

La Hongrie, première destination
du tourisme dentaire

p. 4

En novembre,
le Moi(s) sans tabac

p. 18

La lettre de liaison
ville-hôpital dès 2017

p. 11



HUIT ANS D'ANTENNES DÉLOCALISÉES EN ODONTOLOGIE

UN DISPOSITIF GAGNANT



4

L'ÉVÉNEMENT

La Hongrie reste la première destination du tourisme dentaire

ACTUALITÉS

- 8** RAPPORT ANNUEL
La mise en ligne du rapport d'activité du Conseil national
- 10** ÉQUIPE DENTAIRE
Intenses discussions sur la profession d'assistant dentaire
- 11** LIEN VILLE-HÔPITAL
La lettre de liaison obligatoire en 2017
- 12** ATTEINTE À LA VIE PRIVÉE
Ne pas diffuser la vidéo d'un voleur sur les réseaux sociaux!
- 13** PRÉVENTION
La MSA renforce son dispositif M'T dents
- 14** DÉONTOLOGIE
Gare aux clauses abusives de « complémentaires »
- 15** RADIOLOGIE
Le Cone Beam, un acte de concurrence déloyale ?
- 16** EUROPE
Mercure : vers une nouvelle loi européenne
- 18** LUTTE ANTI-TABAC
Lancement du Moi(s) sans tabac
- 19** LA VIE DE L'ORDRE
Les comptes 2015 du Conseil national
- 22** ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE
L'Ordre au Congrès ADF
- 23** VIE ORDINALE
Le bureau du Conseil national à Toulouse
- 24** APPEL À CANDIDATURES
Élection d'un membre titulaire au conseil régional de Bretagne
- 25** EN BREF

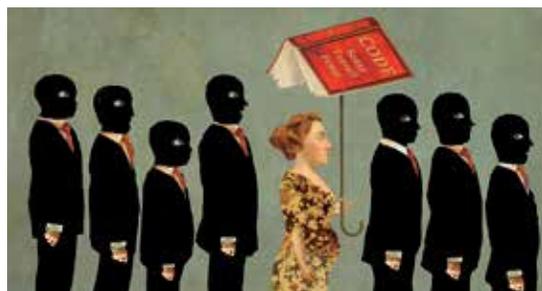


26 DOSSIER

Enquête sur huit ans d'antennes délocalisées des facs d'odontologie

JURIDIQUE

- 32** FAUTE, ALÉA
Querelle d'experts sur la lésion du nerf lingual
- 37** RUPTURE DE CONTRAT
Collaboration libérale et maternité : pas de discrimination par le sexe !



PORTRAIT

- 42** ISABELLE LAMOUR
L'or de Rio

LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

Succès

La profession est en train de connaître un véritable succès, hélas ! peu connu, avec la création d'antennes délocalisées d'UFR dans les hôpitaux de grandes agglomérations n'abritant pas de service d'odontologie. On peut même parler d'une réussite foudroyante puisque, depuis la création en 2008, à Dijon, de la première unité de ce genre, pas moins de sept autres ont été portées sur les fonds baptismaux ⁽¹⁾, et que trois autres ouvriront prochainement ⁽²⁾. Ces unités d'odontologie répondent à plusieurs buts dont un, majeur, consistant à ancrer les étudiants dans les territoires où ils suivent leur stage clinique de troisième cycle, mais aussi à développer une vraie

« Les antennes délocalisées d'UFR dans les hôpitaux développent une vraie synergie entre l'hôpital et la ville. »

synergie entre l'hôpital et la ville, objectif qui figure

au rang des propositions du Grenelle de la santé bucco-dentaire. Dans ce numéro de *La Lettre*, on lira le retour d'expérience de ces jeunes praticiens récemment diplômés qui s'installent dans des territoires peu ou sous-dotés, et qui ne le regrettent pas. C'est parce que la profession, avec pragmatisme, inventivité et efficacité, a porté collectivement ce dossier qu'elle connaît cette incontestable réussite. Nous la devons aux représentants nationaux et locaux de l'Université, des syndicats et de l'Ordre. Qu'ils en soient ici remerciés.

(1) Amiens, Boulogne-sur-Mer, Caen, Le Havre, Metz-Thionville, Orléans, Rouen.

(2) Le Mans, Poitiers, Tours.



La Hongrie reste la première destination du tourisme dentaire

En dépenses de soins dentaires, la Hongrie caracole toujours en tête des destinations européennes, selon les données 2015 du Centre national des soins à l'étranger, même si les chiffres restent extrêmement modestes. La majorité des soins bucco-dentaires concernent des traitements prothétiques et implantaires.

En 2015, la Hongrie est la première destination du tourisme dentaire français si l'on regarde le montant des remboursements effectués pour des soins bucco-dentaires à l'étranger. L'Espagne et le Portugal arrivent respectivement en deuxième et troisième positions, d'après les chiffres du Centre national des soins à l'étranger (CNSE).

Dans le détail, les assurés ont dépensé près de 12 millions d'euros (soit une augmentation de 3,7 % par rapport à 2014) et ont été remboursés pour un montant de 2,8 millions d'euros environ (soit une hausse de 8,8 % par rapport à 2014), pour une prise en charge de l'ordre de 24,3 %. À titre

de comparaison, en 2015, l'assurance maladie a remboursé plus de 2,7 milliards d'euros pour des soins bucco-dentaires (exercice libéral). S'agissant des soins réalisés à l'étranger, cette part ne représente que 0,1 % de la prise en charge globale des soins bucco-dentaires par l'assurance maladie. La dépense moyenne par dossier s'élève à 483 euros (contre 479 euros en 2014) et le remboursement moyen par dossier à 117 euros (contre 110 euros en 2014). Au total, le CNSE a remboursé, l'année dernière, 25 154 assurés pour des soins bucco-dentaires réalisés à l'étranger.

Sans surprise, la grande majorité des dépenses concernent des



»» soins prothétiques (68 %) suivis par les soins conservateurs (18 %) (voir le graphique intitulé «Répartition des soins bucco-dentaires par montant»).

À partir des données des caisses du régime général, le CNSE note que les soins bucco-dentaires à l'étranger concernent l'ensemble des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de métropole et quatre caisses des DOM. Cependant, les assurés ayant effectué des soins bucco-dentaires à l'étranger sont majoritairement affiliés aux caisses de la région Île-de-France (36,2 %), loin devant les régions Rhône-Alpes (7,9 %), Paca (7,8 %) et Alsace (6,2 %).

En 2015, 93,3 % des dossiers, 95,5 % des dépenses et 96,3 % des remboursements concernent des soins effectués au sein de la zone UE-EEE-Suisse. Selon le CNSE, «le montant des dépenses en UE-EEE-Suisse ne cesse de progresser : 3,8 % par rapport à 2014 et 25 % par rapport à 2011. Pour la première fois depuis 2011, les montants dépensés hors UE ont augmenté de 1,3 %. Cependant, depuis 2011, la chute atteint - 55,1 %».

La Hongrie, l'Espagne, le Portugal, l'Italie et la Roumanie sont les cinq pays pour lesquels les montants dépensés pour des soins bucco-dentaires sont les plus élevés et avoisinent le million d'euros. Le CNSE dégage trois profils de coûts : Hongrie et Roumanie (coût des soins supérieurs à 900 euros en moyenne), Italie, Bulgarie et Espagne (entre 600 et 900 euros), et les autres pays (de 200 à 350 euros) (voir le

Focus sur les cinq destinations les plus prisées

La Hongrie, l'Espagne, le Portugal, l'Italie et la Roumanie concentrent 65,5 % des dossiers bucco-dentaires à l'étranger (16 485), 76,4 % des dépenses des assurés (près de 9,3 millions d'euros) et 76,1 % des remboursements (2,2 millions d'euros). Les assurés ont dépensé plus de 3,4 millions d'euros en Hongrie, plus de 2,9 millions d'euros en Espagne, près de 1,8 million d'euros au Portugal et plus de 1,1 million d'euros en Italie. Les prestations réalisées ont des coûts très différents et l'origine géographique des assurés varie également selon le pays des soins.

• HONGRIE

Il s'agit essentiellement de soins prothétiques, soit 84,5 % des montants dépensés, et dans une moindre mesure de soins conservateurs (8,5 %). La dépense moyenne par assuré est de 1 341 euros et la prise en charge s'élève à 24,4 %. Dans le classement par région, l'Île-de-France (31,2 %) est suivie par les régions Rhône-Alpes (11,6 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,4 %).

• ESPAGNE

77,0 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 14,4 % à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré est de 603 euros et la prise en charge s'élève à 21,4 %. Dans le classement par région, l'Île-de-France arrive en première position (23,0 %) devant l'Aquitaine (12,3 %), le Languedoc-Roussillon (10,7 %) et Midi-Pyrénées (8,4 %).

• PORTUGAL

56,6 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 27,2 % à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré est de 228 euros et la prise en charge s'élève à 33,1 %. L'Île-de-France (52,9 %) domine le classement par région loin devant les régions Centre (7,1 %) et Rhône-Alpes (7,0 %).

• ITALIE

67,0 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 13,8 % à des soins conservateurs. Il s'agit en grande partie de soins transfrontaliers. La dépense moyenne par assuré est de 866 euros et la prise en charge s'élève à 15,8 %. En nombre de dossiers, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (43,8 %) arrive en tête loin devant l'Île-de-France (26,0 %) et la région Rhône-Alpes (6,6 %).

• ROUMANIE

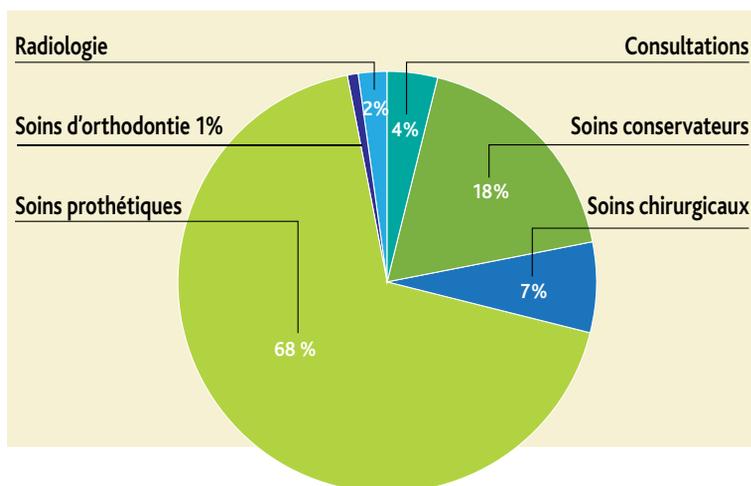
74,1 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 20,3 % à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré est de 951 euros et la prise en charge s'élève à 30,7 %. En nombre de dossiers, la région Île-de-France (33,8 %) est suivie par Provence-Alpes-Côte d'Azur (13,4 %) et Rhône-Alpes (11,0 %).

tableau intitulé «Le top 10 des destinations de soins».

«Le montant moyen des dépenses (+ 3,8 %) cache de grosses disparités selon les pays : hausse plus forte que la moyenne en Hongrie et en Espagne (respectivement 6,6 % et 5,9 % par rapport à l'année précédente), quasi-stagnation en Italie (0,9 % par rapport à 2014) et très nette baisse en Allemagne (- 28,4 % par rapport à 2014)», détaille le CNSE (voir le tableau intitulé «Évolution des montants dépensés en UE-EEE-Suisse»).

S'agissant des soins bucco-dentaires délivrés hors de l'UE, le CNSE estime que «les enjeux financiers sont modestes – 550 324 euros dépensés – mais en légère progression par rapport à 2014 (1,3 %)». Dans le détail, les États-Unis, le Liban, le Canada, le Maroc et les Émirats arabes unis sont les cinq destinations hors UE pour lesquelles les remboursements de soins bucco-dentaires sont les plus élevés en 2015. ■

Répartition des soins bucco-dentaires par montant



Évolution des montants dépensés en UE-EEE-Suisse

Pays de soins	Montant dépensé en euros	Évolution par rapport à 2014	Évolution par rapport à 2011
Hongrie	3 468 124	6,60 %	26,30 %
Espagne	2 899 149	5,90 %	13,00 %
Portugal	1 775 438	4,10 %	39,00 %
Italie	1 132 281	0,90 %	167,20 %
Roumanie	559 159	2,90 %	25,00 %
Allemagne	470 399	- 28,40 %	- 22,20 %

Le top 10 des destinations de soins

Pays de soins	Nombre de dossiers	Montant dépensé (euros)	Dépense moyenne (euros)	Montant remboursé (euros)	Prise en charge (%)
Hongrie	2 586	3 468 124	1 341	845 471	24,40 %
Espagne	4 817	2 899 149	603	620 749	21,40 %
Portugal	7 796	1 775 438	228	587 399	33,10 %
Italie	1 308	1 132 281	866	178 695	15,80 %
Roumanie	588	559 159	951	171 548	30,70 %
Allemagne	1 701	470 399	277	102 852	21,90 %
Pologne	982	327 134	333	107 392	32,80 %
Belgique	1 453	286 098	197	69 237	24,20 %
Bulgarie	219	162 859	744	35 460	21,80 %
Suisse	379	118 957	314	13 892	11,70 %
TOTAL	23 462	11 594 234	494	2 822 966	24,30 %

La mise en ligne du rapport d'activité du Conseil national

C'est la première fois que le Conseil national publie un rapport annuel destiné aux praticiens, aux autorités de santé et au grand public. Désormais, ce document sera édité chaque année.

La création de la profession d'assistant(e) dentaire, le combat contre les dérives de certains centres *low cost*, la campagne de communication pour promouvoir la médecine bucco-dentaire, la création du Conseil national professionnel, du Pôle patients et du Pôle numérique : l'Ordre retrace dans son rapport d'activité tous les temps forts de son activité en 2015. L'objectif : rendre compte des événements majeurs qui ont jalonné l'année écoulée, d'une part, et décrire les activités de l'Ordre sur le territoire, d'autre part. ■



• L'ANNÉE 2015

Trois dates clés auront principalement marqué l'année passée : la création du Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (21 mai), la création du Pôle patients (25 septembre) et la mobilisation immédiate de chirurgiens-dentistes experts en identification et de l'instance ordinaire à la suite des attentats de Paris du 13 novembre.

2. LES CHIFFRES CLÉS

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a publié son rapport annuel 2015. Voici ses conclusions essentielles, de l'année 2015.

1711 primo-inscrits
soit 41% enregistrés
au tableau de l'Ordre

63,9 c'est le nombre
de praticiens pour
100 000 habitants

1658 nouvelles
decessions
reversées

L'activité des juridictions régionales et nationales

Activité	2015	2014
Primo-inscriptions	1711	1524
Reversées	1658	1524
Enregistrés	1711	1524

• **LES CHIFFRES CLÉS**
En 2015, l'Ordre recense 1711 primo-inscrits dont 593 praticiens diplômés hors de France, ce qui représente 34,7 % des primo-inscrits au tableau de l'Ordre.

3. L'ORDRE ET SES PUBLICS

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a publié son rapport annuel 2015. Voici ses conclusions essentielles, de l'année 2015.

10 membres
du conseil national de l'Ordre

@ 2000000 d'inscrits
sur le site internet de l'Ordre

27/11 réception de l'acte
reversé de l'Ordre
à Paris

L'Ordre et ses trois échelons

L'Ordre des chirurgiens-dentistes a publié son rapport annuel 2015. Voici ses conclusions essentielles, de l'année 2015.

• **L'ORDRE ET SES PUBLICS**
Au service des chirurgiens-dentistes, l'Ordre est à l'interface entre instances internationales, pouvoirs publics nationaux, praticiens, patients et médias. Pour renforcer son action aux côtés des praticiens et à leur service, le Conseil national est en relation continue avec tous ces publics.

4. LA GOUVERNANCE

LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

LE PRÉSIDENT : Gilbert Bouteille

LES VICE-PRÉSIDENTS : André MOURAUX, Jean-Marc RICHARD, Paul SARRAIN

LES MEMBRES DU CONSEIL : Dominique CHAIX, Alain COPPIN, Michel DUBREUIL, Jean-Pierre ESCOFFIER, Jean-Christophe FERRIER, Serge GARNIER, Gilbert LAPORTE, André-Richard MARQUET, Jean-Michel MATHIEU, Guy NESTLÉ, Christian WILHELM

LES MEMBRES DU BUREAU : Jean-François de RUFFINO, Henri TISSOT, Jean-Louis LAFITE

LES MEMBRES DU BUREAU : Christophe COHEN, Dominique CHAIX, Jean-Christophe FERRIER, Gilbert LAPORTE, Jean-Michel MATHIEU, Guy NESTLÉ, Christian WILHELM

Le Conseil national

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a publié son rapport annuel 2015. Voici ses conclusions essentielles, de l'année 2015.

• **LA GOUVERNANCE**
2015 a été une année importante pour le Conseil national. Gilbert Bouteille a été élu à sa présidence accompagné de six nouveaux conseillers nationaux. Dès son entrée en fonctions, Gilbert Bouteille a insisté sur la vocation première de l'Ordre qui consiste à placer le patient au cœur de ses préoccupations. Désormais, comme son nom l'indique, le rapport annuel du Conseil national sera édité chaque année (1).

(1) Le rapport annuel 2015 est téléchargeable sur <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

Intenses discussions sur la profession d'assistant dentaire

Les réunions de travail se succèdent au ministère de la Santé pour finaliser la rédaction des référentiels d'activités et de compétences de la profession d'assistant dentaire, désormais inscrite au Code de la santé publique.

Les contours de la nouvelle profession d'assistant dentaire se précisent, et l'Ordre participe activement, au sein d'un groupe de travail, aux réunions du ministère de la Santé pour finaliser l'inscription de

le respect des règles d'hygiène et de sécurité, les règles de confidentialité et de secret professionnel, l'accueil et la communication du patient, l'assistance du praticien dans la réalisation des gestes pré, per et postsoins ⁽²⁾.

tif à l'exercice de la profession d'assistant dentaire. Ce décret contiendra, entre autres, la liste des activités réalisables par l'assistant dentaire (la définition des actes sera détaillée au sein des référentiels) et les modalités d'enregistrement des assistant(e)s dentaires confié, en l'état actuel du texte, aux Agences régionales de santé (ARS). À noter qu'un autre article du décret permettra aux étudiants en chirurgie dentaire qui ont ob-

tenu un niveau de connaissances suffisant à exercer, sur autorisation, la profession d'assistant dentaire dans les cabinets dentaires. Enfin, le texte détaille les conditions d'exercice de la profession d'assistant dentaire spécifiques aux ressortissants européens. ■

Les modalités d'enregistrement des assistants dentaires et les activités auxquelles ils pourront prétendre seront listées dans un décret qui paraîtra avant la fin de l'année.

cette profession dans le Code de la santé publique ⁽¹⁾. Composé des représentants du Conseil national de l'Ordre, de syndicats de chirurgiens-dentistes, de syndicats d'assistants dentaires et de syndicats de centres de santé, ce groupe travaille sur les référentiels d'activités et de compétences des assistant(e)s dentaires. Ces référentiels portent, entre autres, sur

Si un consensus sur le référentiel d'activités a été trouvé, le référentiel de compétences est, quant à lui, toujours en discussion. La date de publication de ces documents n'est à ce jour pas encore connue, mais le ministère de la Santé souhaite aller vite sur ce dossier puisque son objectif est la publication d'ici à la fin de l'année d'un décret rela-

(1) Réforme introduite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(2) Lire « Assistant dentaire : pour une inscription via l'Ordre », *La Lettre* n° 150, septembre 2016, p. 19.

L'ESSENTIEL

- ✓ Depuis l'inscription de la profession d'assistant dentaire au Code de la santé publique, un groupe de travail – dont l'Ordre est partie prenante – finalise la rédaction des référentiels d'activités et de compétences de la profession.
- ✓ Un décret relatif à l'exercice de la profession d'assistant dentaire à paraître en fin d'année finalisera la création de la profession.



La lettre de liaison ville-hôpital obligatoire en 2017

Ce document vise à garantir et à améliorer la continuité des soins via un partage d'informations efficace et sécurisé entre les professionnels de santé.

A partir du 1^{er} janvier 2017, la production d'une « lettre de liaison » par les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, deviendra obligatoire ⁽¹⁾. Ce document vise à garantir la continuité des soins et à améliorer la prise en charge médicale des patients entre la ville et l'hôpital, et inversement.

De quoi s'agit-il ? Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé devra désormais accompagner sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge médicale du patient. Cette lettre

comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée – par exemple le dispositif MSSanté – ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical personnel (DMP) du patient, s'il a été créé, ou lui est remise.

Lors de la sortie du patient de l'établissement de santé, une nouvelle lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, lui est remise par ce même médecin. La lettre de liaison est trans-

mise, le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient selon les mêmes modalités de transmission. Cette lettre de liaison contient les six éléments suivants :

- L'identification du patient, du médecin traitant ou du praticien adresseur et l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient, avec les dates et les modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation;
- Le motif de l'hospitalisation;
- La synthèse médicale du séjour;
- Les traitements prescrits à la sortie de l'établissement et ceux arrê-

tés durant le séjour avec le motif de leur arrêt ou de leur remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement;

- L'annonce de l'attente de résultats d'examen ou d'autres informations qui compléteront la lettre de liaison;
- Les suites à donner, y compris d'ordre médico-social, telles que les actes prévus et à programmer, les recommandations et les surveillances particulières à observer. ■

(1) D'après le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison et introduit par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ne pas diffuser la vidéo d'un voleur sur les réseaux sociaux !

L'usage d'images issues de caméras de vidéosurveillance dans un cabinet dentaire est encadré par des dispositions législatives très strictes.

Protéger son cabinet dentaire avec un dispositif de vidéosurveillance afin d'assurer la sécurité des biens et des personnes est une pratique de plus en plus répandue. Néanmoins, il convient de respecter les obligations légales dès lors que l'on a recours à ce type de système.

Récemment, un chirurgien-dentiste en a fait l'amère expérience. Victime d'un vol de sacoche sur son lieu de travail, ce chirurgien-dentiste a cru devoir diffuser sur un réseau social l'enregistrement de la vidéosurveillance de son cabinet dentaire dans laquelle apparaît l'auteur présumé d'un vol. L'objectif, bien entendu, visait à identifier le plus rapidement possible le malfaiteur en faisant appel aux internautes susceptibles de le reconnaître. Quelques heures après la diffusion sur le réseau social, la vi-



déo aurait été vue « plus de 180 000 fois », selon le site FranceTVInfo. L'auteur du vol aurait alors reçu de nombreux messages lui signalant que son image circulait sur Internet. S'il a rapidement reconnu les faits, il souhaite toutefois porter plainte contre le praticien pour « atteinte à la présomption d'innocence » et « atteinte à la vie privée », rapporte France Bleu Sud Lorraine.

Bien que le praticien soit la première victime dans cette histoire, sa démarche contrevient à de nombreuses dispositions législatives, notamment le droit au respect de la vie privée (article 9 du Code civil) et le droit

à l'image ⁽¹⁾. Par ailleurs, d'après le Code de la sécurité intérieure, l'auteur de ce type de délit peut encourir jusqu'à « trois ans d'emprisonnement et [...] 45 000 euros d'amende » ⁽²⁾.

S'agissant *stricto sensu* de la sécurité, on pourra se référer au *Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé* téléchargeable sur le site Internet de l'Ordre. ■

(1) Articles 226-1 et 226-2 du Code pénal.

(2) Article L. 254-1.

L'ESSENTIEL

- ✓ Un praticien a diffusé sur un réseau social des images de vidéosurveillance de son cabinet dentaire pour identifier un voleur. Cette démarche porte atteinte à des dispositions législatives, notamment le droit au respect de la vie privée.
- ✓ La diffusion de la vidéo, qui aurait été vue plus de 180 000 fois, a poussé l'auteur du vol à se rendre à la gendarmerie pour avouer son larcin.
- ✓ Le voleur souhaite porter plainte pour « atteinte à la présomption d'innocence » et « atteinte à la vie privée ».



La MSA renforce son dispositif M'T dents

La Mutualité sociale agricole propose désormais aux enfants âgés de 7, 10 et 13 ans dont les parents exercent une profession agricole de réaliser un examen de prévention bucco-dentaire pris en charge sur la base d'un forfait de 30 euros.

42 % des enfants d'agriculteurs invités à rencontrer un chirurgien-dentiste dans le cadre du dispositif M'T dents n'ont pas consulté de praticien dans l'année de leurs six ans. Tel est le constat établi par la Mutualité sociale agricole (MSA) lors de sa dernière convention d'objectifs et de gestion (COG). Un an après, «29 % d'entre eux ont réalisé un examen bucco-dentaire», toujours dans le cadre du dispositif M'T dents, indique la MSA.

Des chiffres qui parlent d'eux-mêmes. Ce dispositif proposant des examens bucco-dentaires et des soins complémentaires

gratuits pour les enfants fonctionne avec efficacité ⁽¹⁾. Afin de renforcer cette initiative lancée par l'assurance maladie, la MSA propose, depuis juillet 2016, une nouvelle action de prévention consistant à inviter, par courrier, les parents de ces enfants lors de leur 7^e, 10^e ou 13^e anniversaire à faire réaliser un examen de prévention bucco-dentaire chez le chirurgien-dentiste de leur choix.

En pratique, cet examen sera réglé directement par la MSA au praticien sur la base d'un forfait de 30 euros et ce au titre d'un fonds de prévention du régime agricole.

Le praticien pourra facturer cet acte soit par une

L'ESSENTIEL

- ✓ La Mutualité sociale agricole (MSA) renforce le dispositif de prévention bucco-dentaire M'T dents des enfants de parents agriculteurs.
- ✓ La MSA propose aux enfants âgés de 7, 10 et 13 ans de réaliser un examen de prévention bucco-dentaire chez un praticien du choix des parents pris en charge à hauteur de 30 euros.
- ✓ Le praticien peut facturer cet acte via une feuille de soins électronique avec le code «BDC» ou en retournant à la MSA le bon de prise en charge présenté par les parents.

feuille de soins électronique en utilisant le code «BDC», soit en retournant un bon de prise en charge (remis par les parents au praticien) à la MSA.

À noter que, contrairement aux règles en vigueur pour le dispositif M'T dents, la MSA précise que si «des examens

complémentaires ou des soins consécutifs sont nécessaires, ils pourront être facturés à part et seront pris en charge selon les modalités habituelles relatives au risque maladie». ■

(1) Il s'agit d'un rendez-vous de prévention bucco-dentaire gratuit pour les enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Gare aux clauses abusives de « complémentaires »

Les assurances complémentaires ne peuvent exiger la transmission de radios post-traitement au praticien traitant pour déclencher le remboursement du patient. Cette méthode est contraire à la réglementation régissant l'utilisation de rayonnements ionisants.

Certains « *chirurgiens-dentistes consultants* » d'assurances complémentaires santé demandent à des confrères des examens radiologiques pré et post-traitement (implantaire et/ou prothétique) en vue de déclencher le remboursement des patients. Cette démarche pose deux problèmes majeurs.

En premier lieu, ces méthodes ne sont pas « justifiées », comme le souligne l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) qui s'est emparée du dossier : puisqu'ils sont réalisés à des fins de contrôle, ces clichés radiographiques sont contraires à la réglementation relative à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médi-

cales. En effet, ces examens effectués dans le seul but de satisfaire certaines mutuelles nuisent à la santé des patients. Ces méthodes sont dès lors contraires aux bonnes pratiques médicales ainsi qu'aux dispositions du Code de la santé publique ⁽¹⁾.

Les clichés radiologiques effectués dans le seul but de satisfaire les mutuelles qui les exigent nuisent à la santé des patients.

L'ASN demande donc à la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) de respecter la réglementation en vigueur. Cette dernière s'est engagée, selon l'ASN, à « *relayer largement les exigences de la réglementation en matière de justification des actes auprès de ses mutuelles* ».

D'autre part, les chirurgiens-dentistes « *consultants* » ont des droits et des devoirs déontologiques régis par le Code de santé publique et doivent notamment déclarer leurs activités auprès de l'Ordre et, le cas échéant, transmettre à leur conseil départe-

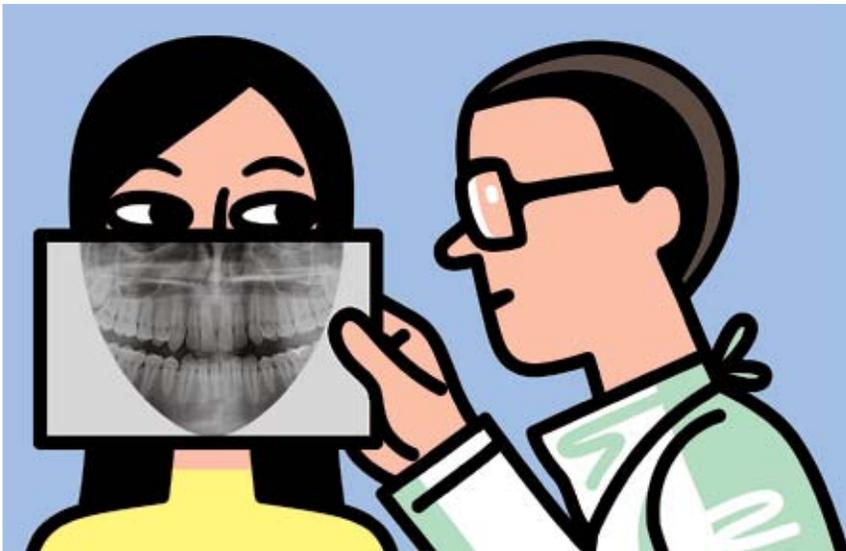
rés par celles-ci et, dans ce contexte, demandent aux patients certains documents médicaux. En revanche, en aucun cas les praticiens consultants ne peuvent exiger de documents médicaux aux chirurgiens-dentistes traitants. En effet, le chirurgien-dentiste est soumis au secret professionnel en vertu du Code de la santé publique ⁽²⁾. Le devis, les radiographies, les scanners, etc. font partie des informations soumises au secret professionnel. Seul le patient peut disposer de ces documents et les communiquer à son assurance complémentaire santé. ■

(1) Article R. 1333-56 pris en application du principe de justification des actes exposant aux rayonnements ionisants mentionnés au 1^o de l'article L. 1333-1.

(2) Articles R. 4127-206 à 208 et R. 4127-253 à 258.

Le Cone Beam, un acte de concurrence déloyale ?

Un chirurgien-dentiste qui réalise un Cone Beam sur un patient adressé par un confrère ne se livre évidemment pas à un acte de concurrence déloyale.



détection d'un foyer infectieux, par exemple) dans le champ anatomique visé, à savoir la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus attenants. Dès lors que les dispositions de l'article L. 4141-1 du CSP sont respectées – de même que l'ensemble des prescriptions du CSP –, aucun acte de concurrence déloyale ne saurait être reproché au chirurgien-dentiste dans ce cas précis. ■

Un chirurgien-dentiste qui reçoit dans son cabinet dentaire un patient adressé par un confrère pour réaliser un Cone Beam (ou CBCT pour Cone Beam Computed Tomography) afin de rechercher un foyer infectieux est-il susceptible d'être en situation de « concurrence déloyale » vis-à-vis des médecins radiologues ? demande un confrère. La réponse est non puisque le Code

de la santé publique (CSP) dispose : « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le Code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1. ⁽¹⁾ »

Ainsi les chirurgiens-dentistes ont toute capacité à effectuer des actes de radiodiagnostic (la

(1) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688810&dateTexte=&categorieLien=cid>

L'ESSENTIEL

- ✓ Un chirurgien-dentiste peut réaliser un Cone Beam sur un patient qui lui a été adressé par un autre chirurgien-dentiste.
- ✓ Cet acte n'est pas considéré comme relevant de la concurrence déloyale vis-à-vis des médecins radiologues.
- ✓ Les chirurgiens-dentistes possèdent la capacité d'effectuer des actes de radiodiagnostic dans le champ anatomique de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants.

Mercure : vers une nouvelle loi européenne en 2019

Le législateur européen se prépare à transposer la convention des Nations unies sur le mercure dans son droit visant à limiter l'utilisation de ce métal dans les amalgames dentaires, comme tel est déjà le cas en France. Ce texte, directement applicable dans les cabinets dentaires, détiendra une force de loi supérieure au Code de la santé publique et pourrait être applicable à partir de 2019.

La « convention de Minamata sur le mercure » est le fruit de débats passionnés entre pays des Nations unies qui auront duré quatre longues années. S'agissant spécifiquement du mercure dentaire, cette convention a finalement abouti en 2013 au compromis international suivant : engager les 128 pays signataires à « éliminer progressivement l'utilisation d'amalgames dentaires ». Des mesures d'accompagnement sont recommandées en matière de recherche, de formation professionnelle, etc. C'est dans ce contexte que les dernières recommandations, en France, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en avril 2015, ont mis à jour une pra-

tique en cabinet dentaire balisée depuis déjà de nombreuses années. Le législateur de l'UE se prépare à transposer cette convention en Europe. Le texte sera directement applicable dans les cabinets dentaires et détiendra une force de loi supérieure au

bats en sont raccourcis, et l'audition initialement prévue à l'Assemblée européenne pour confronter de manière vivante les points de vue n'a finalement pas trouvé place dans le calendrier. Le texte proposé par la Commission européenne

encapsulée uniquement et l'équipement des cabinets en séparateurs d'amalgames (conformes à des normes ISO qui sont listées). La généralisation serait programmée au 1^{er} janvier 2019.

Des députés européens souhaitent aller plus loin. L'amalgame dentaire constituerait la deuxième source d'utilisation du mercure dans l'UE et son potentiel de pollution est évalué à environ 75 tonnes de mercure par an. En juillet, Commission européenne et eurodéputés ont confronté leurs points de vue. Pour la première, « une interdiction des amalgames dentaires ne serait pas proportionnée », et la loi européenne devrait laisser la politique nationale de santé publique de chaque pays décider de l'oppo-

Dans le débat entre interdiction totale et limitation raisonnée, rien n'est encore tranché.

Code de la santé publique et pourrait être applicable à partir de 2019. Les pays réunis au Conseil des ministres européens sont à pied d'œuvre pour préparer cette transposition. Les parlementaires européens aussi. Le calendrier de travail est serré, les Nations Unies demandant une application rapide de la convention. À Bruxelles, les dé-

au début de l'année respecte l'esprit de la convention de Minamata. Il ne demande pas l'interdiction des amalgames dentaires, mais leur seule limitation. Le document généralise à toute l'UE une approche environnementale que les chirurgiens-dentistes connaissent déjà bien en France : l'utilisation des amalgames dentaires sous forme



tunité d'une interdiction (comme la Suède le fit en 2009) ou de l'encouragement d'alternative (les amalgames mercuriels représentent 1 % des obturations aux Pays-Bas, contre 12 % en Hongrie). Or nombre de députés souhaitent que la loi européenne généralise à l'Europe la prohibition des amalgames mercuriels. Dans le débat entre l'interdiction totale et la limitation raisonnée, rien n'est encore tranché. De même que la loi résulte en France d'une discussion

tripartite entre Assemblée nationale, Sénat et gouvernement, la loi européenne procède d'une discussion entre Assemblée, Commission et Conseil des ministres européens; pour garder les Enfers, c'est d'un Cerbère à non moins de trois têtes qu'il faut se munir. Après les votes parlementaires en octobre, le Conseil accélérera ses travaux et les États réagiront aux propositions des députés, pour les accepter ou, plus probablement, les amender. À

l'instar de la navette parlementaire en France, des compromis devront alors être rapidement négociés entre Conseil et Parlement dans la mesure où le législateur aimerait conclure les débats d'ici au début de l'année prochaine. Les cabinets dentaires seraient alors sujets à la nouvelle loi européenne en 2019. Conformément au texte de la Commission, après son entrée en vigueur, «les États membres présente[ront] leurs plans d'action nationaux pour la

mise en œuvre de la suppression progressive des amalgames dentaires [...] et les communique[ront] à la Commission». Le rapporteur propose de ne pas en rester à cette surveillance administrative. Selon lui, il faut aller plus loin et «le plan national de suppression progressive doit s'accompagner de l'établissement d'objectifs nationaux en matière de santé bucco-dentaire». Sur ce point, il se fait le relais de l'esprit de la convention de Minamata. ■

Lancement du Moi(s) sans tabac

Proposer aux fumeurs de faire collectivement une tentative d'arrêt du tabac pendant 30 jours durant le mois de novembre. Tel est l'objectif de l'opération Moi(s) sans tabac lancée par Santé publique France.



« **L**e tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France : 78 000 décès chaque année, sans compter les très nombreuses pathologies lourdes induites. La plupart des fumeurs (80 %) souhaitent arrêter de fumer », explique Santé publique France, la nouvelle agence nationale de santé publique. Pour les aider dans

études ont en effet démontré qu'au-delà de cette durée les chances de rester non-fumeur étaient multipliées par cinq », ajoute Santé publique France.

Ce défi collectif – Moi(s) sans tabac – associe, dès le mois d'octobre, une importante campagne de communication dans les médias (télévision, radio, affichage et Internet)

dentistes peuvent délivrer des conseils pour cesser de fumer, particulièrement efficaces pour augmenter significativement les chances de succès de leurs patients dans leur démarche. En abordant la question de l'arrêt du tabac avec les patients fumeurs, les praticiens peuvent les inviter à s'inscrire à Moi(s) sans tabac et les accompagner dans leur tentative de sevrage. Sans oublier que les prescriptions de substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles, inhalateurs...) sont désormais remboursées par l'assurance maladie sous certaines conditions ⁽¹⁾.

Un courrier postal de Santé publique France a été adressé en septembre aux praticiens.

Il présente la campagne, le nouvel espace Professionnels de santé de *tabac-info-service.fr* et offre des outils à la commande. Depuis le 1^{er} septembre 2016, via le site *moncoupon.fr*, avec un identifiant communiqué dans le courrier, les praticiens peuvent commander deux affiches « Ici, on soutient tous ceux qui ont décidé d'arrêter de fumer », et « En novembre, on arrête ensemble » ainsi que des flyers Moi(s) sans tabac. Plus d'informations sur www.santepublique-france.fr ■

Divers outils sont proposés aux praticiens pour accompagner les patients dans leur sevrage tabagique.

cette démarche, Santé publique France lance cette année la première opération Moi(s) sans tabac. Concrètement, il s'agit de proposer aux fumeurs de faire ensemble une tentative d'arrêt du tabac pendant 30 jours durant le mois de novembre. « Des

et des actions de proximité pilotées par les Agences régionales de santé (ARS), en lien avec les services locaux de l'assurance maladie et les partenaires nationaux. Interlocuteurs de confiance au contact quotidien du public, les chirurgiens-

(1) À hauteur de 50 euros par bénéficiaire et par an. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est porté à 150 euros.

Les comptes 2015 du Conseil national

Comme chaque année, le commissaire aux comptes a certifié sans réserve les comptes de l'exercice 2015 du Conseil national.

L'année 2015, comme l'année précédente, témoigne d'un résultat comptable négatif de l'exercice. Il est dû, en premier lieu, à l'augmentation significative des actions de l'Ordre à l'encontre des dérives de certains centres de santé et des honoraires y afférents (voir le tableau pages suivantes). Les événements récents prouvent que le Conseil national ne faisait pas fausse route et que son action était légitime. La justice a finalement ordonné la fermeture des centres Dentexia. La campagne de communication décidée par le Conseil national a également pesé sur les comptes 2015 (voir le tableau pages suivantes).



pour tous, et a amené la conception et la réalisation du Livre blanc.

ments à faible démographie professionnelle a été maintenue. La politique de formation continue des conseillers ordinaires et du personnel administratif a été reconduite de même que les cycles de formation consacrés à la gestion des contrats, les visites de cabinets et les juridictions. Les comptes du Conseil national de l'Ordre ont été, pour 2015 comme

pour les années précédentes, certifiés sans réserve par le commissaire aux comptes. La Commission des finances, qui naturellement souhaite, à terme, le retour à l'équilibre financier, va travailler en ce sens, sachant que certains postes conjoncturels peuvent impacter, sur le court terme, l'équilibre des comptes. ■

Michel Dubois

Les comptes de l'Ordre 2015 ont été certifiés sans réserve par le commissaire aux comptes

Elle avait pour objectif principal de plaider pour une vraie politique d'accès aux soins bucco-dentaires

En revanche, les autres postes sont stables dans l'ensemble. La politique de soutien aux départe-

RÉSULTATS DE L'EXERCICE AU 31 DÉCEMBRE 2015

PRODUITS	
Cotisations ordinales (année 2015 + arriéré des années antérieures)	8 898 087
Autres produits de gestion courante	2 085
Reprise de provisions	1 026 000
Produits exceptionnels et financiers	828 764
Total des produits	10 754 936

CHARGES	
Charges spécifiques	1 137 326
Harmonisation – Péréquation (aide aux conseils départementaux et régionaux)	249 110
Aide complémentaire de gestion (versements aux conseils départementaux et régionaux pour leurs élus)	573 500
Solidarité (secours envers les confrères âgés ou malades, les veuves et orphelins de confrères, les cas exceptionnels, etc.)	26 360
Actions de communication	151 206
Subventions	137 150
Bus social dentaire (action humanitaire)	50 000
AOI	10 000
AFIO	9 000
UFSBD	37 200
Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD)	12 000
Divers (dont le prix du Conseil national remis par l'ANCD)	18 950

Charges de fonctionnement	3 761 017
Charges de salaires	1 554 966
Appointements	1 541 664
Primes de transport	16 983
Primes de vacances aux enfants du personnel	1 894
Provision congés payés, etc.	-5 575
Charges sociales	832 905
Urssaf + Agessa	573 445
Retraite UGRR (cadres et non-cadres)	131 555
Retraite Médéric (cadres)	48 029
Mutuelle	47 919
Tickets restaurant	30 624
Médecine du travail, pharmacie, chèques Lire	3 305
Provision charges sociales congés payés, RTT et autres primes	-1 972
Impôts et taxes	277 593
Taxes sur les salaires	152 066
Autres impôts et taxes (taxes foncières, autres impôts locaux, taxe de formation continue, effort de construction, contribution pour emploi handicapés...)	125 527

Charges des immeubles (Émile-Ménier et Spontini)	101862
Eau	1439
EDF-GDF	31279
Fournitures d'entretien et achat de petit matériel	12439
Entretien et réparations	18591
Assurances multirisques	5923
Charges locatives	32191
Transports et remboursements de frais	993691
Frais de réunions et de séjours	609957
Frais de déplacements	290086
Frais d'intendance	93553
Transports de biens	95
Services extérieurs	6494447
Services administratifs	178108
Fournitures de bureau	63213
Location de matériel	44053
Locaux Bruxelles	8598
Maintenances diverses	48616
Sous-traitance générale	13628
La Lettre du CNO et frais de télécommunication	2547752
<i>La Lettre</i> (mensuel du Conseil national)	494592
Brochures et autres publications	11000
Campagne de communication	1084303
Affranchissement (dont affranchissement de <i>La Lettre du CNO</i>)	449572
Téléphone et liaisons SDSL des CDO et CRO	438351
Internet, création et hébergement	69934
Frais divers de gestion	3768587
Documentation	16969
Honoraires divers (avocats, expert-comptable, commissaire aux comptes, lobbyiste)	1467479
Assurances risques d'exploitation	28704
Cadeaux, décorations, fleurs pour obsèques...	33629
Frais de banque	88713
Lutte contre l'exercice illégal	0
Frais d'actes et de contentieux	14049
Personnel intérimaire	41636
Cotisations diverses, pourboires et dons, frais d'annonce des élections	2357
Frais d'archivage	10180
Cartes professionnelles	25317
Charges diverses de gestion courante	61833
Dotations aux immobilisations et provisions	736503
Charges exceptionnelles et financières	1241218
Total des charges	11392790
Résultat de l'exercice	-637854
TOTAL	10754936

L'Ordre au Congrès ADF

Conseillers nationaux, juristes et collaboratrices de l'Ordre répondront sur son stand à toutes les questions que se posent les confrères au Congrès de l'ADF.

L'Ordre donne rendez-vous aux confrères et consœurs sur son stand (emplacement 1L23) au Congrès de l'ADF qui se tiendra au Palais des congrès, à Paris, du 22 au 26 novembre prochains. Un lieu de rendez-vous

pourront créer en direct leur messagerie MSSanté. Pour ce faire, ils devront se munir de leur carte de professionnel de santé (CPS). Plus largement, les conseillers ordinaires répondront aux questions des praticiens et les aideront

ristes du Conseil national sur le stand permettra aux visiteurs d'obtenir un premier éclairage juridique sur les questions qu'ils se posent. Une permanence sera également assurée par les collaborateurs de l'Ordre pour dispenser aux praticiens les informations qu'ils souhaitent aborder sur les thèmes les plus divers.

«*Votre santé, notre priorité*» constitue le thème du Congrès 2016. «*Avec 8 millions de patients reçus chaque année dans leur cabinet, les chirurgiens-dentistes constituent un maillon essentiel de la chaîne de santé publique*», expliquent Joël Trouillet et

Selon Joël Trouillet et Jean-Patrick Druo, secrétaires généraux de l'ADF, il est urgent de repenser la place de la médecine bucco-dentaire dans l'univers médical.

convivial où les représentants de l'Ordre accueilleront les praticiens qui souhaiteront obtenir des informations ou simplement échanger. Cette année encore, les praticiens

à résoudre les difficultés qu'ils rencontrent à propos des contrats, de leur exercice au quotidien et de tout autre sujet concernant l'Ordre ou la profession. La présence des ju-

POUR ALLER PLUS LOIN

- Ouverture dès le mardi de l'exposition et du programme scientifique (du 22 – 13 heures – au 26 novembre – 14 heures).
- 134 séances théoriques et pratiques.
- Trois nouveaux formats : un point (1 heure), une question (1 h 30) et un débat (3 heures).

Jean-Patrick Druo, secrétaires généraux de l'ADF. Et d'ajouter : «*Au-delà des incidences des pathologies bucco-dentaires sur l'état de santé global, les praticiens ont, en effet, un rôle déterminant à jouer dans le dépistage de maladies plus générales dont certaines manifestations primaires sont détectables dans la bouche. Il est donc urgent de repenser la place de la médecine bucco-dentaire dans l'univers médical.*» À noter que, sur le stand de l'Ordre, le Bus social dentaire disposera d'un espace qui lui sera spécialement dédié. ■



Le bureau du Conseil national à Toulouse

La réforme territoriale, le nouveau statut d'assistant dentaire, les suites de l'affaire Dentexia, la démographie et la formation continue ont été placées au cœur des débats et des échanges.

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

Les 7 et 8 septembre derniers, le bureau du Conseil national s'est ainsi rendu en Haute-Garonne pour une réunion de travail avec les conseillers régionaux et départementaux des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon (désormais réunies sous le nom d'Occitanie – Pyrénées-Méditerranée).

Conduits par leur président, Gilbert Bouteille, tous les membres du bureau étaient présents : André Micouleau, Jean-Marc Richard et Paul Samakh, vice-présidents, Myriam Garnier et Geneviève Wagner, secrétaires générales, Alain Scohy, trésorier, et Pierre Bouchet, trésorier adjoint. Le bureau répondait à l'in-



invitation de Serge Fournier et André Micouleau, conseillers nationaux représentant respectivement les anciennes régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Il a été reçu par Alain Durand, président du conseil départemental de Haute-Garonne, et Philippe Gibert, président du conseil régional de Languedoc-Roussillon. Étaient présents près d'une soixantaine de conseillers départementaux de ces régions (Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Gers, Haute-Garonne, Hérault, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne).

Le forum a été l'occasion pour les conseillers ordinaires de répondre aux questions soulevées par les

nombreux sujets intéressant la profession tels que les conséquences de la fusion des régions sur le plan ordinal, notamment la localisation du futur siège du conseil régional. La réforme des assistant(e)s dentaires (décret en cours) ainsi que les référentiels d'activités, de compétences et de formation ont été abordés. Il a aussi été question de la formation continue avec la création du Conseil national professionnel (ses orientations prioritaires et la nomination des membres de la Commission scientifique indépendante).

Les suites de l'affaire Dentexia ont par ailleurs suscité des échanges, notamment sur l'hébergement

des données de santé. Les problèmes politiques liés à la démographie ont également été évoqués, ainsi que l'Europe et l'accès partiel. Le rapport annuel 2015 de l'Ordre a par ailleurs été présenté. Le bureau a profité de ces échanges pour rappeler aux départements la nécessité de nommer un référent Violences⁽¹⁾. Enfin, Gilbert Bouteille a clôturé cette journée en précisant que la campagne de communication de l'Ordre – lancée en 2015 – se poursuivait avec une enquête sur la perception de l'Ordre dans son écosystème. ■

(1) Lire *La Lettre* n° 150, page 20, « L'Ordre recrute des référents "Violences" ».

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE AU CONSEIL RÉGIONAL DE BRETAGNE REPRÉSENTANT LE DÉPARTEMENT DU MORBIHAN APPEL À CANDIDATURES COMPLÉMENTAIRE

CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS :

- de l'article L. 4124-11 du Code de la santé publique et de l'article R. 4125-5 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 régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Bretagne procédera à une élection complémentaire d'un membre titulaire, représentant le département du Morbihan, dont le mandat expirera en 2019.

Cette élection est fixée au **JEUDI 15 DÉCEMBRE 2016 à 10 heures** au siège du conseil régional de l'Ordre dont l'adresse postale est 14, rue Dupont-des-Loges, 35000 Rennes.

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'arti-

cle L. 145-2 du Code de la sécurité sociale, compte tenu de l'application des lois d'amnistie.

En application de l'article R. 4125-1 du Code de la santé publique, le candidat à l'élection doit être inscrit au tableau du conseil départemental concerné par l'élection. Le candidat doit être à jour de sa cotisation ordinale. Les conseillers, titulaires et suppléants, sortants sont rééligibles.

ÉLECTEURS

Seuls sont électeurs les membres titulaires du conseil départemental du Morbihan (article R. 4124-1 du Code de la santé publique).

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 régional, 30 jours au moins avant le jour de l'élection, **c'est-à-dire au plus tard le lundi 14 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.

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait par un praticien de sa candidature ne pourra intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et le **18 novembre 2016**. Le retrait doit être notifié au conseil régional ou interrégional par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du conseil contre récépissé.

MODALITÉS DE VOTE

Les électeurs votent pour le titulaire 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 régional de l'Ordre de Bretagne.

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

Un confrère médaillé aux JO

Pierre Le Coq, 27 ans, a réussi l'exploit de remporter la médaille de bronze en planche à voile RS:X, aux Jeux olympiques de Rio cet été. Originaire de Saint-Brieuc, ce sportif de haut niveau embrasse également une carrière de chirurgien-dentiste puisqu'il a validé, il y a deux ans, sa sixième année d'odontologie à la faculté dentaire de Brest. Prochain objectif : soutenir sa thèse. *La Lettre* avait publié son portrait avant sa qualification pour les JO : « *Si tu vas à Rio* » (*La Lettre* n° 140, page 34).

Plus que 15 jours pour répondre à l'enquête sur l'accès aux soins !

Les chirurgiens-dentistes ont jusqu'au 15 octobre 2016 pour répondre au questionnaire en ligne de l'Ordre sur l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous.

Les résultats de cette grande



enquête visent à améliorer l'accès aux soins des patients en situation de handicap, des personnes âgées résidant en

Ehpad et des patients en situation de grande précarité. Ce questionnaire est accessible à cette adresse : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/consultation>

Un portail unique pour déclarer des événements indésirables

Un décret paru au *JO* en août dernier porte création d'un portail Interne unique dédié au « *signalement des événements sanitaires indésirables* » ⁽¹⁾.

Son ouverture est prévue pour début 2017.

Un premier arrêté doit définir les événements concernés, un second le fonctionnement de ce site. *La Lettre* reviendra sur ce sujet une fois les textes parus.

(1) Décret n° 2016-1151 du 24 août 2016 publié au *JO* du 26 août 2016.

Élections régionales et interrégionales

Les premiers résultats des élections aux conseils régionaux et interrégionaux de l'Ordre.

Alsace : D^r Sabine Walliser (réélue)

Auvergne : D^r Bernard Gounel (réélu)

Bourgogne : D^r Dominique Girardeau (nouvellement élu)

Bretagne : D^r Lydie Apiou-Boulé (réélu)

Centre : D^r Annick Morin Litolff (réélu)

Champagne-Ardenne : D^r Philippe Tricotteux (réélu)

Île-de-France : D^r Philippe Pommarède (réélu)

Midi-Pyrénées : D^r Serge Fournier (réélu)

Nord-Pas-de-Calais : D^r Michel Staumont (réélu)

Haute-Normandie : D^r Marie-Madeleine,

Manon Bestaux (nouvellement élue)

Pays de la Loire : D^r Philippe Brouste (nouvellement élu)

Poitou-Charentes : D^r Alain Moreau (réélu)

Pacac : D^r Vincent Vincenti (réélu)

Réunion-Mayotte : D^r Jean Resseguier (réélu)

Rhône-Alpes : D^r Jean Resseguier (réélu)



Enquête sur huit ans d'antennes délocalisées des facs d'odontologie

Quels sont les retours des étudiants ayant effectué leur stage hospitalier dans des services d'odontologie dotés de terrains de stage du troisième cycle. S'installent-ils vraiment dans les territoires où ils ont effectué leur stage ? Enquête auprès des anciens étudiants et des acteurs hospitalo-universitaires ou ordinaires dans les trois centres pionniers que furent Dijon, Rouen et Le Havre.



Depuis 2008, l'institution ordinale a initié, impulsé et soutenu la création de huit antennes d'odontologie dans des villes dont les CHU sont dépourvus de faculté de chirurgie dentaire. 2008-2016 : ce recul de huit ans est désormais suffisant pour dresser un premier bilan de ces initiatives, et notamment de l'objectif consistant à fidéliser les étudiants dans les bassins de vie où ils ont effectué leur stage clinique. Ce dispositif permet-il réellement de favoriser l'installation de jeunes praticiens dans ces territoires ? Pour le savoir, nous sommes allés à la rencontre de celles et ceux qui se sont formés dans les premières structures de ce type : Dijon (2008), Rouen (2011) et Le Havre (2012).

Thomas Chauvin fait partie de ces jeunes praticiens qui ont profité de l'opportunité de revenir s'installer dans leur région d'origine grâce à son stage de sixième année. Formé à la fac de Strasbourg, il a en effet terminé son troisième cycle à Dijon, où s'est concrétisée la première création d'une antenne délocalisée d'une UFR. Il explique : *« C'est un véritable tremplin pour l'exercice libéral. Je voulais revenir vivre dans ma ville natale ; je me suis donc installé dans l'agglomération dijonnaise après avoir effectué quelques remplacements et une collaboration. Je suis satisfait de mes choix professionnels. »* Au CHU de Dijon, il exerçait à temps plein avec une demi-journée par semaine dédiée aux urgences et une journée consa- >>>

» crée aux bilans d'hospitalisation. Un rythme intense qui favorise un apprentissage en accéléré dans un cadre optimal.

Au début, le service formait dix étudiants de sixième année par semestre. Le dispositif a connu une montée en puissance rapide. Ce sont désormais 12 étudiants rattachés aux facultés de Reims, Lyon, Nancy, Clermont-Ferrand et Strasbourg qui viennent s'y former. «*Il y a plus de candidats que de places, et chaque faculté doit sélectionner ses candidats.*

quatre praticiens hospitaliers, un praticien hospitalo-universitaire, six praticiens attachés, quatre internes et six assistantes dentaires. Il a été mis en place pour pallier le manque chronique de chirurgiens-dentistes en Bourgogne. «*Depuis 2008, 50 chirurgiens-dentistes qui ont réalisé leur stage chez nous sont restés dans la région*», se félicite Victorin Ahossi. De plus, la formation des futurs praticiens dans ce CHU intègre la dimension de prise en charge globale du pa-

Marion Urban,
praticienne à *Saint-Aubin-
lès-Elbeuf* et à *Le Neubourg*



« Originaire de La Saussaye en Normandie à une vingtaine

de kilomètres de Rouen, j'ai fait mes études à l'UFR de Lille, puis j'ai réalisé mon stage clinique à Rouen. Avec quatre heures de clinique par jour, en abordant les différentes disciplines de notre profession, ce stage a été hyperformateur. Le volume de patients se rapprochait de celui d'un emploi du temps libéral. J'ai même eu la chance d'assister à des interventions au bloc opératoire. J'exerce en tant que collaboratrice dans deux cabinets depuis début 2014 dans la Seine-Maritime et dans l'Eure. C'est un fait, dans cette région, la densité de chirurgiens-dentistes reste encore faible, avec pour conséquence des délais d'attente de rendez-vous parfois longs. Je compte néanmoins rester dans cette région où je pense être plus utile que dans une grande ville. Les patients nous réclament ! »



Autonomes avant la fin de leurs études, les jeunes diplômés peuvent s'installer en toute sérénité.

Nous refusons, chaque année, une dizaine d'étudiants», explique le D^r Victorin Ahossi, praticien hospitalier et chef du service d'odontologie au CHU de Dijon. «*Ce dispositif permet aux jeunes diplômés de s'installer en toute sérénité puisqu'ils sont déjà autonomes avant la fin de leurs études*», précise-t-il.

Le service comporte 12 fauteuils. Les étudiants sont encadrés par

tient. Concrètement, la médication et les antécédents du patient sont pris en compte par l'étudiant avant que de s'intéresser à la cavité buccale. «*Une démarche d'autant plus importante que la médication de la population française – de plus en plus vieillissante – nécessite une approche plus médicale de la prise en charge bucco-dentaire. L'expression "médecine bucco-dentaire" prend ici tout*

son sens, renchérit le chef de service. En 2015, l'équipe a soigné 18 000 patients. Dans notre service, les étudiants ne voient que des patients : l'approche est très clinique. Le bilan est donc très positif, même si nous manquons encore de moyens pour exceller», regrette Victorin Ahoissi.

Selon les retours d'expérience, les retombées de cette création à Dijon sont positives non seulement pour la région, mais aussi pour les étudiants, les professionnels de santé du territoire et les patients. L'ouverture de tels services permet en effet une amélioration notable de l'accès aux soins de la population locale.

« Nous nous sommes inspirés du centre de Rouen et celui du Havre, explique Alain Duret, ancien président du conseil régional de l'Ordre de Haute-Normandie. Il n'y avait pas de structure existante : tout était à créer. Nous avons dû convaincre les autorités universitaires, hospitalières et les politiques de l'intérêt de ces centres pour attirer les étudiants dans notre région. La présence des étudiants a créé un dynamisme au sein des cabinets de ville : facilité de proposer un stage actif, de trouver des remplaçants pendant les vacances ou pour assurer des gardes, mais aussi de trouver des collaborateurs, voire des successeurs... De véritables réseaux se sont créés. »

En septembre 2011, un Centre d'enseignement et de soins dentaires (CESD) s'est implanté au CHU de Rouen sur le site de Saint-Julien. Quelques mois plus tard, en janvier 2012, l'hôpital

Gustave-Flaubert s'est doté au Havre d'un service d'odontologie. À la différence de Dijon, les étudiants réalisent leur deuxième et troisième cycle de formation (cinquième et sixième années) complet à Rouen ou au Havre. Les deux services disposent de dix fauteuils chacun. « Puisque la Normandie ne dispose pas de faculté de chirurgie dentaire, les étudiants originaires de la région et formés à Lille ou à Reims avaient tendance à rester sur leur lieu d'études où ils avaient créé des liens. L'enjeu consiste donc à ancrer nos jeunes confrères dans ces "déserts médicaux" en les liant, affectivement et professionnellement, au territoire et aux praticiens sur place », explique Luc Lecerf, chirurgien-dentiste à l'origine de la création de ces deux dispositifs.

Une stratégie payante. Selon les chiffres livrés par Étienne Deveaux, doyen de la faculté de Lille, « 23 étudiants se sont formés au Havre depuis janvier 2012. 12 d'entre eux, tous natifs de Normandie, sont restés dans la région, dont six en activité libérale, cinq au Havre et un à Dieppe ».

Parmi eux, Thomas Brayczewski, jeune praticien qui exerce actuellement en collaboration au sein d'un cabinet dentaire au Havre. Il explique son parcours : >>>

Vincent Rigouby, praticien à Dijon

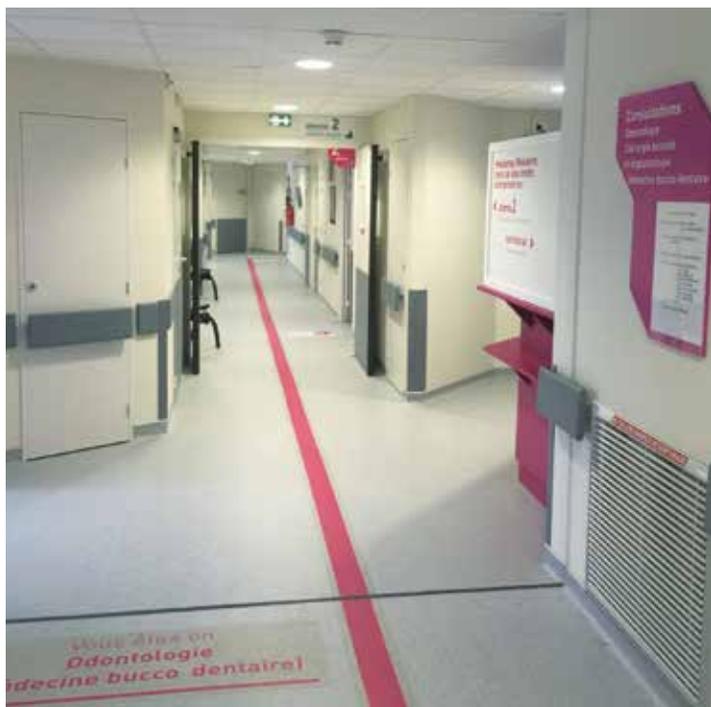


« Originaire de Langres, petite ville située à 80 kilomètres de Dijon, j'ai fait ma

première année de fac à Dijon avant de partir à Clermont-Ferrand. Dijon est une ville que j'apprécie, et j'ai choisi de faire mon stage hospitalier de sixième année au CHU. Une expérience enrichissante et très formatrice.

Nous travaillions en grande autonomie et étions traités comme de futurs confrères. Après avoir validé ma thèse en 2011, je me suis installé en tant qu'omnipraticien à Dijon. Puisque la densité de chirurgiens-dentistes y est plus faible qu'à Clermont-Ferrand, je me suis dit qu'il y aurait davantage d'opportunités pour un jeune praticien ».

La formation des futurs praticiens au CHU de Dijon intègre la dimension de prise en charge globale du patient. La connaissance de la médication et des antécédents précède les soins sur la cavité buccale.



Depuis 2008, 50 chirurgiens-dentistes qui ont réalisé leur stage au service d'odontologie du CHU de Dijon sont restés dans la région.

»»» « J'ai passé ma PCEM1 à Rouen, puis j'ai eu le choix de faire dentaire à Lille, à Rennes ou à Reims, sans savoir que j'avais la possibilité de finir mon cursus en Normandie. Les centres, à l'époque, n'existaient pas encore. En arrivant en deuxième année à la faculté de Lille, le doyen de l'époque, Pierre-Hubert Dupas, a présenté aux étudiants originaires de Normandie les projets du Havre et de Rouen. Comme j'avais l'intention de revenir dans ma région natale, me convaincre n'a pas été difficile. Je ne regrette en rien mon choix. Nous suivions les patients de A à Z en les recevant dès la première consultation ou en urgence, nous établissions ensuite les plans de traitement avant de réaliser les soins. Nous étions encadrés par des pra-

ticiens de ville en vacation qui nous ont transmis leur savoir et leurs techniques que seule l'expérience peut affiner. La mentalité était géniale. Le volume de patients était considérable avec des pathologies très variées. Cette expérience a réellement facilité la transition entre la faculté et ma vie professionnelle. »

Selon Luc Lecerf, les étudiants apprécient particulièrement le fait « d'être encadrés par des praticiens libéraux de la région. Il se crée ainsi un réseau profession-

Claire Deceuninck, praticienne à Bois Guillaume



« Le service de Rouen est une structure familiale avec des cours

presque individualisés dispensés par des praticiens libéraux très disponibles pour répondre à nos questions. Sans attaches particulières, j'ai hésité à déménager cette année. J'avais envie de tenter l'expérience à Paris où j'ai commencé une formation en implantologie. Mais, de l'avis de chacun, à Paris la concurrence est rude alors qu'en Normandie les praticiens sont moins nombreux. J'ai tout de suite trouvé un cabinet dentaire qui m'a proposé une collaboration à Bois-Guillaume à 15 minutes de Rouen. C'est un bon cabinet. Nous sommes cinq. Je suis ravie. »

Les antennes délocalisées apportent une réponse à une triple problématique : le maillage territorial, la formation clinique initiale et la prise en charge de la population dans des délais raisonnables.

nel qui facilite leur recherche de stages actifs. De plus, ils bénéficient d'une formation clinique très poussée. Au Havre, par exemple, les urgences dentaires ventilent entre 50 à 60 patients par jour». Et d'ajouter : «Ces dispositifs répondent à une double, voire une triple problématique : le maillage territorial, la formation clinique initiale et la prise en charge de la population dans des délais raisonnables.»

Chaque année, au total, 20 étudiants se forment au Havre ou à Rouen et suivent l'enseignement universitaire par visioconférence. Les étudiants de cinquième année exercent le matin et les sixième année l'après-midi du lundi au vendredi. La formation théorique est la même qu'à l'UFR de Lille, retransmise par visioconférence avec la possibilité pour les étudiants de poser des questions en direct. Les étudiants havrais

peuvent, s'ils le désirent, trouver une solution de logement via la Codah (1).

D'autres villes se sont dotées de services d'odontologie. C'est le cas de Metz-Thionville, Caen, Amiens, Boulogne-sur-Mer et Orléans. Trois centres sont en projet à Poitiers au Mans et à Tours.

«Ces dispositifs, soutenus conjointement par les ARS, l'Université, les conseils ordinaires, les pouvoirs publics et les décideurs, contribuent efficacement à améliorer l'offre et l'accès aux soins bucco-dentaires. Ils permettent par ailleurs à des étudiants en chirurgie dentaire de se familiariser avec un exercice dans un secteur géographique qui, a priori, ne constituerait pas forcément leur premier choix», souligne Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national et présidente de la Commission de la démographie. ■

(1) Communauté de l'agglomération havraise.

Sara Boukhemacha, praticienne à Dijon



« En 2014, j'ai réalisé mon stage de sixième année à Dijon après avoir

suivi mes études à Reims. Ce fut une expérience très positive malgré un rythme intense. Désormais, après avoir signé un contrat de collaboration, j'exerce avec un praticien installé à Dijon. Si c'était à refaire, je le referais sans hésiter. »



Encadrés par des praticiens libéraux, les étudiants se créent un réseau professionnel qui facilite la recherche de leur stage actif.

Querelle d'experts sur la lésion du nerf lingual

En résumé

L'arrêt du 15 juin 2016 rendu par la Cour de cassation traite du cas de la responsabilité civile d'un chirurgien-dentiste ; plus exactement, il porte sur la question de savoir si la lésion du nerf lingual est constitutive d'une faute ou d'un aléa thérapeutique. La Cour de cassation considère que « *le trajet du nerf lingual étant atypique et variable d'une personne à l'autre et n'étant objectivable ni radiologiquement ni cliniquement, la lésion de ce nerf constitue un risque qui ne peut être maîtrisé et relève d'un aléa thérapeutique* » ; elle n'y voit donc pas une faute. Ce contentieux est également intéressant en ce qu'il révèle une divergence d'avis des experts judiciaires, l'un concluant à la faute, l'autre à l'aléa ; confrontés à cette difficulté, les juges ont tranché en faveur de l'aléa.

Le contexte

Par un arrêt récent, la Cour de cassation se prononce sur le point de savoir si la lésion du nerf lingual est constitutive d'une faute, qui engage la responsabilité civile du chirurgien-dentiste, ou d'un aléa thérapeutique, auquel

cas la responsabilité du praticien n'est pas susceptible d'être retenue ⁽¹⁾. En l'espèce, un chirurgien-dentiste a extrait la dent de sagesse d'une patiente (M^{me} X) ; à l'occasion de cette extraction, « *le nerf lingual a été lésé* », est-il écrit dans l'arrêt. M^{me} X assigne en responsabilité civile son praticien ainsi que l'assureur de ce dernier afin d'obtenir des dommages-

intérêts. Si la décision des premiers juges (en l'occurrence, le tribunal de grande instance) n'est pas mentionnée, l'on sait que la cour d'appel l'a révisée ; en effet, il est fait mention d'un « *arrêt infirmatif* » ⁽²⁾ de la cour d'appel. Cette juridiction, apprend-on, déclare que « *M^{me} X n'est bien fondée à se prévaloir que [nous soulignons] d'une perte de chance de* » >>>



»» 20 % et, en conséquence, condamne in solidum le chirurgien-dentiste et son assureur à ne payer à M^{me} X que la somme de 2789,94 euros, avec intérêts au taux légal à compter du prononcé de l'arrêt».

Bref, elle considère que la lésion du nerf n'est pas causée par une faute du professionnel de santé; en revanche, elle admet que le praticien a commis un manquement à son devoir d'information sur le risque survenu (la lésion du nerf), d'où l'indemnisation limitée à la perte de chance. La patiente, par l'intermédiaire d'un avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, forme un pourvoi; de là, elle saisit la Cour de cassation d'une critique de l'arrêt rendu par la cour d'appel. Ce faisant, la question posée à la haute juridiction est la suivante: le chirurgien-dentiste est-il ou non l'auteur d'une faute?

L'analyse

Avant de répondre à cette interrogation, il est intéressant d'évoquer les avis divergents des experts judiciaires (l'on ignore pourquoi plusieurs experts ont été sollicités). Citons le contenu du rapport du second (que l'on dénommera « B »), plus précisément un extrait mis en exergue par les juges: « Après dépôt de son prérapport et réponse aux dires des parties, il a dans son rap-

port définitif insisté sur le fait [nous soulignons] que le trajet du nerf lingual est atypique et variable d'une personne à l'autre et n'est pas objectivable radiologiquement ni cliniquement, raison pour laquelle la lésion du nerf lingual, qu'elle survienne au cours de l'avulsion elle-même ou lors de

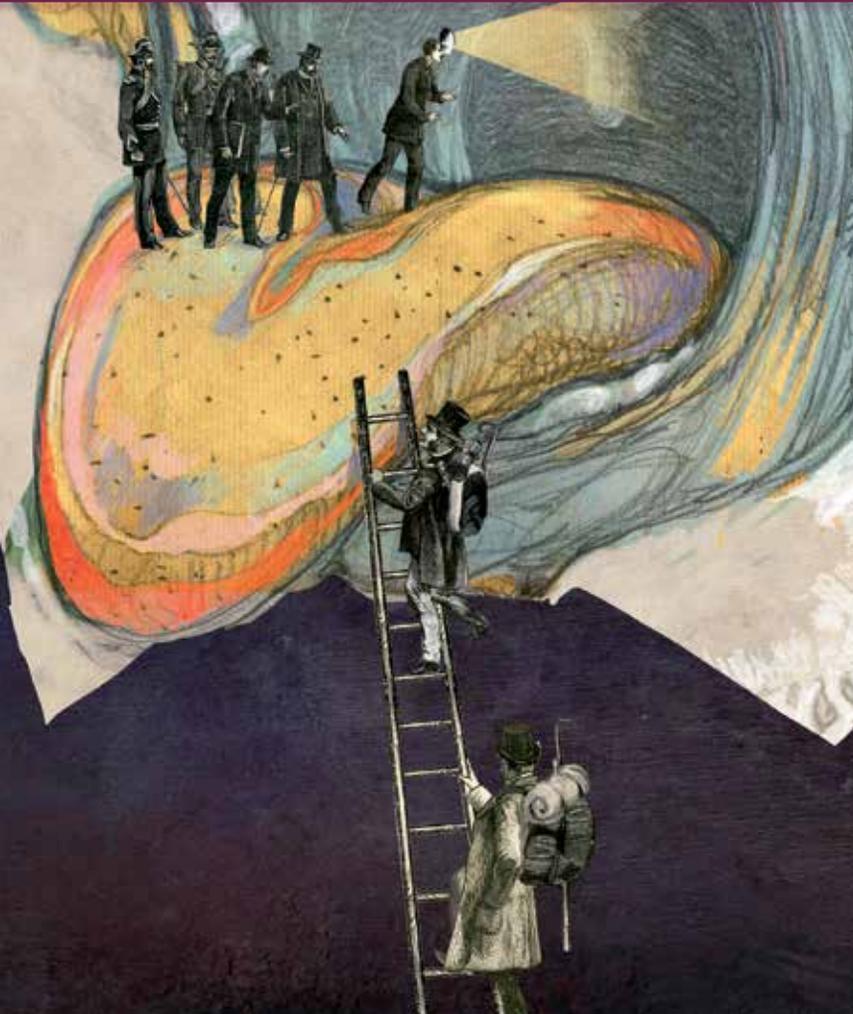
le chirurgien-dentiste, la patiente ayant ressenti, aux dires du praticien, un courant électrique dans la langue».

Quel était maintenant l'avis du premier expert (que l'on nommera « A ») commis par ordonnance du président du tribunal de grande instance? En voici quelques lignes qui fi-

Si la cour d'appel considère que la lésion du nerf est étrangère à une faute du praticien, elle admet que le devoir d'information sur le risque survenu n'a pas été respecté.

l'anesthésie loco-régionale est considérée du point de vue médico-légal comme un aléa thérapeutique et constitue un risque qui ne peut être maîtrisé [nous soulignons]. » Autre passage choisi à propos de l'incision pratiquée par le chirurgien-dentiste en vue de l'extraction de la dent: « Celle-ci, au vu de la photo prise en 2005, ne peut faire l'objet d'aucune critique, puisqu'il apparaît que cette incision est médiane et non portée du côté lingual. » Aussi les soins apportés ont-ils été « conformes aux données actuelles de la science; l'acte médical réalisé semblait bien indiqué et justifié, et le diagnostic a été confirmé au vu de la radiographie panoramique apportée par la patiente; les précautions préopératoires ont également été prises ». Il ajoute que « le traumatisme du nerf lingual pouvait être expliqué par l'aiguille lors de l'anesthésie tronculaire à l'épine de Spix réalisée par

gurent dans le pourvoi rédigé par le conseil du patient, lequel est annexé à l'arrêt du 15 juin 2016: l'expert relève « une insuffisance de précision du geste chirurgical, imprécision fautive [nous soulignons] engageant la responsabilité du praticien compte tenu de ce que le geste opératoire incriminé était étranger au but thérapeutique poursuivi, puisque la blessure du nerf lingual n'était pas nécessaire à l'extraction de la dent [nous soulignons] »; il note qu'en outre « il n'a pas été établi par le praticien que le trajet de ce nerf présentait un caractère anormal ou atypique rendant inévitable la lésion de ce nerf [nous soulignons] »; ce dont il déduit que « les actes dispensés n'avaient pas été attentifs et conformes aux données actuelles de la science ». Ce raisonnement nous apparaît être principalement de nature juridique et abstraite, en ce sens que les données juridiques rappelées ne sont confrontées



ni aux faits ni à l'analyse médicale. Mais il ne s'agit que d'un extrait du rapport, lequel contient peut-être davantage de précisions.

Reste à évoquer un dernier point qui divise lui aussi les deux experts. Selon A, «*la protection du nerf lingual est indispensable*» alors que, selon B, «*la pose d'une lame de protection n'est pas obligatoire*».

À cela s'ajoute l'appréciation d'un stomatologue, professeur agrégé : il observe que «*les experts nommés dans cette affaire n'ont pu examiner la radiographie panoramique dentaire car postérieurement à cette extraction la patiente l'aurait égarée*». Il explique surtout

que «*la lame de protection linguale est très loin d'être utilisée par tous les chirurgiens stomatologistes, car elle doit être placée à la face interne de*

l'alvéole de la dent de sagesse dans un plan strictement sous-périosté, à défaut de quoi la lame devient iatrogène pour le nerf lingual qui peut alors être contusionné et écrasé par l'instrument». Que penser de tout cela ? Celui qui n'est pas professionnel de santé reste per-

plexe, sombre dans le doute, à tout le moins comprend difficilement que deux avis – aussi tranchés – s'opposent aussi radicalement. Cela dit, lequel des deux convainc le plus ? Et pourquoi ?

Si les experts ne partagent pas la même analyse, les juges, quant à eux, adoptent une solution identique : la cour d'appel considère que le chirurgien-dentiste n'a pas commis de faute, et la Cour de cassation, rejetant le pourvoi du patient critiquant l'arrêt de la cour d'appel, l'en approuve. Quelques explications juridiques méritent d'être présentées. Tout d'abord, il n'est pas douteux que ce chirurgien-dentiste n'engage sa responsabilité uniquement si une faute (ayant causé le dommage) est prouvée ; l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique pose, en effet, une telle exigence. Néanmoins, cette disposition n'éclaire en rien le sens du mot «*faute*» ni ne détermine ce qu'elle recouvre concrète-

La juste qualification des faits est d'autant plus difficile que le juge ne dispose pas des compétences médicales requises, raison pour laquelle il doit recourir à l'analyse des experts.

ment. Il appartient donc aux juges de procéder à une opération dite «*de qualification juridique des faits*» : ce qu'a fait ou n'a pas fait le praticien est-il, pour eux, constitutif d'une faute ? La «*juste*» qualification est en ce domaine délicate car le juge n'est pas médica- >>>

»»» lement compétent, d'où le recours à des experts.

Cela dit, le pourvoi apporte un élément supplémentaire : il y est écrit que la faute doit être appréciée au regard de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, qui dispose que le patient a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire

maladresse étant qualifiée de comportement fautif. Mais sa responsabilité n'est engagée, lorsque la réalisation de l'acte médical effectué n'impliquait pas la lésion constatée, que si le patient ne présente pas une anomalie rendant son atteinte inévitable ⁽⁴⁾. Ainsi a-t-il été jugé : « *Mais attendu qu'ayant relevé que la lésion du nerf tibial constituait un risque inhérent à ce type d'intervention, et que les techniques de répara-*

constatations de l'un des experts judiciaires, l'arrêt relève que les soins ont été conformes aux données acquises de la science, et que, le trajet du nerf lingual étant atypique et variable d'une personne à l'autre et n'étant objectivable ni radiologiquement ni cliniquement, la lésion de ce nerf constitue un risque qui ne peut être maîtrisé et relève d'un aléa thérapeutique [reprise de la jurisprudence précitée]; qu'ayant procédé à la recherche prétendument omise, la cour d'appel n'a pas estimé qu'une telle lésion aurait été évitée si le chirurgien-dentiste avait eu recours à une lame de protection et a pu déduire de ses constatations et énonciations que l'atteinte survenue n'était pas imputable à une faute de celui-ci. [...] » Force est, enfin, de constater que la haute juridiction a suivi l'analyse de l'expert B. La lésion du nerf lingual est, ici, un aléa, le chirurgien-dentiste n'engageant pas sa responsabilité sur ce point (mais sur le défaut d'information). ■

David Jacotot

Tout comme la faute, le droit de recevoir les soins les plus appropriés demeure un concept proche d'un contenant sans contenu défini à l'avance.

au regard des connaissances médicales avérées. Ce raisonnement juridique nous séduit, mais la Cour de cassation ne le reprend pas dans son arrêt. Faut-il croire qu'elle n'est pas convaincue par la combinaison des articles L. 1142-1 (la responsabilité pour faute) et L. 1110-1 du Code de la santé publique ? Rien n'est moins sûr. Il n'en reste pas moins que le droit de recevoir les soins les plus appropriés apparaît abstrait et ressemble à un contenant sans contenu défini à l'avance, tout comme la faute ; aussi la Cour de cassation a-t-elle pu considérer que ce dernier texte n'était pas utile pour rendre son arrêt.

C'est à partir d'un autre raisonnement que la haute juridiction se prononce. Certes, le praticien est tenu d'une obligation de précision du geste chirurgical ⁽³⁾, la

tion chirurgicale de la rupture du tendon d'Achille utilisées par M. Y étaient conformes aux données acquises de la science, la cour d'appel a pu en déduire que le dommage survenu s'analysait en un aléa thérapeutique, des conséquences duquel le médecin n'est pas contractuellement responsable ⁽⁵⁾. » Ou encore : « *Mais attendu, d'abord, que les juges du fond, s'appuyant sur le rapport de l'expert, ont estimé que le chirurgien n'avait commis aucune maladresse et que la cause de la lésion du nerf récurrent était indéterminable [...], ils ont pu en déduire qu'il s'agissait d'un aléa inhérent à l'acte médical exclusif de faute ⁽⁶⁾.* »

L'arrêt du 15 juin 2016 s'inscrit dans ce cadre jurisprudentiel. Ici, la Cour de cassation conclut : « *Attendu que, se fondant notamment sur les*

(1) Cass., 1^{re} ch. civile, 15 juin 2016, n° 14-27992, non publié au *Bulletin*.

(2) Si la cour avait approuvé le jugement, il aurait été fait état d'un « *arrêt confirmatif* ».

(3) Cass. 1^{re} ch. civ., 9 avril 2001, *Bulletin civil* I, n° 248.

(4) Cass. 1^{re} ch. civ., 23 mai 2000, n° 98-19869; Cass. 1^{re} ch. civ., 18 juillet 2000, n° 98-22032.

(5) Cass., 1^{re} ch. civile, 18 septembre 2008, n° 07-13080, publié au *Bulletin*.

(6) Cass., 1^{re} ch. civile, 13 novembre 2002, n° 01-00377, publié au *Bulletin*.

Collaboration libérale et maternité : pas de discrimination par le sexe !

En résumé

Les Codes du travail, pénal et de la santé publique (en matière de refus de soins) prohibent les discriminations. Mais la règle de non-discrimination s'applique-t-elle au contrat de collaboration libérale ? C'est ce qu'affirment une juridiction (la cour d'appel de Paris) et le défenseur des droits (chargé notamment de lutter contre les discriminations). Pour ce faire, ils mobilisent la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, qui porte diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations. Celle-ci est également intéressante en matière de preuve en ce qu'elle prévoit qu'il appartient à l'auteur présumé d'une discrimination (ici les titulaires du cabinet) de justifier par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination leur décision, en l'espèce, de rompre le contrat. Bref, les juges et le défenseur des droits protègent les personnes physiques au-delà de leur statut, sans se préoccuper du fait qu'elles ont signé un contrat de travail ou un contrat de collaboration libérale.

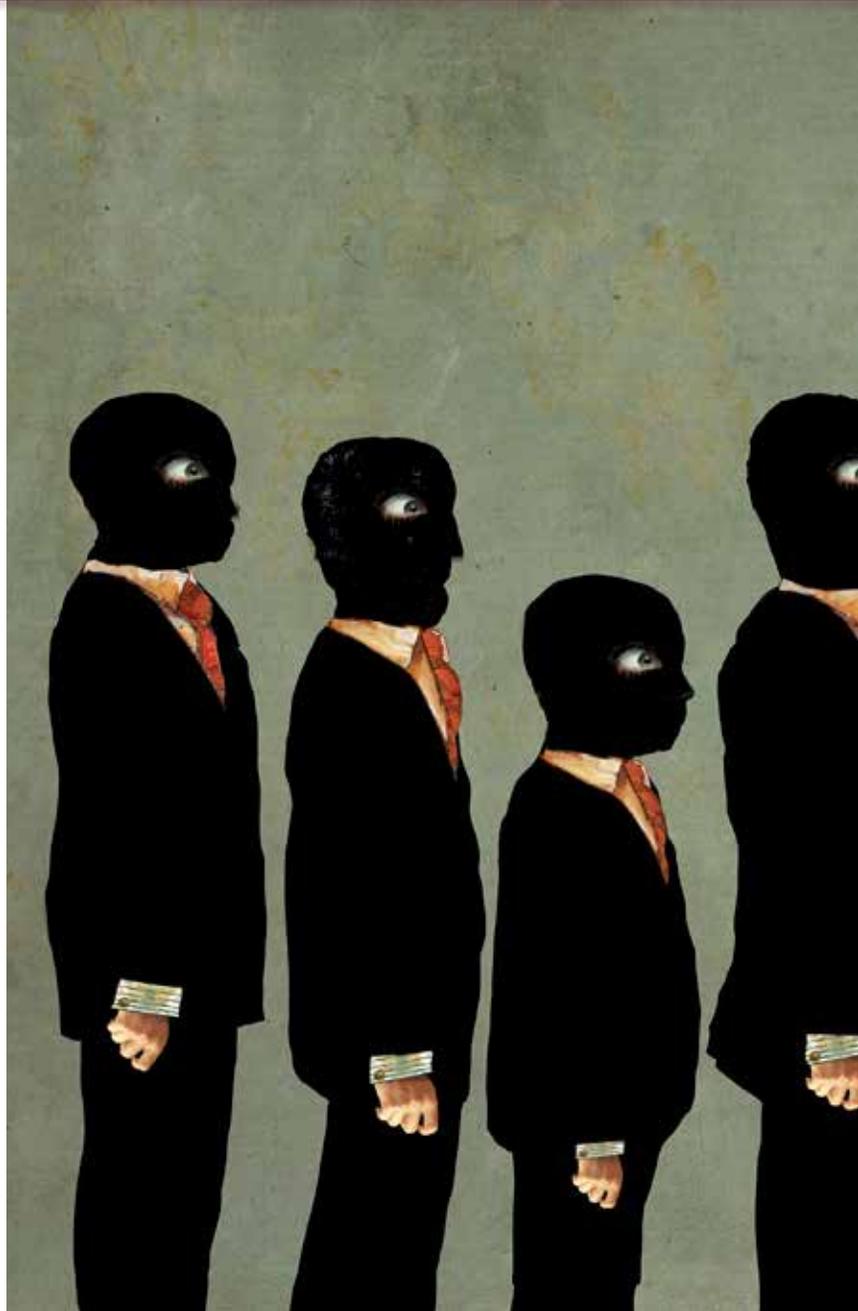
Le contexte

La prohibition des discriminations, qu'elles soient directes ou indirectes, est bien connue en droit du travail, dans le cadre de la relation qui unit un employeur à un salarié : ain-

si, selon l'article L. 1132-1 du Code du travail, « aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou in- >>>

»» directe [...] notamment en matière de rémunération, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation ou identité sexuelle, de son âge, de sa situation de famille ou de sa grossesse, de ses caractéristiques génétiques, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son apparence physique, de son nom de famille, de son lieu de résidence ou en raison de son état de santé ou de son handicap».

À la lecture de ce texte, chacun s'aperçoit de la liste impressionnante (qui figure après « en raison de ») des motifs discriminatoires, à ce titre interdits, liste encore enrichie par une loi récente qui a ajouté « [en raison de] de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur ». Le salarié est protégé non pas parce qu'il est salarié, mais avant tout parce qu'il est une personne humaine. Du reste, la loi Rebsamen du 17 août 2015 complète ce dispositif pour lutter contre les agissements sexistes : l'article L. 1142-2-1 du Code du



travail dispose, en effet, que « nul ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant ».

Outre le droit du travail, le droit pénal réprime également les

discriminations : aux termes de l'article L. 225-1, « constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son au-



teur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnité, une nation, une race ou

une religion déterminée»⁽¹⁾. Le Code de la santé publique interdit lui aussi les discriminations, plus précisément les refus de soins discriminatoires : selon son article L. 1110-3, « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des

motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou 225-1-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire [...] ».

Bref, le domaine de la règle de non-discrimination est étendu. Mais peut-il être encore élargi et concerner la relation nouée entre un professionnel et son collaborateur libéral (donc non salarié) ? L'article 18 de la >>>

»» loi n° 2005-882 du 2 août 2005 qui a créé le statut de collaborateur libéral n'en dit mot. Ce silence signifie-t-il que le collaborateur libéral ne bénéficie pas de règles juridiques le préservant des discriminations dont son cocontractant serait l'auteur ? La réponse apparaît négative : en 2016, la cour d'appel de Paris ⁽²⁾ et le défen-

sionneur des droits ⁽³⁾ ont considéré que le collaborateur libéral ne devait pas subir de discrimination. Certes, il s'agit d'un collaborateur libéral occupant la profession d'avocat, mais l'on imagine difficilement qu'il n'en soit pas de même pour un collaborateur libéral exerçant la profession de chirurgien-dentiste, de médecin, etc.

Le défenseur des droits constate que la rupture du contrat de la collaboratrice s'inscrit dans un contexte de discrimination systémique à l'encontre des femmes au sein du cabinet.

En l'espèce, une avocate, qui a prêté serment le 21 février 2007, a conclu un contrat de collaboration libérale avec une société d'avocats le 1^{er} septembre 2011. Le 25 septembre 2013, le cabinet met fin à son contrat de collaboration sans motif. Sur ce point, aucune disposition légale ne prescrit de règles spécifiques de rupture, notamment aucune obligation de motiver la rupture n'a été édictée. L'article 18 de la loi de 2005 impose simplement d'insérer une clause dans les contrats de collabora-

tion qui détermine « les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis ». Le modèle de contrat proposé par l'Ordre des chirurgiens-dentistes satisfait à cette exigence, les règles de rupture étant stipulées à l'article 2 du dit modèle. Mais, dans l'affaire évoquée ci-dessus, il est prétendu que

la cessation de la relation professionnelle coïncide avec plusieurs autres ruptures concernant uniquement des femmes, dont plusieurs revenaient de congé maternité ou venaient d'annoncer leur maternité. La collaboratrice saisit le défenseur des droits qui, à l'issue de son enquête, constate que l'avocate a subi une rupture de son contrat de collaboration discriminatoire en raison de son sexe, dans un contexte de discrimination systémique à l'encontre des femmes au sein du cabinet. Le défenseur des droits recommande au cabinet mis en cause de se rapprocher de l'avocate afin de procéder à une juste réparation de son préjudice ; il indique qu'à défaut d'accord dans le cadre de cette recommandation il présentera ses observations devant toute juridiction de l'ordre judiciaire compétente. Quelles leçons en tirer ?

L'analyse

Tout d'abord, une règle générale, selon nous, peut être extraite : les juges et le défenseur des droits protègent les personnes physiques au-delà de leur statut, sans se préoccuper du fait qu'elles soient salariées ou collaboratrices libérales.

Ensuite, le fondement juridique doit être recherché ; une règle générale, en effet, ne naît qu'à la condition qu'une norme la consacre. À l'échelle européenne, sommairement, cette solution peut s'appuyer sur l'article 6 de la directive 2006/54 qui étend la prohibition des discriminations à l'ensemble de « la population active, y compris les travailleurs indépendants ». En droit français, l'article 5 de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, énonce que la règle de non-discrimination, notamment à raison du sexe ou de la maternité, s'applique à « toutes les personnes publiques ou privées, y compris celles exerçant une activité professionnelle indépendante ». La cour d'appel de Paris dans l'arrêt précité (laquelle a alloué à la victime des dommages-intérêts à hauteur de 10 000 euros) et le défenseur des droits citent cette dernière norme légale. Notons que l'article 10 du contrat type de médecin collaborateur libéral stipule que, « à dater de la



déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration de la période de suspension de la collaboration à l'occasion de l'accouchement, le contrat de collaboration ne peut être rompu pour ce motif».

contrat est rarement motivée; il est vrai que personne n'envoie un courrier dans lequel il écrit que la fin du contrat est liée à la grossesse! L'article 4 de la loi de 2008 aménage le droit de la preuve afin que le fardeau

Le fardeau de la preuve ne pèse pas sur les épaules de la victime qui n'a pas à démontrer la discrimination, mais doit apporter des éléments qui la laissent supposer.

Enfin, une difficulté pratique apparaît très souvent : la preuve de la discrimination. S'il appartient au collaborateur de l'établir, il est à peu près certain qu'il n'y arrivera pas, notamment parce que la rupture du

ne pèse pas sur les épaules de la victime. Il détermine deux étapes probatoires. En premier lieu, « toute personne qui s'estime victime d'une discrimination directe ou indirecte présente les faits qui permettent

d'en présumer l'existence » : la tâche de la victime est allégée puisqu'elle n'a pas à prouver, mais à apporter des éléments laissant présumer une discrimination. En second lieu, « au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que la mesure en cause est justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination »; la tâche de l'auteur présumé d'une discrimination (le titulaire du cabinet) est plus difficile : il doit invoquer un motif « objectif » (par exemple l'insatisfaction des patients, la compétence insuffisante, etc.) qui montre que la rupture n'est pas discriminatoire. Dit autrement, si le titulaire du cabinet n'a pas à mentionner le motif de fin de contrat dans le courrier qu'il notifie au collaborateur, en cas de discrimination, il devra expliquer la raison de la rupture et établir la réalité du motif : par exemple, prouver que les patients se sont réellement plaints ou que la compétence du collaborateur est effectivement insuffisante. La lutte contre la discrimination s'inscrit dans le sillage du respect de la dignité de la personne. ■

David Jacotot

(1) Précisons qu'une personne morale peut être mise en cause pour discrimination (article L. 225-1, alinéa 2, du Code pénal).

(2) 27 janvier 2016, n° 13/21837. www.dalloz-actualite.fr

(3) 23 mars 2016, n° MLD-2016-080. Le défenseur des droits est chargé par la loi de lutter contre les discriminations, et de favoriser un égal accès de tous et de toutes aux droits. www.defenseurdesdroits.fr

L'or de Rio

« **L**escrime est entrée dans ma vie à l'âge de six ans et n'en est plus jamais sortie », se livre Isabelle Lamour, chirurgien-dentiste, présidente de la Fédération française d'escrime depuis 2013. Aussi bien dans son environnement professionnel que familial, sa discipline est omniprésente. Ancienne fleuretiste, elle affiche un solide palmarès : six titres de championne de France par équipes et deux titres en individuel junior et senior. Membre pendant dix ans de l'équipe de France de fleuret (1985-1995), elle participe à deux Olympiades. En 1992, de retour des JO de Barcelone, elle veut construire son avenir professionnel et s'installe en collaboration avec... un escrimeur, Jean-Michel Vincent, président de son club d'escrime de l'époque. « Nous exerçons ensemble dans

l'exploit, car Isabelle Lamour se donne à 100 % dans tout ce qu'elle entreprend : deux jours et demi par semaine au cabinet dentaire et le reste à la fédération, week-ends compris. « Ça n'a pas été simple au début ; il a fallu que je prenne mes marques, d'autant que nous étions revenus des JO de Londres, en 2012, avec zéro médaille. Nous devons nous remettre en question après cet échec écrasant afin de retrouver le chemin des podiums », retrace-t-elle.

Elle prend la tête d'une rationalisation tous azimuts, financière, sportive, partenariale, sans parler de la promotion de son sport auprès des jeunes. Bilan : trois médailles aux JO de Rio dont une en or. Avec l'ambition qui anime les champions, Isabelle Lamour juge ces résultats « à la fois bons et frustrants. Nous sommes fiers

Présidente de la Fédération française d'escrime, Isabelle Lamour est installée en collaboration depuis 2012 avec... un escrimeur.

de Val-d'Oise. depuis 24 ans. Notre passion commune le rend très conciliant depuis ma prise de fonctions à la fédération », explique Isabelle Lamour.

Combiner ses deux agendas de praticienne et de patronne de l'escrime française relève parfois de

d'avoir atteint la quatrième place du classement mondial, mais nous sommes passés à côté de belles choses, comme avec Manon Brunet qui perd 14 à 15 en demi-finale contre la Russe. Nos escrimeurs français sont dans la performance, mais nous avons les



ISABELLE LAMOUR

- **1985-1995** : membre de l'équipe de France de fleuret.
- **1989** : diplômée en chirurgie dentaire.
- **1990** : championne de France senior en individuel.
- **1992** : Omnipraticienne à Beauchamp (Val-d'Oise).
- **2013** : présidente de la Fédération française d'escrime.

moyens de les emmener vers la très haute performance».

Dans le civil, Isabelle Lamour est mariée avec... un escrimeur, Jean-François Lamour, qui a longtemps dominé le sabre français avant de devenir ministre des Sports dans les années 2000. « Porter son nom m'a aidée pour ma campagne électorale car tout le monde le connaît », avoue en toute franchise Isabelle Lamour. Mais ne nous méprenons pas : c'est sa pugnacité, son engagement et son sens politique qui l'ont placée là où elle est. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ LETTRE DE LIAISON

À partir du 1^{er} janvier 2017, le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé devra désormais produire une « lettre de liaison » synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge médicale du patient. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les allergies et les traitements en cours connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical personnel (DMP) du patient s'il a été créé, ou lui est remise.

✓ PRATICIENS CONSULTANTS

Les chirurgiens-dentistes « consultants » d'assurances complémentaires doivent déclarer leurs activités auprès de l'Ordre. Les praticiens consultants ne peuvent pas exiger de documents médicaux aux chirurgiens-dentistes traitants. Ils peuvent être missionnés par leur employeur pour demander aux patients certains documents médicaux. De plus, l'utilisation de clichés radiologiques non justifiés par un but thérapeutique, mais par le seul remboursement de l'assurance complémentaire est

contraire aux bonnes pratiques médicales et aux dispositions du Code de la santé publique.

✓ TABAC



L'opération Moi(s) sans tabac, qui sera lancée en novembre, consiste à proposer aux fumeurs de faire ensemble une tentative d'arrêt du tabac pendant 30 jours durant le mois de novembre. En abordant la question de l'arrêt du tabac avec les patients fumeurs, les praticiens peuvent les inviter à s'inscrire à Moi(s) sans tabac et les accompagner dans leur démarche de sevrage. Sans oublier que les prescriptions de

substituts nicotiniques sont désormais remboursées par l'assurance maladie sous certaines conditions.

✓ VIDÉOSURVEILLANCE

La diffusion sur les réseaux sociaux d'images de personnes filmées dans le cadre de la vidéosurveillance d'un cabinet dentaire porte atteinte au respect de la vie privée. En vertu du Code de la sécurité intérieure, l'auteur de ce type de délit peut encourir jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.



La Lettre n° 151 – Octobre 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 : pp. 3, 9. Fotolia : pp. 1, 2, 8, 12, 26-27. DR : pp. 1, 19, 23, 28-31.

FFE - Augusto Bizzi : p. 42.

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

ORDRE
NATIONAL
RAPPORT ANNUEL 2015 DES
CHIRURGIENS
DENTISTES



Téléchargez le rapport d'activité 2015 de l'Ordre
sur <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>