

Un fonds d'aide pour les victimes de Dentexia

p. 9

Une consultation sur la profession et l'Ordre

p. 21

L'Ordre recrute des « Référents Violence »

p. 20



10 %
DES ÉTUDIANTS
DIPLÔMÉS EN UE SANS
PRATIQUE CLINIQUE



4

L'ÉVÉNEMENT

Une grande enquête de l'Ordre sur l'accès aux soins pour tous

ACTUALITÉS

- 9** AFFAIRE DENTEXIA
Un fonds d'aide pour les victimes
- 14** LOI SANTÉ
Point d'étape sur la mise en œuvre de la loi Santé
- 19** ÉQUIPE DENTAIRE
Assistant dentaire : pour une inscription via l'Ordre
- 20** VIOLENCES
L'Ordre recrute des référents « Violences »
- 21** SONDAGE
Une consultation sur la profession et l'Ordre
- 22** NUMÉRIQUE
Ne pas rater le train de l'e-santé bucco-dentaire
- 24** APPEL À CANDIDATURES
Élection d'un membre titulaire et d'un membre suppléant au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte
- 25** RÉGLEMENTATION
Près de 600 visites de conformité des cabinets dentaires en 2015
- 26** EUROPE
Toujours pas de reconnaissance automatique pour la chirurgie orale
- 26** AVIS DE RECHERCHE
- 27** EN BREF

28



DOSSIER

10 % des étudiants diplômés en UE sans pratique clinique

JURIDIQUE

- 34** COUR DE CASSATION
Informer le patient sur le risque d'aggravation de son état dentaire
- 37** CONSEIL D'ÉTAT
Se préparer au préjudice d'impréparation du patient...
- 40** COUR DE CASSATION
Un refus d'inscription sur la liste des experts d'une obscure clarté

PORTRAIT

- 42** RÉMY ROBERT
Cohésion

LA LETTRE EXPRESS

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

Deux enquêtes sont présentées dans ce numéro pour lesquelles l'Ordre sollicite les praticiens. Il s'agit d'un questionnaire sur l'accès aux soins (lire p. 4) et d'un sondage sur la profession et l'Ordre (lire p. 21).



Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

Alerte

10 % des étudiants en odontologie diplômés dans l'Union européenne n'auraient jamais prodigué de soins à un patient!

C'est l'un des chiffres, étonnant, de l'étude conduite par un jeune confrère français, Marco Mazevet, sur l'apprentissage clinique et pratique de l'odontologie au sein des pays de l'Union européenne. C'est à ce lanceur d'alerte que nous devons ce coup de projecteur, impitoyable, sur les carences du contrôle de la formation initiale exercé dans le cadre de la reconnaissance des qualifications.

Pourtant, les normes pédagogiques – prévues par le législateur européen – exigent très clairement un volet clinique minimal dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes européens. C'est à l'aune de ces textes, qui garantissent un niveau minimal de qualité de la formation initiale, que la confiance existe

« 10 % des étudiants diplômés dans l'Union européenne n'auraient jamais prodigué de soins à un patient! »

entre les pays de l'Union.

Sans cette confiance, la libre

circulation

des professionnels – et *a fortiori* des membres de professions médicales – ne pourrait exister. De même qu'il n'y a pas de « marché » sans confiance – et, donc, sans règles ni contrôles –, il ne peut, et encore moins, exister une libre circulation des professionnels médicaux sans garde-fous.

Au sein de l'institution ordinale, de tout le territoire français, des échos nous parviennent exprimant une immense consternation. Comment inscrire au tableau des diplômés n'ayant jamais soigné de patients et, ainsi, exposer ces derniers à d'inévitables incidents? L'Ordre, régulateur de la profession, est le garant de la capacité et de la compétence des praticiens et, partant, de la qualité et de la sécurité des soins. Le Conseil national entend saisir très rapidement les autorités de tutelle et la Commission européenne.

Une grande enquête de l'Ordre sur l'accès aux soins pour tous



Patients en situation de handicap, personnes âgées résidant en Ehpad, patients en situation de grande précarité : quelles sont nos pratiques, quelles sont nos initiatives, associatives ou autres, s'agissant de l'accès aux soins de ces publics ? Courant septembre, l'Ordre va adresser par mail une enquête en ligne visant à dresser un état des lieux précis des dispositifs existants pour, ensuite, proposer des pistes visant à renforcer l'accès aux soins de ces publics à besoins spécifiques.



Cinq minutes de votre temps. Cinq minutes pour répondre à une vaste enquête de l'Ordre destinée à prendre le pouls de nos pratiques, de nos moyens et de nos initiatives en faveur de l'accès aux soins de trois publics spécifiques :

patients en situation de handicap, personnes âgées dépendantes ou résidant en Ehpad, patients en situation de grande précarité. En pratique, dès ce mois de septembre, l'Ordre invite l'ensemble des praticiens à répondre à un questionnaire en ligne accessible depuis un

lien de téléchargement adressé par mail à partir du 20 septembre (*lire l'encadré page 6 « Questionnaire : mode d'emploi »*).

Cette enquête s'inscrit dans le cadre du chantier prioritaire de l'Ordre en matière d'accès aux soins pour tous.



Questionnaire à usage interne : mode d'emploi

À partir du 20 septembre prochain, tous les chirurgiens-dentistes vont recevoir un mail dont l'émetteur sera le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (noreply@oncd.org), à partir duquel ils pourront cliquer sur un lien qui les conduira directement au questionnaire en ligne (sur leur navigateur Internet).

Pour répondre au questionnaire, le praticien devra renseigner soit son numéro national (qui figure sur sa carte ordinale), soit son numéro RPPS (qui figure sur sa carte CPS).

Une fois identifié, il sera guidé tout au long de l'enquête pour répondre aux différentes étapes du questionnaire en moins de cinq minutes.

Pour le valider, il lui sera demandé de saisir une adresse mail valide et un numéro de téléphone portable (toutes les informations seront conservées uniquement par l'Ordre).

Si le praticien ne reçoit pas de mail de l'Ordre, il pourra répondre au questionnaire en saisissant l'adresse URL <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/consultation> dans son navigateur Internet. Enfin, le questionnaire est accessible (via le lien cliquable dans le mail ou l'URL renseignée directement dans le navigateur Internet) depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone.

Attention : les praticiens auront jusqu'au 10 octobre pour y répondre. L'Ordre compte sur l'implication de chacun pour que cette enquête visant à améliorer l'accès aux soins pour tous puisse apporter des pistes de réflexion pertinentes.

- l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes;
- l'accès aux soins des patients en situation de précarité;
- la formation;
- l'information.

Le praticien pourra, par exemple, signaler s'il a recours au Méopa ou à l'hypnose ou si son cabinet dentaire est équipé pour recevoir des personnes en fauteuil roulant. Ce questionnaire pourra aussi être l'occasion pour le chirurgien-dentiste d'exprimer sa volonté de partager son expérience dans le cadre d'une prise en charge de l'un de ces trois publics ou de mentionner son implication au sein d'un réseau de soins. Il aura également la possibilité de donner, s'il le souhaite, son accord pour que son conseil départemental communique ses coordonnées aux patients rencontrant des difficultés de prise en charge compte tenu de leur handicap. La démarche s'effectue bien entendu sur la base du volontariat. Et, bien évidemment, toutes les données recueillies seront confidentielles et ne seront exploitées que par les référents Handicap départementaux, dès lors qu'on les y aura autorisés (*lire l'encadré page 7*).

L'objectif : réaliser une cartographie très précise de l'accessibilité et des bonnes pratiques des chirurgiens-dentistes pour orienter au mieux les patients. Il s'agit, signalons-le, de valoriser l'accessibilité sans stigmatiser la non-accessibilité et de faire valoir, notamment auprès des instances gouvernementales, les initiatives et le professionnalisme des chirurgiens-dentistes.

»»» Le premier jalon en a été posé le 14 avril dernier, au Conseil national, au cours d'une réunion à laquelle ont participé les acteurs ordinaires et associatifs engagés dans cette problématique. L'objectif : fédérer les énergies et construire un maillage aussi dense qu'efficace d'acteurs engagés afin de répondre aux besoins de ces trois populations, à l'image de ce qui existe déjà dans certains départements et régions,

et d'étendre au niveau national les initiatives locales, départementales et régionales.

Aujourd'hui, l'Ordre change donc de braquet et sollicite l'implication de tous les chirurgiens-dentistes. Les praticiens seront ainsi invités à renseigner six thématiques distinctes :

- l'accessibilité du cabinet dentaire (ERP)⁽¹⁾;
- l'accès aux soins des patients en situation de handicap;

Dominique Chave, conseillère nationale, présidente de la Commission de la vigilance et des thérapeutiques, insiste sur l'enjeu de cette vaste consultation : «*Encore trop de patients à besoins spécifiques n'ont pas suffisamment accès aux soins bucco-dentaires qui s'apparentent parfois à un véritable parcours du combattant. Il faut pouvoir*

apporter aux patients à besoins spécifiques l'information la plus complète possible pour leur prise en charge.»

Afin que cette cartographie soit la plus complète possible, l'Ordre rappelle aux confrères et aux consœurs qu'il est essentiel de communiquer au conseil départemental dont ils dépendent une

adresse mail valide⁽²⁾. À terme, le but de cette opération consistera à générer un annuaire uniquement consultable par le référent Handicap du département afin qu'il soit en capacité d'orienter au mieux le patient dans son parcours de soins. Plus largement, cet outil permettra d'améliorer l'accès à l'information des publics fragiles



Le référent Handicap

Chargé d'orienter le patient dans son parcours de soins bucco-dentaires, mais aussi de relayer les informations pertinentes concernant l'offre bucco-dentaire de son territoire, le référent doit disposer d'une connaissance parfaite de l'offre de soins « adaptée » sur son secteur. Avec l'état des lieux très précis que l'Ordre s'attache à réaliser, le référent Handicap pourra accompagner les patients dans leur parcours de soins dentaires. Le référent Handicap peut également être appelé à coordonner les moyens et à vérifier leur bon état de fonctionnement pour les mettre à disposition du praticien intervenant en fonction du besoin du patient. Le référent Handicap doit servir de plateforme. Il est au centre du dispositif entre les différents acteurs. Il est en relation

avec les patients et les institutions, mais son rôle consiste également à répondre aux confrères. À ce titre, il est important que les expériences de terrain soient mises en partage afin que chacun puisse y puiser ce qui l'intéresse.

Un outil a été prévu à cet effet : le forum Accès aux soins mis en ligne sur le site Internet de l'Ordre. Cet outil permet les échanges entre tous les acteurs et les associations impliquées dans l'offre de soins aux personnes en situation de handicap, aux populations précaires et vulnérables ou aux personnes âgées dépendantes résidant en Ehpad. L'internaute doit cliquer sur l'une des quatre thématiques « Handicap », « Précarité », « Ehpad » ou « Pôle patients » pour publier ou commenter un article.

VIGILANCE THÉRAPEUTIQUE

HANDICAP PRÉCARITÉ EHPAD

PÔLE PATIENTS

FORUM D'ACCÈS AUX SOINS

Permettre les échanges entre toutes les personnes de nos associations impliquées dans l'offre de soins aux personnes en situation de handicap, aux populations précaires et vulnérables, aux personnes âgées et dépendantes résidant en Ehpad.

HANDICAP
Offre de soins

PRÉCARITÉ
Offre de soins

EHPAD
Formation du personnel soignant
Diagnostic
Offre de soins

PÔLE PATIENTS
Articles aux soins pour les Enfants
Information & Pédiatrie
Consultation



Les fiches Santé BD

Santé BD est un outil très pratique pour préparer les consultations bucco-dentaires de patients en situation de handicap moteur, mental ou atteints d'autisme. Concrètement, il s'agit de fiches thématiques visant à favoriser le dialogue patient-praticien au cours du rendez-vous pour diminuer l'anxiété du patient et offrir un meilleur suivi médical. De nombreuses fiches sont disponibles gratuitement en version PDF ou via une application smartphone. Concernant la profession, six fiches sont d'ores et déjà exploitables par les praticiens : « *Le dentiste me soigne une carie* », « *Le dentiste me met une couronne* », « *Le dentiste me fait un détartrage* », « *Le dentiste m'enlève une dent* », « *L'examen dentaire* » et « *En fauteuil roulant* ». Chaque fiche décrit une consultation à l'aide d'illustrations et de textes dans un langage simple. Grâce à l'application smartphone, les fiches sont personnalisables (âge et sexe du patient ou du professionnel...) et adaptables aux difficultés de l'utilisateur (problèmes visuels, auditifs, etc.). Libre de droits et créé notamment avec le concours de l'UFSBD, Santé BD est un outil accessible à tous gratuitement. Toutes les informations sur <http://santebd.org/>

» et de leurs « aidants » professionnels ou familiaux (*lire l'encadré « Les fiches Santé BD »*).

Cette enquête auprès des praticiens fait écho à un questionnaire de recensement destiné, cette fois-ci, aux référents Handicap. Il comporte trois fiches dédiées respectivement aux trois publics (handicapés, précaires, personnes âgées dépendantes). Il s'agit de réaliser un bilan départemental très précis des actions et des dispositifs existants : cliniques, réseaux, praticiens libéraux formés au Méopa, services hospitaliers odontologiques, etc.

Enfin, l'Ordre mobilise également l'échelon régional avec la nomination de « coordinateurs Handicap régionaux » au sein des conseils régionaux ordinaires. Le but : réduire le nombre d'interlocuteurs pour créer un lien pérenne et efficace entre les autorités régionales de santé et la profession. On sait en effet que le plan régional constitue le relais des politiques nationales par les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Les politiques de sécurité sociale sont également relayées en région, notamment par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). La mutualisation des bonnes volontés fera avancer l'accès aux soins pour tous qui constitue un signe fort en faveur de la santé publique. ■

(1) Établissement recevant du public. Les cabinets dentaires sont des ERP de 5^e catégorie.

(2) La communication d'une adresse mail valide est d'ailleurs une obligation légale dans le cadre des alertes sanitaires (article L. 4001-2 du Code de la santé publique; loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, article 60).



Un fonds d'aide pour les victimes de Dentexia

Cinq mois après la fermeture des centres *low cost* Dentexia, les pouvoirs publics mettent en place des mesures pour la reprise des soins bucco-dentaires des ex-patients de ces structures. Marisol Touraine a annoncé la mobilisation exceptionnelle du fonds d'action sociale de l'assurance maladie pour supporter les coûts. L'Igas, de son côté, estime que les fonds à débloquer représentent entre 3 et 10 millions d'euros et émet dix recommandations pour une reprise rapide des soins bucco-dentaires.

Marisol Touraine semble vouloir donner un coup d'accélérateur à la reprise des soins dentaires pour les ex-patients de Dentexia, et ce dans le prolongement du rapport de

l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) consacré à cette question et rendu public le 27 juillet dernier ⁽¹⁾. De façon concomitante, la ministre de la Santé a annoncé plusieurs mesures –

issues notamment du rapport de l'Igas – destinées à renforcer la prise en charge de ces patients, à commencer par une « aide financière [qui] sera versée aux patients connaissant, en raison

de l'importance des soins à réaliser et de leurs ressources, des difficultés à assumer ces frais. Le dispositif sera opérationnel avant la rentrée ». Pour ce faire, comme l'a indiqué la ministre, les pou- >>>

»» voirs publics vont actionner «*la mobilisation exceptionnelle du fonds d'action sociale de l'assurance maladie*». Autre mesure présentée par la ministre : les Agences régionales de

a permis de détecter plusieurs «*anomalies financières et juridiques*». En effet, «*le président de Dentexia exerçait des mandats dans huit sociétés privées dont trois ont été placées en liquidation*

le rapport de l'Igas pointe des anomalies financières et s'interroge sur l'usage systématique de la liquidation judiciaire par le président de Dentexia.

santé (ARS) concernées «*vont renforcer la prise en charge par les centres hospitalo-universitaires et les facultés dentaires. Les modalités d'accueil des patients concernés seront adaptées pour faciliter la prise en charge dans les services d'odontologie. L'objectif est de permettre une reprise des soins le plus rapidement possible*».

Afin de fortifier le dialogue avec les professionnels et assurer des échanges avec l'association de patients «*Collectif contre Dentexia*», le Pr Robert Garcia, doyen de l'UFR d'odontologie de l'université Paris Diderot a, par ailleurs, été désigné par le ministère de la Santé comme «*conseiller en charge de la reprise des soins*».

Au-delà de la question de la reprise des soins, l'enquête de l'Igas – circonscrite à l'affaire Dentexia –

judiciaire (et l'une d'elle recréée quelques mois après), deux sont en cours de liquidation ou en procédure d'insolvabilité et trois sont en fonctionnement», explique l'Igas qui s'interroge sur cet «*usage systématique de la procédure de liquidation judiciaire, que ce soit dans l'association Dentexia ou dans les sociétés privées*». Une interrogation renforcée par le fait que les «*comptes font apparaître de nombreux échanges financiers entre ces structures*». Par ailleurs, en épluchant les comptes de l'association, l'Igas a relevé des «*pratiques peu conformes à une gestion "non lucrative"*» avec des «*pratiques commerciales qui, pour certaines, pouvaient contredire les objectifs assignés par la loi relative aux centres de santé [loi Bachelot] : la promotion des soins était faite par des assistantes "clini-*



ciennes», chargées dans le même temps de faire signer des prêts au sein même des centres de santé. Il était également demandé aux patients de signer un certificat attestant que tous les soins

personnel médical pesant sur la qualité des soins». Des témoignages recueillis par l'Igas font état de consignes de la part des gestionnaires des centres adressées aux praticiens parfois pendant les soins :

La pression exercée par les gestionnaires sur le personnel médical, parfois même au cours des soins, pesait éminemment sur la qualité de ces derniers.

avaient été réalisés, avant de commencer la réalisation du traitement dentaire». D'autre part, l'Igas a identifié une «*pression des gestionnaires sur le*

- réduire le nombre de séances consacrées à l'extraction de plusieurs dents ou poser davantage d'implants en une fois ;
- donner des instructions

Les dix recommandations de l'Igas

L'Inspection générale des affaires sociales a remis son rapport sur l'affaire Dentexia à la ministre de la Santé en juillet dernier. Ci-dessous, les dix recommandations de la mission pour financer la reprise des soins bucco-dentaires des ex-patients de Dentexia.

- 1 Désigner un délégué ou un conseiller placé auprès de la ministre de la Santé, qui sera garant de la reprise des soins des anciens patients de Dentexia.
- 2 Tous les patients devront avoir intégré un circuit de soins au plus tard le 15 octobre 2016 (bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins et nouveau plan de traitement).
- 3 Réaffirmer les conditions juridiques de la responsabilité des praticiens et les garde-fous existants; le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes pourrait assurer la diffusion d'un tel message, en lien avec les services du ministère de la Santé.
- 4 L'intervention du service public hospitalier, dans le cadre de ses missions d'intérêt général, pourrait accélérer le processus de prise en charge, sans exclure les chirurgiens-dentistes du secteur libéral et des centres de santé dentaire.
- 5 Pour éventuellement sécuriser les professionnels, il peut être préférable (sans en faire une obligation) que deux praticiens différents établissent le certificat bucco-dentaire avant de réaliser la reprise et la poursuite des soins.
- 6 Assurer une remontée des données épidémiologiques aux Agences régionales de santé (ARS) concernées par une centralisation des bilans bucco-dentaires notamment.
- 7 Prévoir une enveloppe de solidarité nationale de reprise des soins ou combiner enveloppe hospitalière, fonds d'action sociale de l'assurance maladie et fonds d'intervention régional ou tout autre moyen financier pour permettre la reprise et la poursuite des soins pour les anciens patients de Dentexia.
- 8 L'enveloppe financière actuelle pour mener à bien les soins est estimée entre 3 et 10 millions d'euros; seule la réalisation des bilans bucco-dentaires préalables à la reprise des soins et les nouveaux plans de traitement permettront d'ajuster cette fourchette.
- 9 Poursuivre la procédure de restitution des dossiers engagée par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes avec un appui fort du ministère de la Santé pour que le gestionnaire du logiciel Julie débloque, dans les plus brefs délais, l'accès aux dossiers numériques et, en particulier, à l'imagerie dentaire. Une mobilisation des ARS pourrait s'avérer utile, en fonction des volumes régionaux de dossiers.
- 10 La mission recommande aux patients la vigilance avant la signature de protocoles transactionnels avec les organismes financiers ou assurantiels qui comporteraient une clause de renonciation à toute voie de recours.

»» visant à ne pas expliquer au patient les actes pratiqués au fur et à mesure des soins dispensés dans une même séance. Le constat de l'Igas est sans appel : «*La gestion structurellement déficiente de l'association et l'augmentation du montant des dettes [qui, en*

S'agissant du montant de l'aide financière, de son déploiement et de sa mise en œuvre concrète, le flou règne. Aucun montant n'a été communiqué du côté de la ministre. Après le recensement des ex-patients de Dentexia et de leur situation bucco-dentaire, l'Igas

Un deuxième rapport de l'Igas proposera des mesures pour éviter que de telles pratiques ne se reproduisent et garantir la sécurité des patients.

2014, s'élevaient à 8,3 millions d'euros) ont abouti à la liquidation judiciaire prévisible de sept des structures gérées directement ou indirectement par l'association Dentexia. » Et d'ajouter : «*Le fonctionnement des centres gérés par Dentexia a ainsi conduit inéluctablement à leur fermeture, sans que celle-ci n'ait été anticipée par les personnes supposées tirer les sonnettes d'alarme, notamment – mais pas seulement – le commissaire aux comptes. Les patients avaient encore moins les moyens de l'anticiper.*» Des conclusions qui laissent entendre que ce désastre sanitaire touchant plus de 2 200 victimes aurait pu être évité. Comme l'a dit en son temps l'Ordre.

estime dans son rapport le budget dédié à la reprise des soins bucco-dentaires des 2 200 victimes à une enveloppe comprise entre «*3 et 10 millions d'euros*». L'Igas propose que «*le financement de la reprise des soins relève de la solidarité nationale, par un système d'avance de frais (qui pourrait ensuite conduire à une action récursoire)*; ce qui permettrait d'afficher clairement que la responsabilité des conséquences sanitaires relève totalement de Dentexia et de son président». Par ailleurs, toujours selon l'Igas, le nombre de patients concernés de façon prioritaire pourrait être estimé en juin 2016 à 500 au maximum. Au total, l'Igas émet dix recommandations pour pallier ce désastre sanitaire (*lire l'enca-*

dré page 11). Reste à savoir si la ministre les suivra. Enfin, l'Igas mentionne dans son rapport l'ouverture de nouveaux centres, dont «*les pratiques sont présentées comme similaires à celles de Dentexia*». L'Igas proposera dans un deuxième rapport des mesures pour «*éviter que de tels fonctionnements ne se renouvellent, pour garantir la sécurité des patients, qui ne disposent pas toujours des informations utiles avant de commencer un traitement dentaire et se trouvent alléchés par les ta-*

rifs réduits qui leur sont proposés initialement. La mission attire l'attention des décideurs sur la nécessité de définir rapidement des critères de vigilance pour activer des contrôles ciblés et associant, en tant que de besoin, les autres services de l'État compétents, sur tout centre dentaire présentant un risque de dérive commerciale». On ne saurait mieux dire. ■

(1) Intitulé «*Impacts sanitaires sur les patients et propositions*», ce rapport est téléchargeable à partir du lien www.igas.gouv.fr/spip.php?article546.



Recourir au CSBD

L'Ordre se félicite que le ministère prenne l'exacte mesure de l'urgence. De son côté, et depuis juillet dernier, l'institution ordinaire réitère son message auprès des chirurgiens-dentistes reprenant les soins des ex-patients de Dentexia : en aucune manière ils ne peuvent voir leur responsabilité engagée automatiquement du fait de fautes commises par le praticien intervenu précédemment. L'Ordre appelle l'ensemble de la profession à se mobiliser pour prendre en charge ces patients. « *L'urgence de la reprise des traitements des patients des anciens centres de Dentexia n'a jamais été aussi impérieuse* », déclare Gilbert Bouteille, président du Conseil national. « *Les dossiers s'accumulent et dépassent désormais, et de très loin, l'estimation initiale des patients en attente de soins et, souvent, dans une situation bucco-dentaire et/ou humaine intolérable* », insiste-t-il. Rappelons-le : un modèle de Certificat de situation bucco-dentaire (CSBD) est disponible en téléchargement sur le site de

DOCUMENT À CONSERVER IMPÉRATIVEMENT

CERTIFICAT DE SITUATION BUCCO-DENTAIRE

CACHET DU CHIRURGIEN-DENTISTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e), docteur _____
chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le _____ à _____ heure _____
A (lieu de l'examen) _____
M. Mme Nom et prénom _____
Né(e) le (date en toutes lettres) _____
(Éventuellement) Accompagné(e) de _____

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)

« _____

_____ »

Dans quel centre les soins ont-ils été exécutés ? _____
Date du dernier soin effectué dans ce centre par le Dr _____
Y a-t-il eu des soins exécutés ailleurs par un praticien depuis cette date ? oui non
Y a-t-il une demande d'expertise par le patient ? oui non en cours
Implant (s) ? oui non Nombre : _____
Position : _____
Ont-ils été posés durant la dernière année ? oui non

Examen clinique :

- Examen exobuccal :

- /Visage :
- /Lèvres :
- /ATM :
- /Ouverture buccale :
- /Chaîne ganglionnaire :

- Examen endobuccal :

- /Intérieur des lèvres :
- /Intérieur des joues :
- /Langue :
- /Plancher de la langue :
- /Palais :
- /Vestibule :
- /Muqueuses :
- /Hygiène bucco-dentaire : bonne / Moyenne / Mauvaise

l'Ordre. La réalisation préalable du CSBD est fortement préconisée afin que la responsabilité du praticien qui assurera la re-

subir le patient au regard des traitements réalisés avant cette reprise.

Ce CSBD sera versé au dossier du patient ; il

Grâce au CSBD, la responsabilité du praticien assurant la reprise des soins ne saurait être engagée du fait des manquements imputables à l'auteur des traitements antérieurs.

prise des soins ne soit pas mise en jeu du fait des éventuels soins manquants et/ou des dommages qu'auraient eu à

contenir une radio panoramique et, en cas d'expertise judiciaire ultérieure, permettra d'apprécier les lésions pré-

sentes avant la reprise des soins par un autre praticien. Le CSBD est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, le montant forfaitaire étant avancé par le patient, sauf en cas d'application du tiers payant sur une base volontaire. Deux actes sont facturés (30 euros pour la consultation et 24 euros pour la radio panoramique). Ces deux actes peuvent être éventuellement effectués par des praticiens différents (chirurgien-dentiste et radiologue). Pour permettre le remboursement de cette avance de soins aux patients, ceux-ci utiliseront un « *bon de prise en charge* », qui leur aura été remis par leur caisse d'assurance maladie. Ce bon de prise en charge doit être demandé par le patient auprès de l'ARS ou de la CPAM. Après établissement du CSBD, il reviendra au praticien de compléter ce bon et de le remettre au patient afin que celui-ci le retourne à la caisse d'assurance maladie dont il dépend, ce qui lui permettra d'obtenir le remboursement par l'assurance maladie. ■

Point d'étape sur la mise en œuvre de la loi Santé

Dossier médical partagé, développement professionnel continu, refus de soins... De nombreux décrets résultant de la loi Santé promulguée en janvier dernier ont été publiés au *JO* cet été. Le point sur les dispositifs impactant directement les chirurgiens-dentistes.

Cinq décrets – parus au *JO* cet été – pris en application de la loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016 instaurent des mesures impactant directement la profession. Il s'agit du dossier médical partagé, du contrôle des refus de soins, du développement professionnel continu, des conditions d'échange et de partage d'informations

DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Un décret d'application publié au *JO* le 5 juillet définit les « conditions et modalités de création et de mise en œuvre du dossier médical partagé » (DMP) ⁽²⁾. Le DMP est un dossier médical numérique sécurisé regroupant toutes les données de santé. Il vise à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des

soins des patients. Neuf départements vont tester le DMP à partir de septembre. Sa généralisation est prévue au printemps 2017. Concrètement, le DMP est créé pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie sous réserve du consentement exprès et éclairé de l'assuré. Il en devient alors le titulaire. En pratique, il peut notamment être créé directement par l'assuré ou par l'intermédiaire de tout professionnel de santé ⁽³⁾.

• Données du DMP

Le DMP contient entre autres :

- Les données relatives à l'identité et à l'identification du titulaire;
- Les données relatives à la prévention, à l'état de santé et au suivi social et médico-social que les professionnels de santé estiment devoir être partagées dans le dossier médical partagé, afin

de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins, y compris en urgence, notamment l'état des vaccinations, les synthèses médicales, les lettres de liaison, les comptes rendus de biologie médicale, d'examens d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les traitements prescrits. Ces informations sont versées dans le DMP le jour de la consultation, de l'examen ou de son résultat, à l'origine de leur production et au plus tard le jour de la sortie du patient après une hospitalisation;

- Les données consignées dans le dossier par le titulaire lui-même;
- Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge, détenues par l'organisme d'assurance ma-

Le DMP n'a pas vocation à se substituer au dossier du patient établi par chaque professionnel de santé.

entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et de la transmission d'informations au sein d'une équipe de soins ⁽⁴⁾. Le détail de ces dispositifs est présenté ci-après.

soins des patients. Il n'a pas vocation à se substituer au dossier que tient chaque professionnel de santé, y compris les chirurgiens-dentistes. La mise en œuvre et l'administration du DMP sont confiées à l'assurance ma-



ladie obligatoire dont relève chaque bénéficiaire.

- Les données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique;
- Les données relatives à l'identité et aux coordonnées des proches du titulaire à prévenir en cas d'urgence;
- Les données relatives à l'identité et aux coordonnées du médecin traitant;
- La liste actualisée des professionnels de santé ayant déclaré être autorisés à accéder au DMP ainsi que la liste des pro-

fessionnels de santé auxquels le titulaire a interdit l'accès à son DMP.

• Accès au DMP

Le DMP est accessible aux professionnels de santé par voie électronique, notamment depuis un site Internet ou *via* des logiciels respectant les référentiels d'interopérabilité et de sécurité. Ces professionnels ont accès aux informations strictement nécessaires à la prise en charge du titulaire du dossier médical partagé dans le respect

des règles de gestion des droits d'accès fixées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), en collaboration avec les Conseils nationaux des Ordres des professionnels de santé et après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Ces règles seront publiées sur le site Internet de la Cnamts. Il est également accessible à son titulaire par voie électronique depuis un site Internet.

• Traçabilité

Toutes les actions réalisées sur le DMP, quel qu'en soit l'auteur, sont tracées et conservées dans le DMP, notamment la date, l'heure et l'identité de la personne qui a créé ou modifié le DMP. Ces traces sont accessibles au titulaire du dossier, au médecin traitant, aux professionnels de santé et au professionnel de santé auteur des informations faisant l'objet de ces traces.

Le titulaire du DMP ne >>>

»»» peut pas supprimer les données portées par un professionnel, «*sauf motif légitime*», mais il peut décider à tout moment de clôturer son DMP. Une fois clôturé, le DMP est conservé pendant une durée de dix années.

DPC

Paru le 8 juillet, le décret sur le développement professionnel continu (DPC) donne vie à l'Agence nationale du DPC ⁽⁴⁾. Les principales mesures qui impacteront les chirurgiens-dentistes sont les suivantes :

1. Le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP) définit pour chaque profession ou spécialité le parcours de DPC, qui constituera une recommandation pour le praticien. Ce parcours décrit «*l'enchaînement des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques estimé nécessaire par la profession pour le maintien, l'actualisation des connaissances et des compétences, et l'amélioration des pratiques*», détaille le décret.

2. L'obligation de DPC est remplie (tous les trois ans) dès lors que le praticien se conforme au parcours défini par le CNP ou justi-

fie de son engagement, au cours d'une période de trois ans, soit dans une démarche d'accréditation, soit dans une démarche de DPC comportant des «*actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques. La démarche doit comporter au moins deux de ces trois types d'actions et au moins une action s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires*». Le praticien peut également faire valoir les formations suivies à l'université.

Le CNP pourra, à la de-

mande du chirurgien-dentiste, attester que le parcours réalisé par le praticien est conforme au parcours qu'il a défini.

3. Le document de tra-

classées par ordre chronologique, que le praticien a suivies;

– Les éléments de preuve attestant de la réalisation de ces actions;

Une commission chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins peut recourir à des tests de situation et à des enquêtes auprès des patients.

çabilité, anciennement nommé «*portfolio*», reste toujours consultable sur le site de l'Agence nationale du DPC. Il contient les éléments suivants :

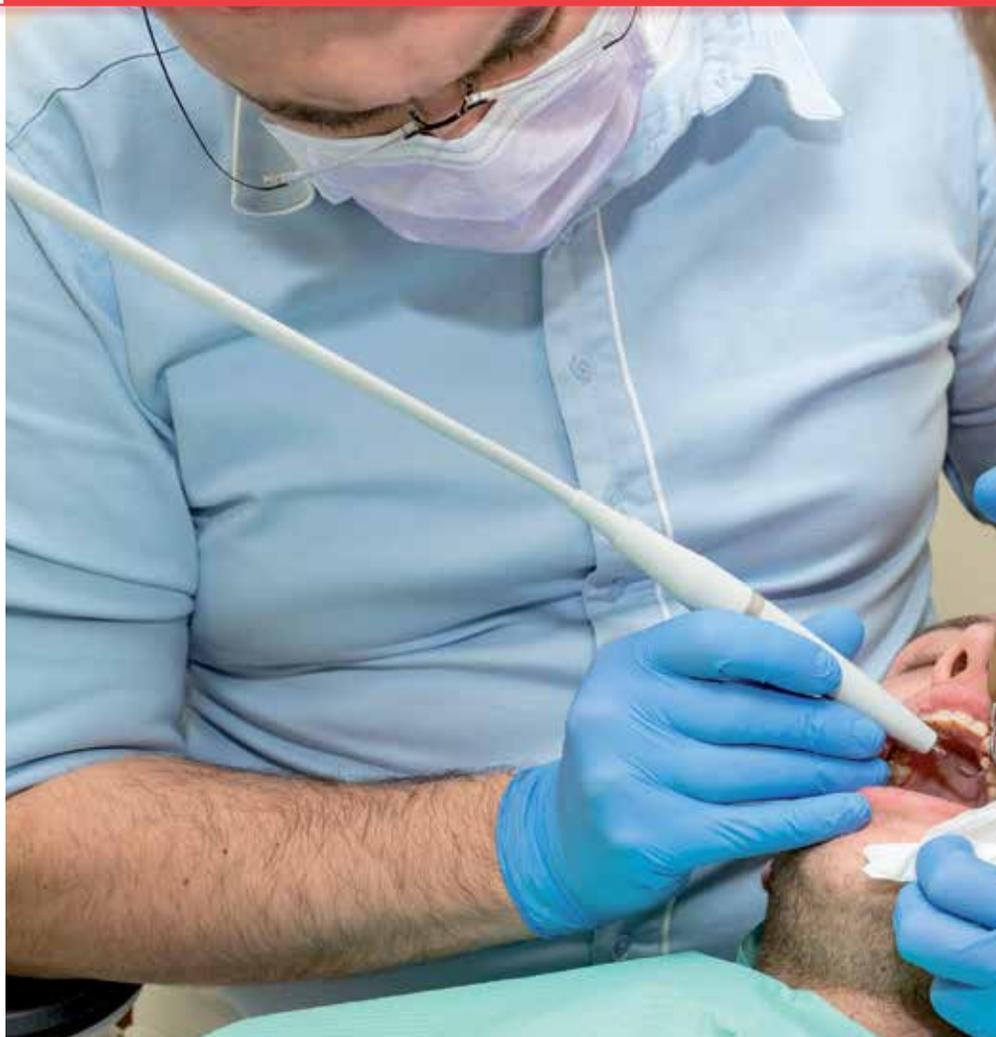
– Les données relatives à l'identité du praticien;

– Les différentes actions,

– Une synthèse annuelle et triennale de ces actions;

– Le cas échéant, les éléments complémentaires définis, pour sa spécialité ou sa profession, par le CNP des chirurgiens-dentistes;

– Le cas échéant, le do-





cument fourni au praticien par le CNP attestant de la conformité du parcours du professionnel à ses recommandations.

Un contrôle peut être également effectué à tout moment, selon des modalités fixées par l'autorité de contrôle.

4. Le contrôle du DPC est réalisé par le conseil départemental de l'Ordre dont relève le praticien, par l'employeur ou par le Service de santé des armées pour les chirurgiens-dentistes militaires ⁽⁵⁾. Pour ce faire, il communique à l'autorité en charge du contrôle les

éléments du document de traçabilité attestant du respect de son obligation de DPC.

REFUS DE SOINS

Le décret relatif aux «*modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins*» est paru au JO le 23 juillet dernier ⁽⁶⁾. Il instaure la création d'une commission, placée auprès du Conseil national de l'Ordre, chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les chirurgiens-dentistes. Cette commission évalue «*le nombre et la nature des pratiques de refus*

de soins par les moyens qu'elle juge appropriés». Elle peut notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients. Elle analyse ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution et produit des données statistiques sur la base de ces analyses. Elle émet des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients. Notons qu'elle ne statue pas sur les situations individuelles.

D'autre part, sur la base de ses travaux et après au-

dition des organisations de la profession représentatives, cette commission remet un rapport annuel au ministre de la Santé, au plus tard le 30 juin. Le Conseil national rend ce rapport public dans un délai d'un mois à compter de sa transmission au ministre de la Santé.

14 membres composent la commission :

- Le président du Conseil national ou son représentant;
- Six chirurgiens-dentistes;
- Cinq représentants des associations d'utilisateurs du système de santé agréées ⁽⁷⁾;
- 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 Cnamts ou son représentant.

Sa présidence est assurée par le président du Conseil national ou son représentant. La commission se réunit au minimum deux fois par an et peut prévoir l'audition de toute personnalité qualifiée dont la consultation lui paraît utile.

ÉCHANGES ENTRE PROFESSIONNELS

Le décret relatif aux «*conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des*



►►► *champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel*» est paru au JO le 20 juillet dernier ⁽⁸⁾. Il détermine les catégories de professionnels du champ social et médico-social habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé, y compris les chirurgiens-dentistes, des in-

sionnels du secteur médico-social et social, le patient doit être informé préalablement :

– De la nature des informations devant faire l'objet de l'échange;

– Et soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Tout échange entre professionnels du secteur médical et médico-social suppose une information préalable du patient.

formations nécessaires à la prise en charge d'une personne ainsi que les modalités de l'échange et du partage :

1. La liste des professionnels avec lesquels cet échange est possible est fixée à l'article R. 1110-2 du Code de la santé publique.

2. Une double limite est posée à cet échange :

– Les seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de ladite personne peuvent être échangées ou partagées;

– L'échange a lieu dans la limite du périmètre des missions des professionnels concernés.

3. Dans le cadre d'un échange entre professionnels de santé et profes-

De plus, il est précisé que lorsque ces professionnels sont membres d'une même équipe de soins, ils tiennent compte pour la mise en œuvre de ce partage des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) avec le concours des Ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

4. Ce décret tire également les conséquences des nouvelles modalités d'accès aux informations de santé d'une personne après son décès, applicables aux concubins et partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

ÉQUIPES DE SOINS

Le décret relatif à «*la liste des structures de coopéra-*

tion, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins» est paru au JO le 20 juillet dernier ⁽⁹⁾.

Rappelons que l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations strictement nécessaires à la coordination et à la continuité des soins ou au suivi médico-social d'une même personne. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Ce décret a pour objet de définir la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles les professionnels sont réputés être membres d'une équipe de soins. Cette liste fait notamment état des maisons et des centres de santé ainsi que des sociétés d'exercice li-

béral et de toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux, lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée des patients. ■

(1) D'autres décrets sont encore attendus, notamment celui consacré aux lettres de liaison. Nous y reviendrons dans le prochain numéro de *La Lettre*.

(2) Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé.

(3) <http://www.dmp.gouv.fr/>

(4) Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

(5) Mentionnés à l'article L. 4112-6 du Code de la santé publique.

(6) Décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016 relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins.

(7) En application de l'article L. 1114-1 et désignées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

(8) Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

(9) Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins.

Assistant dentaire : pour une inscription via l'Ordre

C'est la dernière ligne droite avant la publication du décret d'application de la loi de santé sur les assistant(e)s dentaires. Le Conseil national milite pour que l'Ordre devienne le guichet d'inscription de ces nouveaux professionnels de santé.

On ne parlera désormais plus de « métier », mais de profession d'assistant dentaire. Le décret résultant de la loi Santé entre dans sa phase finale de rédaction⁽¹⁾. Il concrétise le fait que les assistants dentaires vont devenir des professionnels de santé à part entière.

Des référentiels d'activités, également en cours de finalisation, sont publiés dans la foulée. Ils devront comporter, entre autres, les éléments suivants :

- La définition de la profession;
- Les notions globales de respect de la personne ainsi que des règles de bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité, sans oublier les règles de confidentialité et de secret professionnel;
- La notion de protocole de soins;
- La veille technique et réglementaire dans le champ d'exercice de l'assistant dentaire.



Six grands groupes d'activités ont été définis :

- L'assistance du praticien dans la réalisation des gestes pré, per et postsoins;
- L'accueil et la communication auprès des patients;
- L'entretien de l'environnement de soins et des matériels liés aux activités ainsi que la gestion du risque infectieux;
- La gestion et le suivi de l'agenda et du dossier du patient;
- Le recueil, puis la transmission des informations par écrit et par oral et la

mise en œuvre de la traçabilité dans le cadre de la structure de soins;

- L'accueil et l'accompagnement des assistants dentaires en formation ou des nouveaux arrivants dans la structure et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Cependant, ces textes n'élargissent pas encore *stricto sensu* le champ des capacités et des compétences des assistants dentaires puisqu'il s'agit de jeter les bases de l'instauration, d'ici à deux ou trois ans, d'un

nouveau modèle de formation dédié à la profession.

Par ailleurs, un article du projet de décret confie l'enregistrement des assistants dentaires aux Agences régionales de santé (ARS). L'Ordre milite auprès du ministère pour que cette tâche incombe aux conseils départementaux de l'Ordre. Pour des raisons d'efficacité, il paraît en effet opportun que les membres de l'équipe dentaire soient enregistrés par une autorité unique, à l'instar d'autres pays européens.

Concrètement, l'Ordre pourrait ainsi disposer d'une meilleure visibilité des personnels exerçant au sein des cabinets dentaires. Dans l'intérêt de la santé publique, l'Ordre pourrait également vérifier que chaque membre de l'équipe dentaire dispose des qualifications requises et *in fine* que chacun respecte bien son champ de capacité. ■

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'Ordre recrute des référents « Violences »

Des référents départementaux en matière de violences faites à autrui seront chargés de délivrer les informations nécessaires et d'orienter les praticiens vers les bons interlocuteurs en cas de violences subies ou détectées sur leurs patients.

L'Ordre travaille depuis plusieurs années sur les violences dont sont victimes les chirurgiens-dentistes et leur personnel au sein des cabinets dentaires, de même que sur les violences subies par les patients. C'est pourquoi l'Ordre lance un appel à candidatures auprès de l'ensemble des chirurgiens-dentistes pour nommer un référent « Violences » unique dans chaque département chargé d'informer, d'orienter et de former les praticiens dans le cas de violences subies par leurs patients. Tout chirurgien-dentiste peut déposer sa candidature auprès de son conseil départemental dès lors qu'il est inscrit au tableau de l'Ordre.

Ses missions consisteront à :

- Collecter les informations nécessaires et les transmettre aux praticiens du département (obligations générales de signalement en matière de violences, démarche pour établir un certificat médical initial et un certificat d'aggravation, rencontre avec le praticien victime de violences, etc.);
- Orienter les praticiens vers les bons interlocuteurs lorsqu'ils sont confrontés à de tels faits.

Par ailleurs, l'Ordre s'est engagé aux côtés de la Mission interministérielle pour la protection des



femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof), qui conduit depuis près de deux ans des travaux avec les chirurgiens-dentistes visant à faciliter le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences. Dans ce cadre, la loi a institué une obligation de formation pour tous les professionnels de santé, et, en particulier, les chirurgiens-dentistes. Elle sera délivrée par le référent « Violences » aux praticiens de son département.

L'Ordre sollicite donc les conseils départementaux afin qu'ils désignent un référent départemental en matière de violences faites à autrui. Ce dernier doit être un chirurgien-dentiste inscrit à leur tableau, sans nécessairement être membre élu du conseil. S'il n'existe pas de profil type pour devenir référent « Violences », justifier d'une expertise particulière dans ce domaine et faire preuve de pédagogie, avec idéalement une implication locale dans le cadre d'associations aux victimes, seraient autant d'atouts dans l'appréciation des dossiers. Les candidatures doivent être déposées au plus tôt, c'est-à-dire courant septembre. Une première réunion de formation des référents « Violences » sera organisée par la Miprof le 7 décembre 2016 à Paris. ■

Pour aller plus loin

- Signalement des maltraitances : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/signalement-des-maltraitances.html>
- Violences faites aux femmes : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/violences-faites-aux-femmes.html>

Des outils sont déjà à disposition des praticiens : note explicative sur les violences faites aux femmes et le certificat initial, modèle de certificat médical initial et de certificat médical d'aggravation, affiche pour le cabinet dentaire.

Une consultation sur la profession et l'Ordre

Mieux comprendre les préoccupations des praticiens d'une part, percevoir l'image de l'institution ordinale auprès de la profession pour saisir ses attentes vis-à-vis de l'Ordre d'autre part. Tels sont les grands objectifs du sondage auquel est invité à répondre l'ensemble des chirurgiens-dentistes.

« **A**u moment où notre profession connaît une actualité dense, nous ressentons le besoin de vous écouter afin de rendre plus efficaces les rapports entre votre Ordre et vous. La consultation nationale que nous organisons est avant tout destinée à resserrer nos liens dans un environnement particulièrement changeant. Je vous remercie personnellement d'y participer », explique Gilbert Bouteille, président du Conseil national de l'Ordre.

Dans le but de renforcer ses liens avec les praticiens exerçant sur le territoire, le Conseil national a chargé l'institut Corporate Studio ⁽¹⁾ de lancer une grande consultation auprès des 42000 chirurgiens-dentistes de l'Hexagone.

Quels sont les objectifs de ce sondage ?

- Mieux comprendre les préoccupations et les priorités de la profession;



- Inventorier les questions présentes et à venir;
- Diagnostiquer l'image de l'Ordre auprès des praticiens;
- Établir et hiérarchiser les besoins et les attentes vis-à-vis de l'Ordre.

Les thèmes clés du son-

dage ont été définis à la suite de deux tables rondes organisées sous l'égide de Jean Molla, conseiller national, à Paris et à Dijon réunissant un large éventail de chirurgiens-dentistes. Le questionnaire a quant à lui été finalisé lors

de réunions de travail menées avec les conseillers nationaux.

Après avoir fait l'objet d'un travail de paramétrage statistique préliminaire, la consultation est maintenant ouverte à l'ensemble de la profession. Dix minutes suffisent pour répondre aux questions proposées. L'anonymat des réponses individuelles est garanti; c'est l'opinion collective de la profession qui est recherchée. Les principaux résultats seront communiqués sur le site de l'Ordre au cours du dernier trimestre de cette année. Pour participer à la consultation, il suffit de se rendre sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/consultation et de suivre les instructions. La date limite de participation est fixée au 30 septembre 2016... ■

(1) L'institut Corporate Studio a déjà réalisé l'enquête sur la santé bucco-dentaire des Français à l'occasion du Grenelle de la santé bucco-dentaire de janvier dernier.

Ne pas rater le train de l'e-santé bucco-dentaire

Santé connectée, télésanté, télémédecine, téléconsultation..., la révolution numérique est en marche. Le développement des nombreux champs de l'e-santé a conduit l'Ordre à créer un groupe de réflexion sur le numérique pour accompagner ce mouvement.



« **N**ous entrons dans l'ère du patient connecté, mais aussi du chirurgien-dentiste connecté; il reste maintenant à définir comment les deux entreront en relation », explique Serge Fournier, conseiller national. Pour accompagner au mieux la profession dans ce virage numérique et la placer comme un acteur majeur dans le domaine de l'e-santé, l'Ordre a créé,

sous l'impulsion de Gilbert Bouteille, son président, un groupe de réflexion conduit par Serge Fournier. Un premier rapport a été produit en juin dernier. Il s'agit pour l'heure d'un document de travail qui jette les bases d'une réflexion sur le numérique appliqué à notre profession, notamment dans ses implications sanitaires, juridiques et sociales.

Cette réflexion sera transversale : au total 28 recommandations ont été formulées, charge aux différentes commissions du Conseil national de l'Ordre d'émettre des propositions concrètes dans chacun de leur domaine (vigilance et thérapeutiques, exercice et déontologie, contrats, législation et Europe, enseignement et titres, etc.). À terme, il s'agit de favoriser l'appropriation



Trois questions à Serge Fournier, responsable du groupe de réflexion sur le numérique

Pourquoi un rapport sur l'e-santé ?

La profession, comme toutes les professions de santé, doit s'ouvrir à l'e-santé. Pour ne pas subir cette mutation qui impactera à terme nos pratiques, la profession doit anticiper et placer le chirurgien-dentiste en tant qu'acteur majeur de cette évolution. Notre objectif : développer la médecine bucco-dentaire connectée, encourager les innovations entre les professionnels de santé, simplifier les démarches administratives et renforcer la sécurité des données de santé.

Quelles en sont les grandes lignes ?

Nous avons recueilli un grand nombre d'informations concernant l'e-santé pour définir tous les aspects qu'elle revêt et dresser un état des lieux des initiatives qui se développent dans le domaine dentaire. Nos observations nous ont conduits à formuler 28 recommandations pour développer les outils

de l'e-santé adaptés aux enjeux de la médecine bucco-dentaire. À terme, les différentes commissions du Conseil national de l'Ordre vont s'approprier ces recommandations pour émettre à leur tour des propositions concrètes dans chaque domaine.

Quelle est la position de l'Ordre à propos de l'e-santé ?

L'Ordre doit être proactif dans ce domaine pour faire le lien, dans un cadre bien défini, entre le « patient connecté » et le « chirurgien-dentiste connecté ». Des plateformes telles que les objets connectés en santé commencent à voir le jour. En tant que représentant de la profession, l'Ordre doit notamment jouer son rôle sur le plan de l'éthique et de la déontologie. On peut résumer la position de l'Ordre en trois mots : anticiper, ne pas subir et agir pour accompagner les praticiens vers cette nouvelle ère du numérique. ■

de ces nouvelles pratiques par les praticiens dans le respect des règles professionnelles. Pour accompagner au mieux la profession, l'Ordre s'engage à « *intervenir auprès des pouvoirs publics afin de rappeler la place du chirurgien-dentiste dans le domaine de la télémédecine* », poursuit Serge Fournier.

Pour l'heure, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) n'ont certes pas eu un impact tangible sur l'organisation et l'exercice de l'odontologie en France. Mais des projets et des innovations commencent à se faire jour, notamment en télémédecine bucco-dentaire. Ainsi, le pro-

jet e-Dent, développé à Montpellier, propose une consultation à distance aux patients résidant en Ehpad.

Le cadre juridique actuel, qui oblige à contracter avec l'Agence régionale de santé (ARS), paraît trop contraignant, notamment pour les praticiens libéraux, « *ce qui peut en partie expliquer le défaut d'appropriation de la télémédecine par la profession* », analyse Serge Fournier. Et d'ajouter : « *Une réforme de ce cadre a été annoncée par les pouvoirs publics, et l'Ordre s'engage à intervenir pour en obtenir un assouplissement.* »

Concernant les objets connectés, peu d'applications concernent les

chirurgiens-dentistes, même si l'arrivée de la brosse à dents connectée à un Smartphone rendra vraisemblablement des services dans la prévention des caries ou le contrôle de la plaque bactérienne en maintenance parodontale. Cependant, l'e-santé soulève des questions s'agissant :

- de la formation du chirurgien-dentiste à la santé numérique;
- des données de santé qui devront être dans tous les cas sécurisées;
- du danger de l'« ubérisation » du système lors de la mise en contact du patient et du professionnel par l'intermédiaire des plateformes, qui devront périodiquement être régulées. ■

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE ET D'UN MEMBRE SUPPLÉANT AU CONSEIL INTERRÉGIONAL DE LA RÉUNION-MAYOTTE, REPRÉSENTANT LE DÉPARTEMENT DE MAYOTTE

APPEL À CANDIDATURES COMPLÉMENTAIRE

Conformément aux dispositions :

- de l'article L. 4124-11 du Code de la santé publique et de l'article R. 4142-5 du Code de la santé publique relatifs à la composition des conseils régionaux et interrégionaux;
- des articles R. 4124-1 et R. 4124-1-1 du Code de la santé publique réglementant les élections des membres des conseils régionaux et interrégionaux, le conseil interrégional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de La Réunion-Mayotte procédera à une élection complémentaire d'un membre titulaire et d'un membre suppléant, représentant le département de Mayotte, dont le mandat expirera en 2022.

Cette élection est fixée au **JEUDI 22 DÉCEMBRE 2016 à 10 heures** au siège du conseil interrégional de l'Ordre dont l'adresse postale est 5 E, résidence La Rivière, rampes Ozoux, 97400 Saint-Denis (La Réunion).

ÉLIGIBLES

En application des articles L. 4123-5 du Code de la santé publique et L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale sont seuls éligibles les praticiens de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui sont inscrits à l'Ordre, à l'exclusion de ceux qui ont été l'objet de sanctions disciplinaires conformément

à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique et à l'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale, compte tenu de l'application des lois d'amnistie.

Le candidat pour cette élection doit être inscrit au tableau tenu par l'Agence régionale de santé à Mayotte et doit être à jour de sa cotisation ordinale.

ÉLECTEURS

Seuls sont électeurs les praticiens inscrits au tableau tenu par l'Agence de santé de l'océan Indien (c'est-à-dire les praticiens inscrits à Mayotte).

DÉCLARATION DE CANDIDATURE

Conformément aux dispositions de l'article R. 4124-1 du Code de la santé publique, les déclarations de candidature doivent parvenir par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au siège du conseil interrégional de La Réunion-Mayotte, 30 jours au moins avant le jour de l'élection, c'est-à-dire **au plus tard le jeudi 17 novembre 2016, à 16 heures**. Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable.

Le candidat indique sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Il doit signer sa déclaration de candidature.

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 du Code de la santé publique.

Le retrait par un praticien de sa candidature ne pourra intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et le mardi 22 novembre 2016. Le retrait doit être notifié au conseil interrégional par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du conseil contre récépissé.

MODALITÉS DE VOTE

Les électeurs votent pour le titulaire et le suppléant dans les conditions prévues aux articles R. 4123-4 à R. 4123-8 du Code de la santé publique.

Le vote par procuration n'est pas admis (article R. 4125-1 du Code de la santé publique).

Le vote a lieu **par correspondance**. Il est adressé au siège du conseil interrégional de l'Ordre de La Réunion-Mayotte.

Le dépouillement a lieu sans désenvelopper, en séance publique (articles R. 4123-12 et R. 4123-13 du Code de la santé publique). ■

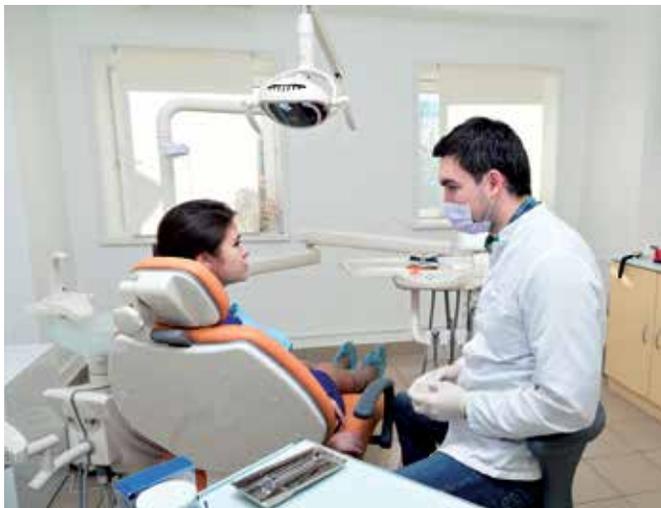
Près de 600 visites de cabinets dentaires en 2015

Selon le bilan 2015 des visites de conformité des cabinets dentaires, une grande partie des praticiens respectent les normes légales en vigueur en termes d'hygiène, d'asepsie et de sécurité. Ces contrôles visent avant tout à garantir la qualité et la sécurité des soins dans l'intérêt des patients.

Le Conseil national rappelle que les visites de conformité font partie intégrante des prérogatives de l'Ordre et que cette mission ne relève pas du périmètre d'aucune autre organisation professionnelle.

En 2015, 571 visites ont été effectuées par les conseils départementaux, la plupart d'entre elles ayant donné lieu à la formulation de re-

commandations à destination des titulaires des cabinets dentaires visités. Rappelons que l'une des missions de l'Ordre, et notamment des conseils départementaux, consiste à veiller à la conformité des cabinets dentaires au Code de déontologie et à l'article R. 4127-269 du Code de la santé publique ainsi qu'aux normes légales en vigueur concernant notamment : la propreté des locaux, la prédésinfection-stérilisation, les contrats, l'affichage, la sécurité des patients et des locaux, la gestion des déchets, la sécurité du personnel, la traçabilité des dispositifs médicaux (units, crachoir, séparateur-récupérateur d'amalgames, etc.).



Globalement, en 2015, 194 de ces visites ont été réalisées à la suite d'une création, d'une modification ou d'un transfert de cabinet. 162 d'entre elles ont été déclenchées à la suite de questionnaires adressés aux praticiens, 22 après l'envoi d'un courrier émanant d'un patient et 64 à la demande des autorités sanitaires. À l'issue de ces visites, 44 cabinets dentaires ont été déclarés conformes. Dans 318 cas, des conseils ont été délivrés aux praticiens pour une mise en conformité de leur cabinet.

28 demandes de mise en conformité avec contre-visite ont par ailleurs été transmises aux praticiens et seuls trois cabinets dentaires ont été fer-

més. Enfin, deux praticiens ont fait l'objet d'une procédure disciplinaire.

Ces chiffres attestent que les exigences en termes notamment d'hygiène et d'asepsie sont massivement respectées par les praticiens. Rappelons qu'en cas de manquements à la réglementation, les conseillers ordinaires aménagent un délai (plus ou

moins bref selon le type de manquement) pour la mise aux normes des éléments défectueux, les praticiens devant ensuite déclarer par écrit les améliorations effectuées.

Les confrères et consœurs doivent garder à l'esprit que ces visites réalisées de façon confraternelle n'ont pas pour but de « piéger » les praticiens, mais de les aider à améliorer la qualité et la sécurité des soins dans l'intérêt des patients. Les praticiens trouveront les informations essentielles pour exercer en toute sérénité sur le site de l'Ordre à l'adresse <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice.html> ■

Toujours pas de reconnaissance automatique pour la chirurgie orale

Le Conseil national réitère sa demande auprès des pouvoirs publics visant à inscrire pour ses ressortissants la spécialité en chirurgie orale dans la directive Qualifications.

La chirurgie orale, grande absente de la liste des titres de formation en reconnaissance automatique dans l'Union européenne. En effet, c'est avec beaucoup d'agacement que l'Ordre a pris connaissance de la mise à jour de l'annexe V de la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles parue au

Journal officiel de l'UE le 24 mai dernier, et n'intégrant pas notre spécialité en chirurgie orale⁽¹⁾.

Pourtant, l'Ordre réitère ce souhait depuis plusieurs années, mais c'est hélas le silence radio du côté des autorités! Cette demande permettrait, en effet, à tout chirurgien-dentiste qualifié en chirurgie orale d'exercer dans

l'ensemble des pays de l'UE en tant que spécialiste *via* la reconnaissance automatique des qualifications européennes. L'Ordre renouvellera autant que nécessaire sa demande auprès des autorités concernées. ■

(1) Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications européennes.

AVIS DE RECHERCHE FINISTÈRE

Découverte d'un corps de femme le 3 février 2014 sur la plage du Moulin à ÉTABLES-SUR-MER (22)

Signalement

Sexe : féminin
Taille : environ 1,60 m
Âge estimé : entre 18 et 35 ans
Peau blanche, cheveux châtain roux

Renseignements

Tous renseignements susceptibles de permettre l'identification de la personne sont à faire parvenir au capitaine Pierrick PENNANEC'H Gendarmerie nationale
Groupement des Côtes-d'Armor
30, rue de la Gare,
22000 SAINT-BRIEUC
Tél. : 02 96 01 50 00
Mail : pierrick.pennanec-h@gendarmerie.interieur.gouv.fr

Éléments dentaires importants

- Absence *ante mortem* de 46
- Couronne métallique et traitement canalaire sur 24, 25, 36

Maxillaire

17 Amalgame
16 Amalgame
15 Inlay-core
14 Débris radiculaires
11 Composite
21 Composite
22 Composite
24 Couronne métallique
25 Couronne métallique
26 Dévitalisée;
débris radiculaires
27 Amalgame

Mandibule

37 Amalgame
36 Dévitalisée;
couronne métallique
46 Absente
47 Amalgame

Formation restreinte du Conseil national

La formation restreinte du Conseil national est chargée d'examiner les recours formés contre les conseils régionaux ou interrégionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer pour infirmité, état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession ou insuffisance professionnelle ⁽¹⁾. Elle est également chargée d'examiner les demandes de retrait, présentées par le bureau, d'une décision d'inscription au tableau qui n'a pas fait l'objet d'un recours dans les délais, lorsque cette décision repose sur une inexactitude matérielle ou une erreur manifeste d'appréciation des conditions auxquelles est subordonnée l'inscription, conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Cette formation est composée de cinq membres titulaires et de cinq membres suppléants, élus parmi les membres du Conseil national, lors de chacun des renouvellements de ce dernier.

Voici sa composition :

Membres titulaires : Serge Fournier, Myriam Garnier, Jean Molla, Guy Naudin, Paul Samakh.

Membres suppléants : Michel Dubois, Jean-Baptiste Fournier, Jean-Marc Richard, Alain Scohy, Christian Winkelmann.

⁽¹⁾ En application des dispositions de l'article L. 4124-11 du Code de la santé publique.

Distinctions honorifiques ORDRE NATIONAL DE LA LÉGION D'HONNEUR

Par décret du président de la République en date du 13 juillet 2016 portant promotions et nominations ont été nommés au grade de chevalier :

Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national,

Marie-Françoise Gondard-Argenti, vice-présidente de la CNSD, et **Marie-Andrée Pellat**, docteurs en chirurgie dentaire.

Le Conseil national leur adresse ses félicitations les plus vives.

L'UJCD devient l'Union dentaire

Depuis le 30 juin dernier, l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes se nomme désormais l'Union dentaire et se dote d'un nouveau logo. L'objectif du syndicat consiste à « réunir plus largement nos consœurs et confrères et de marquer l'Union comme priorité indispensable à l'avenir de la profession ».

Disparition

Henri Colas nous a quittés le 2 juin dernier. De 1968 à 1990, il a été pour le département des Hauts-de-Seine un membre précieux : trésorier puis vice-président, délégué puis membre adjoint à la Caisse de retraite (CARCD). Malgré ses nombreuses occupations professionnelles, il a su préserver une vie familiale et amicale très intense. Le partage et la main tendue vers l'autre étaient pour lui une seconde nature.

À sa famille, sa femme, Simone, ses enfants et petits-enfants, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.

10 % des étudiants diplômés en UE sans pratique clinique





Une enquête inédite réalisée à l'échelle européenne sur la formation initiale en odontologie révèle de grandes disparités des formations dispensées, notamment sur le volet clinique. 12 % des étudiants européens n'auraient jamais élaboré de plan de traitement et un tiers d'entre eux n'auraient jamais réalisé de prothèse fixe ni rédigé de prescription médicamenteuse...

Un chirurgien-dentiste sur dix diplômé dans l'Union européenne (UE) n'aurait jamais réalisé de soins bucco-dentaires sur un patient au cours de sa formation initiale. Voilà l'un des résultats pour le moins préoccupant d'une enquête sans précédent sur la pratique clinique des étudiants européens en odontologie. Réalisée par Marco Mazevet, ancien président de l'European Dental Students' Association (EDSA) dans le cadre de sa thèse intitulée «*Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union européenne*», cette enquête pointe la grande hétérogénéité des formations cliniques européennes. Une différence de qualité de l'enseignement qui pose problème à l'heure où la libre circulation des praticiens à diplôme européen n'a jamais été aussi forte. Nous le savons, en vertu du principe de la reconnaissance automatique des diplômes européens, un chirurgien-dentiste formé et diplômé en UE peut exercer sur l'ensemble du territoire européen, notamment en France ⁽¹⁾. Pour Marco Mazevet, cette hétérogénéité «*ne semble ni correspondre aux objectifs de l'Association for Dental Education in Europe (ADEE) d'une part, ni à l'objectif d'une libre circulation "saine" d'autre part*» (lire l'encadré «*Trois questions à Marco Mazevet*», page 32).

Sur quelle méthodologie s'appuie cette enquête et que nous révèle-t-elle?



►►► Cette étude a été menée dans les États de l'UE disposant d'organismes de formation en chirurgie dentaire ciblant 23 372 étudiants en dernière année ou ayant achevé leur cursus en 2015. Ces étudiants étaient invités à répondre en ligne à un questionnaire comportant trois catégories de questions :

- Informations générales : nationalité, âge, pays de formation ;
- Conditions de la pratique clinique : encadrement, matériel ;
- Fréquence de la réalisation de 34 actes.

Au total, 964 réponses ont été enregistrées provenant de 19 pays membres sur les 26 pays dotés d'organismes de formation (*lire l'encadré « Origine des réponses de l'enquête », page 32*).

Avant d'aller plus loin, notons que l'auteur a choisi d'exposer les résultats de façon globale, à l'échelle européenne et non par État. Il s'en explique en précisant que « *de très fortes variations sont enregistrées sur le plan national ; il serait injuste de pointer du doigt un pays entier, alors que le problème se situe au sein*

de certains organismes de formation. De plus, l'objet de l'étude est de faire évoluer la législation européenne de manière globale, en amorçant le débat à la suite de ce constat inacceptable ».

S'agissant du premier résultat évoqué plus haut : 10 % des étu-



dants ont déclaré que leur activité clinique s'est limitée à un rôle d'observateur. Autrement dit et répons-le, un praticien sur dix diplômé en Europe n'a donc jamais réalisé personnellement de soins sur un patient. Marco Maze-

Plus des trois quarts des étudiants n'ont jamais réalisé d'éclaircissement, de chirurgie parodontale, de pose d'implant, d'extraction de dent incluse ni de prothèse sur implant.

vet précise : « *Quand bien même ces chiffres seraient, par aléas statistiques, surreprésentés, cette population existe et semble en contradiction avec l'annexe de la directive européenne qui inscrit la "pratique clinique" au nombre des exigences du cursus.* »

Propos confirmé par Martin Froh, directeur de l'unité de la liberté de circulation des professionnels, interrogé à ce sujet lors de l'assemblée générale du Conseil européen des chirurgiens-dentistes en octobre 2015, et selon lequel « *une absence de pratique sur les patients ne serait pas conforme à la directive 2005/36 CE* ».

En pratique, les étudiants étaient invités à répondre sur la fréquence de réalisation de 34 actes listés dans le questionnaire (*lire l'encadré page 33*). Là encore, le constat apparaît peu satisfaisant :

- Un quart des actes a été réalisé plus de dix fois par 60 % des étudiants ;
- Deux tiers des actes ont été réalisés moins de

cinq fois par 50 % des étudiants ;

- Plus de 75 % des étudiants n'ont jamais réalisé cinq des 34 actes (éclaircissement, chirurgie parodontale, pose d'un implant, extraction de dent incluse, réalisation d'une prothèse sur implant) ;

- Au moins 90 % des étudiants se sentent autonomes pour sept actes sur 34 (examen intra-oral, prévention

carieuse, prise de clichés radiographiques, anesthésie, restauration directe, détartrage, prévention parodontale) ;

- Plus de 50 % des répondants estiment pouvoir réaliser 28 des 34 actes en autonomie.

Ces résultats mettent en exergue

« l'absence d'un minimum de réalisation d'actes cliniques à l'échelle européenne », souligne l'auteur qui poursuit : « L'objectif de compétence dans les actes "de base" ne semble pas pouvoir être raisonnablement atteint compte tenu de la faible réalisation de certains traitements, pourtant élémentaires dans une pratique quotidienne : environ un étudiant sur trois n'a jamais réalisé de prothèse fixée, près d'un étudiant sur deux n'a jamais réalisé de retraitement endodontique ou de gestion d'un traumatisme en denture temporaire. La faible fréquence d'actes d'interdisciplinarité est également frappante, voire préoccupante : près d'un étudiant sur trois n'aurait jamais prescrit de traitement médicamenteux en fonction de l'historique médical du patient. »

Après avoir dressé l'état des lieux des formations cliniques en UE, l'auteur avance une solution visant à « garantir la qualité des programmes de chirurgie dentaire ». Il s'agit de modifier l'annexe de la directive 2005/36 contenant les sujets devant être abordés pendant la formation. « Cette liste est archaïque et ne répond pas, comme exposé lors de l'étude, aux exigences actuelles de la profession. [...] Dans un futur proche, une modification de ce texte affirmant la nécessité de la formation clinique sur patients pourrait permettre la fin de la dérive la plus évidente présentée par cette étude : diplômer des étudiants sans aucune pratique clinique personnelle sur patients pendant leur cursus. »

À la lecture ce travail, une ques-

Démographie et mobilité européennes

Nous reproduisons ci-dessous quelques chiffres (datant de 2013) extraits de la thèse de Marco Mazevet intitulée « Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union européenne » :

- Il existe en moyenne en Europe 9,3 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants (14 au Danemark, 15 en Suède, 13 en Grèce, 6 en France et en Grande Bretagne). Cette moyenne a évolué de 5,8 en 1990 à 9,3 en 2013.

- Une étude publiée en 2011 indique que ces variations ne correspondent pas à un besoin accru de la population en termes de soins dentaires et ne se traduisent pas par une amélioration de l'accès aux soins.

Le nombre de praticiens formés varie également.

Si la moyenne européenne est de 0,25 praticien formé par an pour 10 000 habitants, la Roumanie arrive en tête avec trois fois plus de praticiens. Avec des modalités très différentes d'accès aux études odontologiques, allant d'un concours d'accès très sélectif à un accès ouvert, avec une régulation par certains États via un *numerus clausus* contraignant et une absence de régulation dans d'autres, on observe une mobilité intra-européenne tant des étudiants que des praticiens. Ainsi, en 2014, 34,7 % des primo-inscrits au tableau de l'Ordre en France étaient titulaires d'un diplôme non français.

Si l'Organisation mondiale de la santé recommande un praticien de l'art dentaire pour 3 500 habitants, la proportion est en Espagne de 1 pour 1 167 habitants. On constate dans ce pays une « explosion » des chaînes de cabinets *low cost* (Vitaldent, Funnydent) et l'incarcération de leurs dirigeants pour criminalité financière, tandis que de nombreux praticiens sont au chômage ou exercent une autre profession...

tion demeure : les étudiants n'ayant jamais soigné de patients sont-ils répartis sur le territoire européen ou proviennent-ils du ou des mêmes organismes de formation ?

Puisse cette étude, largement diffusée, provoquer des interrogations tant chez les étudiants ten-

tés de se « délocaliser » que des structures d'enseignement. Les commissions Législation et Europe et de l'Enseignement et des Titres du Conseil national restent attentives sur ce sujet. ■

(1) Principe acté par la directive 2005/36/CE modifiée par la directive 2013/55/UE.

Trois questions à Marco Mazevet

Pourquoi ne pas avoir donné les résultats État par État ?

Plusieurs raisons ont motivé ce choix. En premier lieu, pour obtenir des réponses des étudiants, nous leur avons certifié que les résultats ne seraient pas publiés avec une perspective nationale, mais d'un point de vue global. Ensuite, notre objectif n'était pas de stigmatiser les facultés qui font très bien leur travail par rapport à d'autres implantées dans le même État et qui forment, *a priori*, moins bien les étudiants. Autrement dit, le déficit de formation clinique ne s'observe pas à l'échelle d'un pays, mais au sein de certaines facultés.

Toutefois, si la répartition n'a pas été rendue publique, l'European Dental Students' Association (EDSA) devra veiller à transmettre la liste des organismes en situation de non-conformité aux autorités compétentes que sont l'Association for Dental Education in Europe (ADEE), le Council for European Dentists (CED) et la Commission européenne si aucune amélioration manifeste n'est observée l'année prochaine. Il est impensable que cette situation puisse perdurer.

10 % des étudiants sont diplômés sans pratique clinique...

Ce résultat nous a vraiment surpris. On savait que beaucoup d'étudiants se trouvaient dans ce cas, mais 10 % représente un taux considérable. De plus, certains actes qui paraissent essentiels pour



notre exercice, comme la prescription médicale, sont très peu réalisés par les étudiants, même dans les UFR où la formation clinique est présente.

Il s'agit d'une non-conformité par rapport à la législation européenne, et il va falloir y remédier. On ne peut pas former de chirurgiens-dentistes sans qu'ils dispensent de soins à des patients. Les structures concernées doivent au plus vite s'adapter et proposer un cursus hospitalier aux étudiants.

Quel est l'objectif de votre thèse ?

Le premier : trouver des solutions pour permettre à tous les étudiants européens, sans exception, de travailler sur les patients. À terme, les résultats de l'enquête doivent alerter la profession et le corps enseignant pour permettre une régulation des facultés en fonction de

la quantité de patients disponibles. Il n'est pas acceptable de former 300 étudiants par an si certaines facultés n'ont pas la capacité de les former cliniquement. Cette étude constitue une première étape pour apporter des éléments de preuve et aboutir à une prise de conscience de la Commission Européenne de nature à instaurer de futures négociations avec cette institution. Les différentes associations du monde dentaire, telles que l'EDSA, le CED, l'ADEE, la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires (Fedcar), devront quant à elles statuer sur ce phénomène à la rentrée. J'espère qu'une position commune pourra alors être formulée. ■

Origine des réponses de l'enquête

- **Pays participants :** Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Estonie, Espagne, Finlande, France, Italie, Lettonie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, République tchèque, Royaume-Uni, Suède.
- **Pays n'ayant pas participé :** Bulgarie, Danemark, Grèce, Hongrie, Irlande, Lituanie, Slovaquie.
- **Pays ne possédant pas d'organisme de formation :** Chypre, Luxembourg.

Les 34 actes considérés par l'étude

Selon l'enquête menée par Marco Mazevet sur la formation clinique des étudiants européens, « ces 34 actes répondent à des traitements pour lesquels le chirurgien-dentiste diplômé "devrait être compétent" ou "avoir des connaissances"⁽¹⁾ ». Cette liste comporte une très large majorité d'actes « de base » qu'un omnipraticien est amené à effectuer dans sa pratique quotidienne et une liste d'actes pour lesquels un praticien doit avoir des connaissances. Ci-dessous, la liste exhaustive de ces actes.

• Être compétent pour :

- Réaliser et interpréter des clichés radiographiques intrabuccaux;
- Réaliser des empreintes, les couler, les monter en fonction des enregistrements des relations intermaxillaires;
- Évaluer la douleur oro-faciale;
- Évaluer les fonctions sensorielles et motrices buccales et mandibulaires;
- Prescrire un traitement médicamenteux en prenant en compte l'histoire médicale du patient;
- Évaluer les besoins du patient et élaborer un plan de traitement global;
- Réaliser les procédures de prévention de la maladie carieuse;
- Réaliser les procédures de prévention des maladies parodontales;
- Réaliser des anesthésies locales et loco-régionales;
- Réaliser un détartrage;
- Réaliser un surfaçage radiculaire;
- Réaliser des traitements restaurateurs en technique directe (composites, amalgames, CVI);
- Réaliser des traitements restaurateurs en technique indirecte (inlay-onlay, facettes);

- Réaliser un traitement endodontique initial sur une dent monoradiculée;
 - Réaliser un traitement endodontique initial sur une dent pluriradiculée;
 - Réaliser un retraitement endodontique par voie orthograde;
 - Réaliser une reconstitution corono-radiculaire;
 - Réaliser une prothèse provisoire;
 - Réaliser une prothèse fixée unitaire;
 - Réaliser une prothèse fixée plurale;
 - Réaliser une prothèse supra-implantaire;
 - Réaliser une prothèse amovible partielle;
 - Réaliser une prothèse amovible totale;
 - Réaliser une extraction simple d'une dent sur arcade;
 - Réaliser une extraction complexe (nécessitant une alvéolectomie ou une séparation de racines);
 - Diagnostiquer des lésions de la muqueuse buccale;
 - Appliquer les gestes et soins courants d'urgence médicale;
 - Prendre en charge les pathologies carieuses et infectieuses en denture temporaire ou mixte;
 - Prendre en charge un traumatisme en denture temporaire et permanente;
 - Diagnostiquer les troubles orthodontiques et savoir adresser le patient à un spécialiste.
- ### • Avoir des connaissances pour :
- Réaliser un traitement chirurgical parodontal;
 - Réaliser un éclaircissement dentaire;
 - Réaliser une extraction d'une dent incluse;
 - Poser un implant.

(1) D'après *Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009*, J. Cowpe, A. Plasschaert, W. Harzer, H. Vinkka-Puhakka et A. D. Walmsley.

Informez le patient sur le risque d'aggravation de son état dentaire

En résumé

Le non-respect du devoir d'information alimente le contentieux, ainsi que l'illustre un arrêt de la Cour de cassation de juin 2016 qui concerne un chirurgien-dentiste. Dans un contexte particulier, ce praticien s'est vu reprocher de ne pas prouver « avoir alerté sa patiente qui l'a appelée en décembre 2007 [après une phase d'interruption des soins pour cause de grossesse difficile, juste avant laquelle des prothèses provisoires ont été posées] ni des risques encourus pour son état bucco-dentaire en l'absence de consultation dans les meilleurs délais afin pour le moins de traiter les caries, ni de la contre-indication à utiliser fréquemment du Fixodent pour resceller des bridges provisoires ». Le juge statue par référence à la perte de chance (fixée ici à 20 %), alors que la patiente entendait obtenir réparation de l'intégralité de ses préjudices.

Le contexte

L'information du patient n'en finit pas d'alimenter le contentieux; un arrêt récent concerne du reste directement les chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾. Les circonstances factuelles, énoncées dans l'arrêt de la Cour de cassation et dans le pourvoi, mé-

ritent d'être rappelées. Le D^r X, chirurgien-dentiste, a prodigué, à compter de mars 2004, des soins à M^{me} Y. Après l'annonce en mai 2007 par M^{me} Y de sa grossesse (décrite comme « difficile ») et de son intention d'interrompre le traitement jusqu'à la naissance de l'enfant en décembre 2007, le praticien lui a posé des bridges provisoires et lui a conseillé d'aller consulter un praticien proche

de son domicile en cas de descèlement. L'on apprend également à la lecture de l'arrêt qu'à cette date, au vu des éléments du dossier, notamment d'une radiographie du 23 mars 2007, M^{me} Y « ne présentait pas de lésions carieuses radiologiquement visibles ». Rebondissement : postérieurement à la naissance de l'enfant (en décembre 2007), la patiente a repris contact avec son chirurgien-den-



tiste pour lui communiquer sa décision de reporter la reprise des soins. Finalement, le rendez-vous aura lieu le 28 novembre 2008. Le praticien a alors constaté une aggravation préoccupante de l'état bucco-dentaire de M^{me} Y, en raison des nombreuses caries observées sur les dents naturelles, supports des prothèses.

La patiente a assigné en justice le D^r X et son assureur; elle déclenche donc une action en responsabilité civile afin d'obtenir une indemnisation de l'ensemble des préjudices subis. Sans plus de précisions dans l'arrêt de la Cour de cassation, le praticien a été déclaré fautif puisque des manquements dans l'exécution

des soins prothétiques prodigués jusqu'en décembre 2007 ont été relevés. Cela dit, le litige se concentre sur des manquements au devoir d'information et de conseil lors de l'aggravation de l'état bucco-dentaire de M^{me} Y, et ce à partir de janvier 2008. Remarquons immédiatement que la violation du devoir d'information porte ici sur la phase d'interruption et ses conséquences (la possible aggravation de l'état de la patiente), et donc sur ce qu'il aurait fallu annoncer à la patiente lors de sa prise de contact en décembre 2007. Il est alors intéressant de revenir au pourvoi, lequel relate le travail de l'expert judiciaire.

Celui-ci a expressément noté que «la reconstitution des faits a été validée de manière contradictoire par les deux parties lors de la réunion d'expertise»; il a relevé que le D^r X a exposé qu'elle a été prévenue en décembre 2007, par M^{me} Y, de son souhait de reporter les soins au printemps, et que la patiente lui a indiqué «*refix[er] régulièrement les bridges antérieur et supérieur droit en employant du Fixodent et s'est plainte de ce qu'à la mandibule, les dents sous les prothèses seraient très cariées*». De surcroît, pendant sa grossesse, la patiente a consulté un autre praticien, le D^r Z, chirurgien-dentiste, à trois ou quatre reprises en raison de descellements.



L'analyse

»»

C'est dans ce contexte que les juges ont retenu la méconnaissance du devoir d'information. Plus exactement, les juges rappellent, tout d'abord, la règle de droit applicable : aux termes de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, le professionnel de santé doit informer son patient des différentes investigations, traitements ou actes de soins qui lui sont proposés, de leur utilité, de leurs conséquences et des risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi

prise de la règle selon laquelle la preuve de l'information pèse sur le professionnel de santé] ni des risques encourus pour son état bucco-dentaire en l'absence de consultation dans les meilleurs délais afin pour le moins de traiter les caries, ni de la contre-indication à utiliser fréquemment du Fixodent pour resceller des bridges provisoires [la teneur de l'information, voire du conseil que, selon le juge, le chirurgien-dentiste aurait dû délivrer à la patiente]».

Reste la sanction du défaut d'information : les juges y voient une perte de chance ; le praticien « a fait perdre à sa patiente une chance de stopper la dégradation de ses dents

partielle ⁽²⁾ », alors M^{me} Y demandait une réparation de tous les préjudices subis, réparation dite « intégrale ». Aussi est-il reproché au juge d'avoir relevé un moyen d'office, de sa propre autorité, sans qu'un débat entre les parties ait pu naître. La Cour de cassation casse l'arrêt sur le fondement de l'article 16 du Code de procédure civile : « [En] relevant d'office ce moyen tiré de la perte de chance, sans inviter au préalable les parties à s'en expliquer, la cour d'appel a violé le texte susvisé ». L'affaire est alors renvoyée devant la cour d'appel de Paris.

Il n'en reste pas moins que, au-delà de cette approche procédurale (inviter les parties à réagir sur l'application de la perte de chance), il nous semble que la cour d'appel s'est à juste titre référée à la perte de chance, qui demeure le mécanisme traditionnellement invoqué pour sanctionner le défaut d'information. Les juges de renvoi ne devraient donc pas statuer différemment. Sauf qu'ils pourraient considérer que la perte de chance est supérieure à 20 % (ou inférieure...). Doit-on y voir, du côté de la patiente, une forme de pari où, pour espérer obtenir plus, il faut accepter de perdre du temps en poursuivant devant la cour d'appel de renvoi ? ■

David Jacotot

Malgré la condamnation du praticien à lui verser la somme de 7 000 euros, la patiente estime ne pas avoir été dédommée de l'ensemble des préjudices subis.

que des autres solutions possibles et des conséquences prévisibles en cas de refus. Ils ajoutent deux données juridiques : d'une part, « l'information donnée par le praticien à son patient doit être loyale, claire et appropriée » ; d'autre part, « la charge de prouver, par tous moyens, qu'il a rempli son obligation incombe au professionnel de santé ».

Après avoir énoncé le fondement juridique, ils considèrent, ensuite, que « force est de constater que le D^r X n'établit pas avoir alerté M^{me} Y qui l'a appelée en décembre 2007 [re-

en l'absence d'interruption des soins et d'éviter un traitement plus lourd, laquelle doit être évaluée à 20 % ». Le juge condamne le chirurgien-dentiste et son assureur « à verser à M^{me} Y la somme provisionnelle de 7 000 euros à valoir sur l'indemnisation de la perte de chance ».

Un pourvoi en cassation est formé. L'on s'attend à ce que l'auteur du pourvoi soit le praticien. Pas du tout : c'est le patient qui critique la solution retenue. Le juge a statué par référence à la perte de chance, parfois dénommée « réparation

(1) Cass., 1^{re} ch. civile, 15 juin 2016, n° 15-18496, inédit.

(2) Image juridiquement inexacte, mais compréhensible par le non-juriste.

Se préparer au préjudice d'impréparation du patient...

En résumé

Le droit à l'information du patient est un droit personnel, détaché des atteintes corporelles, accessoire au droit à l'intégrité physique. En cas de méconnaissance de ce droit, le patient peut recevoir une indemnisation en invoquant la perte de chance. Toutefois, indépendamment de la perte de chance, le patient peut obtenir réparation d'un préjudice d'impréparation, ainsi que le rappelle le juge.

Le contexte

La réparation du patient en cas de violation du devoir d'information anime la jurisprudence depuis plusieurs années. L'actualité jurisprudentielle montre que le contentieux ne se tarit pas, ainsi que l'illustre un arrêt rendu par le Conseil d'État en juin 2016⁽¹⁾. Nul ne conteste l'existence d'un droit du patient à l'information ; aux termes de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur*

les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » L'information est, selon la Cour de cassation, un « *droit personnel, détaché des atteintes corporelles, accessoire au droit à l'intégrité physique [...]*⁽²⁾ ». Ce droit est attaché à tel point à la personne qu'il a pu être écrit : « *Informé le patient, c'est le traiter en sujet du soin, non en objet de traitement, c'est faire de lui, en dépit de sa vulnérabilité,*

un pair, non en savoir, mais en statut. » Ou encore : « *On ne saurait dissocier le corps et l'esprit : le propre de la personne physique est d'être inséparablement chair et esprit.*⁽³⁾ » Parce que l'obligation de recueillir le consentement du patient est « *imposée par le respect de la personne humaine* », le défaut d'information dont il est victime constitue une atteinte grave aux droits de la personne. Toutefois, pour être pleinement un droit personnel, encore faut-il trouver une sanction appropriée lorsque le devoir d'information a été méconnu par le professionnel de santé. Le Code de la santé publique n'est ici d'aucun



»» secours : il est muet. Le juge comble au fil des arrêts cette lacune.

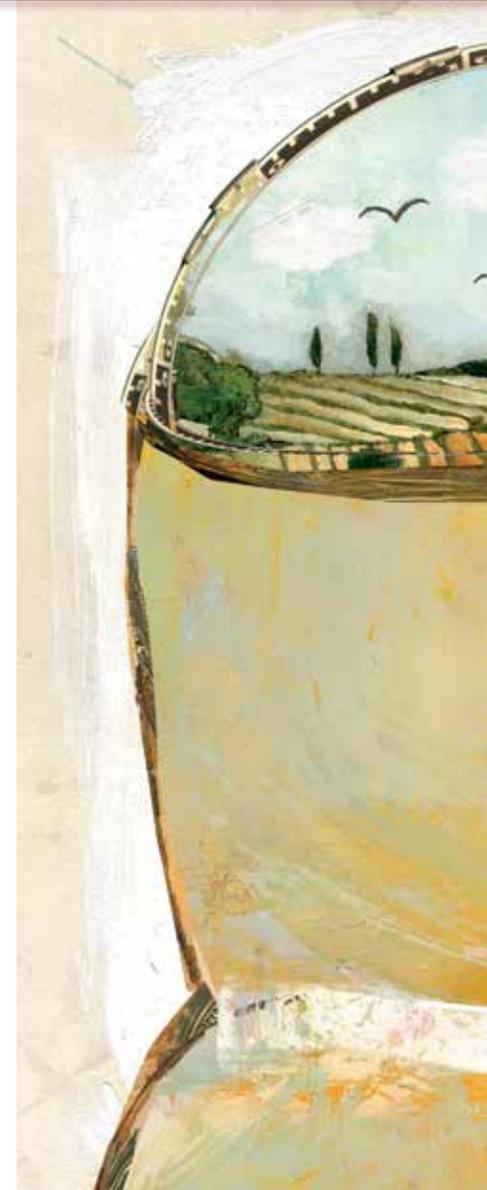
Pendant très longtemps, la Cour de cassation (hypothèse où le patient est soigné dans une clinique ou au sein d'un cabinet libéral) et le Conseil d'État (hypothèse où le patient est soigné dans un établissement public de santé) ont vu dans la notion de « *perte de chance* » la seule sanction possible, laquelle se traduisait par l'attribution à la victime de dommages-intérêts ⁽⁴⁾. Mais il était des situations où le patient ne recevait aucun dédommagement. Ainsi, pour les juges, le manquement d'un médecin à son obligation d'information engage sa responsabilité dans la mesure où il a privé le patient d'une chance de se soustraire au risque lié à l'intervention en refusant qu'elle soit pratiquée; lorsque l'intervention est impérieusement requise, en sorte que le patient ne dispose d'aucune possibilité raisonnable de refus, le patient ne subit aucune perte de chance. C'est donc admettre que le non-respect du devoir d'information n'est pas toujours indemnisé; partant, est-il véritablement un droit si important?

Assurément la réponse est positive. La Cour de cassation a récemment indiqué que « *la lésion de ce droit subjectif [à l'information] entraîne un préjudice moral, résultant d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à*

l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle ⁽⁵⁾ ». Le Conseil d'État lui a embrayé le pas en 2012 ⁽⁶⁾, comme le confirme l'arrêt du 16 juin 2016 étudié, en considérant que, « *indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a subis du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité* ». À ce stade de l'analyse, le patient du secteur public et celui du secteur privé sont traités de manière identique : qu'il se retourne devant le juge administratif ou devant le juge judiciaire, ses chances de percevoir une indemnisation en cas de méconnaissance du devoir d'information sont proches. Justement, l'arrêt du Conseil d'État de 2016 apporte une précision qui rapproche encore davantage sa jurisprudence de celle de la Cour de cassation.

L'analyse

Le Conseil d'État considère que « *s'il appartient au patient d'établir la réalité et l'ampleur des préjudices qui résultent du fait qu'il n'a pas pu prendre certaines dispositions personnelles dans l'éventualité d'un accident, la souffrance morale qu'il a endurée lorsqu'il a découvert, sans y avoir été préparé, les consé-*



quences de l'intervention doit, quant à elle, être présumée».

Cette formule appelle une observation. S'il pèse sur le praticien la charge de prouver qu'il a bien informé le patient en application de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, il appartient normalement au patient de prouver le préjudice subi. Mais, ici, les hauts magistrats retiennent une présomption de souffrance morale lorsque le risque (pour lequel aucune information n'a été délivrée) est intervenu. Cette pré-



somption, semble-t-il, est irréfutable, c'est-à-dire que la preuve contraire (absence de souffrance morale) ne peut pas être rapportée par celui qui y a intérêt, en l'occurrence le praticien. Si tel est bien le sens de l'arrêt, le fardeau probatoire du patient est considérablement allégé : ni violation du devoir d'information, ni préjudice d'impréparation à prouver. Cela dit, l'on constate un rapprochement des jurisprudences du Conseil d'État et de la Cour de cassation, cette dernière ayant décidé que

«le non-respect par un médecin du devoir d'information dont il est tenu envers son patient, cause à celui auquel cette information était légalement due un préjudice qu'en vertu du texte susvisé [principes du respect de la dignité humaine et d'intégrité du corps humain] le juge ne peut laisser sans réparation⁽⁷⁾». Une indemnisation certes, mais reste à connaître le montant qui sera alloué. Sera-t-il en quelque sorte symbolique ? Et surtout, comment l'évaluer ? ■

David Jacotot

(1) CE, 16 juin 2016, n° 382479, revue *Dalloz* 2016, p. 1501, obs. F. Vialla.

(2) Cass., 1^{re} ch. civile, 12 juillet 2012, n° 11-17510, revue *Dalloz* 2012, p. 2277, note M. Bacache.

(3) S. Hocquet-Berg « La place du défaut d'information dans le mécanisme d'indemnisation des accidents médicaux », revue *Responsabilité civile et assurances*, 2010, étude n° 5.

(4) Dit autrement, de l'argent.

(5) Cass., 1^{re} ch. civile, 12 juillet 2012, préc.

(6) CE, 10 octobre 2012, n° 350426.

(7) Cass., 1^{re} ch. civile, 12 juin 2012, n° 11-18327, *Bulletin* 2012, I, n° 129.

Un refus d'inscription sur la liste des experts d'une obscure clarté

En résumé

Un chirurgien-dentiste a sollicité son inscription sur la liste des experts d'une cour d'appel. L'autorité compétente, en l'occurrence l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel saisie, a refusé de l'inscrire pour un motif qui laisse perplexe, à tout le moins surprend. Le praticien a exercé un recours devant la Cour de cassation, sans plus de succès. En définitive, la solution de cette dernière éclaire peu et appelle une remarque suivie d'une question : une « *meilleure justice* » (mieux acceptée) suppose une « *justice comprise* » ; n'est-on pas légitime à attendre, en ce domaine de l'inscription sur les listes d'expert comme dans bien d'autres, que la Cour de cassation rendent des arrêts plus motivés ?

Le contexte

Il est des décisions de justice qui portent sur des questions rarement débattues, et pourtant intéressantes. Dans un arrêt de 2016, la Cour de cassation a été saisie d'une question ayant pour thème l'inscription d'un chirurgien-dentiste sur la liste des experts judiciaires ⁽¹⁾. Avant d'évoquer ce contentieux, rappelons les textes relatifs aux modalités d'inscription initiale et de réinscription des experts sur les listes dressées par les cours d'appel : ce sont la

loi du 29 juin 1971 modifiée par la loi n° 2004-130 du 11 février 2004, réformant le statut des experts judiciaires, et le décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004, pris pour son application. Ajoutons que la Cour de cassation, par six arrêts importants du 21 septembre 2006, a complété ces textes. Ainsi a-t-elle affirmé que les dispositions de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (sur le procès équitable) ne sont applicables ni à la procédure d'inscription initiale, ni à celle de réinscription des experts ⁽²⁾ et que

l'appréciation tant des qualités professionnelles du candidat à l'inscription que l'opportunité de l'inscrire échappe au contrôle de la Cour de cassation ⁽³⁾. Par ailleurs, l'autorité compétente pour accepter ou refuser l'inscription est l'assemblée générale des magistrats de la cour d'appel devant laquelle la candidature est déposée ; sa décision est susceptible d'un recours devant la Cour de cassation ⁽⁴⁾, sans que ce recours constitue juridiquement un pourvoi en cassation ⁽⁵⁾. En l'espèce, un praticien « *a sollicité son inscription initiale sur la*

liste des experts judiciaires [d'une cour d'appel, dans la spécialité odontologie générale (F-06.01)]. L'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel a pris la décision suivante : « *Refus d'inscription en raison de l'absence de preuve d'une formation et d'une activité valorisante conférant une qualification suffisante dans les rubriques demandées.* » Une telle motivation ne manque pas de surprendre. Toutefois, si les assemblées générales des magistrats du siège des cours d'appel doivent motiver leurs décisions refusant la réinscription d'un expert ⁽⁶⁾, les décisions de refus d'inscription initiale n'ont pas, elles, – étonnamment – à être motivées. Aucun texte ne prévoit, en effet, la motivation des décisions de refus d'inscription initiale ⁽⁷⁾. Ici, bien qu'elle n'ait pas été obligée de motiver sa décision, l'assemblée générale des magistrats a cependant préféré éclairer le candidat. « *Éclairer* », le mot est certainement mal choisi, à tel point du reste que le praticien auteur du recours écrit « *ne pas comprendre le motif invoqué* »... Présentons son argumentaire avant de revenir sur la solution de la Cour de cassation.

L'analyse

Le professionnel de santé tente d'obtenir cassation de l'arrêt en essayant de convaincre la Cour de cassation à la fois de l'insuffisance et de l'inexactitude de la motivation adoptée par l'assem-

blée générale des magistrats. Il s'appuie sur des données factuelles permettant, selon lui, de prouver non seulement son expérience professionnelle (il est « *en activité depuis plus de 20 ans* »), mais aussi son investissement en termes de formation continue en odontologie, sans oublier le diplôme obtenu en matière d'expertise (il s'agit d'un « *diplôme universitaire d'expertise maxillo-faciale et bucco-dentaire* »); il souligne également avoir « *exercé des fonctions d'enseignant hospitalo-universitaire* ». Cela dit, au regard de cet argumentaire, l'on comprend difficilement que l'assemblée générale des magistrats ait conclu à « *l'absence de preuve d'une formation et d'une activité valorisante* ». La Cour de cassation rejette cependant le recours : « *C'est par des motifs exempts d'erreur manifeste d'appréciation au regard des éléments du dossier que l'assemblée générale a décidé de ne pas inscrire M. X sur la liste des experts judiciaires de la cour d'appel.* » Cet attendu appelle trois observations.

Tout d'abord, la Cour de cassation étudie exclusivement le motif figurant dans le procès-verbal de décision de l'assemblée générale des magistrats de la cour d'appel ⁽⁸⁾. Ensuite, la Cour apporte une précision relativement à son contrôle : il s'agit de l'erreur manifeste d'appréciation, c'est-à-dire d'un contrôle restreint (en quelque sorte « *léger* »); l'on parle d'une « *erreur évidente, qui ne fait aucun doute pour un esprit éclairé* ⁽⁹⁾ ». Enfin, elle considère que « *les motifs (de l'assemblée générale des magistrats)*

sont exempts d'erreur ». Pourquoi cette absence d'erreur? On l'ignore, ce qui est peu satisfaisant. On aurait aimé que la Cour fût plus loquace.

Par exemple, dans une affaire de refus de réinscription, la Cour de cassation a admis la motivation selon laquelle « *le candidat avait des difficultés relationnelles sérieuses avec les parties ou leurs conseils [...], son attitude était contraire à la loyauté et à la sérénité que l'on est en droit d'attendre d'un expert et nuisait à la confiance que l'on est en droit de lui accorder* »; motivation qui nous semble plus claire. ■

David Jacotot

(1) Cass., 2^e ch. civile, 23 juin 2016, n° 16-60020, non publié au *Bulletin*.

(2) Cass., 2^e ch. civ., 21 septembre 2006, n° 05-21978, *Bulletin*, II, n° 239 et n° 06-12007, *Bulletin*, II, n° 243.

(3) Cass., 2^e ch. civ., 21 septembre 2006, n° 05-21978, *Bulletin*, II, n° 239.

(4) Article 20 du décret du 23 décembre 2004.

(5) Les dispositions de l'article 973 du Nouveau Code de procédure civile ne sont donc pas applicables, et ce recours peut être exercé sans la représentation d'un avocat au Conseil d'État ou à la Cour de cassation, qui n'est imposée par aucun texte : Cass., 2^e ch. civ., 21 septembre 2006, n° 05-21978, *Bulletin*, II, n° 239.

(6) Article 2, IV modifié de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971.

(7) En ce sens : Cass., 2^e ch. civ., 21 septembre 2006, n° 05-21978, *Bulletin*, II, n° 239; Cass., 2^e ch. civ., 26 mai 2012, n° 11-61219, *Bulletin*, II, n° 88.

(8) Cass., 2^e ch. civ., 21 septembre 2006, n° 06-12698, *Bulletin*, II, n° 250.

(9) Sur ce type de contrôle déjà retenu en présence d'un refus de réinscription, voir Cass., 2^e ch. civ., 21 septembre 2006, n° 06-10852, *Bulletin*, II, n° 245.

Cohésion

« **À** la sortie de mes études, je n'avais absolument pas l'esprit militaire ». Et pourtant, Rémy Robert affiche aujourd'hui 12 ans de réserve opérationnelle sur son CV. Installé aujourd'hui dans le Var, il explique : « J'ai effectué mon service national dans la marine, à Toulon, en 1984, sans motivation. À la fin de mon service, le désir de naviguer en Bretagne sur les goélettes "Belle-Poule" et "Étoile", vieux gréements de la marine nationale, m'a incité à entrer dans la réserve. »

Avec la disparition du service militaire et la pénurie de chirurgiens-dentistes dans l'armée, « j'ai été sollicité en 2000 pour assurer des vacations à l'hôpital d'instruction des armées de Toulon dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. Progressivement gagné par l'esprit militaire j'ai accepté cette activité hospitalière pour me permettre d'exercer hors de mon cabinet. »

Avec un DU d'odontologie médico-légale obtenu en 1999, Rémy Robert s'intéresse à une autre facette

participé à l'identification de plus de 3 000 corps. Le plus terrible à affronter ? L'odeur plus que la vision des corps ».

À la suite de cette mission, il intègre la cellule d'identification de l'IRCGN de Rosny-sous-Bois. Appelé six mois plus tard pour le crash aérien survenu en août au Venezuela, il gère la cellule d'identification ante mortem à Fort-de-France. Parallèlement à son activité de légiste, il participe à deux missions militaires de deux mois, en 2007 et 2009, sur les théâtres d'opérations extérieures « Astrée », en Bosnie, et « Épervier », au Tchad. Il raconte : « Ces expériences hors du commun ont modifié mon comportement. J'ai découvert le véritable esprit d'équipe et, plus intensément encore, la cohésion entre militaires. On se rend vite compte qu'individuellement on n'est pas grand-chose. La réussite d'une mission parfois difficile repose sur la confiance et la solidarité du groupe. »

En 2012, il range son baret militaire pour se consacrer à son activité libé-

En participant à des théâtres d'opérations extérieures, j'ai appris que la réussite d'une mission repose sur la confiance et la solidarité.

de la profession : l'identification. Il part en février 2005 à Phuket pour l'identification des victimes du tsunami qui a frappé l'océan Indien le 26 décembre 2004. Une première expérience de dentiste légiste qui le marquera à tout jamais : « Après un tsunami, on peut tout faire. J'ai

rale et à sa passion du vin. « J'ai besoin de maîtriser le domaine qui m'intéresse. C'est la raison pour laquelle j'ai suivi un cursus et obtenu mon certificat de connaissance approfondie en sommellerie et œnologie au lycée hôtelier de Nice, ce qui m'a notamment permis de participer à l'élaboration du



Rémy Robert

- 1958 :** naissance à Toulon
- 1984 :** diplôme de chirurgien-dentiste
- 1999 :** DU d'anthropologie et d'odontologie médico-légale à Marseille
- 2000 :** engagement dans la réserve opérationnelle
- 2004-2010 :** conseiller départemental, puis vice-président du conseil départemental du Var (deux mandats)
- 2005 :** identification des victimes du tsunami en Thaïlande et du crash aérien au Venezuela
- 2007 :** certificat de connaissance approfondie en œnologie
- 2016 :** identification des victimes de l'attentat de Nice

« Guide Vins de Provence », explique-t-il avec une pointe de fierté.

Plus récemment, l'attentat du 14 juillet à Nice le ramène à l'identification : « J'ai été sollicité la nuit du 14 au 15 juillet par le coordinateur de la police judiciaire pour faire partie de l'équipe. J'ai accepté dans un élan de solidarité, animé par le besoin de contribuer à identifier l'ensemble de ces victimes afin de pouvoir les rendre à leurs familles dans les meilleurs délais. Je tiens à leur rendre hommage ; mes 12 heures à leurs côtés sont, en quelque sorte, ma minute de silence. » ■

PRÉCISION

Le portrait paru dans La Lettre n° 148 daté juin 2016 et intitulé : « Une canadienne à Paris », comporte une erreur : Sacha Hoziel pratique l'ODF en exclusif et non en tant que spécialiste.

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ DENTEXIA

Pour assurer et sécuriser la reprise des soins des ex-patients des centres Dentexia, l'Ordre recommande le recours au Certificat de situation bucco-dentaire (CSBD) afin que la responsabilité du praticien assurant la reprise des soins ne soit pas recherchée. Ce CSBD sera versé au dossier du patient, qui contiendra une radio panoramique. En cas d'expertise judiciaire ultérieure, il permettra d'apprécier les lésions présentes avant la reprise des soins. Le CSBD est téléchargeable sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

✓ DPC

L'obligation de DPC est remplie, tous les trois ans, dès lors que le praticien se conforme au parcours défini par le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes ou qu'il justifie de son engagement, au cours d'une période de trois ans, soit dans une démarche d'accréditation, soit dans une démarche de DPC comportant des « actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques ». Le praticien peut également faire valoir les formations suivies à l'université. Toutes les informations sur <https://www.mondpc.fr/>



✓ RÉFÉRENT « VIOLENCES »

L'Ordre lance un appel aux chirurgiens-dentistes souhaitant devenir référent « Violences » départemental. Sa mission consiste à collecter et à transmettre les informations telles que les procédures de signalement de violences aux praticiens du département, à orienter vers les bons interlocuteurs les praticiens confrontés à des faits de violence, subis par eux-mêmes ou par des patients, et à délivrer une formation aux praticiens sur la détection et la prise en charge de violences. Les candidatures doivent être déposées dans le courant du mois de septembre au siège de son conseil départemental.



✓ SONDAGE

L'Ordre lance un sondage auprès des 42 000 chirurgiens-dentistes pour mieux comprendre les préoccupations et les priorités de la profession, inventorier les questions présentes et à venir, diagnostiquer l'image de l'Ordre auprès des praticiens, établir et hiérarchiser les besoins et les attentes vis-à-vis de l'Ordre. Pour répondre à l'enquête (jusqu'au 30 septembre) : www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/consultation



La Lettre n° 150 – Septembre 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, 23. Fotolia : pp. 1, 2, 15, 16-17, 20, 25, 28-29, 30, 43. D.R. : p. 7, 8, 32, 42.

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

5 minutes pour améliorer l'accès aux soins pour tous !

**QUESTIONNAIRE ACCÈS AUX SOINS
POUR TOUS**

*Required

Afin de faciliter le traitement des données, nous avons besoin de vous authentifier : *

Je connais mon numéro national

Je connais mon numéro RPPS



NEXT Page 1 of 19

Never submit passwords through Google Forms.

Le 20 septembre, les chirurgiens-dentistes recevront un lien par mail pour répondre à un questionnaire en ligne dont les résultats visent à améliorer l'accès aux soins pour tous. Cette enquête est également accessible à cette adresse : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/consultation>