

L'inacceptable projet sur l'accès partiel

p. 8

Les praticiens, acteurs du dispositif antitabagisme

p. 10

Europe : alerte sur la formation privée

p. 20

LE LANCEMENT DU PÔLE PATIENTS





4

L'ÉVÉNEMENT

Le lancement du Pôle patients

ACTUALITÉS

- 8 EUROPE**
L'inacceptable projet sur l'accès partiel
- 10 LUTTE CONTRE LE TABAGISME**
Les praticiens, acteurs du dispositif antitabagisme
- 13 EXERCICE ÉTUDIANT**
Remplacement étudiant : enregistrement à l'Ordre
- 14 MÉDICO-LÉGAL**
L'odontogramme numérique en bêta-test
- 17 MESSAGERIES SÉCURISÉES**
La montée en puissance de MSSanté
- 18 LIENS D'INTÉRÊT**
Entre l'industrie et les praticiens, toujours plus de transparence
- 19 INFRACTIONS SEXUELLES**
Une loi pour améliorer la protection des mineurs

20 FEDCAR
Europe : alerte sur la formation privée

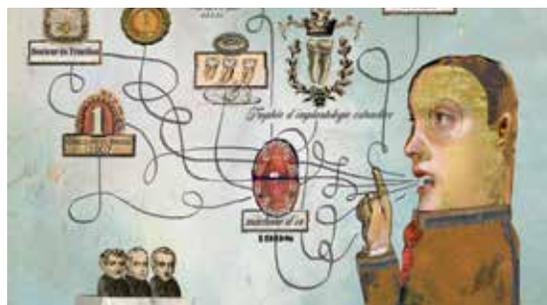
22 APPEL À CANDIDATURES
Élections des membres des chambres disciplinaires de première instance

24 VIE ORDINALE
Le bureau du Conseil national à Soissons

25 EN BREF

JURIDIQUE

26 CHIRURGIE ORALE
De la nécessité d'un dossier très solide pour obtenir une qualification



30 RÉGIME DE RESPONSABILITÉ
L'hôpital, plus exposé face à l'infection nosocomiale que l'exercice de ville



LA LETTRE EXPRESS

35 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Gilbert Bouteille
*Président
du Conseil national*

Honneur

En France, chaque jour, plus de 40 000 chirurgiens-dentistes soignent en moyenne 800 000 patients. Il paraissait donc naturel que le Conseil national ouvre, en son sein, un espace de dialogue et de rencontre avec les associations représentant les patients. C'est désormais chose faite depuis le 2 juin dernier, date à laquelle une dizaine d'associations de patients ont participé à la première réunion du Pôle patients du Conseil national, présidé par Christian Winkelmann. Le dessein de cette instance tient en trois mots : écouter, comprendre, proposer. Le Pôle patients n'est pas une plate-forme qui opposerait une profession médicale aux personnes à qui elle prodigue des soins. C'est un lieu de délibération, d'écoute et de compréhension. Nous savons bien que certains étaient opposés à la création de cette structure. Comme si une profession médicale avait à redouter la parole des patients ! Soyons sérieux. Nous sommes en 2016. Le colloque singulier, qui s'ouvre chaque jour entre les praticiens et les centaines de milliers de patients, n'a en aucune manière vocation à sortir du cabinet dentaire. Il fallait que ce lieu de dialogue existe et c'est chose faite. C'est tout à l'honneur de la profession de le faire exister. Et pour longtemps.

Le Lancement du Pôle patients



Amélioration de la prévention, prise en compte des besoins spécifiques des patients, amélioration de l'accès aux soins, lutte contre les refus de soins : tels sont les points qui ont été soulevés lors de la première réunion du Pôle patients réunissant les principales associations de patients et les représentants du Conseil national de l'Ordre. Cet acte pose la naissance effective du Pôle patients voulu par le président de l'Ordre, Gilbert Bouteille, et présidé par Christian Winkelmann.



C'est une réunion sans précédent qui s'est tenue en juin dernier à Paris, au siège du Conseil national, rassemblant associations de patients et représentants du Conseil national. Son objectif? « *Placer le patient au cœur des préoccupations de l'Ordre* », a expliqué

Gilbert Bouteille, président du Conseil national. Cet axe défini par Gilbert Bouteille au début de son mandat a donc trouvé sa traduction concrète lors de la première réunion du Pôle patients à laquelle étaient invitées une quinzaine d'associations de patients. Dirigé par Christian Winkelmann, conseiller natio-

nal, le Pôle patients a vocation à devenir une interface permanente entre la profession et les patients, comme l'explique son président : « *Nous souhaitons nouer un dialogue à la fois fort et pérenne avec les patients pour identifier leurs besoins et lever les freins de l'accès aux soins, en particulier pour les populations aux besoins spécifiques.* » Le 2 juin dernier, au Conseil national, la parole a donc été donnée aux représentants d'associations de patients qui ont exprimé les retours d'expériences, les souhaits, mais aussi les doléances des patients et usagers qu'ils représentent. Ils sont certes les porte-parole de populations aux profils et aux besoins très divers, mais ils se rassemblent autour d'une problématique commune : améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires. Étaient présentes des associations de personnes âgées et de patients paralysés, blessés de guerre, en situation de handicap ou d'extrême pauvreté, atteints du VIH ou du diabète ou encore souffrant d'une addiction à l'alcool.

L'enjeu principal de cette première réunion visait avant tout à ouvrir le dialogue, échanger et tracer les voies d'une coopération au long cours. De nombreux sujets ont été abordés, dont celui, très concret, portant sur les résultats du *testing* réalisé par l'association Aides sur les refus de soins opposés aux patients porteurs de VIH. Christian Winkelmann a rappelé qu'il était « *fondamental de veiller à l'éthique de notre profes-* »



»» sion et au respect des exigences d'un exercice non seulement satisfaisant vis-à-vis des derniers acquis de la science, mais aussi respectueux de l'ensemble des patients, sans distinction». Une action pour endiguer ce phénomène viserait, selon Gilbert Bouteille, «à renforcer la formation sur l'infectiologie à destination des chirurgiens-dentistes et à imaginer de nouvelles campagnes de sensibilisation dans le prolongement de celles qui ont été menées en 1986».

Un autre volet, l'amélioration de la prévention et de l'information à destination du patient, a été de nombreuses fois évoqué par les différents participants. En effet, nombre de patients ne connaissent pas leurs droits en matière de prise en charge. «Il serait intéressant de développer et de multiplier les messages afin qu'ils puissent être acteurs de leur santé à la fois sur le plan physique, mental et sociétal», a relevé le représentant de l'association Alcool Assistance. Il

a par ailleurs été constaté que les campagnes de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire ne sont pas toujours accessibles, notamment lorsque le patient se trouve en dehors du circuit de l'Éducation nationale. L'Ordre déplore à ce titre la fin du programme de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire M'T dents qui, après sept ans d'existence et malgré ses bons résultats, a été supprimé en 2014 pour des raisons d'économies budgétaires.

La question de l'accessibilité des cabinets dentaires a suscité de nombreux échanges. Ainsi, pour la majorité des associations de patients présentes, l'établissement d'une liste de cabinets dentaires accessibles consultable dans les mairies serait une mesure à imaginer. Toujours dans le même domaine, le représentant de l'Association des paralysés de France a émis l'idée d'appliquer la notion de conception universelle aux équipements implantés dans les cabinets dentaires afin qu'ils soient adaptés à toutes les morphologies. «Une problématique à soumettre aux designers industriels et notamment au Comident [Comité de coordination des activités dentaires]», a suggéré Gilbert Bouteille.

Cette première rencontre entre les associations de patients et l'Ordre a véritablement été marquée par une motivation commune d'échanger et d'instaurer un dialogue durable afin de tendre, d'une part, vers une unification des actions qui fonctionnent pour améliorer l'ac-

Accès aux soins pour tous

La réunion du Pôle patients du 2 juin est à mettre en parallèle avec une première réunion de l'Ordre consacrée à l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap ou de précarité et les personnes âgées résidant en Ehpad qui s'est tenue le 14 avril dernier. Orchestrée par Dominique Chave, présidente de la Commission de la vigilance et des thérapeutiques, cette journée a réuni les principaux acteurs ordinaires et associatifs impliqués dans l'accès aux soins de ces trois profils de patients. L'objectif : poser les fondations d'un vaste chantier consistant à fédérer les énergies, mutualiser les expériences et créer un maillage territorial aussi dense qu'efficace pour répondre aux besoins spécifiques de ces populations. Après avoir lancé un recensement des différentes actions dans les départements et régions à destination des patients, un état des lieux a été dressé afin de servir de base aux actions futures. Ces deux rencontres visent à définir les principes d'une approche mieux concertée, mieux organisée et mieux comprise de l'organisation des soins bucco-dentaires. Afin de permettre les échanges entre toutes les personnes et les associations impliquées dans l'offre de soins aux populations en situation de handicap ou précaires et vulnérables ainsi qu'aux personnes âgées et dépendantes résidant en Ehpad, l'Ordre a mis en place un «Forum d'accès aux soins» accessible depuis l'adresse <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/>



cès aux soins bucco-dentaires et, d'autre part, vers une limitation de certaines dérives commerciales. À ce sujet, Gilbert Bouteille a rappelé que l'Ordre s'opposait exclusivement aux centres de santé *low cost* « *animés par des objectifs uniquement mercantiles en sélectionnant notamment leur patientèle pour des soins prothétiques et implantaires* ».

Au total, cette journée constitue une avancée inédite et importante dans la coopération entre les différentes institutions représentées par les associations de patients, l'Ordre et les pouvoirs publics, dans l'intérêt des patients en particulier, et de la santé en général. Car, comme l'a rappelé Christian Winkelmann, « *enlevez le patient, il ne reste plus rien* ». À terme, il s'agit de formuler des recommandations aux confrères après avoir identifié les attentes des différentes populations et de les relayer auprès des chirurgiens-dentistes. Cette réunion du Pôle

patients fait écho à la réunion du 14 avril dernier sur l'accès aux soins pour tous, pilotée par Dominique Chave au Conseil national (*lire l'encadré p. 6*). Enfin, le président du Pôle pa-

tients, Christian Winkelmann, a clôturé la réunion en donnant à chacun son adresse e-mail afin de poursuivre utilement le dialogue avec chaque association séparément. ■

Les participants à la réunion Pôle patients du 2 juin

- **Représentants des patients et usagers** : Manon Bestaux, représentant la Coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine de Haute-Normandie (COREVIH); Aude Bourden et Nicolas Mérille, représentant l'Association des paralysés de France (APF); Marc Paris représentant le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss); Nathalie Victor, représentant l'association Agir tous pour la dignité Quart-Monde (ATD Quart-Monde); Christophe Le Nouveau et Hortense Njampou, représentant l'association Actif Santé; Marie-Andrée Roze-Pellat, représentant la Fondation des Gueules Cassées; Gérard Raymond, représentant la Fédération française des diabétiques; Rachel Moutier du Pôle santé du défenseur des droits; François Moureau, représentant l'association Alcool Assistance.
- **Conseil national** : Gilbert Bouteille, président de l'Ordre, Christian Winkelmann, président du Pôle patients, Dominique Chave, présidente de la Commission de la vigilance et des thérapeutiques.

L'inacceptable projet sur l'accès partiel

Un projet d'ordonnance du gouvernement prévoit d'appliquer l'accès partiel à la profession. Pour l'Ordre, ce projet est d'autant plus inacceptable qu'il va contre la lettre et l'esprit de la directive sur les qualifications professionnelles. À quoi sert l'acquisition de qualifications si l'on organise son contournement pour donner accès en partie à la profession ?

Nous rapportions dans les colonnes de *La Lettre*, en février dernier, les problèmes liés à l'accès partiel; depuis, ils se sont largement confirmés. Le projet d'ordonnance du gouvernement, qui doit transposer dans le Code de la santé publique (CSP) les nouvelles dispositions de la directive révisée sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, a été soumis pour avis. Il introduit l'accès partiel pour toutes les professions de santé, y compris pour les chirurgiens-dentistes et les assistantes dentaires. Le projet prévoit que les bénéficiaires de l'accès partiel pour la profession dentaire :

- seront inscrits au tableau de l'Ordre sur une liste distincte. Cette liste mentionnera les actes qu'ils sont habilités à effectuer dans le champ de la profession, le

cas échéant dans la spécialité au titre de laquelle ils sont inscrits;

- seront tenus au versement de la cotisation ordinale;
- seront tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France dans l'exercice des activités pour lesquelles ils ont obtenu une autorisation d'exercice partiel et seront soumis

Ni la jurisprudence ni le législateur européen n'ont imaginé un accès partiel interprofessionnel. C'est pourtant bien ce que le projet d'ordonnance envisage d'introduire en France.

à la juridiction disciplinaire compétente.

Rappelons, et c'est essentiel, que l'Ordre opère une distinction entre l'accès partiel réalisé au sein d'une même profession, c'est-à-dire un accès partiel «intraprofessionnel», admis par la jurisprudence européenne, et un accès partiel réali-

sé entre deux professions, c'est-à-dire un accès partiel «interprofessionnel», que ni la jurisprudence ni le législateur européen n'ont imaginé, mais que le projet d'ordonnance du gouvernement envisage malgré tout d'introduire en France⁽¹⁾.

S'agissant de l'accès partiel interprofessionnel, le juge européen l'a reconnu dans

lement comme masseur-kinésithérapeute en Grèce (décision du 27 juin 2013), parce que ses actes sont prescrits par un médecin, qui peut donc en contrôler les contours;

- Un titre allemand ou anglais de moniteur de *snowboard* peut permettre d'exercer partiellement comme moniteur de ski alpin en France (ordonnance du 1^{er} juillet 2010).

Or, en France, envisager un accès partiel «interprofessionnel» comme le fait le projet d'ordonnance permettrait d'aller plus loin. En pratique, il légitimerait l'ouverture de certains actes de l'art dentaire à des professions œuvrant certes dans le domaine dentaire, mais non reconnues en France.

Pour l'Ordre, cette introduction n'est pas tolérable. Il estime en effet, s'appuyant sur les textes des directives

trois professions à ce jour :

- Un titre italien d'ingénieur civil en hydraulique peut permettre d'exercer partiellement comme ingénieur civil des chaussées, canaux et ports en Espagne (décision du 19 janvier 2006);

- Un titre allemand de masseur-balnéothérapeute peut permettre d'exercer partiel-



européennes, que l'accès partiel ne s'applique pas aux professions bénéficiant de la reconnaissance automatique des diplômes comme c'est le cas pour les chirurgiens-dentistes. À la rigueur

ne seraient concernés par l'accès partiel que les cas exceptionnels des spécialités dentaires ne bénéficiant pas de reconnaissance automatique (la parodontologie reconnue au Portugal,

ou la microbiologie orale reconnue en Angleterre, par exemple). Mais, même dans ce cas, il s'agirait d'un accès partiel strictement intraprofessionnel.

Comme l'Ordre l'a déjà expli-

qué à plusieurs reprises, appliquer en France l'accès partiel « interprofessionnel » à l'art dentaire irait contre la lettre de la directive – qui ne le permet nullement –, mais aussi contre son esprit : à quoi sert l'acquisition de qualifications professionnelles si l'on organise son contournement pour donner accès en partie à la profession ? La condition des diplômes qui fonde l'exercice légal de l'art dentaire serait à réviser ; le mérite aussi. L'Ordre sera particulièrement vigilant sur le texte de ce projet d'ordonnance et, le cas échéant, se réservera de faire jouer toutes les possibilités de recours si ce texte devait rester en l'état. ■

À Malte, un « technicien de clinique dentaire » contre l'Ordre

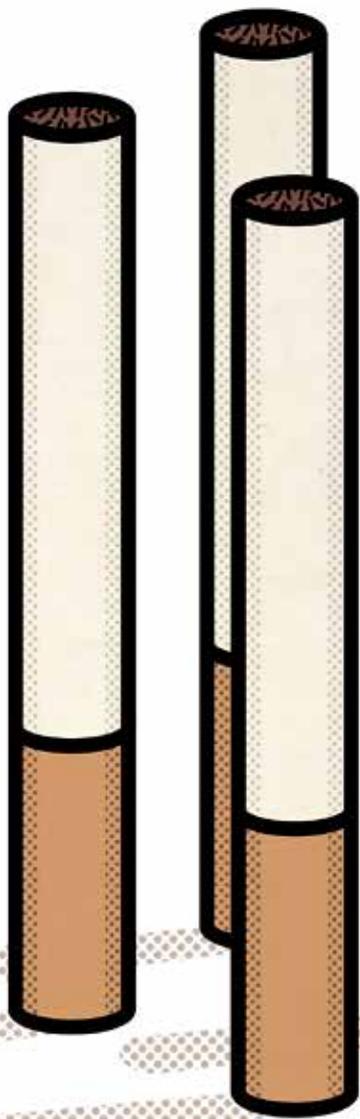
En attendant que le Conseil d'État se prononce sur le projet d'ordonnance que le gouvernement décidera de lui soumettre, on retiendra qu'à Malte, cet hiver, un « *technicien de clinique dentaire* » a attaqué l'Ordre local pour refus de reconnaissance de ses qualifications professionnelles. En effet, sa profession n'existe pas sur l'île maltaise ; seule celle de technicien dentaire est exercée. La première permettrait un accès direct au patient, quand la seconde n'agit à Malte que sur prescription du chirurgien-dentiste. Au nom de la liberté d'installation et de la libre concurrence, l'affaire est maintenant portée devant la justice européenne. En droit, on ne peut forcer un État à reconnaître sur son territoire une profession qui n'a pas été harmonisée sur le plan européen ; en revanche, on peut désormais – mais pas sans conditions – lui accorder un accès partiel à la profession qui lui serait la plus proche. Cette affaire va donc être l'occasion pour le juge européen de préciser une nouvelle fois l'accès partiel intraprofessionnel, ici entre la profession de « *technicien de clinique dentaire* » et celle de technicien dentaire. Puisque demander à l'Ordre maltais d'exercer partiellement la profession de chirurgien-dentiste n'a quand même semblé ni possible ni raisonnable au plaignant...

(1) Et ce pour l'installation du professionnel comme pour la simple prestation de services.

Les praticiens, acteurs du dispositif antitabagisme



Paquet neutre, prescription de substituts nicotiques, opération «*Moi(s) sans tabac*», les chirurgiens-dentistes sont désormais intégrés dans les différents dispositifs mis en œuvre pour réduire la consommation de tabac. L'Ordre est partie prenante dans ce défi majeur de santé publique.



En France, le tabac est responsable de 200 morts par jour. Il est aussi la première cause de cancer ⁽¹⁾. Plusieurs dispositifs ont été mis en place récemment pour combattre ses effets, dans le cadre de la loi Touraine, mais aussi à travers d'autres textes.

- Programme national de réduction du tabagisme

Lancé en 2014, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) – au comité de suivi duquel l'Ordre est associé – vise à réduire le nombre de fumeurs réguliers d'au moins 10 % à l'horizon 2019. Pour y parvenir, trois axes d'interventions ont été définis :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac;
- Aider les fumeurs à l'arrêt du tabac;
- Agir sur l'économie du tabac.

Prescription de substituts nicotiques

La loi de modernisation de notre système de santé parue au *JO* le 17 janvier 2016 autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les médecins du travail, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substituts nicotiques et donne ainsi accès à leurs patients au forfait d'aide au sevrage tabagique. Cette mesure est d'ores et déjà effective. L'assurance maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles, inhalateurs, etc.) à hauteur de 50 euros par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est porté à 150 euros. Pour être remboursés par l'assurance maladie, ces produits doivent figurer sur la liste ⁽¹⁾ des substituts nicotiques pris en charge. Ils doivent être prescrits sur une ordonnance qui leur est exclusivement consacrée. Aucun autre traitement ne doit donc figurer sur l'ordonnance.

⁽¹⁾ La liste est disponible à partir de l'adresse <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/substituts-nicotiques.php>

Lors du dernier colloque du PNRT intitulé «*Tous mobilisés pour l'arrêt du tabac!*» auquel l'Ordre a participé, de nouvelles actions de lutte ont été présentées, telles que l'opération «*Moi(s) sans tabac*» programmée pour le mois de novembre prochain. Lancée par Santé publique France – la nouvelle

agence nationale de santé publique –, cette opération s'inspire de l'expérience anglaise «*Stoptober*». Il s'agit de proposer aux fumeurs, *via* des actions de communication et de prévention de proximité, d'essayer de cesser de fumer pendant 30 jours. Lors de ce colloque d'autres mesures ont été



»»» évoquées, notamment l'augmentation dissuasive du prix du paquet dont certains souhaiteraient qu'il s'élève à 10 euros, comme c'est d'ailleurs déjà le cas, par exemple, en Australie. Les professionnels de santé ont également suggéré la mise en place d'un module de tabacologie dans la formation initiale et la formation continue. Enfin, Michèle Delaunay, ancienne ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, députée de Gironde et présidente de l'Alliance contre le tabac, sollicite l'appui des Ordres de santé, dont celui des chirurgiens-dentistes, pour lancer une grande campagne de lutte contre le tabagisme intitulée « *L'appel des 100 000* ». L'objectif vise à fédérer 100 000 professionnels de santé contre le tabac.

À partir de 2017, plus de logos ni de couleurs distinctives, mais des messages sanitaires et un emballage uniforme.

• Le paquet neutre
Mesure emblématique de la loi Santé : l'instauration du paquet de cigarettes neutre également appelé « *paquet générique* ». Depuis le 20 mai dernier, les fabricants de tabac n'ont, en effet, plus le droit de produire pour le marché français des

paquets de cigarettes tels que nous les connaissons actuellement. Même sort pour les cartouches ou le tabac à rouler. Les buuralistes auront jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour

écouler leurs stocks. À cette date, tous les paquets vendus se ressembleront : plus de logos, plus de couleurs distinctives, mais des messages sanitaires (accompagnés de photos dissuasives) et un emballage uniforme. L'objectif vise à rendre les produits du tabac

moins attractifs avec des paquets standardisés.

• Interdiction des arômes et de la PLV

Parue au JO du 20 mai dernier, l'ordonnance portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes interdit désormais les arômes dans les cigarettes – supposés améliorer leur goût – ainsi que la publicité sur les lieux de vente (PLV).

• Prescription de substituts nicotiques

Autre luttant contre le tabac prévue par la loi Santé : les patients bé-

Tabac Info Service

L'objectif de Tabac Info Service vise à offrir un accompagnement personnalisé aux fumeurs souhaitant se sevrer et à répondre à toute question sur le tabac, ses risques, les bénéfices de l'arrêt, les solutions sur le marché pour « décrocher », etc.

Des tabacologues accompagnent les fumeurs pendant l'arrêt et répondent à leurs questions. Tabac Info Service est accessible par téléphone au 39 89, du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (appel non surtaxé), sur Internet depuis www.tabac-info-service.fr ou en téléchargeant l'application pour smartphone.

Un espace sur le site Internet exclusivement dédié aux professionnels de santé propose des affiches et des kits de communication en téléchargement gratuit à destination des patients ou à installer dans les salles d'attente des cabinets dentaires. Les praticiens ont également la possibilité de s'en procurer gratuitement auprès de l'Inpes.

Les affiches peuvent être téléchargées sur http://www.tabac-info-service.fr/Espaces-professionnels/Professionnels-de-sante#Prendre_en_charge_un_patient_fumeur

néficient désormais d'un certain montant de remboursement par l'assurance maladie dans le cadre de prescription de substituts nicotiques par un chirurgien-dentiste (*lire l'encadré p. 11*). À côté des professionnels de santé, des structures participent aussi à l'aide au sevrage telles que le dispositif Tabac Info Service (*lire l'encadré ci-contre*). ■

(1) Les chiffres proviennent d'une estimation publiée en 2008 dans *La Revue du praticien* par Catherine Hill, directrice du service d'épidémiologie des cancers de l'Institut Gustave-Roussy, et repris par le ministère de la Santé pour sa campagne antitabac.

Remplacement étudiant : enregistrement à l'Ordre

Les internes et les étudiants qui désirent remplacer un praticien ou exercer dans le cadre de la réserve sanitaire doivent désormais s'enregistrer auprès de l'Ordre. Une fois l'enregistrement validé, ils intègrent le RPPS et obtiennent leur carte de professionnel de santé en formation.

Les internes en odontologie ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer la profession à titre temporaire par les conseils départementaux ou susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire, sont désormais tenus de se faire enregistrer auprès de l'Ordre ⁽¹⁾. Cet enregistrement leur permet :

- d'être intégrés dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au même titre que les chirurgiens-dentistes diplômés, ce qui facilite leur reconnaissance dans l'organisation de l'offre de soins;
- de disposer de leur propre numéro RPPS inscrit sur l'ordonnance (dès lors qu'ils sont autorisés à prescrire);
- de se voir distribuer automatiquement leur carte

de professionnel de santé (CPF) en formation lorsqu'ils sont en exercice. L'interne ou l'étudiant procède à son enregistrement auprès du Conseil national ou du conseil départemental de l'Ordre dont il dépend.

Sa demande d'enregistrement – qu'elle soit physique ou réalisée par voie électronique – doit comporter les pièces justificatives attestant :

- de son identité, de son adresse et de ses coordonnées téléphoniques;
 - de son numéro d'identifiant national étudiant (INE);
 - de son niveau d'études validé (comportant l'année de la validation), de ses diplômes, certificats, titres ou niveau de formation.
- L'enregistrement de l'interne ou de l'étudiant n'est finalisé qu'après vérification par l'Ordre des pièces mentionnées ci-dessous auprès de l'UFR à laquelle il est rattaché. Charge à

l'UFR de transmettre à l'Ordre les informations certifiées suivantes ⁽²⁾ :

- les données d'état civil du titulaire du titre de formation ou de l'étudiant en cours de formation ainsi que les autres données d'identification permettant à l'Ordre de s'assurer de l'identité du demandeur;
- le libellé et l'adresse de l'établissement ou de l'organisme ayant dispensé la formation correspondant au titre délivré ou au niveau de formation certifié;

• le niveau de formation atteint par les étudiants susceptibles d'être autorisés à exercer l'art dentaire. Pour information, la CPF facilite l'authentification des étudiants et des internes auprès des télé-services nationaux. Par ailleurs, en secteur libéral, la CPF permet la télétransmission des feuilles de soins électroniques par les remplaçants. ■

(1) D'après l'article L. 4113-1 du Code de la santé publique (CSP).

(2) D'après l'article R. 4113-126 du CSP.

L'ESSENTIEL

- ✓ Les étudiants ayant validé leur 5^e année et les internes en odontologie doivent se faire enregistrer auprès de l'Ordre s'ils souhaitent exercer en tant que remplaçants ou dans le cadre de la réserve sanitaire.
- ✓ Pour ce faire, ils doivent fournir les pièces justifiant de leur identité et de leurs diplômes.
- ✓ Après vérification auprès de l'UFR, l'Ordre valide l'enregistrement de l'étudiant ou de l'interne. Cette procédure l'inscrit automatiquement au RPPS et lui donne accès à sa carte de professionnel de santé en formation.

L'odontogramme numérique en bêta-test

L'avis de recherche automatisé vient de passer avec succès la phase de bêta-test. Il devrait être intégré sous forme de module dans les logiciels métiers d'ici à la fin de l'année. L'enjeu : améliorer de façon significative les résultats en matière de reconnaissance de victimes d'accidents, d'attentats ou autres.



L'efficacité du dispositif repose sur l'implication des praticiens, qui doivent renseigner leurs dossiers patients après chaque consultation, a-t-il été rappelé au cours de la dernière rencontre sur l'identification judiciaire.

Interroger en quelques secondes l'ensemble de ses dossiers patients informatisés pour vérifier une éventuelle correspondance avec un avis de recherche sera une réalité d'ici à quelques mois. C'est en tout cas ce qu'a souhaité Pierre Fronty, président du conseil départemental de la Vienne et concepteur de l'Avis de recherche odonto-

logique automatisé (Aroa), lors d'une commission sur l'identification judiciaire qui s'est tenue au Conseil national en mai dernier. Odontologues médico-légaux, police technique et scientifique, Institut médico-légal de Paris, Institut de recherche criminelle de la gendarmerie, Association française d'identification odontologique,

sans oublier les concepteurs de logiciels métiers : tous ont répondu à l'appel de Serge Fournier, conseiller national et président de la Commission d'odontologie médico-légale, pour une journée consacrée à l'expertise médico-légale. L'un des temps forts de la rencontre : la présentation des avancées majeures du développement de l'Aroa,

qui vient de passer avec succès une phase de bêta-test, avant d'envisager son exploitation par l'ensemble des chirurgiens-dentistes dans le cadre de l'identification de corps.

Rappelons son concept. L'Aroa est constitué d'un odontogramme traduisant les données bucco-dentaires d'un individu en langage numérique.



Le principe vise à transformer l'information délivrée par l'examen clinique et l'imagerie médicale en éléments simples alpha-numériques. Une fois converti, l'odontogramme numérique d'un défunt sera hébergé sur le serveur du Conseil national qui pourra, sous forme d'une alerte intitulée « Recherche d'identité », le diffuser

à l'ensemble des chirurgiens-dentistes via un module installé sur leur logiciel métier.

En quelques secondes, le praticien sera en capacité d'apprécier la correspondance entre les données de l'odontogramme numérique *post mortem* avec les données *ante mortem* de l'un de ses dossiers patients informatisés. Seul

prérequis à la pertinence de cette recherche : le praticien doit systématiquement renseigner sur son logiciel métier le schéma dentaire initial de chacun de ses patients dès la première consultation et le mettre à jour après chaque séance. Une démarche qui pourrait d'ailleurs prochainement devenir une obligation déontologique

(lire l'encadré « Réforme du Code de déontologie », p. 16).

D'un point de vue technique, le Conseil national recevra, courant juillet, les développeurs de logiciels dentaires pour avancer très concrètement sur les modalités d'intégration de ces modules dans les logiciels professionnels actuels afin de donner au



»»» praticien la possibilité de répondre aux avis de recherche en déclenchant automatiquement la recherche du dossier du patient non identifié.

« Une grande majorité de Français se sont rendus au moins une fois chez le chirurgien-dentiste et 90 % des cabinets dentaires sont informatisés. D'une part,

à chaque praticien d'interroger sa base de données », a expliqué Pierre Fronty lors du colloque. L'Aroa n'a donc rien d'un gadget et moins encore d'un *Big Brother*. Il pourrait révolutionner l'odontologie médico-légale à plusieurs égards. En effet, l'analyse odontologique représente un moyen simple, efficace, peu coû-

L'Aroa, qui n'a rien d'un gadget et moins encore d'un *Big Brother*, pourrait révolutionner l'odontologie médico-légale.

l'informatique permet des recherches que la mémoire des praticiens ne permet pas. D'autre part, les 40 000 cabinets dentaires représentent une mégabase virtuelle de données ante mortem. Il ne s'agit pas de rassembler toutes ces données dans un seul et même ordinateur, mais de demander

teux et, d'ici peu, très rapide grâce à la numérisation des odontogrammes. Car rappelons que l'un des objectifs de l'Aroa vise à améliorer le taux de retour des avis de recherche des victimes publiés dans les revues professionnelles, dont *La Lettre*. Plus largement, l'Aroa constituerait un dispositif

Réforme du Code de déontologie

Lors de la dernière réunion de la Commission d'odontologie médico-légale en 2015 ont été évoqués les problèmes rencontrés dans le cadre d'identifications odontologiques lorsque les dossiers médicaux des patients ne sont pas correctement renseignés. Face à ce constat et dans le cadre de la future réforme du Code de déontologie, l'Ordre travaille à inscrire dans les obligations déontologiques du praticien la création et la bonne tenue de ses dossiers patients. *La Lettre* reviendra sur ce sujet dans un prochain numéro.

Des résultats cohérents

En 2015, l'Avis de recherche odontologique automatisé (Aroa) a été soumis à quatre bêta-testeurs, tous chirurgiens-dentistes. Pour ce faire, un odontogramme image (ou schéma) a été converti en odontogramme numérique soumis à la base de données de chacun des testeurs via leur logiciel métier. Tous les résultats ont été obtenus entre 10 et 15 secondes après une recherche dans des bases de données comprenant entre 5 000 et 17 000 dossiers. « À chaque fois, les résultats étaient cohérents », explique Michel Jourquin, chirurgien-dentiste participant au développement de l'Aroa, qui précise que le praticien « obtenait une réponse négative lorsque l'avis de recherche ne correspondait pas à un schéma dentaire répertorié dans ses fiches et une réponse positive lorsque les données post mortem renseignées dans l'Aroa correspondaient aux données ante mortem renseignées par le praticien dans un dossier patient ».

très efficace lors d'identification de victimes dans le cadre d'événements du type attentat.

Précisons que la recherche d'identité est ponctuelle, sur réquisition de l'autorité judiciaire, avec l'accord de l'Ordre. S'inscrivant dans le respect des règles de la procédure pénale et du secret médical, le résultat est anonyme, la levée de l'anonymat ne pouvant avoir lieu que sur décision de l'autorité judiciaire.

Enfin, lors de la réunion, la police scientifique a exposé la méthodologie appliquée aux identifications des victimes de catastrophes. Au total, 85 fonc-

tionnaires de police, répartis sur l'ensemble du territoire, appartiennent à l'Unité Police d'identification des victimes de catastrophes (UPIVC). Leur intégration au sein de cette structure s'établit sur la base du volontariat. Ils bénéficient d'une formation spéciale et d'un entretien avec un psychologue qui les oriente soit vers la cellule ante mortem, soit vers la cellule post mortem. Plusieurs scénarios, conditionnés par le cadre judiciaire, sont envisagés impliquant, selon le type d'événement, la collaboration entre la police et la gendarmerie. ■

La montée en puissance de MSSanté

La messagerie MSSanté assure la confidentialité et la sécurité des échanges mails entre les professionnels de santé. Un dispositif qui s'étend aux messages entre les cabinets de ville et l'hôpital. L'objectif : affermir les liens entre professionnels libéraux et hospitaliers afin d'améliorer le parcours de santé des patients.

Une messagerie électronique qui associe interopérabilité, sécurité, rapidité et simplicité pour échanger des données de patients entre professionnels de santé. Voilà l'idée maîtresse qui a guidé l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé) pour concevoir, avec la participation des Ordres de santé, la Messagerie sécurisée de santé (MSSanté). Le système MSSanté désigne un ensemble de messageries de santé développées par différents opérateurs de messagerie et intégrées au sein d'un espace géré par l'Asip Santé. Aujourd'hui, l'objectif de l'Agence vise à décloisonner les échanges entre l'exercice en cabinet de ville et l'hôpital afin de renforcer la coordination des soins tout en garantissant la confidentialité des données de santé. Professionnels libéraux,



spécialistes, établissements de santé (privés et publics), maisons de santé pluridisciplinaires, groupements de coopération sanitaire, industriels de santé..., de plus en plus de structures optent pour la messagerie MSSanté. Dans un contexte de fort développement des prises en charge médicales coordonnées, en ville comme à l'hôpital, les avantages sont nombreux. D'abord la possibilité de recevoir tous les documents de sortie du patient, les courriers, mais aussi les résultats d'examen radiologiques ou biologiques par mail sans risques en termes de sécurité. La

messagerie MSSanté. On l'aura compris, plus le nombre de praticiens adhérent au système croît, plus la messagerie sécurisée est efficace.

En pratique, MSSanté s'utilise comme une messagerie classique et s'intègre aux solutions informatiques existantes des professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes. MSSanté est un gage d'interopérabilité. Le dispositif a vocation à devenir un standard officiel d'échanges dématérialisés dédié aux professionnels de santé et plus largement à l'e-santé. ■

messagerie MSSanté peut également s'utiliser à distance via une application mobile installée sur les smartphones et les tablettes. Ce dispositif offre un autre avantage : un annuaire permettant aux professionnels de santé de rechercher rapidement un confrère ou un établissement disposant d'une

Créer sa boîte mail MSSanté

Quatre étapes suffisent pour créer sa messagerie sécurisée :

- Rendez-vous à l'adresse <https://cms.mssante.fr/ps/rejoindre> ;
- Munissez-vous de votre carte CPS ;
- Insérez votre carte CPS dans le lecteur de carte ;
- Cliquez sur le bouton « J'active mon compte ! ».

Entre l'industrie et les praticiens, toujours plus de transparence

Les entreprises devront prochainement rendre publiques les rémunérations supérieures à 30 euros versées aux professionnels de santé dans le cadre d'une convention signée entre les deux parties. Cette mesure figure dans un projet de décret qui devrait paraître prochainement au *JO*.

Dès lors qu'une entreprise de produits de santé ou de cosmétiques verse une rémunération supérieure à 30 euros à un praticien, dans le cadre d'une convention conclue avec ce dernier, elle devra la rendre publique. Voilà une mesure qui devrait prochainement s'appliquer après la publication au *JO* d'un projet de décret – modifié par la loi Santé – permettant de contrôler les déclarations d'intérêt entre l'industrie de la santé et les professionnels de santé ⁽¹⁾. L'objectif vise à garantir une transparence pleine et entière des relations entre les deux parties. La publicité des rémunérations versées par l'entreprise aux professionnels de santé s'appliquera également aux étudiants en odontologie. Les autres dispositions prévues par le décret parfois appelé « *Sunshine Act* » créant l'obligation de pu-



blication des liens d'intérêt (avantages et dispositif anti-cadeaux) entre l'industrie de la santé et les professionnels de santé demeurent inchangées ⁽²⁾. Par ailleurs, l'ensemble des liens d'intérêt sont désormais centralisés sur le site Internet gouvernemental www.transparence.sante.gouv.fr. Cette base de données publique répertorie l'ensemble des liens d'intérêt entretenus entre les différents acteurs du secteur de la santé (la-

boratoires pharmaceutiques, établissements de soins, professionnels de santé, étudiants, sociétés savantes, entreprises éditrices de presse, etc.). La base de données publique « *Transparence Santé* » précise, pour chaque type de lien d'intérêt, les informations suivantes :

- Pour les conventions : l'identité des parties concernées, la date de la convention, son objet et, le cas échéant, le programme de la manifestation pu-

blique. D'ici à quelques mois s'ajouteront les rémunérations supérieures à 30 euros perçues par les praticiens ;

- Pour les avantages en nature et en espèces, directs ou indirects : l'identité des parties concernées, le montant, la nature et la date de chaque avantage dès lors que son montant est supérieur ou égal à 10 euros. ■

(1) Projet de décret modifiant le décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme.

(2) Décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme. Ce décret vient en application de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Lire à ce propos le dossier « *Naissance d'un Sunshine Act à la française* », *La Lettre* n° 119, pp. 19-24.

Une loi pour améliorer la protection des mineurs

Désormais, le ministère public doit informer l'administration des condamnations et de certaines mesures de contrôle judiciaire prononcées à l'encontre des personnes exerçant au contact de mineurs, notamment pour des infractions sexuelles commises contre ces derniers.

A la suite de l'affaire de pédophilie de Villefontaine qui avait suscité un vif émoi en mars 2015, la loi dite « Villefontaine » relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs est parue le 14 avril dernier au *JO* ⁽¹⁾.

Le procureur de la République d'informer l'administration des condamnations et de certaines mesures de contrôle judiciaire prononcées à l'encontre des personnes exerçant au contact de mineurs, notamment pour des infractions sexuelles ou commises contre ces derniers.

transmet l'information à l'Agence régionale de santé (ARS) qui se rapproche de l'Ordre pour décider et notifier une suspension d'exercice.

Plus largement, cette loi vise à apporter des réponses aux dysfonctionnements relevés par l'affaire de pédophilie présumée de Villefontaine.

Interpellé le 23 mars 2015, Romain Farina, instituteur de CP et directeur d'une école de Villefontaine, en Isère, est suspecté d'avoir violé ou agressé sexuellement une cinquantaine d'enfants après des révéla-

tions de deux enfants alors scolarisés dans sa classe. Pourtant, en 2008, il avait déjà été condamné pour détention d'images pédopornographiques. Mais la sanction n'avait pas été assortie d'une interdiction d'entrer en contact avec des enfants ni même signalée à l'Éducation nationale. Le voile sur cette affaire n'a pu être que partiellement levé puisque Romain Farina s'est suicidé en avril dernier dans sa cellule de la maison d'arrêt de Corbas. ■

(1) Loi n° 2016-457 du 14 avril 2016.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, l'information est délivrée à l'Agence régionale de santé qui se rapproche de l'Ordre pour décider une suspension d'exercice.

Son objectif : protéger plus efficacement les mineurs des prédateurs sexuels en définissant un cadre juridique précis régissant les modalités de communication de l'autorité judiciaire à l'administration en cas de poursuites ou de condamnations à l'encontre de personnes exerçant une activité les mettant en contact habituel avec les mineurs. Désormais, le texte donne donc obligation au pro-

Dans certains cas, le procureur peut aussi informer l'administration dès la mise en examen ou l'engagement de poursuites. Les personnes soupçonnées sont informées de cette transmission et l'autorité destinataire est également informée de l'issue de la procédure.

S'agissant des professions de santé et notamment celle de chirurgien-dentiste, le ministère public

L'ESSENTIEL

- ✓ La loi Villefontaine instaure l'obligation de transmission d'informations judiciaires aux administrations lorsqu'une personne fait l'objet d'une condamnation pour des infractions sexuelles ou violentes commises contre un mineur.
- ✓ La transmission des informations peut être effectuée même si la condamnation n'est pas définitive.
- ✓ L'objectif : protéger plus efficacement les mineurs contre les prédateurs sexuels.

Europe : alerte sur la formation privée

À l'ordre du jour de la dernière réunion de la Fedcar, la multiplication de formations privées dont la qualité hétérogène pose problème sur le territoire européen. La spécialité en parodontologie et le mécanisme d'alerte européen ont également suscité un vif intérêt.

La formation, la parodontologie et la mobilité professionnelle ont fait une nouvelle fois l'actualité de la réunion de printemps de la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar) ⁽¹⁾ organisée à Barcelone par le Consejo Dentistas, l'homologue espagnol de l'Ordre, le 27 mai dernier. Réunion pour laquelle le Conseil national était représenté par Jean-Marc Richard, son vice-président.

De neuf facultés de chirurgie dentaire existant en 1990, l'Espagne est passée à douze facultés et neuf écoles privées libres de tout numerus clausus en 2016, a regretté Óscar Castro, président du Consejo Dentistas, en ouverture de la réunion, produisant comme effet une «*pléthore professionnelle*» nationale. Ce phénomène contribue également à augmenter le nombre des formations en Europe. Au total,

l'UE compte aujourd'hui 199 écoles dentaires. Conséquence : la qualité de la formation reçue se pose puisque chaque État est responsable de la certification de ses enseignements. Une nouvelle fois invitée par la Fedcar, l'Association européenne de l'enseignement dentaire (ADEE) a présenté ses programmes de certification et de visites auprès des écoles qui le demandent en Europe et à

L'horizon d'un numerus clausus européen n'est toujours pas inscrit à l'ordre du jour de l'agenda de l'UE.

l'étranger. Quant à David O'Flynn, président de l'Ordre irlandais, il est revenu sur le travail en cours à l'échelle internationale pour définir, d'ici à 2017, des critères validant la qualité de la formation dentaire au sein de la Société internationale des régulateurs dentaires (ISDR). Puisque la Commission européenne et les États membres ne

semblent pas prêts à mettre à jour le contenu minimal de la formation dentaire listé dans la législation européenne, la préparation de tels standards volontaires resterait la seule alternative utile. Que faire alors des étudiants qui sortent de ces 199 écoles sans qu'aucune coordination des besoins nationaux de personnel de santé n'existe?

Le ministère belge de la Santé publique est venu pré-

reste nationale : la coordination des besoins de démographie professionnelle demeure une initiative des pays qui le souhaitent avec l'aide de ces nouveaux outils. Elle prend place dans une carte européenne où les pays ne font pas face aux mêmes difficultés : l'Espagne n'arrive toujours pas à mettre en place un numerus clausus national (39 000 chirurgiens-dentistes sont attendus d'ici à 2020), quand la France, elle, doit justifier auprès de la Commission que le calcul de son numerus clausus prend en compte la mobilité européenne des étudiants et des professionnels, justification qu'a fini par établir la Belgique cette année. On le voit, l'horizon d'un numerus clausus européen, qu'il soit maximal comme le régulateur italien (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) le réclame, ou minimal comme le préfère-



rait son homologue belge, n'est toujours pas inscrit à l'ordre du jour de l'agenda de l'UE.

En attendant, les besoins de santé publique évoluent et une nouvelle spécialité dentaire est en préparation en Europe : la parodontologie. Elle s'ajoutera à la chirurgie orale et à l'orthodontie actuellement reconnues. Le D^r David Herrera de la Fédération européenne de parodontologie est venu présenter les contours des travaux en cours. Une fois les conditions remplies – peut-être cette année –, la Commission européenne lancera les procédures pour

autoriser la reconnaissance automatique des titres et des diplômes de cette spécialité dans les 12 pays qui la régulent aujourd'hui (comme le Portugal, la Roumanie ou le Royaume-Uni). Les 16 pays, dont la France et l'Allemagne, où cette spécialité n'existe pas ne seront évidemment pas tenus de la reconnaître sur leur territoire.

Enfin, l'affaire Van Nierop l'a rappelé : dans un secteur aussi mobile en Europe que celui de la santé, que faire des professionnels qui souhaitent se jouer des frontières ? Depuis janvier, le législateur de l'UE a institué un méca-

nisme d'alerte commun aux 28 États consistant à avertir tous les pays de la sanction disciplinaire ou pénale infligée à un professionnel de santé ; la Fedcar entend suivre de près sa mise en œuvre. Premier constat établi à Barcelone : à la date du 27 mai dernier, des pays comme la France ou la Slovénie ne l'ont pas installé et n'en bénéficient donc pas encore. Second constat : la nécessité d'y recourir n'est pas partagée de la même façon entre États membres. Pour exemple, le Royaume-Uni a déjà envoyé plus de 100 alertes concernant la profession dentaire, alors que le Da-

nemark en a émis deux et l'Irlande une seule. À ce propos, les régulateurs de la Fedcar rencontreront la Commission européenne qui supervise ce mécanisme d'alerte, décidés à surveiller que la mobilité professionnelle n'affaiblisse pas la sécurité du patient. Il convient également de noter que l'accès partiel à la profession de praticien de l'art dentaire n'a été mis en place dans aucun des pays représentés (*lire l'article « L'inacceptable projet sur l'accès partiel » pp. 8-9*). ■

(1) La Fedcar regroupe la majorité des Ordres et régulateurs dentaires en charge des 350000 chirurgiens-dentistes en activité en Europe.

Élections des membres des chambres disciplinaires de première instance

Renouvellement par moitié – Appel à candidatures

Conformément aux dispositions :

- des articles L. 4124-7 et L. 4124-4 du Code de la santé publique relatifs à la composition des chambres disciplinaires de première instance,
- des articles R. 4124-4 à R. 4124-7 du Code de la santé publique réglementant les modalités d'élection des chambres disciplinaires de première instance,

les conseils régionaux et interrégionaux procéderont aux élections des membres sortants des chambres disciplinaires de première instance.

CES ÉLECTIONS SONT FIXÉES AU :

Samedi 1^{er} octobre 2016

à 10 heures.

Les chambres disciplinaires de première instance comprennent deux catégories d'assesseurs :

- des assesseurs élus parmi les membres du conseil régional ou interrégional;
- des assesseurs élus parmi les membres et anciens membres des conseils de l'Ordre.

Vous trouverez ci-après la répartition des sièges à pourvoir par région.

Le présent appel à candidatures concerne la seconde catégorie d'assesseurs visée ci-dessus, c'est-à-dire les membres titulaires et les membres suppléants élus par les conseils régionaux et interrégionaux, selon les modalités prévues aux articles R. 4124-5 à 4124-7 du Code de la santé publique, parmi les membres et anciens membres titulaires et suppléants des conseils de l'Ordre.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Pour être élu au titre des membres et anciens membres titulaires et suppléants des conseils de l'Ordre, il faut :

- être membre ou ancien membre, titulaire ou suppléant, des conseils de l'Ordre, à l'exclusion des conseillers régionaux ou interrégionaux en cours de mandat;

- **ET** être inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre dans le ressort de la chambre disciplinaire de première instance à élire (article R. 4124-4 du Code de la santé publique).

Les candidats doivent avoir la nationalité française et être à jour de leur cotisation ordinale.

Sont inéligibles les praticiens ayant été sanctionnés en application des dispositions de l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique et de l'article L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de l'application de la loi d'amnistie.

DÉPÔT DES CANDIDATURES

Les praticiens doivent impérativement faire connaître leur candidature dans les conditions prévues à l'article R. 4124-5 du Code de la santé publique.

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

Le candidat devra indiquer ses fonctions actuelles ainsi que ses an-

ciennes fonctions au sein de l'Ordre.

Il peut joindre une profession de foi à l'attention des électeurs, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 mm x 297 mm en noir et blanc. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2. Les déclarations de candidature revêtues de la signature du candidat doivent parvenir par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au siège du conseil régional ou interrégional concerné par l'élection, 30 jours au moins avant le jour de l'élection, c'est-à-dire le :

Mercredi 31 août 2016 à 16 heures.

La déclaration de candidature peut également être faite, dans le même délai, au siège du conseil régional ou interrégional. Il en est donné récépissé.

Le dernier jour de réception des candidatures, l'heure de fermeture des bureaux du conseil régional ou interrégional est fixée à 16 heures.

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable. La date limite de retrait par un praticien de sa candidature est fixée au **jeudi 8 septembre 2016 à 10 heures.**

Le retrait doit être notifié au conseil régional ou interrégional par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du conseil contre récépissé.

ÉLECTEURS

Conformément aux dispositions de l'article R. 4124-6 du Code de la santé publique, sont électeurs les membres titulaires présents et ayant voix délibérative au conseil régional ou interrégional.

VOTE

Le jour fixé pour l'élection, soit le 1^{er} octobre 2016 à 10 heures, le conseil régional ou interrégional procède en même temps à l'élection des membres titulaires et suppléants de la chambre disciplinaire de pre-

mière instance (article R. 4124-6 du Code de la santé publique).

Le vote par procuration n'est pas admis. Le vote a lieu à bulletin secret au siège du conseil régional ou interrégional. Le dépouillement est public. ■

RÉPARTITION DES POSTES À POURVOIR

Alsace			Inter Antilles et Guyane			Nord – Pas-de-Calais		
Maison dentaire 10, rue de Leicester 67000 STRASBOURG	MT 2	MS 2	Domus Medica 80, rue de la République 97200 FORT-DE-FRANCE	MT 2	MS 2	Eurasanté – Parc Galénis 55, rue Salvador-Allende Bât. D 59373 LOOS-LÈS-LILLE CEDEX	MT 2	MS 2
Aquitaine			Franche-Comté			Basse-Normandie		
134, boulevard Wilson 33000 BORDEAUX	MT 2	MS 2	16, rue Ambroise-Paré BP 22801 25011 BESANÇON CEDEX	MT 2	MS 2	Immeuble Le Venoix 97, boulevard Yves-Guillou 14000 CAEN	MT 2	MS 2
Auvergne			Île-de-France			Haute-Normandie		
Maison dentaire 5, rue de Ceyrat 63000 CLERMONT-FERRAND	MT 2	MS 2	9 et 11, rue Théophile-Gautier 75016 PARIS	MT 3	MS 3	67, avenue Jacques-Chastellain 76000 ROUEN	MT 2	MS 2
Bourgogne			Languedoc-Roussillon			Pays de la Loire		
BP 90006 21801 QUETIGNY	MT 2	MS 2	MDPL 285, rue Alfred-Nobel 34000 MONTPELLIER	MT 2	MS 2	68, rue de la Commune 44400 REZÉ	MT 2	MS 2
Bretagne			Limousin			Picardie		
14, rue Dupont-des-Loges 35000 RENNES	MT 2	MS 2	31, rue Hoche 87000 LIMOGES	MT 2	MS 2	Le Tennessee 47, avenue du Royaume-Uni 80090 AMIENS	MT 2	MS 2
Centre			Lorraine			Poitou-Charentes		
27, rue du Colombier 45000 ORLÉANS	MT 2	MS 2	25/29, rue de Saurupt 54000 NANCY	MT 2	MS 2	Maison dentaire 18, boulevard du Grand-Cerf 86000 POITIERS	MT 2	MS 2
Champagne-Ardenne			Midi-Pyrénées			Pacac		
4, allée Santos-Dumont Bât. A 7 – 1 ^{er} étage BP 282 51687 REIMS CEDEX 2	MT 2	MS 2	Parc d'activités de la Plaine 9, avenue Jean-Gonord 31500 TOULOUSE	MT 2	MS 2	174, rue Consolat 13004 MARSEILLE	MT 2	MS 2
Inter Réunion-Mayotte						Rhône-Alpes		
Rampes Ozoux 5E, résidence La Rivière 97400 SAINT-DENIS	MT 1	MS 1				CS 50022 69454 LYON CEDEX 06	MT 2	MS 2

MT : membres titulaires MS : membres suppléants



Un dialogue constructif s'est établi avec les régions Hauts-de-France et Normandie.

Le bureau du Conseil national à Soissons

L'inscription des praticiens étrangers, la place de l'assistante dentaire au sein de l'équipe de soins, la réforme territoriale et son incidence sur les élections ordinales ont été placées au cœur des débats.

Créer un lien avec les régions et les départements en instaurant des moments privilégiés de dialogue pour échanger sur l'actualité de notre profession : tels sont les objectifs des déplacements du bureau du Conseil national dans les régions.

Les 15 et 16 juin derniers, le bureau du Conseil national s'est ainsi rendu dans l'Aisne pour une réunion de travail avec les conseillers régionaux et départementaux des régions Hauts-de-France et Normandie. Conduit par son président, Gilbert Bouteille, sur ses terres puisqu'il est le représentant de la région Hauts-de-France, le bureau était



représenté par les vice-présidents, André Micouleau, Jean-Marc Richard et Paul Samakh, ainsi que les secrétaires générales, Myriam Garnier et Geneviève Wagner. Il répondait à l'invitation de Marie-Françoise Mascitti, présidente du conseil départemental de l'Aisne. Étaient présents une trentaine de conseillers départementaux des régions Hauts-de-France et Normandie (Aisne, Nord, Oise, Seine-Maritime, Somme, Pas-de-Calais, Picardie et Haute-Normandie).

Le forum a été l'occasion

pour les conseillers ordinaires de répondre aux nombreux sujets intéressant la profession tels que l'inscription de la profession d'assistante dentaire au Code de la santé publique et notamment la délégation de tâches qui sera détaillée dans les décrets d'actes à paraître prochainement. Les modalités d'inscription des praticiens étrangers et les contrats de collaboration ont également été abordés. Un point a par ailleurs été fait sur les conséquences de la fusion des régions

sur le plan ordinal. Il a aussi été question du prérapport de la Mission d'inspection des juridictions administratives (Mija) sur le fonctionnement des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs. Les suites de l'affaire Dentexia ont également suscité de nombreux échanges. Enfin, de nombreuses questions ont été posées sur la réforme territoriale et son incidence sur les élections ordinales et la loi sur la parité. À la faveur d'une ambiance confraternelle, les débats, riches et fructueux, ont montré, une fois encore, la nécessité d'un dialogue direct entre les territoires et le Conseil national. ■

Attention aux fausses agences Ad'ap

L'Ordre attire l'attention des confrères et des consœurs sur le fait qu'il n'existe aucune agence officielle en charge de la gestion de l'accessibilité des cabinets dentaires. En conséquence, il est déconseillé de répondre aux sollicitations de sociétés commerciales se présentant comme prestataires de services missionnés par l'État qui incitent à accepter les services proposés en jouant sur le levier de la peur et de la menace de la sanction financière. Pour toute information sur l'accessibilité, consulter le site gouvernemental <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Qu-est-ce-qu-un-agenda-d.html>

Un référentiel pour la profession d'assistant dentaire

À la suite de l'introduction de la profession d'assistant dentaire dans le Code de la santé publique prévue par la loi Santé, l'Ordre travaille étroitement avec le ministère de la Santé et la DGOS à la rédaction des textes d'application. En pratique, il s'agit d'établir un référentiel d'actes

pour cette nouvelle profession comprenant, entre autres, la description de huit champs d'activité passant de la gestion du risque infectieux, à l'assistance du chirurgien-dentiste dans la réalisation de gestes de soins ou encore la gestion des dossiers. Ce référentiel d'activité servira de base à la rédaction du décret d'actes qui devrait être publié à la rentrée prochaine.

Le DPC et son « portfolio »

Dans le cadre de la réforme du DPC introduite par la loi Santé, de nouveaux outils vont prochainement être mis à la disposition du praticien tels que le portfolio. Ce dossier personnel et documenté vise à permettre au praticien d'organiser et de suivre en ligne son parcours DPC. L'Ordre travaille actuellement sur l'accès et le contrôle de ce portfolio afin que ce support ne soit pas exclusivement hébergé par l'Agence nationale DPC, entité qui remplacera officiellement l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) à partir du 1^{er} juillet 2016. À l'heure où nous mettons sous presse, les textes réglementaires d'application (décret, arrêtés, etc.) n'ont pas encore été publiés.

Distinctions honorifiques

ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

Par décret du président de la République en date du 29 avril 2016 portant promotion et élévation, a été nommé au grade de chevalier : **Jean-Jacques Brau**, docteur en chirurgie dentaire.

Par décret du président de la République en date du 29 avril 2016 portant promotion et nomination en faveur des militaires n'appartenant pas à l'armée active, ont été nommés respectivement au grade de commandeur et au grade d'officier : **Christian Airault** et **Daniel Nebot**, docteurs en chirurgie dentaire.

Le Conseil national leur adresse ses félicitations les plus vives.

De la nécessité d'un dossier très solide pour obtenir une qualification

En résumé

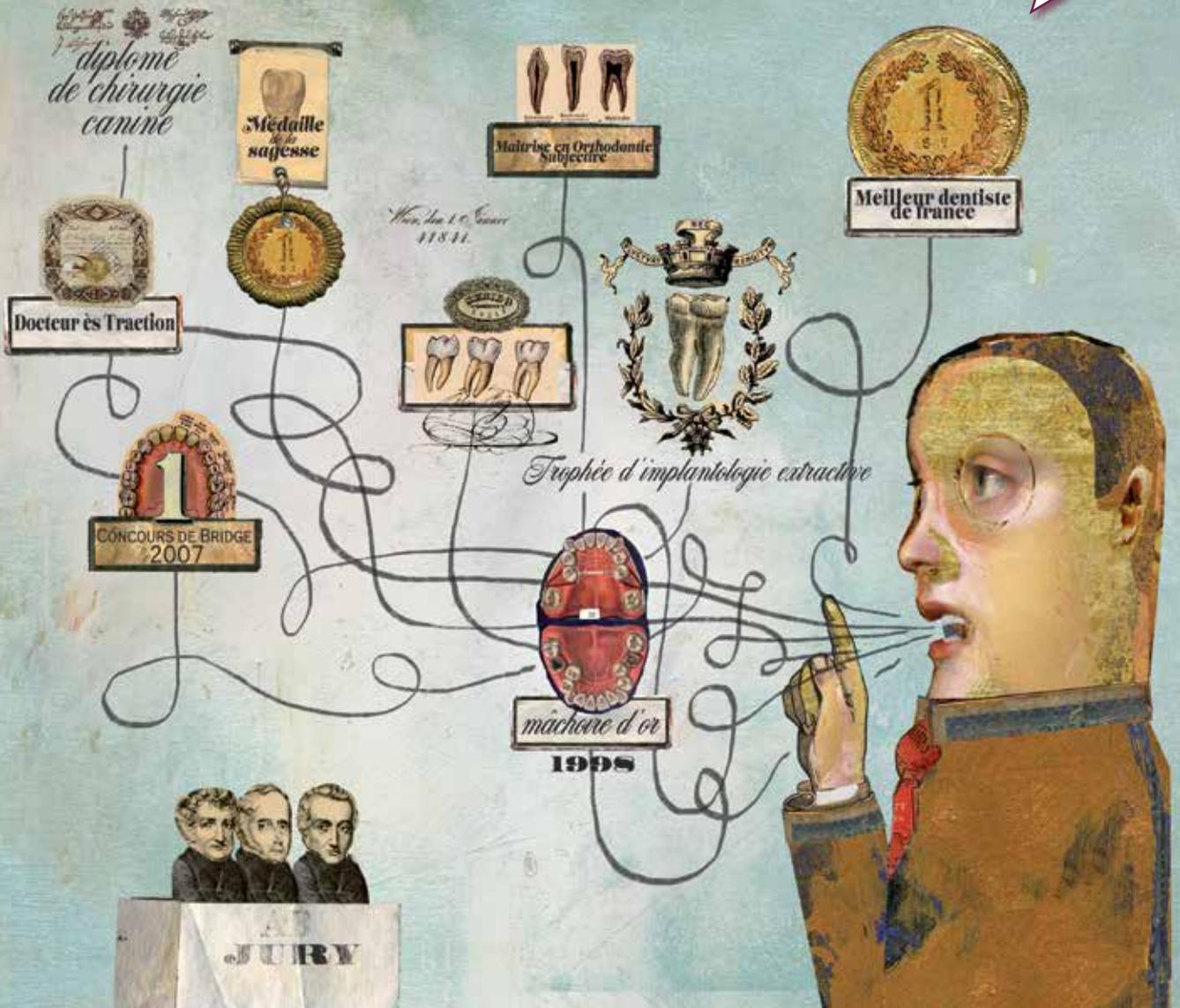
L'arrêté du 24 novembre 2011 fixe les règles relatives à la qualification des chirurgiens-dentistes; il prévoit dans certaines hypothèses que la qualification peut être obtenue en prenant en considération les formations et l'expérience professionnelle du praticien, tout en détaillant la procédure à respecter (décision du conseil départemental après avis d'une commission, appel devant le Conseil national, lequel prend une décision – qui confirme ou infirme la solution retenue – après avis d'une seconde commission, etc.). Un arrêt du 23 mai 2016 de la cour administrative d'appel montre, à propos d'une demande de qualification en chirurgie orale, d'une part, que le Conseil de l'Ordre se voit attribuer un large pouvoir d'appréciation et, d'autre part, que la qualification – difficile à obtenir – suppose un dossier « très solide ».

Le contexte

Nul n'ignore l'existence de l'arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾. Aux termes de l'article 1^{er} de ce texte, «*sont reconnus qualifiés les chirurgiens-dentistes qui possèdent l'un des documents suivants : 1° Le diplôme d'études spécialisées dont la liste est fixée par l'arrêté du 31 mars 2011 [...]; 2° Le certificat d'études*

cliniques spéciales, mention orthodontie; 3° L'arrêté d'autorisation d'exercice de la profession de chirurgien-dentiste dans la spécialité». La qualification est donc subordonnée à une condition, celle d'être titulaire de l'un des documents précités.

Toutefois, ce même article prescrit un tempérament pour les candidats qui ne possèdent pas l'un des documents requis; dans ce cas, l'article 1^{er} dispose que sont également prises en considération les formations et



l'expérience professionnelle. Les articles 2 à 8 de l'arrêté du 24 novembre fixent les règles applicables, principalement une procédure à respecter. Ainsi le candidat adresse-t-il une demande ⁽²⁾ au conseil départemental de l'Ordre, qui la transmet à une Commission nationale dite « de première instance » ⁽³⁾, laquelle émet un avis motivé ⁽⁴⁾; cet avis est communiqué au conseil départemental de l'Ordre (CDO), qui prend alors une décision favorable ou non et

la notifie au chirurgien-dentiste intéressé ⁽⁵⁾.

L'article 5 traite de la situation où le CDO ne suit pas l'avis de la Commission nationale de première instance; dans ce cas, le CDO « transmet au Conseil national de l'Ordre [CNO], dans le délai de deux mois qui suit la réception de l'avis de cette commission, le dossier accompagné du procès-verbal de la délibération du CDO et en avise en même temps l'intéressé ». Si une décision défavorable (de non-quali-

fication) est notifiée, le praticien peut exercer une voie de recours; il a, en effet, la faculté d'interjeter appel en saisissant le Conseil national de l'Ordre, et ce dans le délai de deux mois suivant la date de notification du refus de qualification ⁽⁶⁾. De là, le CNO sollicite l'avis d'une Commission nationale cette fois dénommée « d'appel » ⁽⁷⁾. Cette commission est tenue de rendre un « avis motivé et signé par le président » qui est adressé au CNO. En définitive, il appartient au



»» CNO de confirmer ou d'infirmier la décision du CDO, et au président du CNO de notifier la décision au praticien ainsi qu'au CDO concerné qui en assure l'application⁽⁸⁾. Il convient d'ajouter que le candidat à la qualification est convoqué devant les Commissions nationales (de première instance et d'appel) afin de présenter ses observations⁽⁹⁾. Cette présentation apparaîtra aux yeux des lecteurs de *La Lettre* très certainement trop textuelle, trop juridique. Mais l'actualité jurisprudentielle permet de l'illustrer⁽¹⁰⁾.

En l'espèce, un chirurgien-dentiste a sollicité le CDO territorialement compétent

la Commission nationale d'appel en date du 13 février 2014, a refusé la qualification en chirurgie orale. Voici le motif du refus : « *Nonobstant les fonctions hospitalo-universitaires qu'il avait occupées, ses diplômes et sa participation à une société scientifique consacrée à la chirurgie orale, le praticien n'avait fait aucune publication ou communication consacrée à la chirurgie orale et les documents produits ne permettaient pas d'attester d'un parcours et d'un exercice compatibles avec un exercice exclusif de la chirurgie orale.* »

Est-ce la fin de l'histoire ? Assurément non : la déci-

6 novembre 2014, a annulé la décision du CNO en date du 26 mars 2014. En substance, son analyse est la suivante : « *Le CNO n'était pas fondé à prendre sa décision au motif que l'intéressé n'aurait fait aucune publication ou communication consacrée à la chirurgie orale dès lors que le praticien avait démontré avoir donné une communication sur le thème de "l'expansion des crêtes alvéolaires maxillaires avec pose simultanée d'implants" en 2002 ainsi qu'une conférence et une présentation dans le domaine de l'implantologie relevant de la chirurgie orale et, d'autre part, que cette décision était entachée d'une erreur d'appréciation quant à son expérience professionnelle, le praticien ayant démontré une telle expérience, ancienne et régulière, en chirurgie orale par la production de comptes rendus opératoires, de relevés d'honoraires médicaux et de correspondances avec des confrères nonobstant la circonstance que sa pratique n'était pas exclusivement chirurgicale.* » La cour administrative d'appel a alors été saisie par le CNO, laquelle revient sur le jugement (qui est donc annulé) et, par suite, donne raison au CNO ; la cour condamne également le praticien à verser au CNO la somme de 1 500 euros⁽¹¹⁾. Pourquoi une telle solution ?

Malgré ses fonctions hospitalo-universitaires, ses diplômes et sa participation à une société scientifique, l'exercice exclusif de la chirurgie orale ne pouvait être accordé au postulant.

le 4 avril 2013 afin d'obtenir la qualification en chirurgie orale, spécialité reconnue depuis quelques années. Comme il a été dit plus haut, une Commission nationale de première instance a étudié la demande, puis émis un avis le 4 juillet 2013 ; le CDO – instance de décision – a refusé la qualification le 8 octobre 2013. Le praticien a saisi le CNO le 2 décembre 2013, exerçant ainsi le droit d'interjeter appel dans les deux mois. Le 26 mars 2014, le Conseil national de l'Ordre, après avis de

sion du CNO est susceptible d'un recours contentieux juridiquement appelé « *recours pour excès de pouvoir* », par lequel il est demandé au tribunal d'annuler la décision déférée ; la décision du CNO étant de nature administrative, l'action en justice relève de la compétence des juridictions administratives, tout d'abord le tribunal administratif, puis la cour administrative d'appel et enfin le Conseil d'État. Le praticien a donc saisi le tribunal administratif qui, par un jugement du



L'analyse

La cour administrative d'appel (CAA) rappelle, en premier lieu, le type de contrôle que le juge doit réaliser : « *L'appréciation portée par le CNO sur les formations et l'expérience professionnelle exigées des chirurgiens-dentistes pour se voir reconnaître la qualification en chirurgie orale ne peut être discutée devant le juge de l'excès de pouvoir que dans la mesure où elle reposerait sur des faits matériellement inexacts ou serait entachée d'une erreur de droit, d'une erreur manifeste ou d'un détournement de pouvoir.* » Le juge opère un contrôle dit « *restreint* », duquel il faut déduire un large pouvoir d'appréciation laissé au conseil de l'Ordre. En résumé, les juridictions administratives n'annuleront que très rarement les décisions ordinaires.

La CAA considère, en deuxième lieu, qu'« *il ne ressort pas des pièces que le praticien a produites qu'il ait été amené, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, à*

communiquer sur des sujets suffisamment variés dans le domaine de la chirurgie orale et à pratiquer des actes suffisamment différenciés et en nombre se rapportant à cette discipline pour que lui soit reconnue la qualification en chirurgie orale. » À cela, elle ajoute : « *L'obtention de plusieurs diplômes dans les domaines de la réhabilitation orale et implantologie, de l'implantologie orale fondamentale et pratique ou maxillo-faciale et bucco-dentaire et le fait d'être membre d'une société scientifique qui se consacre à la chirurgie orale ne sont pas de nature à établir qu'il remplit les conditions fixées par les dispositions précitées de l'article 1^{er} de l'arrêté du 24 novembre pour obtenir la qualification en chirurgie orale.* »

La CAA insiste : « *Ses compétences dans les domaines susmentionnés ne démontrent pas qu'il dispose également des compétences requises dans l'ensemble des autres domaines, très vastes, qui relèvent de la chirurgie orale.* » Enfin, elle conclut que « *le CNO ne s'est pas li-*

vré à une appréciation manifestement erronée des faits. » Par ailleurs, la cour écarte des données factuelles insusceptibles de modifier l'analyse : les futurs projets professionnels ; elle rejette également l'argument du praticien tiré de l'insuffisante motivation de la décision du CNO ⁽¹²⁾. En bref, il est très compliqué d'obtenir la qualification à la lumière des formations reçues et de l'expérience professionnelle. ■

David Jacotot

(1) NOR : ETSH1131972A, version consolidée au 31 mai 2016.

(2) Qui contient toutes les pièces utiles. Un formulaire est disponible sur le site de l'Ordre.

(3) Sur son fonctionnement et sa composition, consulter l'article 2 de l'arrêté.

(4) Et « *signé par le président* », indique l'article 3 de l'arrêté précité.

(5) Mais aussi au directeur général de l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice et au Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (article 4 de l'arrêté du 24 novembre).

(6) Article 6 de l'arrêté précité.

(7) Sur sa composition, se reporter à l'article 2 de l'arrêté précité.

(8) Article 7 de l'arrêté précité.

(9) Article 8 de l'arrêté précité.

Ce texte mentionne que « *la convocation [...] est adressée au moins 15 jours avant la date de la réunion de la commission compétente, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.* »

(10) Cour administrative d'appel de Paris, 8^e chambre, 23 mai 2016, n° 15PA00247, inédit au *Recueil Lebon*.

(11) Sur le fondement de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative.

(12) La décision est donc suffisamment motivée.

L'hôpital, plus exposé face à l'infection nosocomiale que l'exercice de ville

En résumé

L'article L. 1142-1 du Code de la santé publique (issu de la loi du 4 mars 2002), en matière de « *dommages résultant d'infections nosocomiales* », traite différemment les praticiens exerçant en cabinet et les établissements de soins (hôpitaux, cliniques, etc.). Les premiers n'engagent leur responsabilité qu'en cas de faute prouvée par le patient; les seconds, quant à eux, engagent leur responsabilité même en l'absence de faute. Un centre de radiologie et son assureur soutiennent que le texte précité est contraire à la Constitution dans la mesure où il viole le principe d'égalité; ce à quoi l'on pourrait ajouter que le patient (victime d'une telle infection) est moins bien protégé dans un cas que dans l'autre. Il n'en reste pas moins que l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique a été jugé conforme à la Constitution, à l'issue d'un argumentaire fort intéressant. En définitive, la responsabilité pour faute en cette matière demeure applicable.

Le contexte

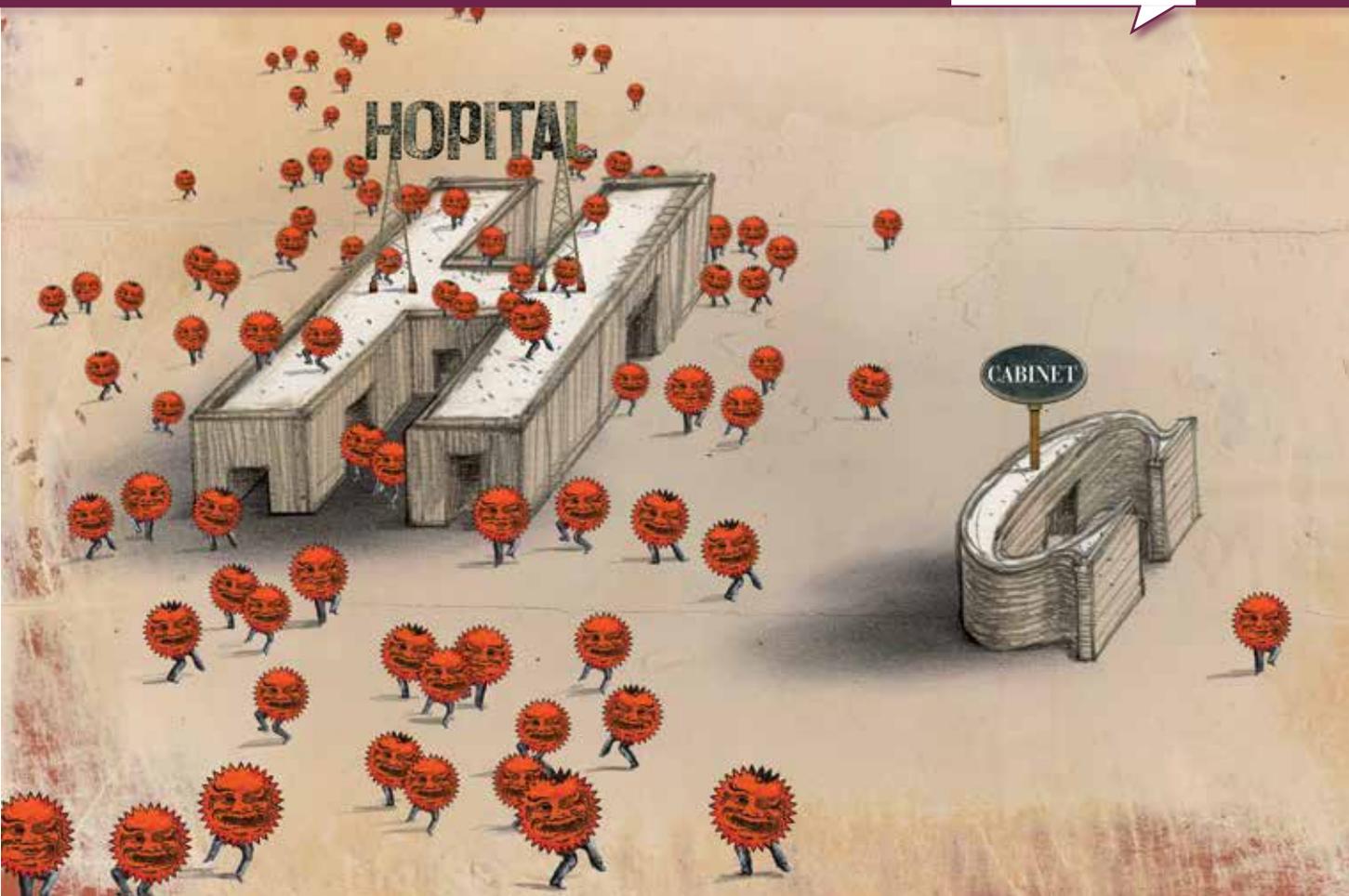
Le 6 janvier 2016, le Conseil constitutionnel a été saisi par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité qui intéresse les praticiens en ce qu'elle concerne la responsabilité médicale ⁽¹⁾.

De quoi s'agit-il? Schématiquement, la question prioritaire de constitutionnalité (QPC) est le droit reconnu à toute personne partie à un procès ou à une instance de

soutenir qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que garantit la Constitution. Si les conditions de recevabilité de ladite question sont réunies ⁽²⁾, il appartient au Conseil constitutionnel, saisi sur renvoi par le Conseil d'État ou la Cour de cassation, de se prononcer et, le cas échéant, d'abroger la disposition législative, qui disparaîtra ainsi du paysage juridique; l'on parle de contrôle de constitutionnalité d'une loi. Avant la réforme du 23 juillet 2008 qui a instauré la QPC, il était impos-

sible de contester la conformité à la Constitution d'une loi déjà entrée en vigueur; désormais, les justiciables jouissent de ce droit nouveau en application de l'article 61-1 de la Constitution.

En quoi la QPC intéresse-t-elle la responsabilité médicale? La QPC porte sur la non-conformité à la Constitution, plus précisément au principe d'égalité devant la loi, des deux premiers alinéas de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique. Selon ce texte, « *hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un*



défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. Les établissements, services et organismes [...] sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère».

Aussi la loi pose-t-elle le principe de la responsabilité pour faute en matière médicale. Mais elle prescrit également, à titre d'exception, une responsabilité sans faute en l'hypothèse de « dommages résultant d'infections nosocomiales », en visant uniquement « les établissements,

services et organismes dispensant des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ». Le législateur ne cite donc pas les professionnels libéraux exerçant en cabinet ; or, il est classique en droit de soutenir que les exceptions sont d'interprétation stricte. Par conséquent, les praticiens exerçant dans leur cabinet ne peuvent se voir appliquer une responsabilité sans faute, mais seulement une responsabilité pour faute. Les spécialistes de l'étymologie n'y trouveront rien à redire ; l'adjectif « nosocomial » dérive des termes grecs *nosos* (maladie) et *komein* (soigner), *nosokomeion* signifiant « hôpital » ; d'où la non-applica-

tion de la responsabilité sans faute aux praticiens exerçant en cabinet. Il aurait fallu – autrement – recourir à l'expression « infection associée aux soins ». Cependant, le droit – ici comme ailleurs – prend parfois ses distances avec l'étymologie, le vocable « nosocomial » ayant été utilisé à propos d'infections contractées aussi bien à l'hôpital que dans des établissements de soins privés ou des cabinets libéraux. Personne n'en sera surpris : c'est un établissement (un centre de radiologie et son assureur) qui plaide la rupture d'égalité. D'autant qu'avant la loi du 4 mars 2002 un régime unitaire de responsabilité avait été retenu par la Cour



»» de cassation. Ainsi, après avoir admis une présomption de faute qui pouvait être combattue par la preuve du respect de la réglementation en matière d'aseptisation et de stérilisation, la Cour de cassation fonda ses solutions sur une responsabilité objective (sans faute) et visa l'obligation de sécurité de résultat. En effet, dans ses arrêts du 29 juin 1999, dits « *des staphylocoques dorés* »⁽³⁾, elle considéra que tant les établissements de santé que les médecins exerçant à titre libéral étaient tenus, en matière d'infection nosocomiale, d'une obligation de sécurité de résultat dont ils ne peuvent se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère (ce qui est quasiment impossible).

Autant dire qu'antérieurement à la loi du 4 mars 2002 la Cour de cassation favorisait la victime qui pouvait aisément obtenir réparation du préjudice résultant d'une infection contractée à l'occasion de soins, pratiqués indifféremment dans un établissement de santé public ou privé ou encore dans le cabinet d'un praticien libéral⁽⁴⁾. Pour des raisons différentes, la QPC aurait pu être posée par un patient dans la mesure où il n'est pas aisé pour ce dernier de prouver la faute du praticien en présence d'une telle infection ; d'aucuns ont même évoqué un cas

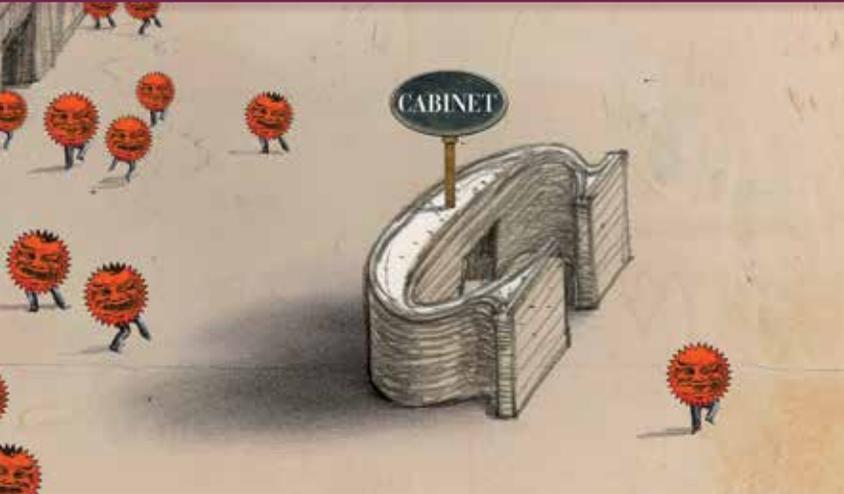
de « *probatio diabolica* »⁽⁵⁾. Par ailleurs, parce que la Cour de cassation a décidé de transmettre la QPC au Conseil constitutionnel, il est possible qu'elle subodore l'inconstitutionnalité de l'alinéa 2 de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique. Qu'en pense le Conseil constitutionnel ?

L'analyse

Dans sa décision⁽⁶⁾, le Conseil constitutionnel déclare le texte déféré conforme au respect du principe d'égalité prévu par la Constitution. Pour ce faire, le Conseil rappelle que, selon le principe d'égalité tel que défini par l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, « *la loi [...] doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse* ». Il indique ensuite que « *le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit* ». Incontestablement, une différence de traitement existe, la responsabilité des uns étant

sans faute et celle des autres pour faute. Il est à remarquer que le Conseil constitutionnel relève la présence d'une différence de traitement en considérant que la notion d'infection nosocomiale ne doit pas être cantonnée au milieu hospitalier : il écrit, en effet, qu'« *il ressort de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique que le législateur a entendu fixer un régime de réparation des préjudices résultant des infections nosocomiales contractées tant chez les professionnels de santé exerçant en ville que dans les établissements, services ou organismes de santé à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins* ».

Le Conseil n'y voit pas pour autant une rupture d'égalité en constatant, tout d'abord, qu'il existe, pour les soins pratiqués en établissement, « *une prévalence des infections nosocomiales supérieure à celle constatée chez les professionnels de santé exerçant en ville, tant en raison des caractéristiques des patients accueillis et de la durée de leur séjour qu'en raison de la nature des actes pratiqués et de la spécificité des agents pathogènes de ces infections* » (considérant n° 7). Cette affirmation n'est cependant pas documentée⁽⁷⁾. Selon un auteur, « *l'inégalité est donc justifiable juridiquement, mais l'est-elle donc d'un point de vue médical ?* »⁽⁸⁾. Le Conseil consti-



tutionnel précise, ensuite, que ces établissements sont tenus de mettre en œuvre une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins tout en organisant la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, d'où il résulte que « le législateur a entendu prendre en compte les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont pratiqués dans les établissements, services et organismes de santé et la spécificité des risques en milieu hospitalier » (considérant

lier. Un éminent spécialiste du droit médical trouve l'argument probant : « *Mais surtout, le cabinet libéral et l'établissement de soins différent par leur agencement, leurs moyens, l'insertion dans des politiques de santé qui ne peuvent s'imposer à chacun dans les mêmes termes. Le Conseil cite les articles L. 6111-2 et suivants du CSP définissant les missions des établissements de santé, devant la lutte contre les infections "associées aux soins" (article L. 6111-2 § 2 du Code de la santé publique), lesquelles surviennent et se propagent*

Si l'inégalité est justifiable sur le plan juridique, l'est-elle également d'un point de vue médical ?

n° 7). En définitive, il n'y a pas de méconnaissance du principe d'égalité : la dérogation est justifiée dans la mesure où « la différence de traitement [...] repose sur une différence de situation » (considérant n° 7). Autant avouer que le Conseil constitutionnel s'appuie sur la singularité du contexte hospita-

différemment selon la structure. Ce n'est pas dire que le cabinet libéral est exempt de ces risques et que l'hygiène y est parfaite. C'est comprendre que le péril est moins prégnant qu'en hôpital, public ou privé, et que les instruments de prévention ne peuvent être identiques⁽⁹⁾. » L'on peut aus-

si admettre que l'article L. 1142-1 n'est pas contraire à la valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé puisque la faute consentie aux médecins libéraux continue à imposer le respect des données de la science, parmi lesquelles l'asepsie et l'hygiène.

Bref, en matière d'infections nosocomiales, le praticien exerçant en cabinet engage sa responsabilité uniquement en cas de faute prouvée par le patient. ■

David Jacotot

(1) Cass. civ. 1^{re}, 6 janvier 2016, n° 15-16894.

(2) Voir à ce propos <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-question-prioritaire-de-constitutionnalite/decouvrir-la-qpc/decouvrir-la-question-prioritaire-de-constitutionnalite-qpc.47106.html>.

(3) Cass. civ. 1^{re}, 29 juin 1999, n° 97-15818, n° 97-14254, *Recueil Dalloz* 1999, p. 395, obs. J. Penneau ; *Revue trimestrielle de droit civil* 1999, p. 841, obs. P. Jourdain ; *La Semaine juridique – Éd. générale*, 1999, II 10139, rapp. P. Sargos ; *Médecine et droit* 1999, n° 37, p. 4, note F. Violla.

(4) J.-P. Vauthier, F. Violla, *Recueil Dalloz* 2016, p. 1064.

(5) L. Bloch, *Responsabilité civile et assurances* 2016, alerte 4.

(6) Cons. const., 1^{er} avril 2016, n° 2016-531 QPC, in *Gazette du palais*, 24 mai 2016, n° 19, p. 23, note G. Memeteau.

(7) En ce sens, J.-P. Vauthier, F. Violla, *Recueil Dalloz* 2016, p. 1064.

(8) M. Reynier, « Tout va bien ! », *Revue Droit et santé* 2016, n° 71, www.bnds.fr.

(9) G. Memeteau, *Gazette du palais*, 24 mai 2016, n° 19, p. 23.

UN BEAU GESTE
DEVENEZ CABINET
PARTENAIRE !



www.aoi-fr.org

POURQUOI NOUS SOUTENIR ? L'AOI est une ONG. Elle contribue à **l'amélioration de la santé bucco-dentaire** des populations défavorisées. En 30 ans, l'association a acquis **un savoir faire et une expertise reconnue** à partir de l'expérience dans différents pays (Haïti, Burkina Faso, Mali, Niger, Madagascar, Cambodge, Laos, France...). **L'AOI accompagne des dynamiques locales et a un rôle d'appui conseil** aux programmes mis en place par les partenaires. Le travail se fait en réseau, avec différents acteurs (professionnels, universitaires, institutionnels) dans les domaines de la formation, la prévention (accès au fluor), l'accès et la sécurité des soins. ☎ **01 57 63 99 68**



4 FAÇONS D'AIDER L'AOI

JE FAIS UN DON - JE DEVIENS CABINET PARTENAIRE - J'ADHÈRE - J'ACHÈTE SUR LA BOUTIQUE

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTIQUES
 Les prescriptions de substituts nicotiques des chirurgiens-dentistes sont désormais remboursées par l'assurance maladie. Pour ce faire, ces produits doivent figurer sur la liste des substituts nicotiques pris en charge (en téléchargement sur le site www.ameli.fr) et être prescrits sur une ordonnance qui leur est exclusivement consacrée.



✓ ÉTUDIANTS ET REMPLACEMENTS
 Les étudiants ayant validé leur 5^e année et les internes de chirurgie dentaire doivent s'enregistrer auprès de l'Ordre s'ils souhaitent remplacer un praticien ou exercer dans le cadre de la réserve sanitaire. Une fois l'enregistrement validé, ils intègrent le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et obtiennent leur carte de professionnel de santé en formation.



✓ MSSANTÉ
 Pour créer sa boîte mail de messagerie sécurisée MSSanté, le praticien doit se rendre sur <https://cms.mssante.fr/ps/rejoindre>, insérer la carte CPS dans son lecteur et cliquer sur l'onglet « J'active mon compte ! ». La messagerie MSSanté assure la sécurité et la confidentialité des échanges de données de santé de patients avec d'autres professionnels et établissements de santé. Elle donne par ailleurs accès à un annuaire permettant aux praticiens de rechercher rapidement un confrère ou un établissement disposant d'une messagerie MSSanté.

✓ TRANSPARENCE
 Les entreprises devront prochainement rendre publiques les rémunérations supérieures à 30 euros versées aux chirurgiens-dentistes et aux étudiants dans le cadre d'une convention signée entre les deux parties. Cette mesure figure dans un projet de décret qui sera publié au JO dans les prochains mois. Elle découle de la loi de modernisation de notre système de santé parue en janvier dernier.



La Lettre n° 149 – Juillet-Août 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, 36. D.R. : p. 17.

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

Chirurgiens-dentistes, votre prescription de substituts nicotiques est désormais remboursée



L'assurance maladie prend en charge, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 euros par année civile et par bénéficiaire.