

# La Lettre

Les Français ont une bonne image de l'Ordre

p. 4

Un portrait inédit des chirurgiens-dentistes

p. 26

Le Clesi en dentaire c'est fini

p. 10

*Accès  
aux soins  
pour tous*

*E-santé*

*Assistant  
dentaire*

## LES DOSSIERS DE L'ORDRE

*Affaire  
Dentexia*

*Accès  
partiel*

• • •

## SOMMAIRE



# 4

### L'ÉVÉNEMENT

Les praticiens et les Français ont une bonne image de l'Ordre

### ACTUALITÉS

- 10** FORMATION PRIVÉE  
Le Clesi en dentaire, c'est fini !
- 12** FORMATION CLINIQUE  
Pour un vrai contrôle de la formation initiale en Europe
- 14** CONFÉRENCE DE PRESSE  
La feuille de route de l'Ordre est respectée
- 16** FLUX MIGRATOIRES  
Radiographie des praticiens à diplôme étranger
- 21** PRIX DU CONSEIL NATIONAL  
Les lauréats 2016 du concours de déontologie
- 22** ÉTUDE DE LA DREES  
La France, élève moyen du recours aux soins dentaires
- 24** AVIS DE RECHERCHE
- 25** LUTTE ANTI-TABAC  
L'Ordre rejoint l'appel des 100 000 !



## 26 DOSSIER

### Un portrait inédit des chirurgiens-dentistes

### JURIDIQUE

- 33** LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ  
L'accès aux soins est-il un droit opposable ?
- 38** CONTRATS  
La liberté et l'information au cœur de la réforme du droit des contrats



### PORTRAIT

- 42** CHRISTOPHE HUEBER  
Valeurs éthiques

### CONGRÈS ADF

- 43** Le stand de l'Ordre

Plus d'info sur

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





Gilbert Bouteille  
Président  
du Conseil national

# Tous les soins, pour tous, par tous

Un récent audit sur la perception de l'Ordre auprès des praticiens, des Françaises et des Français, mais aussi des acteurs de la santé, montre que l'institution ordinale bénéficie d'une image positive. Ce résultat nous honore mais, surtout, il nous engage, bien au-delà d'ailleurs des actions que nous avons décidées voilà un an, et qui visaient – entre autres! – à favoriser les conditions d'un exercice par tous et d'un accès pour tous aux soins dentaires.

Lors d'une récente conférence de presse, l'ensemble des dossiers de l'Ordre figurant dans cette feuille de route – dont on trouvera le détail dans les pages suivantes – a fait l'objet d'un point d'étape. Parmi ces dossiers, deux ont d'ores et déjà produit des résultats : le Pôle patients, d'une part, et d'autre part la consolidation du maillage territorial de référents Soins dentaires destinés à accompagner les personnes en situation de handicap ou de précarité et les personnes âgées dépendantes. Cette problématique de l'accès aux soins ne se réduit pas à une feuille de route puisqu'elle est inscrite dans l'ADN de l'Ordre. Un jour du reste, justice sera rendue à l'institution ordinale quant à l'énergie et à l'investissement qu'elle a déployés, ici et ailleurs, pour répondre aux conséquences dramatiques que subissent les victimes de l'affaire Dentexia. Cette affaire apparaît comme un véritable symbole, dont les pouvoirs publics devront tirer toutes les leçons. En matière de santé publique, les moins-disants de l'offre de soins implantaires et prothétiques

**« L'image positive dont bénéficie l'Ordre nous honore et nous engage. »**

ne sont pas forcément gages de qualité. C'est ce que nous avons dit, entre autres, lors de notre audition par les membres de

l'Igas, dans le cadre de leur mission sur les centres associatifs. Ces structures ne doivent en aucun cas être le paravent de holdings dont l'unique but est la rentabilité, le lucre et le profit. Nous avons insisté sur le fait que l'Ordre n'avait en aucun cas vocation à s'opposer à une offre de soins bucco-dentaires diversifiée. Mais à condition que les règles déontologiques soient respectées et que tous les soins, notamment de prévention et conservateurs, soient pris en compte par chacun et pour tous.





# Les praticiens et les Français ont une bonne image de l'Ordre

Le Conseil national a réalisé un baromètre d'image de l'institution ordinaire auprès de trois cibles : les chirurgiens-dentistes, les acteurs du système de santé et le grand public.

L'objectif de ces trois enquêtes : saisir les attentes de la profession et des patients pour renforcer l'action de l'Ordre en faveur de la santé publique.

**70** % des chirurgiens-dentistes ont globalement une bonne image de l'Ordre. Voilà l'un des résultats de la consultation nationale lancée par l'Ordre en septembre dernier auprès des praticiens. L'objectif de cette enquête : mieux comprendre les préoccupations de ses ressortissants et saisir leurs attentes vis-à-vis de l'Ordre. Deux audits complémentaires ont aussi été réalisés, toujours sur l'image de l'Ordre, auprès des acteurs du système de santé et du grand public. Nous détaillons ci-après les résultats de ces trois enquêtes.



# L'Ordre et les praticiens

**P**remier enseignement de cette étude à laquelle 3 849 praticiens ont répondu <sup>(1)</sup> : leur «*vécu professionnel*» est largement positif. Il se traduit par la fierté d'exercer et «*un bon relationnel*» entre les praticiens et leurs patients. Deux bémols sont cependant soulevés : la sécurité au sein du cabinet dentaire et le poids de plus en plus lourd des démarches et des charges administratives, ce qui n'étonnera personne.

Autre point : la volonté ordinaire de défendre la profession et l'éthique est bien perçue. Ainsi, pour 98 % des chirurgiens-

dentistes, l'Ordre joue son rôle, et 89 % des répondants sont satisfaits de son action.

Cependant, des axes d'amélioration se sont exprimés. Les praticiens attendent de l'Ordre une plus grande proximité, un poids politique plus affirmé et une «*plus grande efficacité*». Ils manifestent une forte attente d'accompagnement, de la gestion du cabinet dentaire (pour 56 % d'entre eux) à la revalorisation des actes (pour 80 % des répondants). Ils demandent également une «*meilleure défense*» de la profession (dans les médias et au-

près des autorités de tutelle). Interrogés sur leurs sujets de préoccupation pour l'avenir, les praticiens se disent inquiets à propos l'accroissement du travail administratif, mais aussi de la nature des relations avec les complémentaires santé. Ils s'inquiètent aussi de la mauvaise image de la profession véhiculée par les médias. En conséquence, «*une forme de lassitude physique et morale s'est dégagée dans les réponses*», souligne l'étude.

S'agissant des reproches exprimés par rapport à l'institution ordinaire, 72 % des praticiens

**Tableau A. Une institution indispensable pour les praticiens**

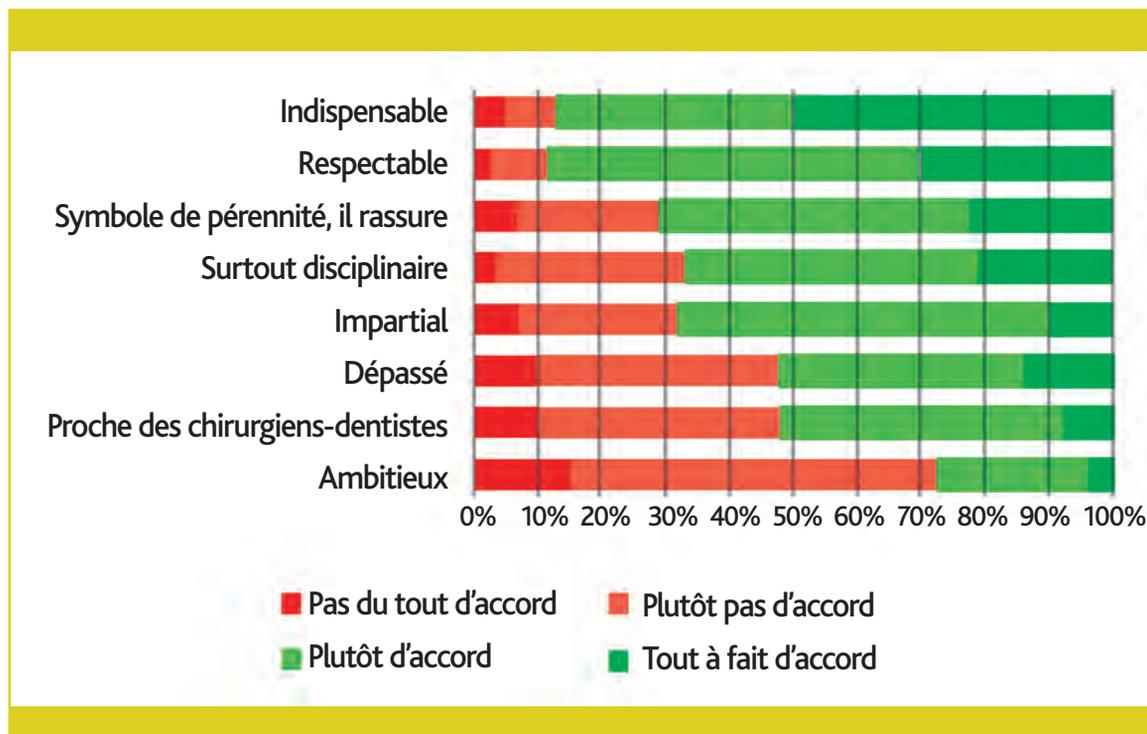
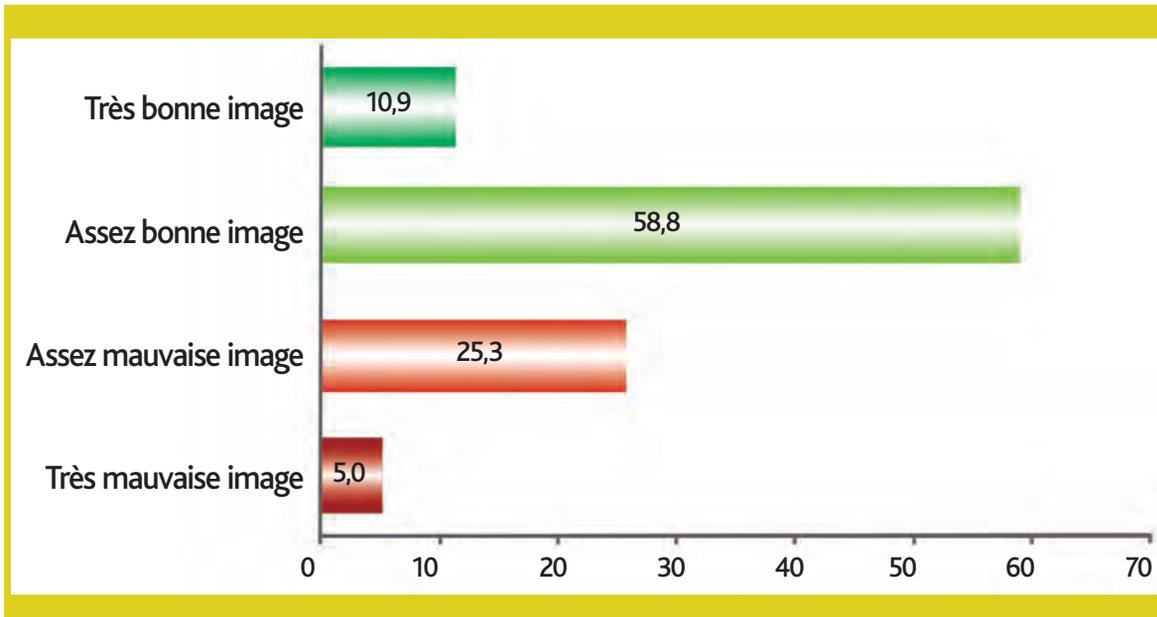


Tableau B. Une bonne image auprès des praticiens



estiment qu'elle est indispensable, mais qu'elle doit être « plus ambitieuse ».

À noter que les jeunes chirurgiens-dentistes sont 70 % à avoir une bonne image de l'Ordre, un chiffre équivalent à celui des praticiens plus âgés. Il n'en reste pas moins qu'une forte minorité d'entre eux manifeste le besoin d'une atten-

tion accrue de l'Ordre envers les praticiens, sans que ce besoin soit pour autant bien identifié.

Au total, les praticiens expriment le souhait que l'Ordre témoigne « davantage de proximité » concernant leurs problèmes et questionnements. Ils sont aussi demandeurs d'une plus grande « ambition » dans son

action quotidienne (voir les tableaux A et B). ■

(1) La consultation s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, un sondage de calage, selon la méthode des quotas, a été réalisé : 1 233 praticiens y ont répondu sur les 4 000 invités à participer. Seconde étape, la consultation nationale ouverte à l'ensemble de la profession. 2 616 praticiens y ont participé sur 32 500 invités par mail à y répondre. Au total, 3 849 chirurgiens-dentistes se sont exprimés.

## L'Ordre vu par les acteurs dentaires et du système de santé

L'objectif de la deuxième enquête visait à recueillir l'avis de représentants d'institutions ou d'organismes dont l'action a un impact direct ou indirect sur la profession. Pour ce faire, plus d'une douzaine d'en-

tretiens ont été menés auprès des instances suivantes :

- La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ;
- Le Centre national de gestion (CNG) (chargé notamment de l'inscription à la Paces) ;

- La Haute Autorité de santé (HAS) ;
- La Cour des comptes ;
- Le Sénat ;
- La Mutualité française ;
- Un conseiller à la présidence au Palais de l'Élysée ;



- »»» • Le ministère de la Santé ;
- Le réseau de soins Santéclair ;
- La Société française d'économie de la santé (SFES) ;
- Un industriel.

Quels en sont les principaux résultats ? Il ressort de ces entretiens que l'Ordre possède une image le plus souvent réduite à celle de gardien de la déontologie assurant la permanence de la profession. Le périmètre réel d'intervention de l'Ordre reste encore peu connu, même auprès des « sachants », avec une

nature des actions concrètes bien souvent ignorée. Pour les auteurs de l'étude, l'Ordre apparaît ainsi comme une sorte de « *gouvernement sans exécutif* ». Des différents entretiens se dégagent en effet l'idée d'une inertie de l'Ordre face aux enjeux actuels.

Parmi les attentes exprimées par ces différents organismes, certains interlocuteurs regrettent que l'Ordre ne soit pas partie prenante (ce qu'il n'est pas supposé être, les négociations rele-

vant du jeu conventionnel entre l'assurance maladie et les syndicats) sur la question du financement des soins bucco-dentaires et du reste à charge. « *Il faut faire de l'Ordre un catalyseur opérant entre Cnam, HAS, Mutualité et patients. Lui seul pourrait le faire...* », estime l'un des décideurs interrogé.

Parmi les axes d'évolution possible, les entretiens mettent en évidence la nécessité d'établir une définition claire du périmètre de l'Ordre. ■

## L'Ordre et le grand public

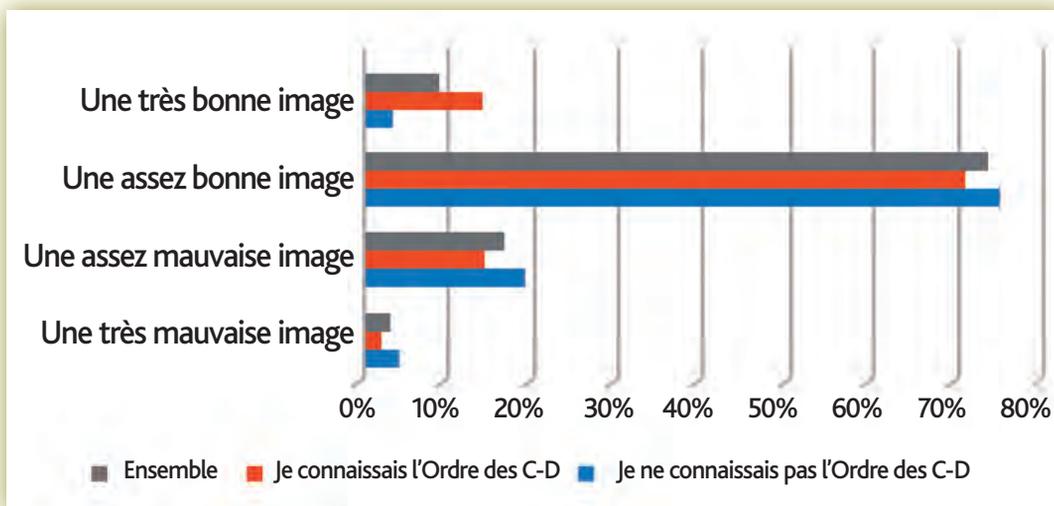
L'objectif de la troisième et dernière enquête consistait à évaluer le degré de connais-

sance des Français relatif à l'Ordre, l'image qu'ils en ont et les attentes qu'ils pourraient

manifestar. Une étude a été réalisée du 5 au 12 octobre dernier sur un échantillon national re-

### Quelle image les Français ont-ils de l'Ordre ?

La « *bonne image spontanée* » (81 %), incluant une « *très bonne image* » pour 8 % des sondés, est plus forte encore chez les répondants qui déclarent connaître l'existence de l'Ordre (84 %), avec une « *très bonne image* » pour 14 % d'entre eux.



présentatif de la population résidant en France de 800 personnes, recrutées sur Internet selon la méthode des quotas.

En termes de notoriété, l'Ordre des chirurgiens-dentistes n'est pas la première instance ordinaire qui vient à l'esprit des Français (notoriété spontanée : 7,1 % des répondants). Il se place loin derrière celui des avocats. Néanmoins, 77 % des Français savent que les chirurgiens-dentistes

ont un Ordre et 49 % en ont déjà entendu parler.

Quant à son image, les qualités prêtées à l'Ordre en font un acteur très prisé du secteur de la santé (loin devant les assureurs ou l'État). Il bénéficie d'une excellente image *a priori* pour les 50 % des Français qui le connaissent. Sens de l'éthique, honnêteté, compétence, vision à long terme de la santé bucco-dentaire : telles sont les qualités

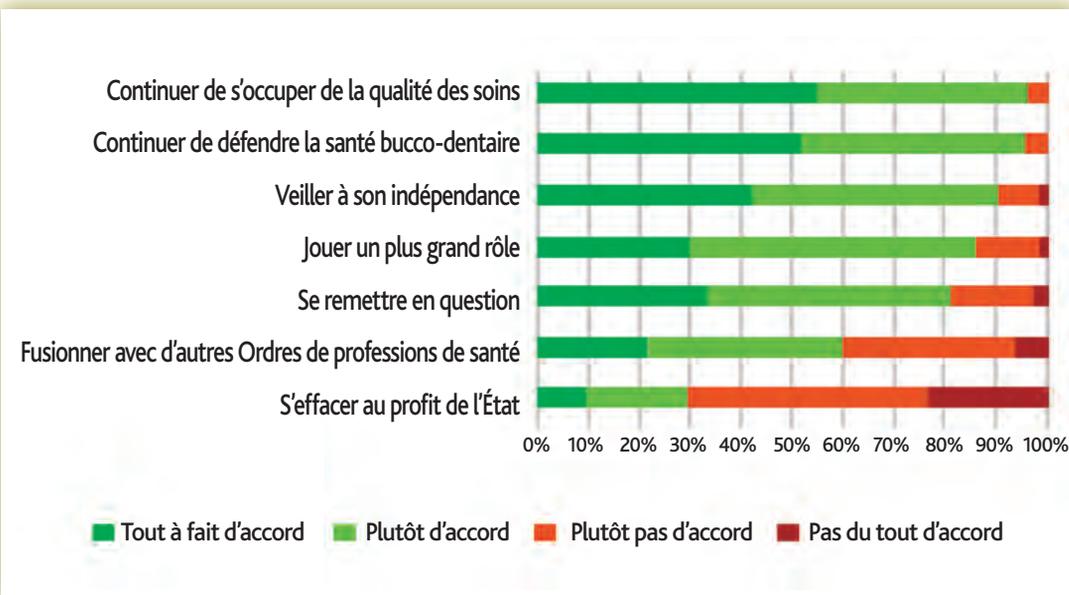
évoquées par les Français qui forgent une image positive de l'Ordre.

S'agissant du rôle de l'Ordre, les Français le perçoivent comme régalien, c'est-à-dire en charge du respect de la déontologie et du contrôle de l'accès à la profession. Dans une perspective d'avenir, les Français souhaitent que l'Ordre multiplie ses interventions dans le domaine de la santé publique. ■

## L'avenir de l'Ordre selon les Français

Du point de vue des Français, l'Ordre des chirurgiens-dentistes devra à l'avenir :

- Continuer de s'occuper de la qualité des soins et de défendre la santé bucco-dentaire pour plus de 95 % des répondants ;
- Veiller à son indépendance pour 90 % des répondants ;
- Jouer un plus grand rôle pour plus de 85 % des répondants ;
- Se remettre en question pour plus de 80 % des répondants ;
- Fusionner avec d'autres Ordres de professions de santé pour 60 % des répondants ;
- S'effacer au profit de l'État pour 30 % des répondants.





# Le Clesi en dentaire, c'est fini !

Même si la décision de la cour d'appel d'Aix-en-Provence reste susceptible d'un recours en cassation, après quatre années de polémiques et de procédures, les juges ordonnent la fermeture de la formation en odontologie du Clesi, ex-université Fernando-Pessoa, qui attirait les étudiants contournant la Paces.

**C'**est une décision que l'ensemble de la profession attendait depuis des années. Par deux arrêts en date du 27 septembre dernier, la cour d'appel d'Aix-en-Provence a condamné le Centre libre d'enseignement supérieur inter-

national (Clesi) à « *cesser de dispenser des formations en odontologie dans son établissement situé à La Garde ainsi que dans tout autre établissement ouvert en France. Cette interdiction est assortie de sanctions lourdes si les promoteurs du Clesi*

*persistent dans leurs manœuvres de contourner la loi* », précise le juge.

Sur le fond, la Cour juge que l'ouverture du Clesi (à l'époque appelé « université Fernando-Pessoa France » et aujourd'hui renommé « Écoles supérieures d'études médi-

cales ») est irrégulière dès son origine, en 2012, pour deux motifs : l'absence de convention d'adossement hospitalier et le fait d'avoir prétendu dispenser en France des formations donnant lieu à la délivrance de diplômes portugais, alors que ces



formations n'ont jamais été accréditées par les autorités portugaises.

La cour d'appel d'Aix-en-Provence juge également que la situation du Clesi est restée irrégulière après l'adoption de la loi Fioraso en confirmant que la loi du 22 juillet 2013 est immédiatement applicable

aux établissements ouverts antérieurement à son adoption (avec un délai de six mois pour obtenir un agrément à compter de l'arrêté du 27 mai 2014). En attendant que le Clesi délivre effectivement une formation en odontologie et non pas seulement des cours de biologie,

chimie, anatomie, etc., la Cour conclut que le Clesi est effectivement soumis à une demande d'agrément, ce à quoi il ne s'est pas conformé, de sorte que son activité est irrégulière.

En conséquence, la cour ordonne au Clesi de :

- cesser de dispenser à La Garde et dans tout autre établissement en France (y compris donc à Béziers) des formations d'odontologie « sous astreinte de 5 000 euros par jour de retard à compter de deux mois après la signification » ;
- publier un extrait de la décision à ses frais sur son site Internet, dans le magazine *L'Étudiant* et le quotidien *Var-*

*Matin*, dans un délai de 10 jours à compter de la signification, sous astreinte de 500 euros par jour de retard.

La cour a donc donné satisfaction aux actions entreprises par l'Union dentaire (anciennement UJCD) et la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL).

Reste à connaître le sort des étudiants du Clesi qui ont déboursé la modique somme de près de 10 000 euros de frais de scolarité par an pour suivre leur formation en odontologie dans l'un des campus du Clesi. À noter que le Clesi peut, dans un délai de deux mois, former un recours en cassation. ■

## L'ESSENTIEL

- ✓ La cour d'appel d'Aix-en-Provence a condamné, en septembre dernier, le Clesi à cesser de dispenser des formations en odontologie à La Garde et à Béziers.
- ✓ En raison de l'absence de convention d'adossement hospitalier, l'activité du Clesi a été jugée irrégulière par le juge.
- ✓ Le Clesi a la possibilité de former un pourvoi en cassation dans un délai de deux mois à compter de la signification de la décision.

# Pour un vrai contrôle de la formation initiale en Europe

Le Conseil national saisit les autorités de tutelle françaises et la Commission européenne pour les alerter sur la trop grande hétérogénéité des formations cliniques initiales sur le territoire européen.

**E**n Europe, 10 % des diplômés en odontologie n'auraient jamais soigné de patients au cours de leur cursus! C'est l'un des résultats dramatique, issu d'une enquête réalisée par un jeune praticien<sup>(1)</sup>, que chacun connaît désormais dans la profession. Le Conseil national juge ces résultats d'autant plus inacceptables qu'un tiers des primo-inscrits au tableau français en 2013, 2014 et 2015 est titulaire d'un diplôme obtenu hors de France via le mécanisme de reconnaissance automatique des diplômes. Cette situation doit être affrontée et réglée par les autorités sanitaires et l'Union européenne. L'Ordre interpelle donc les instances européennes, mais aussi la ministre de la Santé en France. Dans un courrier adres-

sé courant octobre à Elzbieta Bienkowska, commissaire au marché intérieur de la Commission européenne, Gilbert Bouteille expose une évidence : le premier patient de ces 10 % d'étudiants diplômés sans formation clinique constituera aussi « leur premier entraînement. La qualité et la sécurité des soins n'y trouvent pas leur compte ». Et d'ajouter : « Dans la directive révisée 2005/36, le législateur requiert pourtant des États que leurs universités assurent un minimum de clinique au cours de la formation initiale du futur praticien [...]. Un manque de conformité de certaines universités vis-à-vis de ce programme minimal d'enseignement est donc à déplorer. Or la situation ne peut ni se maintenir ni s'aggraver sans



miner la confiance mutuelle qui fonde la libre circulation des professionnels. [...]. Alors que de toutes les professions ce sont celles de la santé qui sont les plus mobiles dans l'UE, quelles mesures la Commission envisage-t-elle pour mieux encadrer la libre circulation des professionnels et assurer que l'enseignement dentaire en Europe

prodigué dans les États respecte les exigences de la directive 2005/36 en matière de formation clinique ? » L'Ordre espère obtenir une réponse rapide de la Commission européenne.

À l'échelle nationale, la ministre de la Santé a pris acte du courrier que lui a adressé l'Ordre dans lequel Gilbert Bouteille l'informe des principaux

résultats désastreux de l'enquête : « Sur 34 actes courants listés, seul un quart a été réalisé plus de dix fois par 60 % des diplômés, deux tiers

bitant que la moyenne européenne : ces praticiens ont vocation à s'expatrier. » L'Ordre espère obtenir à minima plus de contrôles de la

### **Le manquement de certains États à l'obligation de formation clinique des étudiants constitue une dangereuse anomalie qui nuit à la qualité et à la sécurité des soins.**

de ces actes ont été réalisés moins de cinq fois par 50 % des étudiants. Plus de 75 % n'ont jamais réalisé cinq de ces actes et seuls 50 % estiment pouvoir réaliser en autonomie 28 de ces 34 actes. » Il poursuit : « L'Ordre national des chirurgiens-dentistes, garant de la compétence des praticiens, au service de la santé publique et des patients, se doit de vous alerter sur cette dangereuse anomalie. Certains pays de l'Union européenne forment trois fois plus de chirurgiens-dentistes par ha-

part des autorités européennes. Au mieux, une réforme de la directive sur la reconnaissance automatique des diplômes, même si la procédure est longue et complexe. La France comme l'Europe doit adopter une position ferme sur la qualité et la fiabilité de la formation des professionnels de santé : il en va de la sécurité de nos patients. ■

(1) L'enquête a été menée par l'Association européenne des étudiants en dentaire (European Dental Students' Association – EDSA). Lire le dossier « 10 % des étudiants diplômés en UE sans pratique clinique », La Lettre n° 150, pp. 28-33.



### **L'ESSENTIEL**

- ✓ Une enquête de l'EDSA révèle qu'un étudiant sur dix en odontologie finit son cursus sans avoir prodigué de soins en bouche.
- ✓ Face à ce constat, l'Ordre s'est immédiatement mobilisé et a interpellé tant la Commission européenne que le ministère de la Santé sur cette trop grande disparité en termes de formation initiale clinique.
- ✓ Un tiers des primo-inscrits en 2015 au tableau français a de surcroît obtenu son diplôme hors de France.

# La feuille de route de l'Ordre est respectée



Création du Pôle patients et du Pôle numérique, accès aux soins pour tous, formation clinique des étudiants européens, affaire Dentexia, accès partiel... Le président de l'Ordre a donné une conférence de presse sur l'actualité dentaire et les grands chantiers dans lesquels il s'est engagé voilà un an.

« **L'**Ordre veille au respect universel de la déontologie qui s'applique à tous, quelle que soit la structure où l'on exerce, et qui commence dès l'entrée à l'université. » Tels ont été les premiers mots de Gilbert

un point d'étape sur les chantiers et les dossiers qu'il s'est engagé à mener lors de son investiture en juin 2015.

Il est ainsi revenu en premier lieu sur le scandale sanitaire Dentexia et a réaffirmé

un « événement sans précédent rassemblant, dans une parfaite collégialité, l'ensemble des acteurs de la santé bucco-dentaire. Il s'agit d'une véritable charnière entre passé et avenir ». Pour le président du Conseil national, l'Ordre a donné « l'impulsion nécessaire à la transformation de la profession. C'est maintenant aux autorités de tutelle, aux syndicats dentaires, aux universités, à l'industrie dentaire... de mener à bien les réformes ».

Une autre initiative de taille a été inspirée par le Conseil national. Il s'agit de la mise en œuvre d'une approche mieux concertée et mieux organisée de l'organisation des soins bucco-dentaires dans l'intérêt du patient. Elle se traduit par la création du Pôle patients, rassemblant déjà une quin-

zaine d'associations et par la mise en œuvre d'un vaste chantier en faveur d'un meilleur accès aux soins pour les personnes en situation de handicap, de précarité et les personnes âgées dépendantes, résidant ou non en Ehpad. L'un des objectifs de ce projet : fournir aux « référents Handicap » départementaux et régionaux une cartographie précise des initiatives et des pratiques locales.

Paul Samakh est ensuite revenu sur la formation des étudiants dans l'UE et plus précisément sur l'enquête révélant de grandes disparités dans le cadre de la formation clinique qui soulève « de nombreuses questions sur les carences du contrôle de la formation initiale qui est exercé dans le cadre

## Véritable charnière entre passé et avenir, le Grenelle de la santé bucco-dentaire a donné l'impulsion nécessaire à la transformation de la profession.

Bouteille, président de l'Ordre, prononcés lors d'une conférence de presse au Conseil national le 28 septembre dernier. Accompagné de Paul Samakh, vice-président de l'Ordre, Dominique Chave, présidente de la Commission de la vigilance et des thérapeutiques, et Christian Winkelmann, président du Pôle patients, Gilbert Bouteille a fait

que « notre profession ne doit pas s'exercer comme un commerce » en soulignant fermement que « l'Ordre reste très vigilant sur les dérives de certains centres qui ne respectent pas l'objet pour lequel les règles ont été fixées par le législateur ».

Il a aussi insisté sur le fait que le Grenelle de la santé bucco-dentaire de janvier 2016 a constitué



De gauche à droite, Paul Samakh, Gilbert Bouteille, Dominique Chave et Christian Winkelmann lors de la conférence de presse du 28 septembre dernier.

de la reconnaissance des qualifications. C'est pour quoi l'Ordre vient de saisir les autorités de tutelle et la Commission européenne», a-t-il relevé <sup>(1)</sup>. S'agissant du dossier

santé, y compris pour les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires. «L'Ordre sera particulièrement vigilant sur le texte de ce projet d'ordonnance et, le cas échéant, se réservera

Gilbert Bouteille s'est bien sûr félicité de l'inscription des assistants dentaires dans le Code de la santé publique. Les modalités de formation et les conditions d'accès apporteront un cadre qui permettra des évolutions à ces professionnels. Gilbert Bouteille souhaite, à ce propos, «sensibiliser les praticiens pour que chaque cabinet dentaire recrute un(e) assistant(e) diplômé(e)».

Gilbert Bouteille a rappelé la création du Pôle numé-

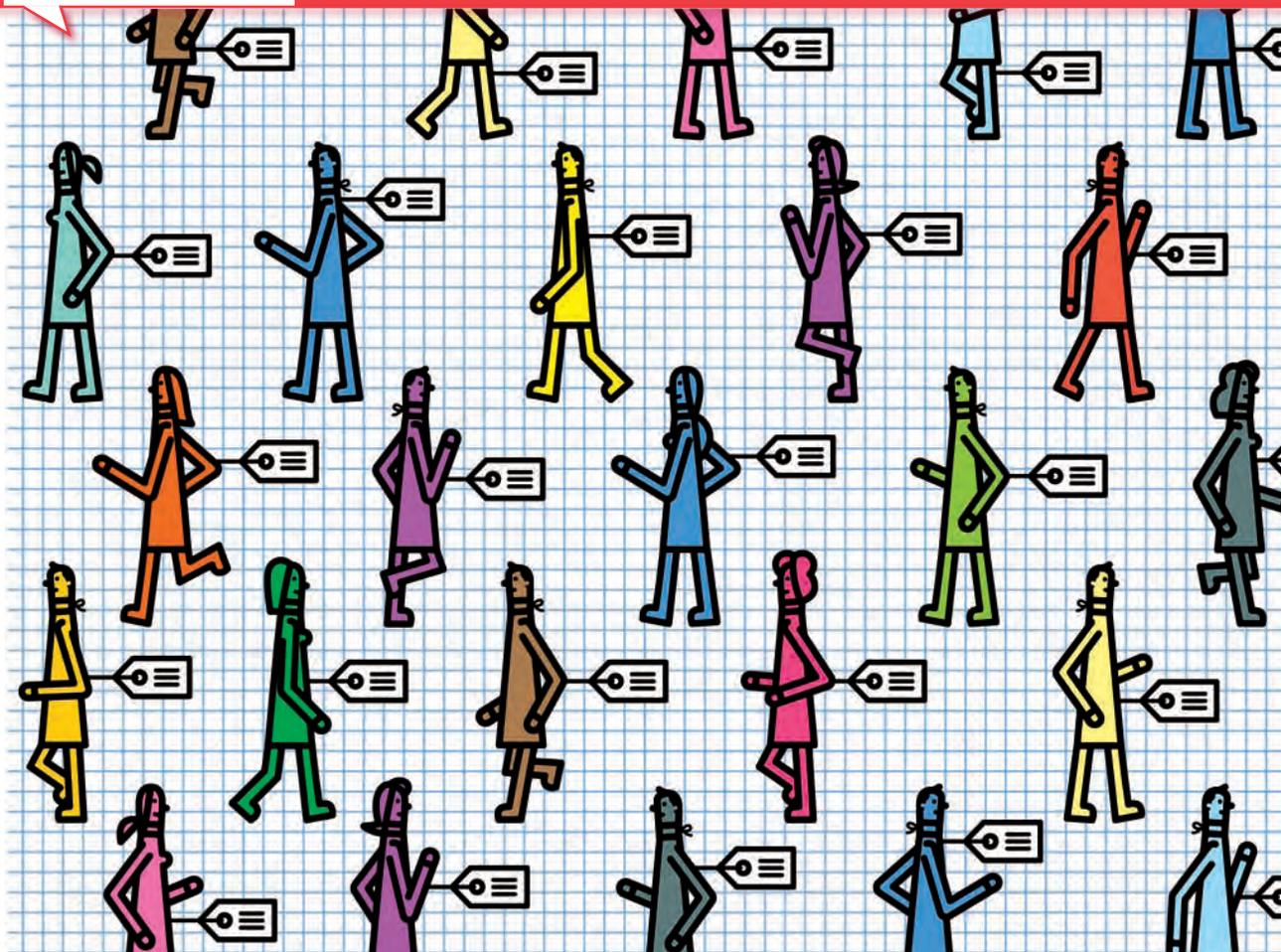
rique au Conseil national. Il s'agit, a-t-il détaillé, d'engager une réflexion sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) pour que les chirurgiens-dentistes ne manquent pas le tournant de l'e-santé. En conclusion, le président a rappelé que l'Ordre avait publié son premier rapport annuel pour l'année 2015. ■

(1) Lire l'article «Pour un vrai contrôle de la formation initiale en Europe», p. 12 de ce numéro.

### La création du Pôle numérique répond au besoin d'engager une réflexion sur les NTIC pour permettre aux praticiens de ne pas manquer le tournant de l'e-santé.

«Accès partiel», un projet d'ordonnance du gouvernement prévoit d'appliquer l'accès partiel pour toutes les professions de

vera de faire jouer toutes les possibilités de recours si ce texte devait rester en l'état», a déclaré le vice-président de l'Ordre.



# Radiographie des praticiens à diplôme étranger

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé livre des données complètes sur les praticiens à diplôme étranger exerçant en France : nationalité, pays d'obtention du diplôme, mode d'exercice, répartition selon l'âge, etc.

« **C**erner le stock et les flux des professionnels [de santé] diplômés à l'étranger, de nationalité étrangère ou française, qui s'installent en France et définir très précisément les données statistiques dispo-

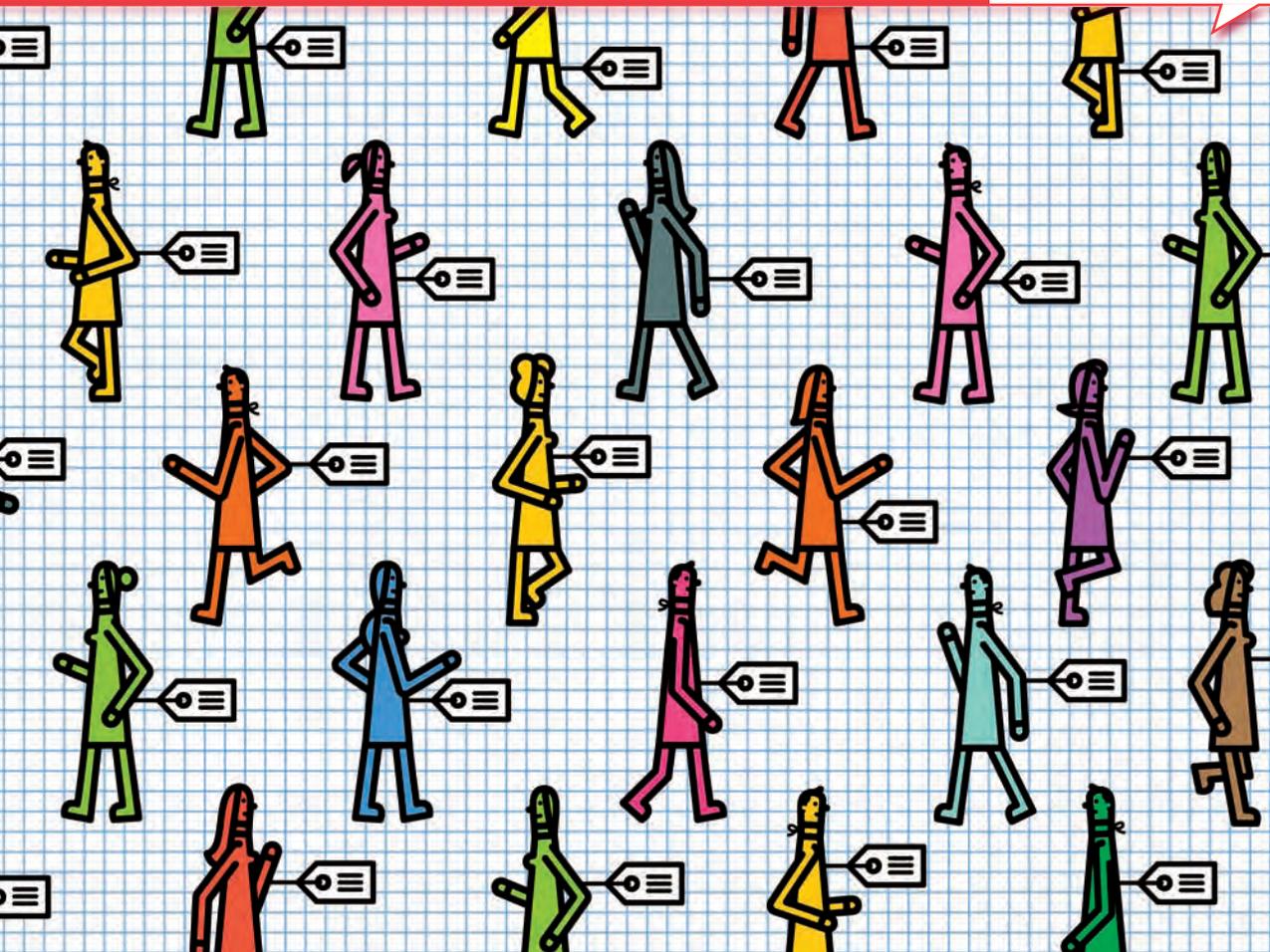
nibles en la matière, tant en termes de flux entrants que sortants [avec le taux d'évaporation des diplômés français]. » Tels sont les objectifs d'une vaste étude de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

(ONDPS) intitulée « *Les Mobilités internationales de quatre professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens* », publiée cet été <sup>(1)</sup>. Nous présentons ci-après

les résultats de cette enquête circonscrits à notre profession.

• **Flux entrants : les praticiens à diplôme étranger exerçant en France**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 41 495 chirurgiens-dentistes actifs sont enregis-



trés au répertoire RPPS dont 1 568 sont titulaires d'un diplôme européen, ce qui représente 3,7 % de l'ensemble des chirurgiens-dentistes, mais aussi 972 chirurgiens-dentistes dont le pays d'obtention du diplôme est inconnu, soit 2,3 % des chirurgiens-dentistes.

En partant de l'hypothèse que les diplômes d'origine inconnue sont extra-européens (puisque étonnamment aucun document administratif unique [DAU] n'est enregistré dans les bases 2012-2015), l'ONDPS compte 2 540 chirurgiens-dentistes à diplôme étranger, soit 6,1 % de l'ensem-

ble des chirurgiens-dentistes. La suite de l'analyse des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger se poursuit sous cette hypothèse.

### 1. ANNÉE D'EFFET D'EXERCICE

Selon les auteurs de l'étude, la représentation des effectifs des praticiens au 1<sup>er</sup> janvier 2015 suivant leur année d'effet d'exercice laisse apparaître que, «avant l'année 2000, la part des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger parmi les nouveaux praticiens en exercice était assez stable, aux alentours de 3 % (avec 26 nouveaux chirurgiens-dentistes par

an entre 1995 et 1999)». En 2000, la proportion de nouveaux praticiens à diplôme étranger est passée à 12 % avec 74 nouveaux chirurgiens-dentistes (51 en moyenne par an entre 2000 et 2006). Depuis 2007, le nombre de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger ne cesse de progresser pour atteindre 417 en 2014 soit 33 % de l'ensemble des nouveaux praticiens.

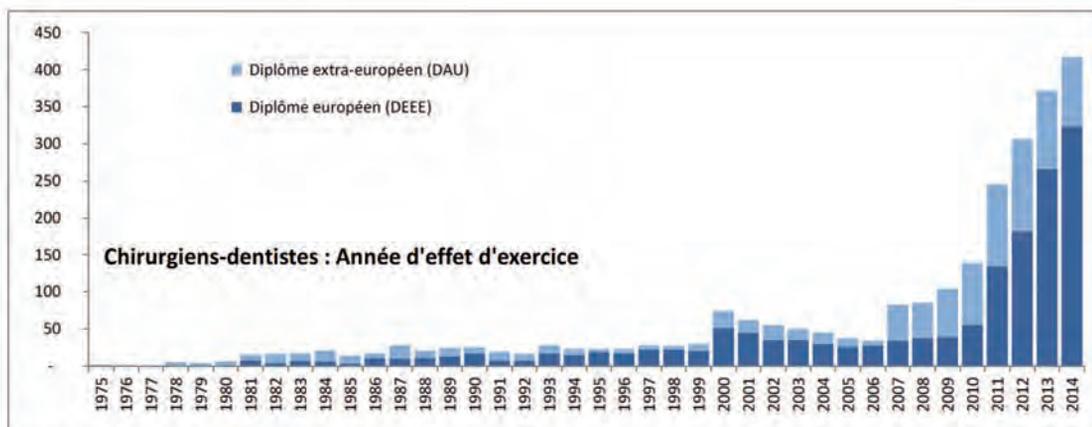
Entre 2010 et 2014, sur une moyenne annuelle de 1 169 nouveaux confrères en exercice, 25 % ont un diplôme délivré par un pays étranger (dont la

mention n'est pas précisée) : 17 % des diplômes délivrés par un pays européen et 9 % par un pays extra-européen (voir l'histogramme p. 18).

### 2. PAYS DE NAISSANCE

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes actifs à diplôme étranger, près de 30 % sont nés en Roumanie. Selon l'ONDPS, «la Roumanie apparaît comme le principal pays de naissance des praticiens formés en dehors de l'Europe et comme le deuxième pays pour ceux formés en Europe», (à l'exclusion de la >>>

## Effectifs des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger au 1<sup>er</sup> janvier 2015 par année d'effet d'exercice



Source : RPPS 2015, exploitation : Fnors/ORS

►►► France). Et d'ajouter : «Autre particularité : l'importance de la part des praticiens à diplôme étranger nés en France qui représentent 12,7 % d'entre eux au 1<sup>er</sup> janvier 2015 [voir le tableau p. 19]. De ce fait, la répartition des chirurgiens-dentistes formés à l'étranger suivant la nationalité est assez proche de celle suivant le pays de naissance, même si la part de ceux de nationalité française est nettement supérieure (30,6 % des chirurgiens-dentistes formés à l'étranger) à ceux nés en France (12,7 %).»

En termes d'évolution, les praticiens nés en Roumanie continuent à représenter une part importante et croissante des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger. Les chirurgiens-dentistes nés

en Espagne et diplômés à l'étranger sont en «augmentation en termes de stock». À l'inverse, la part de ceux qui sont nés en France et en Belgique est en baisse. Sur les nouveaux inscrits à l'Ordre, l'ONDPS observe une légère tendance à la baisse des praticiens originaires de Roumanie, en faveur de ceux qui ont vu le jour en Espagne et au Portugal, mais les effectifs sont très réduits et les tendances sont donc à interpréter avec prudence.

### 3. MODES D'EXERCICE

Nous le savons, quelle que soit l'origine du diplôme, les praticiens exercent principalement en secteur libéral ou mixte (à 89,2 % au 1<sup>er</sup> janvier 2015). Cependant, l'ONDPS relève que cette «proportion est plus fai-

ble chez les chirurgiens-dentistes à diplôme européen (74,4 %) et chez les chirurgiens-dentistes à diplôme extra-européen (82,4 %).»

Pour compléter cette analyse du mode d'exercice, sur le total des praticiens inscrits au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la part de ceux qui ont un diplôme étranger est de 6,1 %. «Parmi les salariés, cette proportion est de 11,8 % (elle est de 5,1 % chez les chirurgiens-dentistes libéraux, et de 9,2 % chez les chirurgiens-dentistes en mode d'exercice mixte)», relèvent les auteurs.

Chez les primo-inscrits, la faible part des chirurgiens-dentistes qui s'inscrivent dans le secteur salarié se confirme, même si elle a tendance à légèrement augmenter. Elle reste plus importante chez

les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger que chez ceux qui ont obtenu leur diplôme en France.

### 4. RÉPARTITION SELON L'ÂGE

Les chirurgiens-dentistes à diplôme étranger sont relativement plus nombreux parmi les moins de 30 ans, et leur part se réduit au fur et à mesure de l'avancée en âge : de 15,5 % chez les chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans, la proportion passe à 2,5 % chez les 55 ans et plus. Selon les auteurs, cette situation traduit dans la période récente des flux entrants de chirurgiens-dentistes plus importants.

La moyenne d'âge des chirurgiens-dentistes est de 49 ans. Les praticiens à diplôme européen sont plus jeunes (38 ans ►►►

## Effectifs des chirurgiens-dentistes à diplôme étranger au 1<sup>er</sup> janvier 2015 selon le pays de naissance

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme européen

| Pays de naissance du diplômé    |       |        |
|---------------------------------|-------|--------|
| Nombre de chirurgiens-dentistes | 1 568 | 100,0% |
| France                          | 305   | 19,5%  |
| Roumanie                        | 301   | 19,2%  |
| Espagne                         | 289   | 18,4%  |
| Belgique                        | 150   | 9,6%   |
| Portugal                        | 124   | 7,9%   |
| Allemagne                       | 51    | 3,3%   |
| Italie                          | 36    | 2,3%   |
| Pologne                         | 23    | 1,5%   |
| Royaume-Uni                     | 22    | 1,4%   |
| Bulgarie                        | 16    | 1,0%   |
| Maroc                           | 16    | 1,0%   |
| Grèce                           | 15    | 1,0%   |
| Liban                           | 15    | 1,0%   |
| Pays-Bas                        | 13    | 0,8%   |
| Moldavie                        | 13    | 0,8%   |
| Pérou                           | 12    | 0,8%   |
| Syrie                           | 10    | 0,6%   |
| Cameroun                        | 10    | 0,6%   |
| Algérie                         | 10    | 0,6%   |
| Vietnam                         | 9     | 0,6%   |
| Autres Pays de naissance        | 128   | 8,2%   |

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme étranger

| Pays de naissance du diplômé  |       |        |
|-------------------------------|-------|--------|
| Nbre de chirurgiens-dentistes | 2 540 | 100,0% |
| Roumanie                      | 741   | 29,2%  |
| France                        | 322   | 12,7%  |
| Espagne                       | 290   | 11,4%  |
| Belgique                      | 150   | 5,9%   |
| Portugal                      | 125   | 4,9%   |
| Algérie                       | 119   | 4,7%   |
| Liban                         | 84    | 3,3%   |
| Syrie                         | 78    | 3,1%   |
| Allemagne                     | 55    | 2,2%   |
| Pologne                       | 50    | 2,0%   |
| Maroc                         | 45    | 1,8%   |
| Italie                        | 36    | 1,4%   |
| Bulgarie                      | 28    | 1,1%   |
| Vietnam                       | 23    | 0,9%   |
| Royaume-Uni                   | 22    | 0,9%   |
| Moldavie                      | 21    | 0,8%   |
| Tunisie                       | 21    | 0,8%   |
| Pérou                         | 19    | 0,7%   |
| Iran                          | 18    | 0,7%   |
| Colombie                      | 17    | 0,7%   |
| Autres pays de naissance      | 276   | 10,9%  |

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme extra-européen

| Pays de naissance du diplômé    |     |        |
|---------------------------------|-----|--------|
| Nombre de chirurgiens-dentistes | 972 | 100,0% |
| Roumanie                        | 440 | 43,8%  |
| Algérie                         | 109 | 39,9%  |
| Liban                           | 69  | 2,3%   |
| Syrie                           | 68  | 2,2%   |
| Maroc                           | 29  | 1,6%   |
| Pologne                         | 27  | 1,5%   |
| France                          | 17  | 0,8%   |
| Vietnam                         | 14  | 0,9%   |
| Bulgarie                        | 12  | 0,7%   |
| Iran                            | 12  | 0,6%   |
| Tunisie                         | 12  | 0,6%   |
| Colombie                        | 12  | 0,5%   |
| Brésil                          | 11  | 0,4%   |
| Turquie                         | 10  | 0,3%   |
| Argentine                       | 9   | 0,3%   |
| Moldavie                        | 8   | 0,2%   |
| Égypte                          | 8   | 0,2%   |
| Sénégal                         | 7   | 0,2%   |
| Pérou                           | 7   | 0,2%   |
| Russie                          | 6   | 0,2%   |
| Autres Pays de naissance        | 85  | 2,4%   |

Chirurgiens-dentistes ayant un diplôme français

| Pays de naissance du diplômé  |        |        |
|-------------------------------|--------|--------|
| Nbre de chirurgiens-dentistes | 38 955 | 100,0% |
| France                        | 33 874 | 87,0%  |
| Algérie                       | 1 304  | 3,3%   |
| Maroc                         | 995    | 2,6%   |
| Tunisie                       | 753    | 1,9%   |
| Vietnam                       | 342    | 0,9%   |
| Liban                         | 193    | 0,5%   |
| Allemagne                     | 176    | 0,5%   |
| Madagascar                    | 125    | 0,3%   |
| Iran                          | 107    | 0,3%   |
| Sénégal                       | 90     | 0,2%   |
| Cameroun                      | 62     | 0,2%   |
| Belgique                      | 55     | 0,1%   |
| Cote d'Ivoire                 | 54     | 0,1%   |
| Cambodge                      | 45     | 0,1%   |
| Roumanie                      | 41     | 0,1%   |
| Maurice                       | 38     | 0,1%   |
| Suisse                        | 36     | 0,1%   |
| États-Unis                    | 31     | 0,1%   |
| Égypte                        | 30     | 0,1%   |
| Israël                        | 29     | 0,1%   |
| Autres pays de naissance      | 575    | 1,5%   |

Source : RPPS 2015 ; exploitation : Fnors/ORS

» de moyenne d'âge) que les chirurgiens-dentistes à diplôme extra-européen (47 ans) ou français (50 ans). L'écart d'âge entre chirurgiens-dentistes à diplôme français et extra-européen n'a pas évolué entre 2012 et 2015, à la différence de celui de chirurgiens-dentistes à diplôme européen (42 ans en 2012).

### 5. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

En 2015, la France compte en moyenne, pour 100 000 habitants, 63 chirurgiens-dentistes dont quatre ont obtenu un diplôme étranger. Un peu plus d'un chirurgien-dentiste sur cinq (21 %) est installé dans les départements de l'Île-de-France, 11 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et 10 % en Rhône-Alpes. À l'opposé, les régions Corse, Limousin, Basse-Normandie, Franche-Comté et Haute-Normandie enregistrent les plus faibles effectifs.

Les densités départementales de praticiens libéraux (mode d'exercice majoritaire) varient de 31 professionnels pour 100 000 habitants dans la Somme, l'Orne ou la Creuse à plus de 100 à Paris et dans les Alpes-Maritimes.

«La part des chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger est nulle

en Corrèze et dans les Hautes-Alpes et proche de 1,5 % dans certains départements qui, comme le Puy-de-Dôme et l'Ariège, affichent des densités [...] parmi les plus importantes. Elle atteint près de 25 % dans l'Orne.»

La densité de chirurgiens-dentistes est également corrélée à la part des praticiens à diplôme étranger (coefficient de corrélation de -37,8 % pour les libéraux). «Certains départements moins dotés en termes de densité de chirurgiens-dentistes libéraux enregistrent relativement plus de chirurgiens-dentistes libéraux à diplôme étranger et inversement. Ainsi, comme pour les médecins, les chirurgiens-dentistes à diplôme européen s'installent pour partie dans les départements les moins bien dotés», observe l'ONDPS.

#### • Flux sortants : les praticiens à diplôme français exerçant à l'étranger

L'estimation des flux sortants, qu'il s'agisse de praticiens diplômés en France commençant leur vie professionnelle à l'étranger ou de professionnels en exercice décidant de poursuivre leur activité dans un autre pays, est «délicate», expose l'ONDPS.

Les estimations réalisées pour les «taux d'évaporati-



on» des professionnels formés en France (diplômés en France mais non inscrits à l'Ordre) présentent des limites méthodologiques, y compris lorsqu'elles sont basées sur les nombres de diplômés. Pour l'ONDPS, «il est effectivement difficile de savoir avec les données de quelle année le nombre de nouveaux inscrits doit être comparé, les délais entre la fin des études proprement dites et l'obtention du diplôme étant probablement variables». Par ailleurs une incertitude existe sur ce que représente le nombre de diplômés recueillis par l'ONDPS (diplômes de fin de cycle ou diplôme d'État proprement dit).

Pour les auteurs, une clarification semble nécessaire, même s'il «paraît intéressant de poursuivre les recueils engagés par l'ONDPS concernant les nombres de diplômés annuels. Ainsi, le taux d'évaporation pour les chirurgiens-dentistes s'élève à 10 %». L'ONDPS souligne néanmoins qu'il est impossible de distinguer

les différents motifs de ces non-inscriptions à l'Ordre : abandon des études, activité ne nécessitant pas d'inscription... mais aussi départs à l'étranger.

Par ailleurs, l'Ordre dispose d'une «liste spéciale» qui recense notamment les professionnels partis exercer à l'étranger. Toutefois, l'inscription sur cette liste ne semble pas obligatoire selon l'ONDPS. Au total, 42 chirurgiens-dentistes sont inscrits sur la liste spéciale entre 2010 et 2015. Ils exercent en Grande-Bretagne (5), en Belgique, au Canada, en Suisse et en Chine (4 pour chacun de ces pays), en Allemagne, en Israël et aux USA (3 par pays), en Espagne (2), à l'île Maurice, au Cambodge, en Italie, au Luxembourg, au Mexique, au Portugal, dans la République du Bénin, en Russie, en Suède et au Vietnam (1 par pays). ■

(1) L'étude est téléchargeable sur <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/les-mobilites-internationales-des-quatre-professions-de-sante-flux-entrants-et>

# Les lauréats 2016 du concours de déontologie

Le 29 septembre dernier, le Conseil national a décerné son prix à six étudiants en chirurgie dentaire.

Christophe Hueber, étudiant de la faculté de Strasbourg, a remporté le premier prix du concours de déontologie organisé par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes <sup>(1)</sup>. Pour cette édition 2016, 17 candidats de cinquième et sixième année s'étaient présentés. Le 29 septembre, les six meilleurs ont reçu un prix et un chèque des mains de Paul Samakh, vice-président du Conseil national et cheville ouvrière de l'organisation du prix. Cette année, les étudiants planchaient

sur trois thématiques au choix : les refus de soins, l'information et la publicité, ou encore l'intérêt du stage actif et le numerus clausus européen.

Dans le détail, trois questions portaient sur les refus de soins : «*Quelles formes prennent-ils ?*», «*Comment les mettre en évidence ?*» et «*Comment les prévenir ?*». Les candidats ont par ailleurs dû définir «*la limite de façon générale*» et «*la limite sur les sites Internet et sur les documents professionnels et les plaques*» entre l'information et la publi-

cité. Enfin, ils devaient répondre, au choix, aux deux questions suivantes : «*Intérêt du stage actif ?*» et «*Numerus clausus européen : comment réguler l'installation en UE ?*».

Si le premier prix, accompagné d'un chèque de 4 600 euros, a été décerné à Christophe Hueber. Cédric Bourgeois, étudiant à Montpellier, est monté sur la deuxième marche du podium avec un chèque de 3 100 euros. Le troisième prix a été décerné à Cécile Thomas, étudiante à Rennes, avec un chèque de 1 600 euros. Le qua-

trième prix a été accordé à Déborah Schneider, étudiante à Strasbourg, qui a reçu un chèque de 1 200 euros. Iris Garric, étudiante à Strasbourg, décroche la cinquième place avec un chèque de 800 euros. Enfin Amélie da Costa Rosa, étudiante à Paris VII, a été classée en sixième position et reçu un chèque de 500 euros.

Les épreuves du concours ont été corrigées par quatre conseillers nationaux : André Micouveau et Paul Samakh, vice-présidents, Myriam Garnier, secrétaire générale, et Dominique Chave, conseillère nationale représentant les régions Basse-Normandie – Bretagne. ■

(1) Lire son portrait dans ce numéro, p. 42.

De gauche à droite, de bas en haut : Amélie da Costa Rosa (6<sup>e</sup> prix), Christophe Hueber (lauréat du concours), Iris Garric (5<sup>e</sup> prix), Cédric Bourgeois (2<sup>e</sup> prix), Déborah Schneider (4<sup>e</sup> prix), Myriam Garnier, secrétaire générale, Dominique Chave, conseillère nationale, Paul Samakh, vice-président, Gilbert Bouteille, président de l'Ordre, André Micouveau, vice-président.



# La France, élève moyen du recours aux soins dentaires

La situation des soins bucco-dentaires en France comparée à celle de ses voisins européens et de l'OCDE a été mise en perspective dans une étude récente. Ci-dessous, les principaux résultats.

**S**urvenant après la réunion du Pôle patients du Conseil national du 2 juin dernier et au moment du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017, la comparaison de la Drees sur les dépenses de santé en 2015 à l'échelle européenne et de l'OCDE est particulièrement instructive<sup>(1)</sup>. On retiendra que si le recours aux soins bucco-dentaires et le reste à charge se situent dans la moyenne de l'UE, en revanche le renoncement aux soins est une situation plus saillante en France et dans l'Europe du Sud que dans le reste de l'UE.

## UNE DENSITÉ DE PRATICIENS DANS LA MOYENNE DE L'UE

En 2014, on recensait en France 64 chirurgiens-dentistes en activité pour 100 000 habitants, ce qui correspond à la moyenne de l'UE. La densité augmente en Allemagne et

en Italie; elle diminue en revanche au Royaume-Uni où les professions de techniciens dentaires sont plus variées et nombreuses.

## RECOURS AUX SOINS

Le nombre annuel de consultations dentaires par habitant est de 1,3 en France, ce qui correspond à la moyenne de l'UE. La diversité européenne des systèmes de santé s'exprime dans la variation de ce résultat : plus faible en Hongrie, au Danemark ou au Royaume-Uni (il n'est que de 0,7), mais plus élevé aux Pays-Bas et au Japon (il atteint 2,6 et 3,7). Le chiffre britannique pourrait s'expliquer par la place importante accordée à la prévention qui occupe 31 % environ de la dépense dentaire nationale. En France, on retiendra cependant que «les dépenses relatives aux soins dentaires de nature pré-

ventive ont augmenté en moyenne de 4,8 % par an entre 2012 et 2014», selon la Drees.

Au total, en 2014, les dépenses courantes de santé réalisées dans les cabinets dentaires s'élèvent en moyenne à 172 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant dans les pays de l'UE, alors qu'elle se limite à 149 euros en PPA par habitant en France.

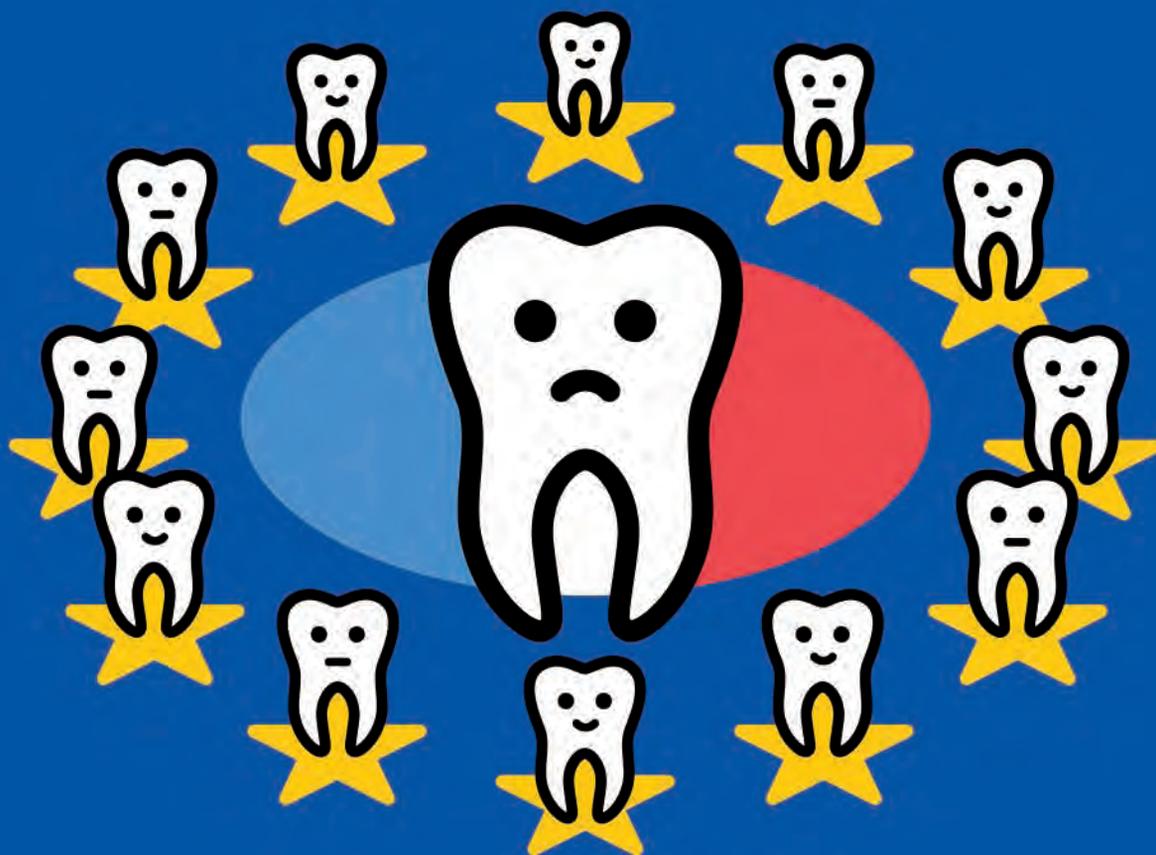
## UN RESTE À CHARGE ÉLEVÉ EN EUROPE

«Une part relativement faible de la dépense dentaire fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou un autre financeur public (47 % en 2015 pour l'Europe des Quinze – UE 15). Compte tenu des différences de dépassements d'honoraires, de prise en charge des prothèses dentaires, de la diversité des couvertures maladie privées, la prise en charge des dé-

penses dentaires totales se répartit de manière très hétérogène entre les régimes publics et les régimes facultatifs privés selon les pays de l'OCDE. En moyenne, le reste à charge est élevé (39 % dans l'UE 15).» Sur ce point, l'UE ne présente pas un modèle meilleur qu'un autre.

## RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins bucco-dentaires est faible. En 2014, 6 % de la population comparée de l'UE renonce à des soins médicaux et près de 8 % à des soins bucco-dentaires. Toutefois, le taux de renoncement aux soins bucco-dentaires est supérieur à la moyenne européenne (7 % dans l'UE) dans les pays du Sud (Portugal 19 %, Grèce 14 %, Italie 12 %, Espagne 10 %) et en France (9 %). Il est bien plus faible aux Pays-Bas (3 %), en Allemagne



et au Royaume-Uni (4 %). Le coût élevé des soins est la principale cause de renoncement évoquée (plus d'une fois sur deux en France et deux fois sur trois en moyenne au sein de l'UE).

En Italie, où les dépenses de prothèses dentaires sont en effet intégralement à la charge du bénéficiaire, en Grèce et plus encore au Portugal, ce motif financier est encore plus élevé. Les listes d'attente ou l'éloignement s'ajoutent dans une

moindre mesure aux motifs de renoncement. En revanche la peur a la peau dure et reste plus fréquemment mentionnée que pour le renoncement aux autres soins médicaux.

### **Au-delà de l'enjeu financier, la peur demeure un motif de renoncement aux soins plus largement évoqué que pour les autres disciplines médicales.**

En tout cas, le coût n'explique pas tout. «Aux Pays-Bas, en Espagne, en Allemagne ou en Suède, le

taux de renoncement des plus démunis n'excède pas 2 % pour les soins médicaux, alors que des disparités bien plus importantes existent pour les soins dentaires, en particulier en Espagne [...].

Pourtant, des populations bien identifiées, dont les plus jeunes et les plus démunis, bénéficient d'une

prise en charge des prothèses dentaires, partielle en Espagne ou totale en Grèce», avance la Drees. La spécificité des soins bucco-dentaires trouve là une manifestation exemplaire. Le PLFSS pour 2017 et son projet de plan pluriannuel pour l'accessibilité aux soins bucco-dentaires auront à y faire face. ■

(1) Les Dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2016.

## Avis de recherche AFIO/CNO

### VAR

Découverte d'un squelette humain  
le 16 septembre 2016  
en contrebas d'un chemin forestier  
au bout du chemin Sainte-Barbe  
à OLLIOULES (83)

### Signalement

Sexe : féminin.

Âge estimé : entre 45 et 65 ans.

Type : caucasien.

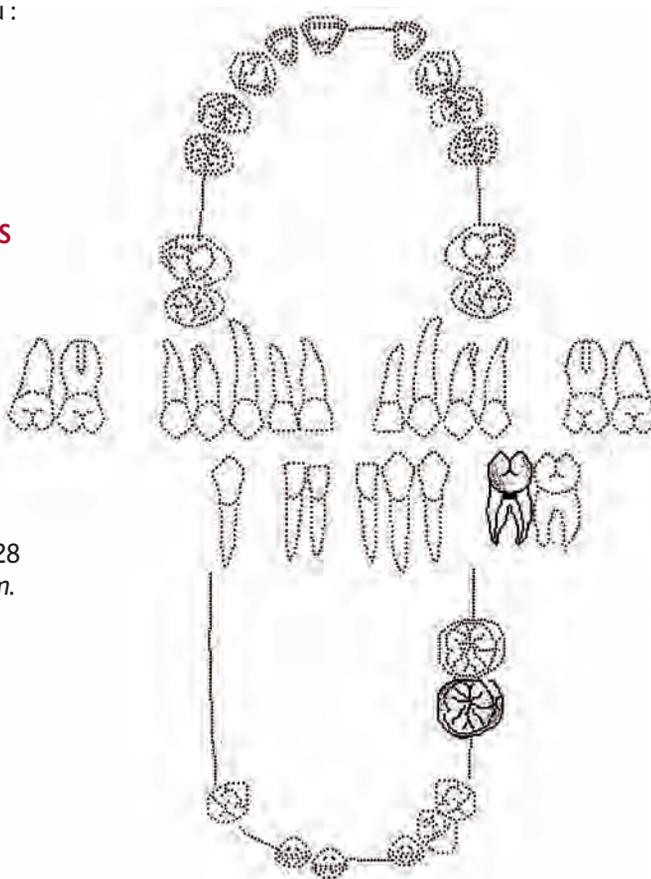
### Renseignements

Tous renseignements susceptibles  
de permettre l'identification  
de la personne sont à faire parvenir au :  
Service du quart de Toulon,  
1, rue du Commissaire-Morandin,  
83000 Toulon  
Tél. : 04 98 03 54 13  
04 98 03 54 26



### ÉLÉMENTS DENTAIRES IMPORTANTS

- Absence *ante mortem* des dents  
16 – 21 – 26 – 31 – 35 – 38 –  
43 – 45 – 46 – 47.
- Absence *post mortem* des dents  
11 – 22 – 23 – 32 – 33 – 34 –  
37 – 41 – 42 – 44.
- L'altération de l'os alvéolaire  
au maxillaire ne permet pas  
de définir si les dents 12 – 13 –  
14 – 15 – 17 – 18 – 24 – 25 – 27 – 28  
sont absentes *ante* ou *post-mortem*.



### Mandibule

**36** : Traitement canalair.

Obturation à ancrage radiculaire  
composée de deux tenons vissés,  
de type screw-post, soutenant  
une reconstitution à l'amalgame.  
Dent préparée pour recevoir  
une couronne.

# L'Ordre rejoint l'Appel des 100 000 !

L'Appel des 100 000 professionnels de santé mobilisés contre le tabac bénéficie du soutien du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Cette initiative est coordonnée avec l'opération Moi(s) sans tabac.



Les Ordres des professions de santé, dont l'Ordre des chirurgiens-dentistes, représenté par Gilbert Bouteille, son président et Paul Samakh, son vice-président, ont signé la pétition « l'Appel des 100 000 ! » en octobre dernier.

**L** Alliance contre le tabac lance auprès des professionnels de santé, dont bien sûr les chirurgiens-dentistes, la pétition « l'Appel des 100 000 ! » pour lutter contre le tabagisme. L'objectif : rassembler 100 000 signatures pour sensibiliser les politiques et les élus à la lutte contre le tabac, véritable enjeu de santé publique. L'Ordre apporte son total soutien à cette mobilisation en signant la pé-

tition. Il invite les confrères et les consœurs à faire de même sur <http://appel-des100000.fr/>

Rejoindre l'Appel des 100 000, c'est s'engager à :

- Évoquer avec ses patients la consommation de tabac;
- Cibler en priorité les jeunes, les femmes enceintes, les populations fragiles ou en difficulté pour les alerter des dangers du tabagisme;
- Promouvoir les méthodes ou les produits favorisant le traitement de la dépendance au tabac et s'inscrire dans la dynamique de l'opération Moi(s) sans tabac <sup>(1)</sup>;
- Ne pas laisser un fumeur quitter le cabinet sans un conseil approprié ou la remise d'un document écrit ni l'orienter vers son médecin traitant;
- Rappeler aux parents la nécessité de protéger

leurs enfants en cessant de fumer.

La signature de l'Appel des 100 000 par des milliers de chirurgiens-dentistes et plus largement par les professionnels de santé sera un signal « puissant et retentissant en faveur de la santé publique pour signifier qu'il est temps d'arrêter le massacre ! », explique l'Alliance contre le tabac. ■

(1) <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>



# Un portrait inédit des chirurgiens-dentistes

Démographie, âge, formation, revenus, modes d'exercice... La Drees a publié un dossier complet et inédit dessinant un portrait de notre profession.

**C**ombien sommes-nous et combien serons-nous à exercer dans dix ans ? Où exerçons-nous ? Quel est notre mode d'exercice ? Quels sont nos revenus moyens ? Quel est notre profil d'âge et de sexe ? Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) propose une étude inédite, complète et très fouillée sur notre profession <sup>(1)</sup>. Cette étude s'inscrit dans un cadre plus large dans lequel l'ensemble des professions de santé était étudié. En voici les résultats concernant notre profession.

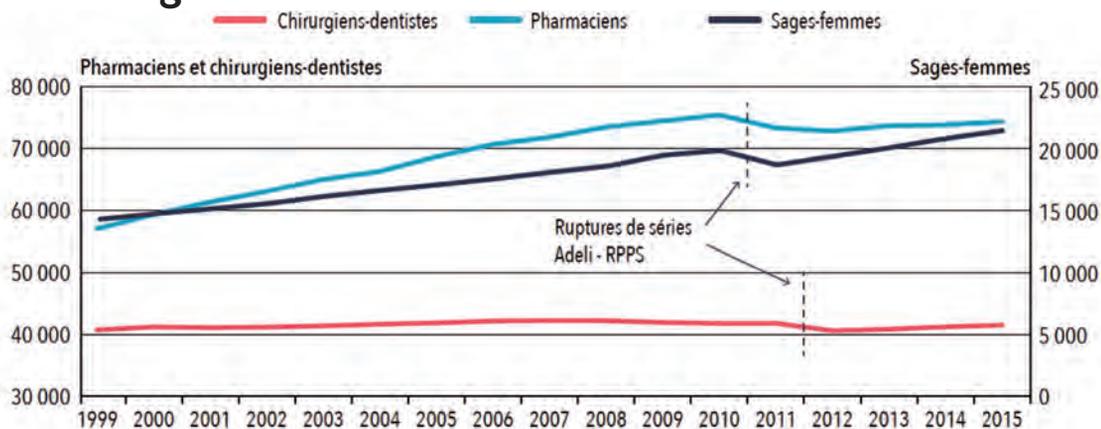
## La démographie aujourd'hui

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 41 500 chirurgiens-dentistes sont en exercice selon la Drees, qui reprend les données du Répertoire par-

tagé des professionnels de santé (RPPS). Si les effectifs progressent dans la plupart des professions de santé, les auteurs constatent que « *le nombre de chirurgiens-dentistes reste stable depuis 15 ans* ».

En effet, contrairement aux médecins, pharmaciens et sages-femmes, les effectifs de chirurgiens-dentistes stagnent depuis la fin des années 1990 (voir la graphique 1 p. 28) et leur densité diminue pour atteindre 63 praticiens pour 100 000 habitants en 2015, contre 68 en 1999. Toujours selon la Drees, « *la profession présente un profil similaire à celui des médecins en termes de structure, d'âge et de sexe. Plutôt âgée, avec un âge moyen de 48 ans en 2015, soit trois ans de plus qu'en 2001, et majoritairement masculine avec 58 % d'hommes, la profession se féminise progressivement* » >>>

## Évolution des effectifs des professionnels de santé dont celui des chirurgiens-dentistes



Champ > Ensemble des professionnels de santé médicaux (hors médecins) actif au 1<sup>er</sup> janvier, France entière.  
Sources > Drees, Adeli jusqu'en 2010 pour les pharmaciens et les sages-femmes et jusqu'en 2011 pour les chirurgiens-dentistes, RPPS pour les années ultérieures.

»» (voir le graphique 2 p. 29). Les femmes représentent ainsi 54 % des praticiens de moins de 45 ans. La profession est cependant en voie de rajeunissement, en vertu des évolutions du numerus clausus qui, après avoir connu un fort recul jusqu'au début des années 1990, se redresse nettement depuis 2001 (voir le graphique 1 p. 30). «De nouvelles générations plus nombreuses arrivent donc progressivement en exercice», expliquent les auteurs.

### Les projections démographiques

Le dernier exercice de projection démographique des chirurgiens-dentistes a été réalisé par la Drees en 2007, les simulations couvrant la période 2006-2030. «Avec un numerus clausus encore relativement bas en 2006 (977 étudiants,

contre près de 1200 aujourd'hui), et un vieillissement de la profession amorcé depuis longtemps, le scénario tendanciel prévoyait un net fléchissement des effectifs dès le début de l'horizon de projection, qui devait s'amplifier jusqu'au début des années 2020, détaille la Drees avant de poursuivre : Les effectifs devaient ainsi chuter d'environ 1,6 % par an entre 2006 et 2030, ce repli étant encore plus accentué en considérant la densité de chirurgiens-dentistes par rapport à l'ensemble de la population (-2 % par an)».

La diminution du nombre de chirurgiens-dentistes devait affecter autant les libéraux que les salariés, d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030, avec près de neuf praticiens sur dix exerçant

en libéral. Enfin, les femmes devaient continuer à être de plus en plus nombreuses dans la profession pour représenter 45 % des effectifs en 2030.

«Les variantes modélisant des augmentations immédiates du numerus clausus, dont les effets ne se font sentir qu'à long terme compte tenu de la longueur des études d'odontologie, ne devaient atténuer cette baisse prévue de la démographie que de façon modeste. Un relèvement simulé du numerus clausus à 1200 places par exemple, qui correspond davantage à la situation actuelle, ne devait pas empêcher les baisses des effectifs et de densité prévisibles (respectivement -1,2 % et -1,4 % par an en moyenne).»

Les effectifs observés depuis 2006 à travers les répertoires Adeli et

RPPS tendent à «relativiser fortement, du moins à court terme, ces scénarios plutôt pessimistes», relèvent les auteurs. Si une légère baisse des effectifs a bien été enregistrée entre 2006 et 2010, un redressement sensible s'est réamorcé depuis.

Selon la Drees, plusieurs facteurs expliquent cet écart entre les effectifs projetés et ceux qui ont finalement été observés depuis 2006 :

- Premièrement, aucun des scénarios modélisés dans l'exercice de 2007 ne tenait compte de l'effet des réformes des retraites de 2003 et de 2010. Selon les auteurs, la méconnaissance de ce facteur «a probablement conduit à surestimer une partie des départs à la retraite projetés sur les années récentes».
- Deuxièmement, le cumul emploi-retraite s'est également développé chez les praticiens libéraux, notamment depuis l'assouplissement récent de la réglementation. «Ce dispositif n'était pas anticipé par les différents scénarios de projection, alors qu'il a probablement conduit à inciter une partie importante des praticiens libéraux en fin de carrière à poursuivre leur activité», analyse la Drees.
- Troisièmement, les installations de nouveaux chirurgiens-dentistes à diplôme étranger sont particulièrement nombreuses depuis quelques années, où près d'un tiers des nouveaux inscrits à l'Ordre ont fait leurs études à l'étranger. Selon la Drees, «ces flux d'entrants venant de l'étranger n'étaient pas intégrés aux projections de chirurgiens-dentistes de 2007, or ils ont certainement contribué au redressement des effectifs durant la période récente».

### L'exercice en groupe plébiscité par les jeunes praticiens

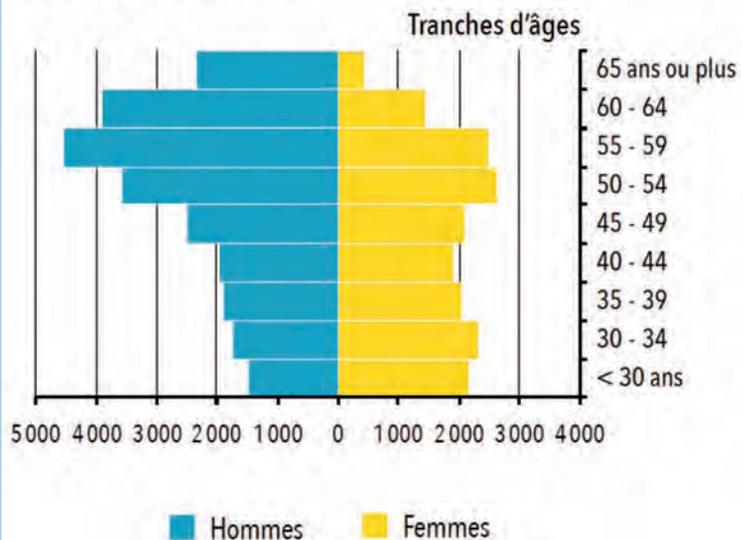
L'exercice au sein d'un «cabinet de groupe monodisciplinaire» est en nette expansion depuis le début des années 2000, notamment chez les jeunes générations de la plupart des professionnels de santé où l'exercice libéral est fortement représenté : chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou encore orthophonistes (voir le graphique 2 p. 31). Les raisons de ce développement sont multiples : «L'exercice en groupe permet notamment la mise en commun de moyens, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux, [mais aussi] davantage de souplesse en matière de conditions de travail et de disponibilité», soulignent les auteurs.

### Des formes d'exercice pluriprofessionnel en voie de développement

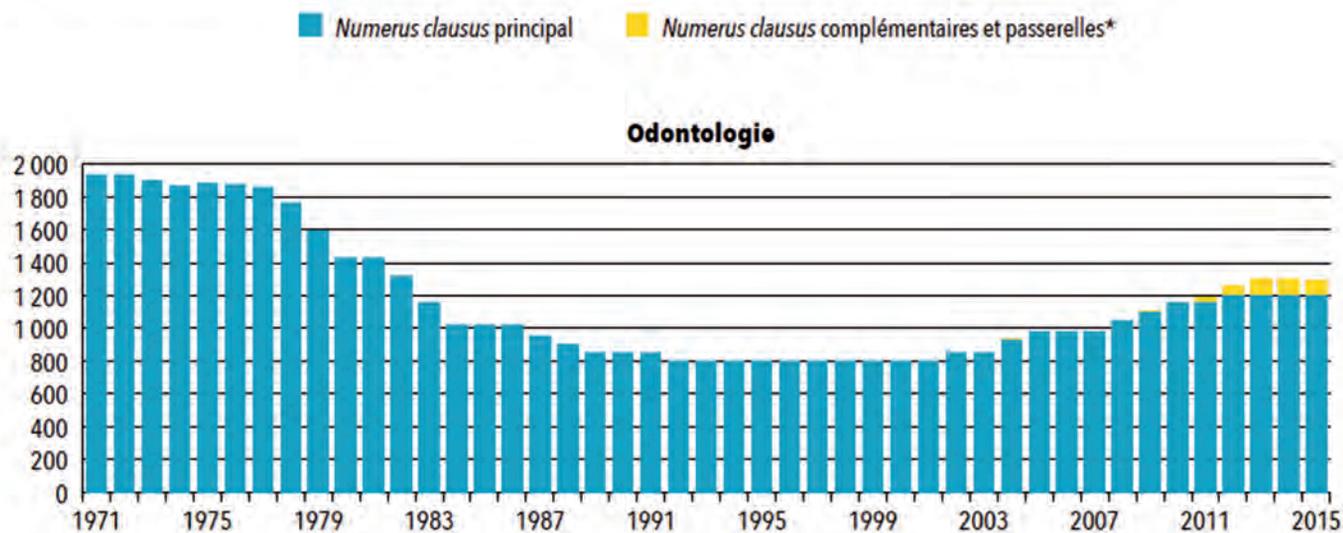
Selon les données de la Drees, l'exercice en ville organisé sous forme pluriprofessionnelle, même s'il demeure encore marginal, se développe rapidement depuis une dizaine d'années. Il regroupe les centres de santé, structures anciennes composées de personnels majoritairement salariés et généralement destinées à des publics particuliers, et des formes nouvelles de création plus récente, maisons de santé et pôles pluriprofessionnels, qui connaissent une rapide expansion. Concernant ces derniers, les maisons de santé sont représentées par des structures rassemblant géographiquement des professionnels, >>>

## Pyramide des âges en 2015

### Chirurgiens-dentistes



## Évolution du numerus clausus depuis son instauration



➤➤➤ alors que les regroupements par pôles ne s'effectuent pas au sein des mêmes murs.

En mars 2016, il existe près de 800 structures de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en fonctionnement sur le territoire ayant demandé leur reconnaissance par les Agences régionales de santé (ARS). En comptant également les 400 MSP ayant vu leur projet sélectionné par les ARS, la Drees peut estimer qu'à la fin de l'année 2016, compte tenu de la dynamique observée, un millier environ de structures pluriprofessionnelles pourraient être en activité. Des éléments particuliers de rémunération ont été mis en place, d'abord à titre de test sous forme d'expérimentations de nouveaux modes de rémunéra-

tion (ENMR), destinés à financer les fonctions de coordination au sein des maisons et des pôles ainsi que les nouveaux services apportés.

Dans leur configuration moyenne, ces maisons comportent environ cinq médecins (généralistes pour la plupart, comptés en équivalents temps plein) et une petite dizaine d'autres professionnels dont les chirurgiens-dentistes, les paramédicaux, les pharmaciens, etc. Elles représentent ainsi une part encore modeste de l'offre de soins de ville de premier recours.

### Une proportion élevée de praticiens diplômés à l'étranger

La part des nouveaux inscrits titulaires d'un diplôme étranger

connaît un essor très significatif depuis une quinzaine d'années et atteint aujourd'hui pratiquement le tiers de l'effectif global. Au cours des trois dernières années, moins d'un praticien sur huit avait la nationalité française. Les praticiens ayant étudié à l'étranger ont majoritairement passé leur diplôme dans l'Europe de l'Ouest (48 %) et, dans une moindre mesure, dans l'Europe de l'Est (29 %), loin devant les pays du Maghreb (8 %).

Les chirurgiens-dentistes libéraux diplômés à l'étranger sont très présents en Île-de-France, où un quart d'entre eux sont installés, contre un cinquième pour l'ensemble des praticiens libéraux, quelle que soit la provenance du diplôme.

## L'hétérogénéité géographique de l'accès aux soins

La répartition des professionnels de santé libéraux de premier recours constitue un enjeu crucial pour l'accès aux soins. La Drees a développé, en collaboration avec l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permettant de dresser un état des lieux de l'accessibilité à l'offre libérale de soins bucco-dentaires de ville. Cet indicateur permet de synthétiser sur le plan communal l'adéquation entre l'offre de soins locale (celle de la commune complétée par celle des communes environnantes) et la demande de soins en tenant compte des besoins plus élevés des plus âgés. Le calcul de l'indicateur nécessite de retenir des hypothèses en partie conventionnelles sur l'accessibilité. «*Il faut donc moins interpréter les résultats en termes absolus qu'en termes relatifs, en comparant le niveau d'accessibilité des zones entre elles*», note la Drees.

L'accessibilité aux chirurgiens-dentistes est un peu plus faible que l'accessibilité aux médecins généralistes et leur répartition assez proche : «*Ils sont concentrés dans les pôles de*

*toutes tailles – à l'exception de l'unité urbaine de Paris, relativement peu dotée –, et les communes isolées de l'influence des pôles sont mieux desservies que les couronnes rurales des pôles*», décrit l'ouvrage.

La répartition des professionnels de santé est en outre plus dispersée pour les professions les moins nombreuses : concernant l'accès aux chirurgiens-dentistes, un rapport de 6 à 8 sépare les 10 % des habitants les mieux lotis des 10 % des habitants les moins bien lotis.

## De fortes disparités de revenus

Les chirurgiens-dentistes libéraux ont déclaré en 2011, en moyenne, 102700 euros de revenus d'activité, qui se partagent entre 101180 euros de revenu libéral et 1530 euros de revenu salarié (voir le tableau p. 32). «*Le revenu salarié des chirurgiens-dentistes est donc très faible par rapport à la composante libérale du revenu*», observent les auteurs. La dispersion des revenus est très importante chez les chirurgiens-dentistes, «*profession regroupant ici les spécialistes en orthopédie dento-faciale (ODF) aux revenus très élevés et les autres chirurgiens-dentistes*».

Le rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés s'élève à 13 en 2011. La Drees rappelle que les chirurgiens-dentistes ne peuvent pratiquer de tarifs libres que sur certains types d'actes : si les consultations et les soins dentaires sont toujours facturés au tarif opposable, le tarif est en revanche libre notamment sur les prothèses dentaires, «*activité qui contribue le plus aux honoraires perçus par l'ensemble de cette profession. Les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) constituent leur deuxième source d'honoraires; viennent ensuite les actes d'orthodontie et enfin les actes de chirurgie*».

Entre 2008 et 2011, la Drees a constaté que les revenus des chirurgiens-dentistes ont crû de façon dynamique (+ 1,2 % par an en moyenne en euros constants). Restreinte aux praticiens qui exerçaient aux deux dates, la progression est légèrement plus modérée (+ 1 %). Ce champ exclut en effet les chirurgiens-dentistes qui ont cessé leur activité entre 2008 et 2011 (les «*sortants*») ainsi que les nouveaux chirurgiens-dentistes instal- >>>

## Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société) dans le secteur des soins de ville



## Revenus des chirurgiens-dentistes en 2011

|  | Effectifs | Activité mixte* (en %) | Revenu d'activité (en euros) | dont revenu libéral (en euros) | dont revenu salarié (en euros) | Ratio des revenus extrêmes** | TCAM*** 2008-2011 en euros constants |
|--|-----------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Dentistes  | 34 264    | 8,6                    | 102 700                      | 101 180                        | 1 530                          | 13,0                         | 1,2                                  |
| dont chirurgiens-dentistes omnipraticiens                          | 32 336    | 8,3                    | 96 760                       | 95 390                         | 1 380                          | 11,7                         | 0,9                                  |
| dont chirurgiens-dentistes spécialisés en orthopédie dento-faciale | 1 928     | 13,6                   | 205 250                      | 201 110                        | 4 150                          | 13,4                         | 3,6                                  |

\* Exercice en emploi salarié en complément de l'activité libérale.

\*\* Rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés.

\*\*\* TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Champ > France métropolitaine, professionnels de santé conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant 2011, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2011. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal, les effectifs tiennent compte des non-appariés.

Sources > CNAMTS (Effectifs), INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation Drees (revenus et activité mixte).

» les entre les deux dates (les «entrants»), les effectifs étant équivalents pour ces deux groupes. Or, en 2008, les revenus des premiers étaient significativement inférieurs à ceux des seconds en 2011 en raison d'un niveau d'activité des libéraux souvent réduit à l'approche de la retraite. La neutralisation de cet effet «entrées-sorties» tend donc à infléchir l'évolution des revenus observée entre 2008 et 2011.

### Formation initiale et DPC

Sur la formation initiale et le DPC, les auteurs de l'étude se «conten-

tent» de dresser un état des lieux, sans plus d'analyse. Le *numerus clausus*, pour l'année universitaire 2015-2016, est ainsi fixé à 1199 en odontologie. Après avoir fortement baissé jusque dans les années 1990, le *numerus clausus* s'est très nettement redressé depuis le début des années 2000, avec des hausses respectives de 86 % et de 50 % entre 2000-2001 et 2015-2016. «Ce redressement a reflété la volonté de rééquilibrer la démographie des praticiens, dans la perspective de nombreux départs pour ceux issus des promotions des an-

nées 1970 à fort *numerus clausus*», commentent les auteurs. S'agissant de la formation continue, les chirurgiens-dentistes ont été très précisément 11784 à s'être formés entre 2013 et 2015, ce qui représente 32 % de la population éligible à la formation continue. ■

(1) L'ouvrage sous fichier PDF est en téléchargement gratuit depuis l'adresse <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

# L'accès aux soins est-il un droit opposable ?

## En résumé

**L**a loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* », fortement critiquée, a pour objectif notamment d'améliorer l'accès aux soins. Si la notion d'« *accès aux soins* » est souvent utilisée, y compris dans des textes antérieurs à la loi de 2016, elle est cependant dépourvue de définition légale. Que recouvre-t-elle précisément ? Cette chronique montre, contrairement à ce que l'on peut lire parfois, qu'il ne s'agit pas là du droit d'être soigné, à ce titre susceptible d'être opposé à un professionnel de santé (libéral ou non) qui serait alors contraint ; ce concept a pour objet de tenter de relier l'offre et la demande de soins, sans accorder au demandeur de soins un véritable droit à l'offre de soins correspondante.

## Le contexte

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* » a été critiquée et l'est encore. D'aucuns la qualifient de « *marketing législatif* »<sup>(1)</sup>, ou encore d'« *acte [juridique] de communication*

*politique* » ; cette chronique ne cherche pas à apporter – ou non – un quelconque crédit à ce reproche. C'est l'un des objets de ce texte qui est au centre de notre réflexion, celui de l'amélioration de l'accès aux soins. Mais que signifie au juste la notion d'« *accès aux soins* » ? En effet, promouvoir « *l'amélioration* » suppose préalablement de donner sens

à ce qui doit être amélioré (ie rendu meilleur).

Avant la loi de 2016, la loi du 4 mars 2002 érigea au rang de droit de la personne « *l'égal accès aux soins* »<sup>(2)</sup> : elle entendait garantir l'égalité, certes, mais sans définir l'accès aux soins. Quant à l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, il contient également cette même expression, toujours sans >>>

►►► en préciser la signification, cette fois pour consacrer la non-discrimination dans l'accès aux soins. Apparaît simplement son rattachement à la protection de la santé, ce qui en soi éclaire peu.

À ce stade, deux lacunes peuvent être relevées. D'une part, l'accès aux soins est-il un droit, qu'un citoyen pourrait opposer à l'État, à un établissement ou à un professionnel de santé? Cette question montre l'intérêt du sujet, qui est loin de

site, au minimum, de pouvoir accéder à un système de soins et d'être assuré de la prise en charge financière de cet accès»<sup>(4)</sup>. Il y aurait donc d'un côté une acception maximaliste – être vu par un professionnel de santé et être pris en charge (on suppose que le patient n'a pas à supporter le coût des actes), et de l'autre une acception minimaliste – l'existence d'un système (dont l'efficacité n'est pas prouvée). Les effets des deux approches sont

### Même si la situation de la France est globalement satisfaisante, l'OCDE relève des disparités territoriales qui ne permettent pas toujours d'assurer l'égalité de l'accès aux soins.

n'être que théorique : obtenir condamnation des acteurs précités pour méconnaissance d'un droit! S'il n'est pas un droit, est-il un simple objectif à atteindre, ce qui limite les risques de sanctions susceptibles d'être infligées à l'autorité publique, aux praticiens? D'autre part, qu'il soit un droit ou un objectif, il n'en demeure pas moins qu'il est présenté comme un contenant sans contenu. Sauf à croire que l'expression parle d'elle-même; l'on en doute à l'instar d'un auteur qui admet que la notion d'accès aux soins «recouvre des dimensions multiples»<sup>(3)</sup>. Comment pourrait-elle être un droit dans ces conditions?

Il a été écrit : «Accéder aux soins exige que toute personne puisse être vue et prise en charge par un médecin, en fonction de son état. Concrètement, cela néces-

radicalement différents, la première modifiant considérablement les relations patients-praticiens dès lors qu'un droit à être vu par un praticien et financé pour ce faire existerait. S'agissant des données livrées par l'Organisation de coopération et de développement économiques en 2013, l'on apprend que «la France se place [...] en tête des pays de l'OCDE, avec une densité médicale en milieu urbain de 4,5 médecins pour 1 000 habitants. La densité médicale en milieu rural (1,4 médecin pour 1 000 habitants) se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE. Avec environ 6,3 lits d'hôpital pour 1 000 habitants, la France se situe également dans la moyenne haute des pays l'OCDE. [Mais] cette situation globalement satisfaisante cache néanmoins des ►►►





»»» *disparités territoriales, qui font que l'égalité d'accès n'est pas toujours assurée*». Sont abritées par la notion d'accès aux soins la densité médicale (soit le nombre de praticiens – déclinés par domaine d'intervention, voire par spécialité – dans un territoire donné susceptibles de répondre à la demande de soins) et la catégorie des structures d'accueil (hôpitaux notamment); de là une conclusion : une inégalité d'accès. Face à ce maigre bilan, la loi du 26 janvier 2016 apporte-t-elle des précisions sur la notion d'accès aux soins ?

## L'analyse

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, l'on peut lire que ce dernier incarne «*la volonté du gouvernement de renouer avec l'égalité républicaine [en améliorant] l'accès de tous à la santé et à des soins de qualité*»; il est dit également que «*l'accès aux soins, c'est l'équité face à la qualité des soins, à la sécurité, aux délais d'attente; c'est l'accès universel à la dispense d'avance de frais, parce que le renoncement à des soins pour raison financière ne doit pas exister dans notre pays*». Le décor est planté : chacun doit pouvoir consulter un professionnel de santé même s'il n'a pas de ressources, et les soins en question ne doivent pas être «*au rabais*», mais de

qualité (identiques à ceux que reçoit une personne ayant des ressources) et dispensés dans un délai raisonnable; l'argent et le temps ne doivent pas être source d'une différence de traitement. Au-delà de ce décor, rien dans la loi de 2016 n'autorise à raisonner en termes de droit subjectif : il n'y a pas un droit à être soigné que l'on peut opposer à un praticien.

Ainsi, pour lutter contre le renoncement aux soins pour des raisons financières, il a été imaginé de généraliser «*le tiers payant*». Abondamment commenté, vertement critiqué, ce principe tend à en bouleverser un autre, celui du paiement direct des honoraires par le patient, qualifié par le Code de la sécurité sociale de principe déontologique fondamental<sup>(5)</sup>; ce principe est déprécié par la loi de 2016, même s'il était déjà l'objet d'exceptions<sup>(6)</sup>. Il n'en reste pas moins que le tiers payant, même généralisé, est distinct du droit à être soigné. Par ailleurs, en quoi favorise-t-il l'égalité en droit<sup>(7)</sup>? Tout dé-

## Le législateur espère au mieux tendre vers l'égalité, sans vouloir ni pouvoir consacrer le droit d'être soigné.

pend du coût de l'acte pratiqué au regard de la prise en charge, de la disponibilité des soignants, mais aussi du type de pathologie, des connaissances et des compétences existantes en la matière, des compétences mobilisables sur un territoire donné, etc. En défini-



tive, le législateur espère au mieux tendre vers l'égalité, sans vouloir ni pouvoir consacrer le droit d'être soigné; la protection sociale est regardée comme un moyen d'accéder aux soins. Du reste, un tel droit signifierait la fin de l'exercice libéral; si le modèle de la profession libérale subit des transformations, s'effrite, il n'a pas (encore ?) disparu.

Quant à la prohibition des refus de soins discriminatoires<sup>(8)</sup>, elle est en quelque sorte considérée comme la face in-

versée du droit d'être soigné. C'est inexact dans la mesure où le fait de ne pas pouvoir refuser un patient pour certains motifs ne vaut pas obligation de soigner, dit autrement, droit d'opposer à un praticien le devoir de le soigner. Il en est de même du «*testing*», qui per-



met seulement de « mesurer l'importance et la nature des différentes pratiques de refus de soins ». Quant au dispositif dénommé « équipe de soins primaires », c'est-à-dire « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent », et qui prend la forme soit d'un centre de santé, soit d'une maison de santé, il contribue à la structuration des parcours de santé via un projet de santé, qui doit tendre à « une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » ; il n'équivaut pas non plus à un droit d'être soigné. La conclusion est la même concernant les dispositifs ayant pour objet, d'une part, de promouvoir la forma-

tion et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires et, d'autre part, d'accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment dans le cadre des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles de territoire.

En définitive, l'accès aux soins ne saurait être défini comme le droit d'être soigné, droit qui serait opposable aux professionnels de santé ; il englobe les orientations selon lesquelles l'offre de soins doit être repensée : en fonction des territoires, en encourageant des praticiens à s'installer dans des secteurs déterminés ; en fonction des ressources de la demande de soins. Il s'agit en quelque sorte de rapprocher l'offre et la demande, sans garantir qu'à une demande répondra nécessairement une offre. Au demeurant, est-ce – en fait comme en droit – possible ? ■

**David Jacotot**

(1) A. Denizot, « Marketing législatif : une loi doit-elle être innovante ? », loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2016, p. 479.

(2) Article L. 1110-1 du Code de la santé publique.

(3) I. Poirot-Mazères, *L'Accès aux soins. Principes et réalités*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2010.

(4) B. Feuillet, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, p. 723.

(5) Aux termes de l'article L. 162-2 du Code de la sécurité sociale, « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

(6) B. Apollis, « Accès aux soins et loi du 26 janvier 2016 », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, p. 673.

(7) Certaines études ont démontré que l'avance des frais était susceptible de dissuader les patients les moins favorisés à accéder aux soins qu'ils nécessiteraient. Voir notamment D. Tabuteau, « Le tabou du tiers payant », *Droit social*, 1992, p. 125.

(8) Article L. 1110-3 du Code de la santé publique : « 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 à l'article 225-1-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles. »

# La liberté et l'information au cœur de la réforme du droit des contrats

## En résumé

**L**a présente chronique a pour objet de présenter l'ordonnance du 10 février 2016, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre dernier, qui réforme le droit des contrats. Plus précisément, il s'agit d'évoquer deux de ses dispositions, l'une relative à la liberté contractuelle, l'autre consacrant un devoir général d'information qui pèse sur celui qui détient des éléments déterminants sur le consentement de l'autre. La connaissance de ces deux règles est d'autant plus utile que nous contractons régulièrement, aussi bien dans le cadre de notre vie professionnelle que personnelle.

## Le contexte

La présente chronique diffère de celles qui sont habituellement rédigées, en ce sens qu'elle ne concerne pas directement la relation médicale, ou plus généralement le droit médical et le droit de la santé. Elle va,

en effet, porter sur la réforme du droit des contrats <sup>(1)</sup>, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2016 <sup>(2)</sup> et a été insérée dans le Code civil. Il ne s'agit pas seulement d'offrir au lecteur l'accès à un savoir juridique récent, mais d'évoquer certains aspects du droit des contrats qui peuvent être utiles non seulement >>>

DEVOIR  
d'infor-  
mation

LibERTÉ  
CONTRAC-  
tuelle



»» dans sa vie personnelle, mais aussi dans sa vie professionnelle. Tout d'abord, sans revenir sur la genèse de l'ordonnance <sup>(3)</sup>, celle-ci énonce des principes généraux du droit des contrats tels que la bonne foi et la liberté contractuelle.

Ensuite, elle repose sur des objectifs, notamment la sécurité juridique, qui vise à rendre plus lisible et plus accessible le droit des contrats, à consacrer certains mécanismes essentiels pour les praticiens – par exemple la cession de dette <sup>(4)</sup> ou de contrat <sup>(5)</sup> –, à prendre en considération des décisions de justice créatrices de règles, faute pour le Code civil d'avoir évolué depuis 1804. Autre objectif fixé par l'ordonnance : l'attrac-

## L'analyse

La première mesure concerne la liberté contractuelle, que le Conseil constitutionnel – avant l'ordonnance de 2016 – a érigée au rang de principe constitutionnel, l'autorisant ainsi à censurer le législateur qui y porterait une atteinte illégitime sans motif d'intérêt général. Cette liberté possède trois facettes : le libre choix de son cocontractant, la liberté de décider de contracter ou non et celle de déterminer le contenu du contrat. Bien évidemment, elle n'est en quelque sorte que relative, et deux illustrations permettront de mieux en saisir le

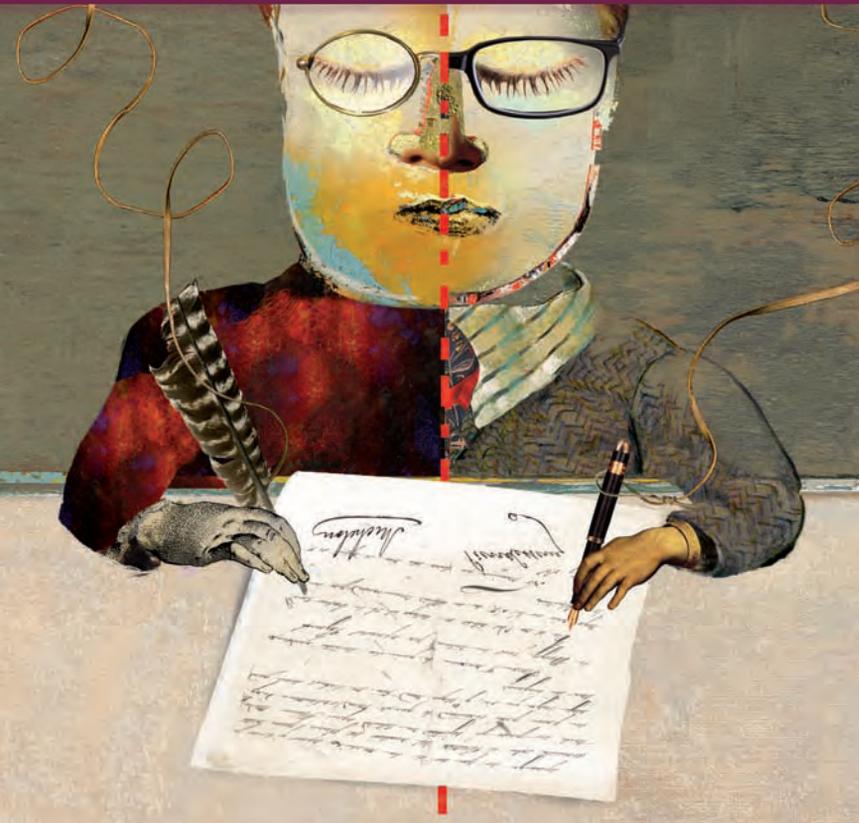
dans les négociations (qui entre, par exemple, en négociation sans intention de contracter, mais pour retarder la conclusion du contrat ou empêcher une autre personne de contracter) est tenu de réparer le préjudice subi; cela dit, le préjudice subi peut être minime puisque seules sont réparables les pertes occasionnées par les négociations (les frais d'étude ou d'expertise que la « victime » a engagés, par exemple). D'autre part, chacun est libre de choisir son cocontractant, donc de préférer un individu à un autre. Cependant, l'on sait qu'il existe des refus de contracter illicites, notamment celui de contracter avec un patient pour un motif discriminatoire <sup>(6)</sup>.

La seconde disposition que l'on évoquera concerne le devoir d'information. Nul n'ignore que l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique oblige le professionnel de santé à informer son patient afin que ce dernier consente aux soins de manière éclairée; et chacun sait qu'en cas de violation du devoir d'information le patient peut saisir le juge afin d'être indemnisé, dans le cadre d'une action en responsabilité civile, d'une perte de chance ou d'un préjudice d'impréparation <sup>(7)</sup>. Mais le devoir d'information avait un rayonnement limité : il fallait soit qu'un texte spécial le prévoit (par exemple l'article L. 1111-2), soit que la jurisprudence, dans certaines hypothèses particulières, l'ait consacré : par exemple, un établissement de crédit est tenu d'un devoir de mise en garde

### Au-delà de la volonté de rendre plus lisible le droit des contrats, l'idée selon laquelle la règle de droit ne saurait s'écarter de la logique économique est clairement exprimée.

tivité du droit français, sur le plan politique et économique, et ce afin de faciliter son application à l'échelle internationale, sans pour autant renoncer à des solutions équilibrées, « protectrices des contractants, mais aussi efficaces et adaptées aux évolutions de l'économie de marché ». Voilà clairement exprimée l'idée selon laquelle la règle de droit ne saurait, au moins en partie, s'écarter de la logique économique. Revenons maintenant sur deux dispositions de la réforme, dont les autres textes seront traités dans les prochains numéros de *La Lettre*.

caractère limité. D'une part, il arrive fréquemment qu'en pratique deux personnes entrent en pourparlers, autrement dit en négociation, pour acheter un bien, louer un immeuble, que ce soit dans la vie personnelle ou professionnelle. Par principe, l'initiative, le déroulement et la rupture des pourparlers est libre, nous enseigne le nouvel article 1112 du Code civil, justement au nom de la liberté contractuelle qui implique la liberté de ne pas contracter. Mais, aux termes de l'alinéa 2 de l'article 1112 du Code civil, celui qui commet une faute



en présence d'un «*emprunteur non averti*», situation dans laquelle un chirurgien-dentiste se trouve parfois <sup>(8)</sup>. Le nouvel article L. 1112-1 du Code civil édicte une règle générale d'information applicable à tout contrat, quelle que soit la qualité du contractant (professionnel ou non). Il dispose ainsi que «*celle des parties qui connaît une information dont l'importance est déterminante pour le consentement de l'autre doit l'en informer dès lors que, légitimement, cette dernière ignore cette information ou fait confiance à son cocontractant*». Point important : ce devoir d'information ne porte pas sur l'estimation de la valeur de la prestation ; aussi n'est-on pas tenu d'informer l'autre de la valeur économique réelle du bien objet du contrat ; le droit permet de «*faire des affaires*», sans imposer «*le juste prix*» ! S'agis-

sant de la preuve, il appartient à celui qui prétend qu'il aurait dû être informé d'établir non seulement que l'autre détenait une information déterminante, mais aussi qu'il ignorait légitimement (ce qui donnera lieu à une appréciation au cas par cas) l'information ou faisait confiance à l'autre ; c'est ensuite à celui qui détenait l'information de démontrer qu'il l'a fournie. L'article 1112-1 répartit donc de manière équilibrée le fardeau de la preuve. Si le défaut d'information est établi, alors la responsabilité civile de son auteur est susceptible d'être engagée, et donc un juge pourra condamner ce dernier à verser à la «*victime*» des dommages-intérêts <sup>(9)</sup>.

La connaissance de ces deux dispositions est d'autant plus utile que nous contractons très régulièrement. Dans les prochains numéros de *La Lettre*, d'autres

dispositions nouvelles qu'il nous paraît également utile de porter à la connaissance des lecteurs seront abordées. ■

**David Jacotot**

(1) Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 «*portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations*».

(2) Selon l'article 9 de l'ordonnance, «*les contrats conclus avant cette date demeurent soumis à la loi ancienne [à l'exception de certains textes]. Lorsqu'une instance a été introduite avant l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, l'action en justice est poursuivie et jugée conformément à la loi ancienne [y compris en appel et en cassation]*».

(3) Voir à ce propos le *Rapport au Président de la République*, disponible sur Internet.

(4) Article 1327 du Code civil : «*Un débiteur peut, avec l'accord du créancier, céder sa dette.*»

(5) Article 1216 : «*Un contractant, le cédant, peut céder sa qualité de partie au contrat à un tiers, le cessionnaire, avec l'accord de son cocontractant, le cédé.*»

(6) Article L. 1110-3 du Code de la santé publique : «*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 à l'article 225-1-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles.*»

(7) Voir les numéros précédents de *La Lettre*.

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

(9) Sous certaines conditions énoncées à l'article 1130 et suivants du Code civil, la «*victime*» peut demander la nullité du contrat.

# Valeurs éthiques

« Je me doutais bien qu'il s'agissait des résultats du concours de déontologie quand j'ai reçu l'enveloppe avec le cachet de l'Ordre. Mais j'avoue que j'ai vraiment été surpris d'apprendre que j'étais lauréat! J'étais entre les rires et les larmes », explique Christophe Hueber, en sixième année d'odontologie à Strasbourg.

C'est au prix de lourds efforts que ce père de deux enfants est monté sur la première marche du podium : « Ce concours était un véritable challenge puisque je préparais parallèlement le CSCT. » Il a consacré un mois et demi à la préparation du concours et s'est plongé à corps perdu dans les ouvrages de référence : « Je remercie le P<sup>r</sup> Musset et les D<sup>s</sup> Offner et Dahlet qui m'ont conseillé dans ma préparation et m'ont donné accès à une large documentation. »

## Dans le scandale des centres low cost, d'une actualité brûlante, le refus de soigner certains patients, dont les enfants, a été érigé en principe.

Le principe du concours de déontologie consiste à plancher sur trois sujets. C'est la thématique du refus de soins qui a particulièrement intéressé notre lauréat. D'abord parce que, « dans le scandale des centres "low cost", d'une actualité brûlante, le refus de soigner certains patients

(les enfants par exemple) a été érigé en principe », mais aussi parce que Christophe Hueber revendique un attachement fort à l'éthique. « Notre déontologie nous oblige à soigner tous les patients sans distinction; nous devons respecter ce principe. Bien entendu, il existe des cas légitimes de refus de soins, mais uniquement pour des raisons médicales valables, par exemple une connaissance insuffisante du dossier médical du patient. Refuser de soigner ne peut se concevoir que dans des cas bien précis et dans l'intérêt de nos patients », rappelle-t-il.

Au-delà du challenge, Christophe Hueber voit ce concours comme une « opportunité de réfléchir et se perfectionner. Je voulais également montrer à l'Ordre que les jeunes praticiens sont sensibles aux réflexions portées par l'institution ».

Christophe Hueber souhaite se tourner vers une activité libérale, mais se laisse une porte ouverte pour la recherche et l'enseignement : « Cette année, je suis aussi inscrit en master 2 de biomorphologie et biomatériaux pour ensuite, pourquoi pas, pouvoir envisager



Christophe HUEBER

**1986** : naissance à Mulhouse.

**2004** : baccalauréat scientifique.

**2007** : classes préparatoires aux grandes écoles d'ingénieurs.

**2009** : validation de la PCEM1 à Strasbourg.

**2016** : 6<sup>e</sup> année d'odontologie et master 2 de biomorphologie et biomatériaux.

**2016** : lauréat du concours de déontologie de l'Ordre.

une thèse de science et m'orienter vers l'hospitalo-universitaire.»

Ce qu'il aime dans notre profession? L'alliance entre médical, ingénierie et science. Il se passionne d'ailleurs pour l'implantologie, la chirurgie assistée par ordinateur, l'esthétique du sourire et la parodontologie, domaines dans lesquels il souhaite se spécialiser. « C'est une profession passionnante, tournée vers l'avenir, qui évolue sans cesse. » Quand il range sa blouse blanche, Christophe Hueber se consacre aux voyages en famille, mais l'odontologie n'est jamais loin puisque son fils aîné de trois ans veut déjà devenir « médecin des dents comme papa »... ■

# Posez toutes vos questions à l'Ordre au Congrès de l'ADF 2016 du 22 au 26 novembre

Les conseillers nationaux, les juristes et les collaborateurs  
du Conseil national vous attendent  
au stand 1L23.



La Lettre n° 152 – Novembre 2016

Directeur de la publication : Gilbert Bouteille/Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16

Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 / [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/)

Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15

Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert. Illustrations : Dume et Bruno Mallart. Couv. : Ewa Roux-Biejat.

Photos : Philippe Delacroix : p. 3. Fotolia : pp. 1, 2, 26-27. DR : pp. 15, 21, 24, 25, 42, 44.

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

# Participez à l'appel des **100 000** professionnels de santé contre le tabac

ALLIANCE CONTRE LE TABAC APPEL DES 100 000 !

L'APPEL LES 1<sup>ERS</sup> SIGNATAIRES JE S'AGIS AUSSI ! LES SOUTIENS LES PARRAINS L'ALLIANCE L'ACTUALITÉ

ALLIANCE CONTRE LE TABAC  
**APPEL DES 100 000 !**  
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ  
CONTRE LE TABAC  
appeldes100000.fr

Mobilisons-nous !

LIRE L'APPEL  JE S'AGIS AUSSI !

**Signez la pétition**  
<http://appeldes100000.fr/>