre exécutoire, s'adresse à un huissier de justice pour obtenir le paiement de sa créance ; l'huissier signifie un commandement de payer au débiteur ; le commandement de payer vaut saisie du bien ; dès lors, le débiteur ne peut plus, de sa seule autorité, le vendre, ni le donner, ni percevoir des loyers, mais il conserve la possibilité d'occuper le bien saisi dans l'attente de la vente (sauf si le commandement de payer ordonne l'expulsion) ; le commandement de payer prévoit certaines mentions obligatoires, dont l'assujettissement au règlement de



chargé de la saisie du bien est en droit de se rendre sur place pour établir un procès-verbal

thèques dans les deux mois qui suivent sa signification ; dans cette même période, le débiteur est assigné à comparaître par le créancier à une audience d'orientation ; durant cette audience, le juge de l'exécution prend connaissance des remarques et éventuelles contestations des parties ; au terme de l'audience, le juge détermine la suite de la procédure, soit en autorisant la vente amiable du

---

### **Le dispensateur de crédit doit attirer l'attention de l'emprunteur sur ses capacités financières et sur les risques de l'endettement né de l'octroi de prêts.**

---

l'arriéré dans les huit jours ; si la somme due n'est pas remboursée, l'huissier de justice

de description du bien saisi ; le commandement de payer est publié au bureau des hypo-



bien saisi, soit en ordonnant sa vente forcée ; le jugement peut également mettre fin, suspendre ou interrompre la procédure d'exécution.

En réaction, les emprunteurs assignent en paiement de dommages-intérêts la banque « en lui imputant des manquements à ses obligations contractuelles d'information et de mise en garde », est-il précisé dans l'arrêt du 5 avril 2016.

L'obligation de mise en garde est, à l'origine, une création du juge ; en effet, même si ce dernier vise l'article 1147 du Code civil, cette obligation n'y figure pas explicitement, mais résulte bien plutôt d'une interprétation audacieuse ayant pour but la protection de l'emprunteur. Aussi le dispensateur de crédit doit-il attirer l'attention de l'emprunteur sur ses « capacités financières » et sur les « risques de l'endettement né de

*l'octroi des prêts* » ; le banquier ou l'intermédiaire de crédit est tenu en quelque sorte d'alerter sur les dangers de l'opération en détaillant ses risques prévisibles. Le juge limite, toutefois, le domaine de cette obligation au seul emprunteur non averti. Dans un premier temps, une cour d'appel décide « que les coemprunteurs étaient en mesure d'appréhender, compte tenu de l'expérience professionnelle de M. Y, la nature et les risques de l'opération qu'ils envisageaient et que la banque qui n'avait pas à s'immiscer dans les affaires de ses clients et ne possédait pas d'informations que ceux-ci auraient ignorées, n'avait ni devoir de conseil, ni devoir d'information envers eux ».

Dans un second temps, son arrêt est cassé au motif « qu'en se déterminant ainsi, sans préciser si M<sup>me</sup> Y était non averti et, dans l'affirmative, si, conformément au devoir de mise en garde auquel elle était tenue à son égard lors de la conclusion du contrat, la banque justifiait avoir satisfait à cette obligation à raison des capacités financières de M<sup>me</sup> Y et des risques de l'endettement né de l'octroi des prêts, la cour d'appel a privé sa décision de base légale »<sup>(2)</sup>.

Dans l'affaire des consorts X et Z, où l'épouse, M<sup>me</sup> Z, est chirurgien-dentiste, peut-il être considéré qu'ils répondent à la catégorie d'« avertis », auquel cas ils ne peuvent opposer à la banque l'obligation de mise en garde ? Telle est l'interrogation posée aux juges.



## L'analyse

>>>

La cour d'appel les déboute de leur action en responsabilité dirigée contre la banque. Selon elle, les consorts étaient avertis de par les « activités rémunératrices et à responsabilité qui ont été les leurs, le fait étant qu'au moment de l'octroi du prêt M. X était cadre niveau 6 au salaire de 57 000 euros par an et qu'il a perçu un salaire net imposable de 7 320,20 euros en juin 2006 outre une prime annuelle variable entre 15 000 et 19 500 euros, et que M<sup>me</sup> Z était chirurgien-dentiste à la tête d'un cabinet prospère depuis le 6 juillet 2006, les bilans de son prédécesseur et le prévisionnel qu'elle a communiqué augurant d'un revenu qui ne pouvait être inférieur à 9 718,10 euros par mois; [...] pour avoir été déjà confrontés au circuit de distribution du crédit et au risque de l'endettement dans un cadre professionnel et pour avoir une première fois auparavant fait une acquisition immobilière, ils



nancée des informations qu'ils ignoraient eux-mêmes»; leur projet était « en rapport avec les revenus du couple et les perspectives d'activité de M<sup>me</sup> Z [chirurgien-dentiste] puisque portant leur taux d'endettement à hauteur de 33 % du montant de leurs revenus prévisibles tels que présentés par eux-mêmes ». La Cour de cassation annule l'arrêt : « Qu'en se déterminant par de tels motifs, impropres à établir que les emprunteurs étaient avertis, la cour d'appel

l'on présume des capacités intellectuelles qu'ils sont pour autant avertis. Cette solution étonne peu : par le passé, il a été jugé qu'un professionnel de santé, en l'occurrence un pharmacien, n'est pas nécessairement un emprunteur (ici, pour des biens professionnels et personnels) averti en matière de financement <sup>(3)</sup>.

Quelques données complémentaires : le banquier n'est pas titulaire d'une obligation de mise en garde lorsque les capacités financières sont compatibles avec la charge financière du prêt ou si l'emprunteur se comporte déloyalement, critère au demeurant assez flou.

En résumé, la notion d'emprunteur averti revêt une dimension subjective : tout dépend de la situation concrète, ce qui laisse place aux débats judiciaires. Précisons également que la charge de la preuve pèse sur la banque; c'est à elle de démontrer que les

### L'exercice d'une profession à responsabilité qui dégage des revenus confortables et laisse présumer de bonnes capacités intellectuelles ne rend pas pour autant l'emprunteur averti.

n'étaient créanciers d'aucun devoir de mise en garde du prêteur»; ils n'invoquent pas le fait que la banque « avait sur leur capacité de remboursement ou sur les risques de l'opération fi-

n'a pas donné de base légale à sa décision. »

En bref, ce n'est pas parce que les emprunteurs ont des revenus confortables, une profession à responsabilité de laquelle

emprunteurs ne sont pas avertis, tâche complexe qu'elle devra mener devant la cour d'appel de renvoi. En effet, en présence d'un arrêt de cassation, l'affaire sera de nouveau jugée.

Si les consorts convainquent la cour d'appel de renvoi, que peuvent-ils espérer? Certainement pas une indemnisation d'un montant équivalent à la totalité du prêt, capital inclus. Selon la Cour de cassation, la

5 % la probabilité selon laquelle l'emprunteur n'aurait pas souscrit le prêt si la banque l'avait mis en garde; elle octroie à l'emprunteur 5 % du montant total du prêt <sup>(5)</sup>. Nouvelle illustration : une cour d'appel alloue, sur une base voisine, une somme de 4 000 euros en présence de deux crédits de 15 000 euros, refusant en outre de distinguer le préjudice économique et le préjudice moral <sup>(6)</sup>. Chacun l'au-

## La charge de la preuve incombe à la banque, qui doit démontrer l'insuffisance des connaissances de l'emprunteur en matière de financement.

somme due au titre des dommages-intérêts comprend les intérêts, les frais financiers et les pénalités éventuelles <sup>(4)</sup>. C'est sur le terrain de la perte de chance que nombre de juridictions se sont prononcées. Ainsi, une cour d'appel évalue-t-elle à

ra remarqué, les juges indemnisent au regard du prêt, sans s'attacher aux effets de ce prêt sur le patrimoine des emprunteurs considéré dans sa globalité, lequel a pu être substantiellement amputé. ■

David Jacotot



(1) Cass. com., 5 avril 2016, n° 14-14982, non publié au *Bulletin*.

(2) Cass. chambre mixte n° 8, 29 juin 2007, n° 06-11673, publié au *Bulletin*; plus récemment, Cass. com., 18 mars 2014, n° 12-28784, où il est rappelé que le devoir de mise en garde suppose un emprunteur non averti.

(3) Cass. com., 31 mai 2011, n° 09-71509 : « Mais attendu qu'après avoir relevé que M<sup>me</sup> X exerçait la profession de pharmacien et qu'elle avait contracté des emprunts, notamment pour l'achat de son officine ou pour des acquisitions immobilières, l'arrêt retient qu'elle ne peut être considérée comme un emprunteur averti au regard de l'opération financée et qu'il n'est pas établi qu'elle avait une connaissance exacte du projet professionnel financé ni des opérations financières effectuées par son mari dans ce cadre; qu'il retient encore que le revenu et le patrimoine des époux étaient insuffisants pour leur permettre d'assurer le remboursement des deux prêts, compte tenu des différents engagements déjà souscrits; qu'il retient enfin qu'au moment de l'octroi des prêts, la banque devait vérifier la viabilité du projet et rechercher si les perspectives de rentabiliser l'opération étaient normales et ne présentaient pas de facteurs de risque excédant celui inhérent à toute entreprise, cependant que la décision d'octroi des crédits n'a été précédée d'aucune étude précise sur la rentabilité attendue ni de budget prévisionnel; que de ces constatations et appréciations, faisant ressortir que M<sup>me</sup> X était un emprunteur non averti, la cour d'appel a pu en déduire que le manquement de la banque à l'obligation de mise en garde constituait une faute; que le moyen n'est pas fondé. »

(4) Cass. 1<sup>re</sup> civ., 1<sup>er</sup> juillet 2010, n° 09-16474.

(5) Grenoble, 2 juillet 2013, n° 11/01558.

(6) Aix-en-Provence, 14 juin 2013, n° 2013/342.

# Questions (et questionnaire) autour du contrat de collaboration libérale

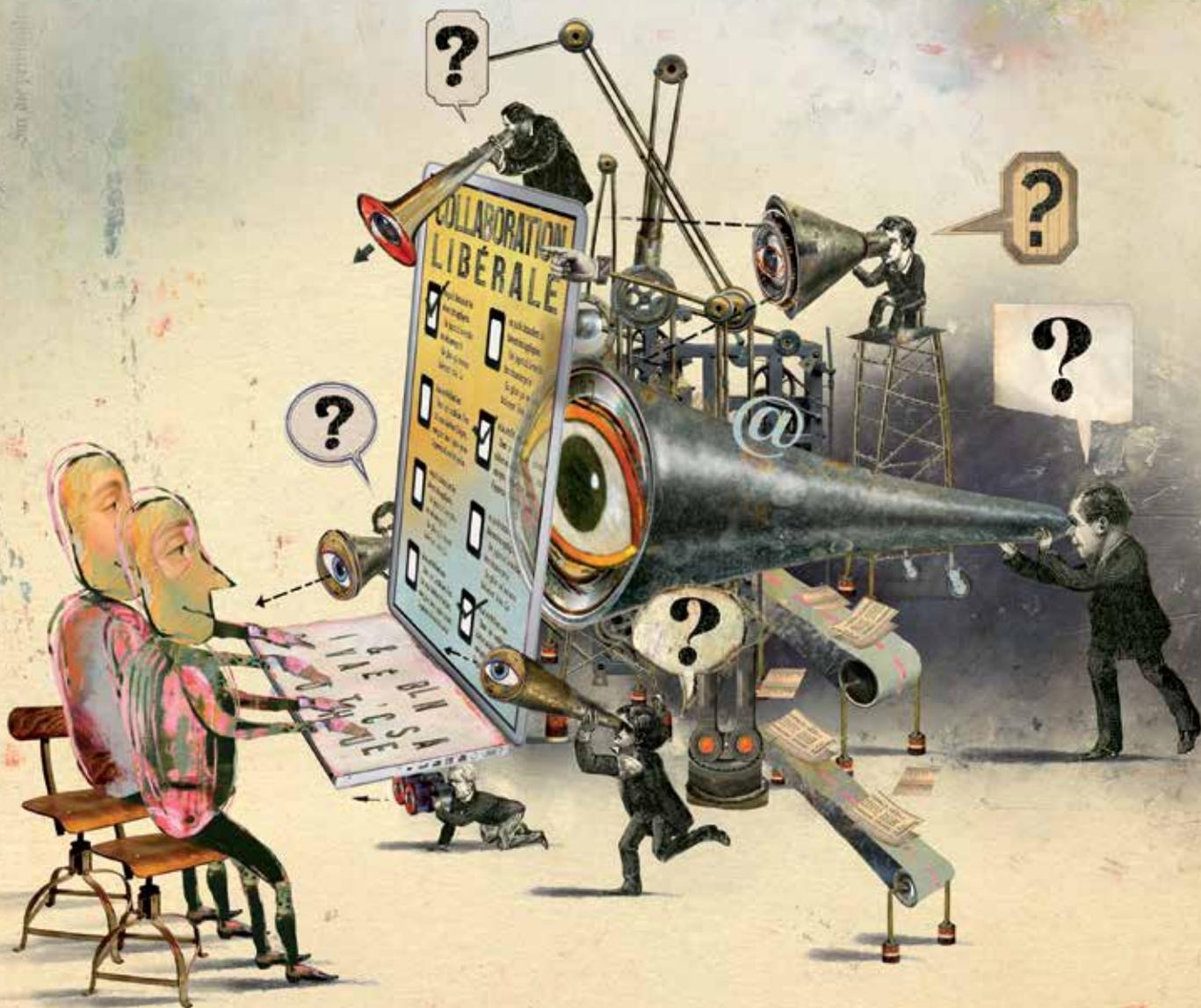
## En résumé

**L'**article 18 de la loi du 2 août 2005 a institué le contrat de collaboration libérale, qui juridiquement n'est pas un contrat de travail. Très récemment, en 2016, la Direction générale des entreprises (DGE), placée auprès du ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique a lancé un questionnaire sur ce contrat à destination de tous les professionnels libéraux et des Ordres. Il s'agit de réunir de nouveaux éléments d'information quantitatifs et qualitatifs sur le contrat de collaboration libérale, d'établir une cartographie des professionnels titulaires d'un tel contrat, mais aussi de mesurer son adéquation avec les besoins, les modalités et les contraintes d'exercice des professions concernées. Cette chronique présente le questionnaire que le chirurgien-dentiste, titulaire du statut de collaborateur libéral, est invité à remplir en ligne.

## Le contexte

Nul ne l'ignore, l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a institué le contrat de collaboration libérale. Selon ce texte « *a la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession mentionnée au I [notam-*

*ment la profession de chirurgien-dentiste] qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession* ». Ce collaborateur, est-il précisé, n'est pas salarié dans la mesure où son activité professionnelle est exercée en toute indépendance, sans lien de subordination. C'est pourquoi il peut se constituer une clientèle personnelle. >>>



»» L'article 18 impose la rédaction d'un contrat écrit à peine de nullité et détermine les clauses à insérer relatives à :

1° Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement;

2° Les modalités de rémunération;

**Une attention toute particulière est portée sur l'absence de lien de subordination avec le titulaire, qui marque la frontière entre contrat libéral et contrat de travail.**

3° Les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle;

4° Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis;

5° Les modalités de sa suspension afin de permettre au collaborateur de bénéficier des indemnités prévues par la législation de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie, de maternité, de congé d'adoption, de congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

Justement, la loi octroie à la collaboratrice libérale en état de grossesse médicalement constaté le droit de suspendre sa collaboration pendant au moins 16 semaines à l'occasion de l'accouchement. À compter de la déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension

du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressée, non lié à l'état de grossesse.

Quant au père collaborateur libéral ainsi que, le cas échéant,

le conjoint collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, droit leur est donné de suspendre leur collaboration pendant 11 jours consécutifs suivant la naissance de l'enfant, durée portée à 18 jours consécutifs en cas de naissances multiples. À compter de l'annonce par le collaborateur libéral de son intention de suspendre son contrat de collaboration après la naissance de l'enfant et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressé, non lié à la paternité.

Le collaborateur libéral qui souhaite suspendre son contrat de collaboration en fait part au

professionnel libéral avec lequel il collabore au moins un mois avant le début de la suspension. Ce à quoi le législateur a ajouté une disposition : le collaborateur est protégé contre les discriminations.

Plus récemment, en 2016, la Direction générale des entreprises (DGE), placée auprès du ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, et dont dépend la Commission nationale des professions libérales (CNAPL), a lancé un questionnaire sur le contrat de collaboration libérale à destination de tous les professionnels libéraux et des Ordres <sup>(1)</sup>. Pourquoi un tel questionnaire ? Il s'agit de réunir de nouveaux éléments d'information quantitatifs et qualitatifs sur le contrat de collaboration libérale, contrat spécifique à certaines professions libérales, et de mesurer son adéquation avec les besoins, les modalités et les contraintes d'exercice des professions concernées.

**L'analyse**

Tout d'abord, l'enquête que le chirurgien-dentiste est invité à remplir en ligne vise à établir une cartographie des professionnels titulaires de ce contrat. C'est pourquoi le praticien coche des cases précisant « le sexe », « l'âge », « la région d'exercice », « le statut » (salarie ou libéral), la durée du contrat déjà écoulée (par exemple, moins



de deux ans) et la qualité du co-contractant (un praticien exerçant à titre individuel ou une société – civile professionnelle ou d'exercice libéral).

Ensuite, le questionnaire porte notamment sur les avantages que présente ce contrat, les freins à son usage ou les différentes clauses qu'il contient.

S'agissant des « avantages », une liste s'affiche à l'écran ; il est possible de cocher plusieurs cases parmi lesquelles : « Permettre à un professionnel qui démarre son activité de développer une clientèle propre », « Intégrer progressivement une structure d'exercice en groupe », « Exercer temporairement dans une zone géographique spécifique (milieu rural, urbain) avant d'envisager une installation plus pérenne », « Libérer du temps pour convenance personnelle », etc.

S'agissant des freins à l'usage du contrat de collaboration libérale pour sa profession, il est possible de répondre simplement par oui ou par non. Si l'on répond positivement, une rubrique intitulée « Lesquels ? » est alors à remplir.

S'agissant des clauses, des questions pertinentes sont recen-

sées, en lien avec les clauses imposées par l'article 18 de la loi de 2005 précité. Ainsi le contrat « définit-il les modalités de constitution et de développement de la clientèle du collaborateur libéral » ? Cette clause est intéressante dans la mesure où elle donne un indice sur la qualification réelle du contrat ; n'oublions pas, en effet, que le contrat de collaboration libérale peut être requalifié en contrat de travail, à ce titre régi par le Code du travail, si le collaborateur est, dans les faits, concrètement, sous la subordination juridique d'une société ou d'un praticien (d'un employeur).

Très classiquement, il est demandé d'indiquer si le contrat mentionne « une clause de non-concurrence ou une clause de non-réinstallation », une clause de rupture, laquelle a pour objet de prévoir les causes et les modalités de la disparition du contrat. Enfin, le collaborateur indique si le contrat stipule une clause « de rémunération, de gestion comptable et fiscale » et impose de disposer d'un « contrat d'assurance professionnelle en propre ». Ce questionnaire n'est pas exhaustif et ne permet donc pas de

tenir compte des clauses de conciliation, qui prévoient l'intervention d'un tiers (par exemple un conseil de l'Ordre) en cas de différend entre les parties. Son caractère limité donne des indications sur ce que la DGE considère comme important à découvrir...

Est également formulée une liste de propositions d'évolution. Conviendrait-il notamment de « Mieux préciser le statut de collaborateur libéral ? », « Prévoir une limite de durée au contrat ? », « Prévoir des sanctions judiciaires en cas de non-respect des dispositions législatives qui régissent le contrat de collaboration libérale ? », « Mieux encadrer le développement de la clientèle personnelle du collaborateur libéral ? », « Mieux garantir l'indépendance professionnelle du collaborateur libéral et l'absence de lien de subordination avec le titulaire ? ». Sur ce dernier point, l'on perçoit bien tout l'intérêt porté à la question de la frontière entre le contrat de travail et le contrat libéral (non soumis au Code du travail).

Pour terminer, trois interrogations sont proposées aux professionnels : Faut-il conserver ce contrat en l'état (l'amender, voire le supprimer) ? Ce contrat répond-il à vos attentes ? Le recommanderiez-vous ? Il n'est pas impossible que ce contrat soit prochainement modifié... ■

**David Jacotot**

(1) [www.entreprises.gouv.fr/secteurs-professionnels/contrat-collaboration-liberale](http://www.entreprises.gouv.fr/secteurs-professionnels/contrat-collaboration-liberale)

# Une Canadienne à Paris

L'histoire débute à Montréal, sur la terre natale de Sacha Hoziel, chirurgien-dentiste de 33 ans qui, voilà six ans, a traversé l'Atlantique pour l'Île-de-France. Le motif? L'amour. «*Notre rencontre s'est faite dans un parc. Je jouais au Frisbee lorsque mon futur beau-père m'a sollicitée pour prendre une photo de sa famille – dont son fils, mon futur époux – en vacances à Montréal. Le soir même, je recroise son fils dans un bar*», se souvient-elle. C'est le coup de foudre. Entre autres points communs, son futur mari français est, lui aussi, chirurgien-dentiste. Quelques mois plus tard, Sacha Hoziel, de

la proche banlieue parisienne. «*J'adore les enfants, explique cette spécialiste en ODF. Réussir à dédramatiser l'expérience du chirurgien-dentiste et adoucir leur peur me procure une grande satisfaction. Je mets aussi un point d'honneur à parfaire leur éducation à l'hygiène bucco-dentaire, trop souvent insuffisante*», déplore-t-elle.

Nous y voilà. Au Canada, la prévention et l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire font partie du paysage et sont parfaitement intégrés par les patients. Du reste, les actes en éducation à la santé bucco-dentaire font «naturellement» l'objet d'hono-

**L'éducation à la santé bucco-dentaire fait naturellement l'objet d'honoraires au Canada. Si tel était le cas en France, les patients seraient peut-être plus acteurs de leur santé.**

langue maternelle anglaise mais dont une partie du cursus a été menée à bien en français, s'envole pour s'installer en France. C'était en 2010. «*Les accords France-Québec venaient de se finaliser. Mes démarches pour bénéficier d'une équivalence en ont été simplifiées. Cette Entente entre nos deux pays ne pouvait pas mieux tomber.*»

Depuis, Sacha Hoziel exerce avec son mari dans un cabinet de

raires de la part des praticiens. Sacha Hoziel regrette que ce ne soit pas le cas en France dans la mesure où «*les patients deviendraient peut-être plus acteurs de leur santé*». Elle explique que, dans son pays, l'immense majorité des patients ne prend pas le risque de consulter au dernier moment : «*Une carie à trois faces est prise en charge à hauteur de 44 euros en France. Au Canada, la "sécu" rembourse*



Sacha Hoziel

**1982** : naissance à Montréal

**2009** : diplôme de chirurgie dentaire de l'université de Montréal

**2010** : arrivée en France

**2011** : installée en libéral à Clichy

*très peu les soins, et il en coûte 350 dollars pour le même acte*», affirme-t-elle. Elle ne se prive d'ailleurs pas d'évoquer cette réalité auprès de ses patients français pour qu'ils prennent conscience de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

Dans le civil, Sacha Hoziel s'est bien intégrée à la vie parisienne, même si elle note une certaine distance dans les relations : «*À Montréal, le contact est à la fois plus facile et plus rapide.*» Mais sa spontanéité et son énergie nord-américaines ont manifestement conquis son quartier, où les commerçants la surnomment très affectueusement «*la Canadienne*». ■

# Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

## ✓ EXERCER AU QUÉBEC

Les candidats français qui souhaitent bénéficier d'une reconnaissance des qualifications professionnelles pour exercer au Québec doivent déposer un dossier à l'Ordre des dentistes du Québec. En vertu des dispositions de l'Entente France-Québec, la reconnaissance a pour effet de permettre aux personnes visées d'obtenir plus facilement, sur le territoire d'accueil, leur aptitude légale à exercer.



## ✓ COLLABORATION LIBÉRALE

La Direction générale des entreprises (DGE) propose un questionnaire sur le contrat de collaboration libérale à tous les professionnels libéraux, dont les chirurgiens-dentistes. Il s'agit de réunir de nouveaux éléments d'information quantitatifs et qualitatifs afin de mesurer l'adéquation de ce contrat avec les besoins, les modalités et les contraintes d'exercice des professions concernées.



## ✓ MEOPA

Pour obtenir la reconnaissance de l'aptitude à l'utilisation du MEOPA, les praticiens doivent en faire la demande au Conseil national de l'Ordre, par courrier ou par mail. Le dossier doit comporter, entre autres, le programme détaillé de la formation au MEOPA suivie si elle ne figure pas dans la liste des formations reconnues conformes par l'Ordre.

## ✓ SOLIDARITÉ

L'Ordre peut, à titre exceptionnel, accorder des secours à des praticiens en situation de détresse. Pour en bénéficier, ils doivent constituer un dossier avec les justificatifs concernant les revenus du foyer fiscal et tout autre élément permettant d'apprécier la situation. Le dossier doit être envoyé à la Commission de solidarité du Conseil national via le conseil départemental dont relève le requérant.



La Lettre n° 148 – Juin 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/](http://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. 16-17, 18. D.R. : pp. 11, 34.

Henri Perrot : p. 7. Flore François : p. 13.

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

# Dentexia : trois numéros verts pour les victimes

Les Agences régionales de santé Île-de-France, Bourgogne – Franche-Comté et Rhône-Alpes ont mis en place des lignes téléphoniques pour informer et orienter les patients victimes de Dentexia.

**ARS Île-de-France**

**01 44 02 06 07**

(du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures)



**ARS Bourgogne-Franche-Comté**

**0 805 200 550**

(du lundi au vendredi, de 10 heures à 12 heures)



**ARS Rhône-Alpes**

**0 800 100 378**

(du lundi au vendredi de 9 heures à 12 h 30)