

L'actualité dentaire  
de l'Union européenne

p. 20

Répondez à l'enquête  
sur l'antibiothérapie

p. 10

Visites confraternelles  
des cabinets dentaires

p. 16



# PUBLICITÉ: LA DÉONTOLOGIE S'APPLIQUE À TOUS



## 4

### L'ÉVÉNEMENT

## Pas de publicité pour les centres de santé

### ACTUALITÉS

- 10 ANTIBIORÉSISTANCE  
Participez à une enquête sur l'antibiothérapie
- 12 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ  
Lutter contre le renoncement aux soins
- 14 ÉCHANGES PROFESSIONNELS  
MSSanté, la solution de messagerie sécurisée
- 16 SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS  
Des visites ordinaires de conformité dans toute la France
- 19 EN BREF



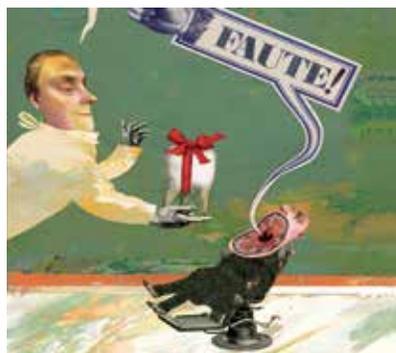
## 20

### EUROPE

## « Marché » de la santé, formation initiale, système d'alerte : l'actualité de l'UE

### JURIDIQUE

- 32 RESPONSABILITÉ MÉDICALE  
Proposer une reprise gracieuse des soins : l'aveu d'une faute ?



- 36 CONTRÔLE D'ACTIVITÉ  
Les pièges de la contestation d'un indu
- 41 COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME  
Quand l'Europe protège l'image et la réputation d'un Ordre...

### LA LETTRE EXPRESS

- 43 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur

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





Gilbert Bouteille  
Président  
du Conseil national

# Marathon

À l'issue d'une rude bataille judiciaire, la Cour de cassation, dans deux arrêts qui feront date, a jugé que les centres de santé ne peuvent, sans exercer de concurrence déloyale, recourir à des procédés publicitaires. Au terme de ce marathon judiciaire qui aura duré près de sept ans, la haute cour rend justice aux arguments de l'institution ordinale – et des syndicats qui s'étaient associés à l'Ordre – pour laquelle ces actes de publicité constituaient une rupture d'égalité entre les praticiens exerçant dans des centres de soins et les praticiens qui n'y exercent pas. L'institution ordinale est l'instance de régulation professionnelle, et ces décisions de la Cour de cassation signent donc la victoire de l'égalité entre les praticiens et les structures de soins.

Nous remercions les confrères qui ont témoigné leur satisfaction au cours d'échanges directs ou *via* notre page Facebook. Ces messages constituent une forme de réponse à ceux qui font grief

**« La Cour de cassation signe la victoire de l'égalité entre les praticiens et les centres de soins. »**

au Conseil national d'un prétendu immobilisme ou d'une trop grande discrétion. L'Ordre travaille et agit

vigoureusement sur tous les dossiers qui relèvent de ses prérogatives, soit par le dialogue avec les acteurs concernés soit, et à chaque fois que nécessaire, par l'action judiciaire. En ces matières, les résultats ne s'obtiennent pas d'un claquement de doigts. Il s'agit de processus longs – législatifs, réglementaires ou judiciaires –, et les délais qui en résultent ne signifient certainement pas que l'Ordre « *ne fait rien* » comme on l'entend parfois ici ou là. L'Ordre agit. Il agit dans le cadre de ses prérogatives définies par la loi, et dont l'objet central consiste, au fond, à défendre les valeurs essentielles de la profession. C'est très exactement ce qui s'est produit avec ces arrêts et leur issue favorable.



# Pas de publicité pour les centres de santé



Les centres de santé ne peuvent, sans exercer de concurrence déloyale, recourir à des procédés publicitaires concernant leurs prestations. Telle est la conclusion donnée par la Cour de cassation à un marathon judiciaire entamé en 2011 par le Conseil national. >>>

Voilà une décision de la Cour de cassation qui fera date et qui signe une avancée majeure dans le combat de l'Ordre contre toute concurrence déloyale exercée entre des chirurgiens-dentistes, y compris des structures de soins salariant des praticiens.

Par deux arrêts <sup>(1)</sup> du 26 avril dernier, la haute cour censure les arrêts des cours d'appel de Paris et de Colmar dans les affaires Addentis et Mutualité française d'Alsace qui portaient sur la publicité de ces centres. Dans l'arrêt Addentis, la Cour de cassation vise notamment l'interdiction de publicité applicable à l'exercice dentaire.

La Cour indique ainsi que, s'il «*incombe à un centre de santé [...] de délivrer des informations objectives relatives, notamment, aux prestations de soins dentaires qu'il propose au public, il ne peut, sans exercer de concurrence déloyale, recourir à des procédés publicitaires concernant ces prestations, de nature à favoriser le développement de l'activi-*

*pel de Paris de «n'avoir pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations»* puisque, tout en déboutant le Conseil national de l'Ordre, cette dernière avait relevé que l'association avait procédé à des «*actes de promotion de l'activité de ses centres, et que ces actes dépassaient le cadre de la simple information objective sur les prestations offertes.*

### EN JEU, L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans l'arrêt Mutualité française d'Alsace, la Cour de cassation reproche à la cour d'appel de Colmar de n'avoir pas recherché si la mutuelle «*n'avait pas eu recours à des procédés publicitaires de nature à favoriser le développement de l'activité des chirurgiens-dentistes employés par elle, constitutifs, comme tels, d'actes de concurrence déloyale au préjudice de praticiens exerçant la même activité hors du centre de santé mutualiste.*

La Cour de cassation rétablit ainsi, à la demande du Conseil national de l'Ordre, l'égalité d'ap-

### L'interdiction de recourir à la publicité s'impose à tous : les centres de soins dentaires ne peuvent s'exonérer de respecter les règles déontologiques.

*té des chirurgiens-dentistes qu'il emploie, dès lors que les chirurgiens-dentistes sont soumis en vertu de l'article R. 4127-215 [du Code de la santé publique] à l'interdiction de tous procédés directs ou indirects de publicité.*

Toujours dans l'arrêt Addentis, elle reproche à la cour d'ap-

plication de l'interdiction de recours à la publicité sur les actes de soins opérés par tous les chirurgiens-dentistes, quel que soit leur lieu ou mode d'exercice, dans l'intérêt supérieur de la santé publique et des patients, qui ne pourront que s'en féliciter.



Voilà pour la portée de ces arrêts, dont l'importance n'échappera à personne. Ces solutions découlent d'une longue, très longue, bataille judiciaire dont il faut retracer le cheminement. La première affaire portait sur trois centres Addentis, en Seine-Saint-Denis, qui avaient bénéficié d'articles et de reportages télévisés – par ailleurs mis en ligne sur leur site Internet – à vocation manifestement publicitaire. Le Conseil national, auquel s'était associée la CNSD, avait assigné l'association Addentis devant le tribunal d'instance du 5<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Celui-ci jugeait, le 11 septembre 2013, que «*si l'on admettait que les centres de santé dentaire peuvent ne pas respecter toutes les règles imposées par le Code de déontologie*



et le Code de la santé publique à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, cela reviendrait à affranchir les chirurgiens-dentistes employés par ces centres d'un certain nombre de devoirs fondamentaux que les chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral, eux, sont tenus de respecter».

Ainsi, pour le tribunal d'instance, ces articles et reportages relayaient «l'ouverture du centre de santé dentaire d'une manière particulièrement avantageuse, visant manifestement à promouvoir les nouveaux services proposés et à inciter le public à s'y rendre». Pour le tribunal, la méconnaissance des dispositions concernant la publicité constituait un «acte de concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien-dentiste». Il était enjoint à l'association de ces-

ser «sans délai tout acte publicitaire de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels à propos des trois centres de soins dentaires [...] de Bondy, Bobigny et Aubervilliers».

L'association interjetait appel et, coup de théâtre, le 18 février 2016, la cour d'appel de Paris infirmait le jugement du tribu-

tologie. Le TGI en jugeait autrement puisque, pour lui, «il ne saurait être toléré [...] qu'une personne morale [la mutuelle] puisse être exclue de champ d'application de cette réglementation impérative», le Code de la santé publique disposant au demeurant expressément que «les dispositions du Code de déontologie s'imposent

### La description particulièrement avantageuse du centre visait manifestement à promouvoir les services proposés et à inciter le public à s'y rendre.

nal en concluant à l'absence de faute caractérisant des actes de concurrence déloyale<sup>(2)</sup>. Schématiquement, la cour d'appel estimait qu'Addentis n'était pas tenue d'appliquer les règles déontologiques et pouvait donc réaliser des actes de publicité.

#### LA COUR DE CASSATION EN PHASE AVEC LES DISPOSITIONS EUROPÉENNES

S'agissant de la Mutualité française d'Alsace, cette structure ouvrait en 2011 un centre de soins à Saverne et faisait paraître dans la presse locale un publiereportage et un encart publicitaire. Devant ce qu'il considérait comme des actes de publicité caractérisés, le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Bas-Rhin – auxquels s'associaient le Syndicat des chirurgiens-dentistes du Bas-Rhin et la FSDL d'Alsace – assignait la Mutualité française d'Alsace devant le TGI de Strasbourg. La mutuelle considérait qu'elle n'était pas soumise au Code de déon-

à tout chirurgien-dentiste quelle que soit la forme d'exercice de la profession». Comme Addentis, la mutualité interjetait appel et la cour d'appel de Colmar infirmait le jugement du tribunal dans un arrêt rendu le 20 janvier 2016.

La Cour de cassation revient donc sur ces deux arrêts et rend justice aux arguments du Conseil national pour qui ces actes de publicité constituent une rupture d'égalité avec les praticiens n'exerçant pas dans des centres de soins. Ces arrêts de la haute cour marquent une vraie confirmation de la mission de régulation professionnelle dévolue à l'institution ordinaire dans l'intérêt même des patients et de la santé publique, en conformité au demeurant avec les règles européennes qui autorisent les restrictions nécessaires à ces activités. ■

(1) Pourvois n°s 16-14036 et 16-15278 contre Addentis; Pourvois n°s 16-11967 et 16-15108 contre la Mutualité française d'Alsace.

(2) Jugement n° 13/19101 de la cour d'appel de Paris en date du 18 février 2016.



# « Rien n'empêche un nouveau Dentexia »

Un reportage d'*Envoyé spécial* diffusé sur France 2 le 27 avril dernier et consacré à l'affaire Dentexia donne une résonance particulière sur le contrôle nécessaire des centres de santé.

**L**es centres de santé dentaires sont décidément au cœur de l'actualité puisque, outre les arrêts de la Cour de cassation sur la publicité et la concurrence déloyale, le secteur dentaire est toujours en attente de l'application de la loi Touraine sur la régulation des centres de santé. Une régulation nécessaire qui n'a pas échappé

au contrôle nécessaire des centres de santé, que se clôt ce remarquable reportage diffusé le 27 avril dernier et consacré au scandale Dentexia.

Dans cette enquête, la mécanique financière Dentexia est démontée, des techniques de vente appliquées à l'exercice médical jusqu'à l'opacité des mou-

---

**Des techniques de vente appliquées à l'exercice médical jusqu'à l'opacité des mouvements de fonds et aux 22 millions de dettes accumulées en cinq ans par l'association, la mécanique financière de Dentexia est disséquée point par point.**

---

pé aux auteurs d'un reportage paru dans le cadre de l'émission *Envoyé spécial*<sup>(1)</sup>.

Aujourd'hui, « rien n'empêche un nouveau Dentexia », est-il dit en conclusion de cette enquête. C'est en effet par cette phrase, en écho à un récent éditorial paru dans *La Lettre* du Conseil national de l'Ordre<sup>(2)</sup> sur

virements de fonds et la disparition de 22 millions d'euros au titre des dettes accumulées en cinq ans par l'association.

L'émouvant portrait des patients abusés, lésés, endettés et édentés – pour reprendre la formule du journaliste – résonne longtemps après la fin du reportage.

Pascal Steichen y déclare à leur

propos : « Les victimes ne sont pas les victimes de Dentexia, ce sont les victimes du Conseil de l'Ordre. » Pascal Steichen, responsable de droit, moteur dans ce scandale sanitaire, ne parvient pas à convaincre. Un tel déni, un tel aveuglement montre qu'il ne tire aucun enseignement des mé-



## Une nouvelle affaire en Saône-et-Loire

L'institution ordinale a-t-elle vocation à prendre en charge la gestion, l'archivage et la transmission aux patients des dossiers médicaux d'un centre de soins placé sous liquidation judiciaire, dans le cadre de leur droit d'accès aux informations les concernant ? C'est le cas d'espèce auquel est confronté le conseil départemental de la Saône-et-Loire, qui s'est vu livrer des centaines de dossiers de patients. Une « livraison » intempestive qui fait suite à un jugement récent du tribunal de grande instance (TGI) de Chalon-sur-Saône, lequel a prononcé l'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire à l'encontre de Pilon Santé, association qui gérait un centre de santé pluridisciplinaire. Du point de vue de l'Ordre, il appartient à l'Agence régionale de santé (ARS), dont dépendent les centres de santé, de prendre la main. L'Ordre, pour l'heure tenu en grande partie éloigné de l'ouverture, du suivi et de la gestion de ces centres, ne peut pas, et n'entend pas, se substituer à la carence fautive des gestionnaires de telles structures lorsqu'elles ferment leur porte. Il appartient à ces derniers, et aux ARS, de veiller à la gestion en amont des dossiers médicaux, les gestionnaires étant tenus de prendre leurs dispositions pour assurer le maintien de ce service aux patients, y compris en cas de fermeture sans repeneur. Cette question sera, à l'avenir, l'une des préoccupations sur laquelle l'Ordre sera appelé à interpellier les pouvoirs publics.

---

**Contrairement aux pouvoirs publics, le fondateur de Dentexia ne tire aucun enseignement du scandale sanitaire et des méthodes toxiques mises en œuvre.**

---

thodes toxiques mises en œuvre, contrairement aux pouvoirs publics. Le Conseil national rap-

pelle que, dès 2012, il avait alerté les autorités sanitaires. Une prise en compte par les pouvoirs pu-

blics, dès cette date, des alertes de l'Ordre aurait pu éviter ce désastre sanitaire. ■

(1) Pour visionner l'intégralité de l'enquête : [http://www.francetvinfo.fr/sante/affaires/video-envoye-special-dentexia-le-scandale-des-sans-dents\\_2160508.html](http://www.francetvinfo.fr/sante/affaires/video-envoye-special-dentexia-le-scandale-des-sans-dents_2160508.html)

(2) Lire l'édito « *Le bon grain et l'ivraie* » de Gilbert Bouteille, président de l'Ordre, *La Lettre* n° 157, mai 2017, page 3.

# Participez à une enquête sur l'antibiothérapie

Les praticiens sont invités à répondre dès à présent à une enquête visant à évaluer leurs connaissances et leurs pratiques en matière d'antibiothérapie. Dix minutes suffisent pour y répondre de façon anonyme.

**A** partir du mois de juin et jusqu'à la fin août, tous les chirurgiens-dentistes sont invités à répondre à un questionnaire en ligne sur leurs pratiques en termes de prescriptions d'antibiotiques <sup>(1)</sup>. « Il s'agit d'une enquête nationale inédite visant à étudier les comportements de pres-

Commission de la vigilance et des thérapeutiques qui pilote l'enquête sur le plan ordinal. Et d'ajouter : « *L'aide de tous les chirurgiens-dentistes est indispensable pour mener cette enquête qui ne prendra que dix minutes de leur temps. N'oublions pas qu'il existe de plus en plus de souches*

**Selon l'OMS, l'antibiorésistance constitue l'une des principales menaces sanitaires mondiales.**

cription d'antibiotiques dans la pratique bucco-dentaire. Cette enquête est fondamentale dans la mesure où l'antibiorésistance constitue un grave problème de santé publique et une menace sanitaire mondiale», explique Dominique Chave, membre du Conseil national, présidente de la

résistantes. » L'objectif : dresser un premier portrait des perceptions, des attitudes et des pratiques des chirurgiens-dentistes concernant les prescriptions d'antibiotiques et de la résistance bactérienne.

À l'issue de l'enquête, les praticiens auront la possibilité de demander (via

## Composition de l'équipe en charge de l'enquête

L'équipe à l'origine de l'enquête est constituée de professionnels de la santé bucco-dentaire (ville et hôpital), d'infectiologues et d'épidémiologistes. Elle se compose comme suit :

Pierre Le Coz (Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé), Nathalie Thilly (professeur en santé publique et épidémiologie, université de Lorraine, Nancy), Philippe Lesclous (professeur, responsable de l'unité fonctionnelle de chirurgie et pathologies buccales, université de Nantes), Vianney Descroix (chef de service odontologie, AP-HP Pitié-Salpêtrière), Céline Clément (MCU-PH, faculté d'odontologie de Nancy), Alain Le Coz (chirurgien-dentiste, clinique dentaire mutualiste de Neuville-lès-Dieppe), Céline Pulcini (professeur de maladies infectieuses, université de Lorraine, Nancy), Julie Guillet (maître de conférences en odontologie et praticien hospitalier, université de Lorraine et CHRU de Nancy).

une adresse mail) de la documentation pour améliorer leurs connaissances et leurs pratiques en matière d'antibiothérapie. Le questionnaire a été éla-

boré par une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de la santé bucco-dentaire (ville et hôpital), d'infectiologues et d'épidémio-

Pour participer à l'enquête : [https://fr.surveymonkey.com/r/antibiotiques\\_et\\_dentistes](https://fr.surveymonkey.com/r/antibiotiques_et_dentistes)



logistes (*lire l'encadré «Composition de l'équipe en charge de l'enquête»*). Nous le savons, la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques est un enjeu majeur de santé publique d'autant plus que l'antibiorésistance est considérée, répons-le, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'une des principales menaces sanitaires mondiales. Ce phénomène, très fortement corrélé à la consommation d'antibiotiques, invite à s'interroger sur les pratiques de prescription des professionnels de santé et sur les moyens à mettre

en œuvre pour les améliorer. Bien que la médecine bucco-dentaire, en France, représente moins de 10 % des prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville, le recours parfois inutile à une antibiothérapie ou à l'utilisation de molécules inadaptées à la situation clinique est susceptible de favoriser l'émergence de résistances.

À l'inverse, la prévention d'infections liées à une mauvaise santé bucco-dentaire peut contribuer à réduire l'exposition des bactéries aux antibiotiques. Cette double dimension confie donc un

rôle essentiel aux chirurgiens-dentistes dans la maîtrise de l'antibiorésistance. Pourtant, en dehors de quelques études ponctuelles et ciblées, peu de données sont disponibles en France sur le niveau de connaissance et

les pratiques des chirurgiens-dentistes en antibiothérapie. *La Lettre* reviendra sur les résultats de l'enquête dans un prochain numéro. ■

(1) [https://fr.surveymonkey.com/r/antibiotiques\\_et\\_dentistes](https://fr.surveymonkey.com/r/antibiotiques_et_dentistes)

## L'ESSENTIEL

- ✓ Une enquête nationale a été lancée pour interroger les praticiens sur leurs prescriptions d'antibiotiques.
- ✓ En dix minutes et de façon anonyme, ils peuvent renseigner le questionnaire accessible depuis Internet.
- ✓ L'objectif visé consiste à dresser un portrait des perceptions, des attitudes et des pratiques des chirurgiens-dentistes.

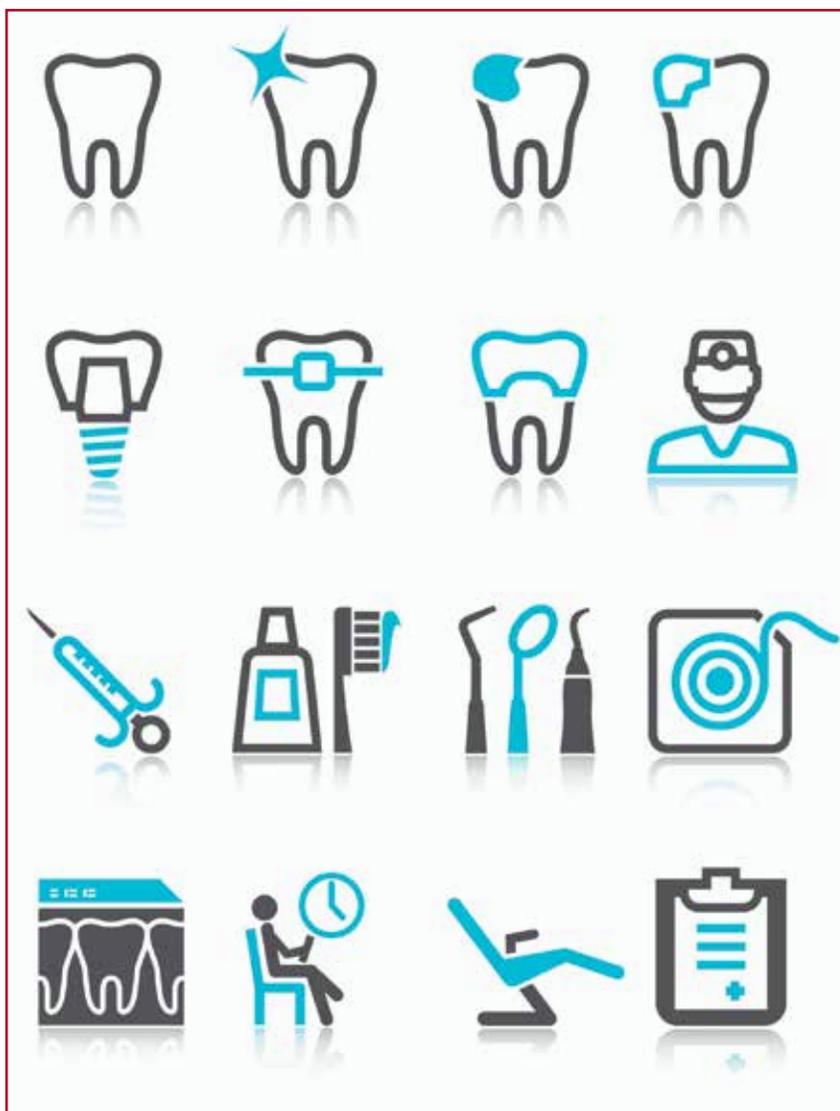
# Lutter contre le renoncement aux soins

L'assurance maladie déploie un dispositif visant à lutter contre le renoncement aux soins qui propose à l'assuré un bilan exhaustif des droits aux prestations, une orientation dans le système de santé et un accompagnement au montage financier.

**P**lus d'un quart des assurés interrogés (29 000 personnes) par 18 caisses primaires d'assurance maladie déclarent avoir renoncé à des soins en 2016. Tel est l'un des principaux résultats issus d'une étude conduite par l'assurance maladie intitulée « *Agir contre le renoncement aux soins. Diagnostic, solutions et déploiement* »<sup>(1)</sup>.

## LE PROFIL DES PERSONNES RENONÇANT AUX SOINS

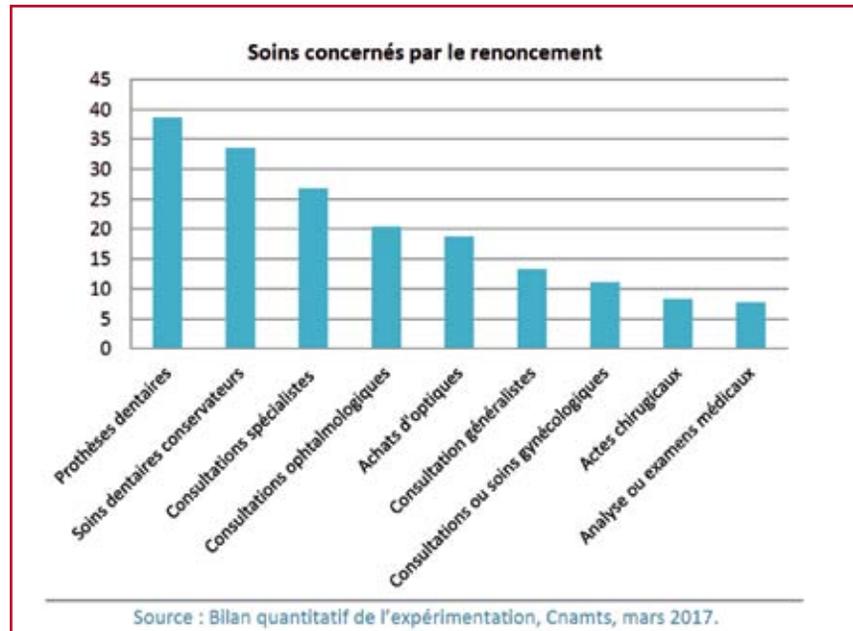
L'assurance maladie a identifié le profil socio-économique des personnes en situation de renoncement aux soins, mais aussi les raisons de leur renoncement ainsi que la nature des soins les plus concernés. L'étude indique que les situations de renoncement aux soins concernent majoritairement des femmes (58,6 %), des personnes vivant seules (36,6 %) ou des familles monoparentales (17,7 %). « *Une*



part importante des assurés qui rencontre des difficultés d'accès aux soins connaît – ou a connu – une instabilité par rapport à l'emploi, des ruptures parfois successives dans [le] parcours de vie, des expériences administratives vécues comme compliquées... Le phénomène concerne aussi des personnes bien insérées socialement aux revenus modestes, pour qui toute dépense imprévue causée par exemple par des soins onéreux ou successifs (plusieurs consultations de spécialistes) est difficile à financer et se retrouve souvent reportée, parfois de façon pérenne», avancent les auteurs.

### LES SOINS CONCERNÉS

Le renoncement aux soins concerne majoritairement les soins bucco-dentaires. Viennent ensuite les soins auditifs ou ophtalmologiques et optiques (voir le graphique « Soins concernés par le renoncement »). Plus récemment, les travaux de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) ont démontré que si le phénomène se rapporte effectivement à ce type de soins, d'autres domaines sont aussi touchés : les consultations de spécialistes, et même de généralistes, sont également concernées.



### LES CAUSES DU RENONCEMENT

Deux raisons principales ont été identifiées par l'étude : la dimension financière avec, pour les soins cités plus haut, des restes à charge (connus ou anticipés) élevés et une méconnaissance des circuits administratifs et médicaux pour obtenir une protection maladie complète et adaptée aux besoins des personnes.

### UN NOUVEAU DISPOSITIF

Pour lutter contre ce phénomène, l'assurance maladie a annoncé le déploiement progressif en 2017 et 2018 d'un nouveau dispositif de détection et de lutte contre le renoncement aux soins créé à l'initiative de la CPAM du Gard et expérimenté en 2016 dans 21 caisses primaires d'assurance maladie.

Concrètement, le dispositif vise dans un premier temps à identifier les situations à risque de renoncement à partir d'observations de terrain réalisées par des personnes formées : agents d'accueil, personnels des centres d'examen de santé, médecins-conseils des services médicaux, travailleurs du service social ; mais ces agents œuvrent en coopération avec d'autres professionnels des institutions partenaires (travailleurs sociaux, personnels de santé), des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers...) ou encore des personnes issues du tissu associatif. Lorsqu'une difficulté d'accès aux soins est repérée, l'assurance maladie propose un accompagnement à trois niveaux :

- un bilan exhaustif des droits aux prestations in-

tegrant une explication approfondie de leur usage (allant jusqu'à l'accompagnement dans la bonne utilisation du chèque ACS, par exemple) ;

- une orientation dans le système de soins (où s'adresser pour effectuer un bilan de santé ou comment trouver un gynécologue, par exemple) ;
- un accompagnement au montage financier, construit le cas échéant par cofinancement de plusieurs partenaires, pour faire face à des restes à charge auxquels la personne, en raison de son « reste pour vivre », ne pourrait faire face. ■

(1) L'étude menée par l'assurance maladie, en partenariat avec l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), est consultable à partir du lien <http://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communicés-de-la-caisse-nationale.php>

# MSSanté, la solution de messagerie sécurisée

La messagerie MSSanté assure la confidentialité et la sécurité des échanges mails entre les professionnels de santé exerçant en cabinet de ville comme à l'hôpital. Très pratique et simple d'utilisation.

**E**n avril 2017, seulement 825 chirurgiens-dentistes avaient créé leur messagerie sécurisée MSSanté <sup>(1)</sup>. Devant l'adhésion relativement faible

à ce dispositif, rappelons le fonctionnement et les atouts de MSSanté.

MSSanté est un système de messagerie électronique permettant aux

professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, de communiquer entre eux et surtout de s'adresser des données médicales en toute sécuri-

té et en toute confidentialité. Le système MSSanté, créé et géré par l'Asip Santé, consiste en un « espace de confiance » que peuvent intégrer des opé-



rateurs de messagerie (établissements de santé, éditeurs de logiciel, administrations) pour sécuriser le service de messagerie électronique qu'ils

toujours sécurisés, faute de solution commune et de simplicité d'utilisation. Le système MSSanté poursuit donc un double enjeu : favoriser les

### Le système créé et géré par l'Asip Santé constitue un espace de confiance qui protège la responsabilité des praticiens.

proposent aux professionnels de santé. Contrairement aux exigences de la réglementation, les échanges entre professionnels de santé par mail ne sont pas

échanges par e-mail en les rendant plus sûrs, plus simples, tout en protégeant la responsabilité des professionnels de santé.

À terme, l'ensemble des messageries de santé existantes a vocation à intégrer l'espace de confiance MSSanté au sein duquel les professionnels de santé pourront échanger de manière sécurisée. C'est pourquoi il est important que tous les chirurgiens-dentistes intègrent dans leur pratique cette messagerie sécurisée.

Dans un contexte de fort développement des prises en charge médicales coordonnées, en ville comme à l'hôpital, les avantages

sont nombreux. D'abord, la possibilité de recevoir tous les documents de sortie du patient, les courriers, mais aussi les résultats d'examens radiologiques ou biologiques par mail sans risques en termes de sécurité. La messagerie MSSanté peut également s'utiliser à distance *via* une appli-

cation mobile installée sur les smartphones et les tablettes. Ce dispositif offre un autre avantage : un annuaire permettant aux professionnels de santé de rechercher rapidement un confrère ou un établissement disposant d'une messagerie MSSanté. À noter que la messagerie MSSanté peut être un canal de diffusion des alertes sanitaires. On l'aura compris, plus le nombre de praticiens adhérant au système croît, plus la messagerie sécurisée gagne en efficacité. ■

## MSSanté en chiffres

En avril 2017, voici les principaux chiffres fournis par l'Asip Santé concernant la messagerie sécurisée MSSanté :

- 32 600 professionnels de santé libéraux sont équipés MSSanté dont 25 300 médecins libéraux et 825 chirurgiens-dentistes libéraux.
- 350 000 mails ont été échangés dans l'espace de confiance en mars 2017.
- 1 822 structures (dont 80 % des « *grands établissements* » et quasiment tous les CHU) ont intégré le processus MSSanté.
- 862 établissements sont compatibles avec le dispositif MSSanté.



### Comment créer sa boîte mail MSSanté ?

Quatre étapes suffisent pour créer sa messagerie sécurisée :

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

(1) D'après un état des lieux réalisé par l'Asip Santé.

# Des visites ordinales de conformité dans toute la France

À l'initiative du Conseil national et des conseils départementaux, une vaste opération destinée à rationaliser les visites confraternelles des cabinets dentaires vient d'être lancée.

Les visites de conformité des cabinets dentaires font partie intégrante des prérogatives de l'Ordre, et plus particulièrement des conseils départementaux. Ces visites donnent lieu le plus souvent à la formulation de recommandations à destination des titulaires des cabinets dentaires visites ne remettant pas en question la sécurité et la qualité des soins. L'objectif de l'Ordre n'est évidemment pas de « sanctionner » les praticiens défaillants

lancer une opération sur le plan national. Cette opération se déroulera en deux étapes. Dans un premier temps, tous les praticiens libéraux titulaires d'un cabinet dentaire recevront un questionnaire relatif à l'agencement et à l'organisation de leur cabinet. Ce questionnaire très complet comporte plusieurs sections : « Aspect extérieur », « Locaux », « Hygiène et aseptie », « Tenue professionnelle », « Sécurité », etc. Il devra être remis dûment rem-

traitement des questionnaires évoqués ci-dessus.

Rappelons encore que l'objectif de ces visites

toute sérénité sont consultables sur le site de l'Ordre à l'adresse <http://www.ordre-chirurgiens-den->

---

**Les visites n'ont pas vocation à sanctionner les praticiens, mais à les accompagner dans la mise en conformité de leurs locaux avec les exigences réglementaires.**

---



---

**Tous les praticiens libéraux recevront un questionnaire relatif à l'organisation et à l'agencement de leur cabinet.**

---

mais de les accompagner au mieux. Afin de rationaliser les visites confraternelles, le Conseil national et les conseils départementaux de l'Ordre ont décidé de

pli au conseil départemental dont relèvent les praticiens.

Dans un deuxième temps, les conseils départementaux conduiront des visites confraternelles à l'issue du

consiste à accompagner les praticiens en veillant à la conformité des cabinets dentaires avec les dispositions du Code de la santé publique <sup>(1)</sup> et les normes en vigueur concernant, notamment, la propreté des locaux, la prédésinfection-stérilisation, les contrats, l'affichage, la sécurité des patients, du personnel et des locaux, la gestion des déchets, la traçabilité des dispositifs médicaux (units, crachoirs, séparateurs-récupérateurs d'amalgames, etc.).

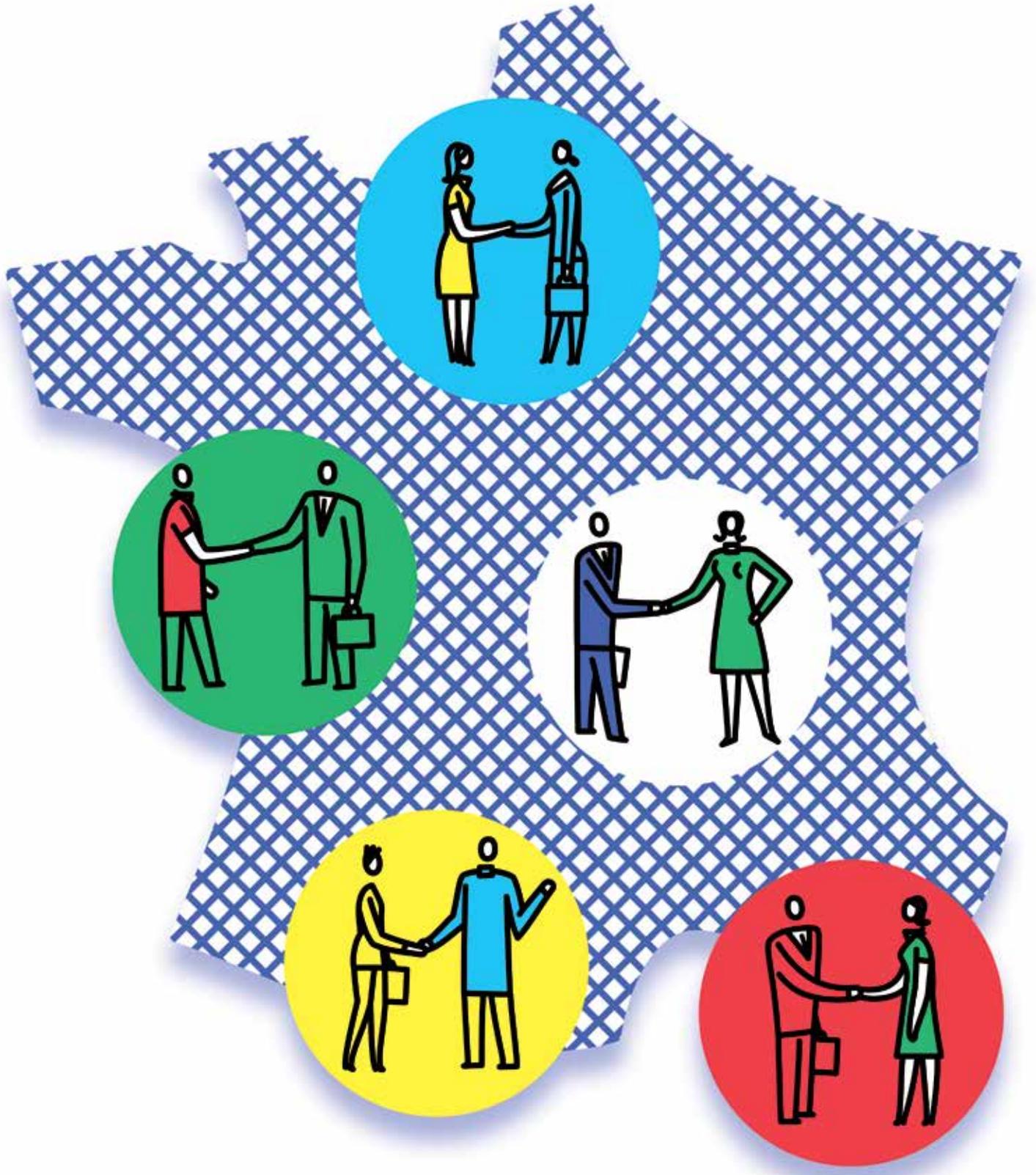
Toutes les informations pratiques pour exercer en

[tistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice.html](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice.html)

**QUELS CABINETS PEUVENT ÊTRE VISITÉS ?**

Potentiellement, tous les cabinets peuvent recevoir la visite de conseillers départementaux, et en particulier :

- lorsque la réponse au questionnaire est jugée insuffisante par le conseil départemental de l'Ordre;
- en cas de signalement ou de suspicion de manquement à la réglementation; >>>



- » en cas de création, de transfert ou de reprise d'un cabinet dentaire;
- les cabinets des maîtres de stage;
  - les cabinets des praticiens qui n'ont pas répondu au questionnaire malgré une relance;
  - à la suite d'un tirage au sort des cabinets dentaires ayant répondu au questionnaire;
  - les cabinets volontaires.
- L'objectif ordinal consiste à visiter, en l'espace d'une ou de deux mandatures, l'ensemble des cabinets dentaires.

### QUAND LE CABINET DENTAIRE PEUT-IL ÊTRE VISITÉ?

L'Ordre ne procède jamais à des «visites surprise» ou à des «visites mystère». Deux membres du conseil départemental de l'Ordre fixent un rendez-vous avec le praticien. Son accord est donc requis.

Les conseillers ordinaires procèdent ensuite à la visite et remplissent le questionnaire de visite édité par le Conseil national en concertation avec le praticien.

### QU'ADVIENT-IL SI LE PRATICIEN REFUSE LA VISITE?

Le conseil départemental peut traduire le praticien devant la chambre disciplinaire de première instance (CDPI) <sup>(2)</sup> et procéder à un



signalement à l'Agence régionale de santé.

### EN CAS DE MANQUEMENTS À LA RÉGLEMENTATION, QUE SE PASSE-T-IL?

Les conseillers ordinaires aménagent un délai (plus ou moins rapide selon le

type de manquement) pour la mise aux normes des éléments défectueux. Les praticiens doivent ensuite déclarer par écrit les améliorations effectuées. Une contre-visite peu dès lors être programmée. Si à l'issue de la contre-visite les

manquements perdurent, le conseil départemental peut traduire le praticien devant la chambre disciplinaire de première instance et/ou procéder à un signalement auprès de l'Agence régionale de santé.

### EXISTE-T-IL DES OUTILS DE RÉFÉRENCE POUR VÉRIFIER LA CONFORMITÉ DE SON CABINET?

Trois documents sont disponibles, dont les deux premiers peuvent être téléchargés sur le site du Conseil national de l'Ordre <sup>(3)</sup> :

- Le *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie*, édité par la Direction générale de la santé;
- Le guide intitulé «*Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique*», édité par la Haute Autorité de santé;
- La *Grille technique d'évaluation pour la prévention des infections associées aux soins*, proposée par l'ADF <sup>(4)</sup>. ■

## L'ESSENTIEL

- ✓ Le rendez-vous de la visite est fixé entre le praticien et le conseil départemental dont il dépend.
- ✓ Si des manquements à la réglementation sont constatés, un délai est accordé pour la mise aux normes des éléments défectueux.
- ✓ Des documents permettant de vérifier la conformité de son cabinet sont disponibles sur le site de l'Ordre.

(1) Article R. 4127-269 du CSP.

(2) Cette procédure est définie aux articles R. 4126-1 et suivants du Code de la santé publique.

(3) [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/) (Accueil > Chirurgiens-dentistes > Sécurisez votre exercice > Pratiques professionnelles – vigilances > Hygiène et asepsie).

(4) [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/adf/2012\\_odontologie\\_ADF.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/adf/2012_odontologie_ADF.pdf)

## L'ORDRE ET L'UNIVERSITÉ ABSENTS DU DPC ?

Une concertation autour du projet de décret relatif aux missions et à la composition des conseils nationaux professionnels (CNP) n'a pas abouti à un consensus entre les parties prenantes (les CNP et la Direction générale de l'offre de soins). Rappelons que le CNP est une structure associative qui regroupe les représentants de la profession impliqués dans la formation continue et l'évaluation des pratiques.

En l'état, ni l'Ordre ni l'Université ne seraient membres avec voix délibérative du CNP des chirurgiens-dentistes. Ces deux institutions doivent néanmoins faire partie du CNP : au regard des missions qui lui sont dévolues, elles y ont toute leur place.

La DGOS s'est engagée à lancer un nouveau cycle de concertations dans un proche avenir.

## CUMUL EMPLOI-RETRAITE

Le décret n° 2017-416 du 27 mars 2017, paru au *JO* du 29 mars, relatif au plafonnement du cumul d'une activité rémunérée et d'une pension de retraite, précise les modalités d'application des dispositions de la loi du 20 janvier 2014 et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, qui prévoient un mécanisme d'écèlement du montant des pensions au profit des assurés qui ne remplissent pas les conditions permettant de cumuler intégralement leur pension de retraite et des revenus d'activité. Pour plus de précisions, l'Ordre conseille aux praticiens de se rapprocher de la CARCDSF.

## LE BUREAU DE LA SFODF

La Société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF) a réélu son bureau comme suit :

**Olivier Sorel** : président

**Alain Béry, Michel Le Gall** :  
vice-présidents

**Guy Bounoure** : secrétaire général

**Sarah Chauty** :  
secrétaire générale adjointe

**Jean-Baptiste Kerbrat** :  
trésorier général

**Thierry De Coster** :  
trésorier général adjoint

## DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Par décrets des 14 et 26 avril 2017 portant promotion et nomination,

**Juliette Bongard**,  
chirurgien-dentiste, responsable  
d'un réseau social bucco-dentaire,  
37 ans de services,  
a été nommée au grade  
de chevalier dans l'ordre national  
de la Légion d'honneur ;

**Laurent Faugeras**,  
chirurgien-dentiste en chef,  
24 ans de services,  
a été nommé chevalier dans l'ordre  
national du Mérite.

*Le Conseil national leur adresse  
ses félicitations les plus vives.*



# « Marché » de la santé, formation initiale, système d'alerte...

## L'ACTUALITÉ DE L'UE

**P**lusieurs dossiers européens impactant la santé et les soins bucco-dentaires sont à l'agenda, dont certains suscitent l'opposition du Conseil national comme le projet de « *test de proportionnalité* », qui consisterait à développer la concurrence dans le champ de la santé. S'agissant de la qualité de la formation initiale, le Conseil national a entrepris des démarches à Bruxelles, visant à s'as-

surer que le cursus obligatoire est respecté partout dans l'Union. Autre dossier, le mécanisme d'alerte, qui vise à prévenir d'autres affaires Van Nierop, tarde à se mettre en place en France malgré les demandes du Conseil national. D'autres points sont abordés ici, comme la démographie ou encore cette bonne nouvelle : une baisse du taux de renoncement aux soins dentaires enregistré en France. ■



# La « proportionnalité », cheval de Troie d'un marché de la santé ?

La Commission prépare un projet de directive intitulé « *test de proportionnalité* » destiné à vérifier si certaines réglementations professionnelles ne constituent pas une entrave à la concurrence. Les professions de santé, dont le Conseil national, sont vent debout contre cette proposition.

Qui trop embrasse mal étreint. La Commission européenne prépare un projet de directive visant à s'assurer que les réglementations professionnelles ne ferment pas la concurrence <sup>(1)</sup>. Ce projet soumis aux États membres a un nom : le « *test de proportionnalité* ». En l'état, le texte brasse tous les secteurs et toutes les professions sans distinction (l'Union européenne en recense 5 600).

Les professions de santé, notamment en France, ne trouvent absolument pas leur compte dans cette approche indifférenciée. Comment peut-on raisonnablement placer les services de soins de santé au même niveau que les autres secteurs de services sans fragiliser la santé publique ? Le Conseil national n'est donc pas le seul à s'opposer fermement à ce projet, et il entend le faire savoir à l'UE. De fait, Paul Samakh et Jean-Marc Richard, vice-présidents du Conseil

national, ont abordé ce point avec une parlementaire européenne. À l'échelle nationale, Paul Samakh et Jean-Marc Richard ont également soulevé cet aspect avec le service en charge du dossier au ministère des Finances français. Que doit-on retenir de ce projet ? Nous en proposons, ci-dessous, les points essentiels <sup>(2)</sup>.

## UN TEXTE EN TROMPE-L'ŒIL

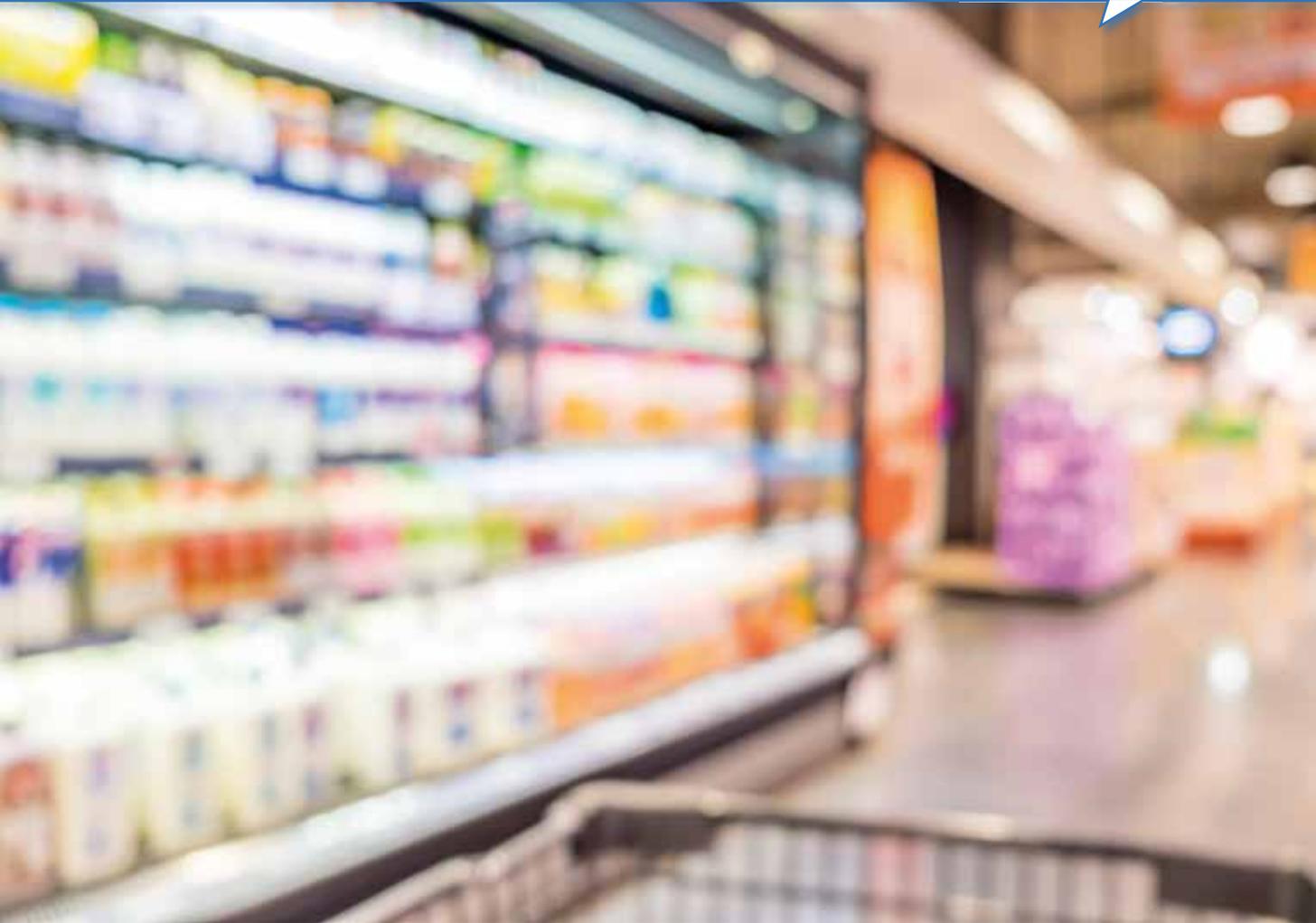
*A priori*, le projet de directive semble inoffensif : il consiste à soumettre systématiquement à vérification la nécessité de toute réglementation professionnelle, nouvelle ou amendée, compte tenu du marché intérieur de l'UE. On l'aura compris, l'objectif visé par la Commission est avant tout économique. Avec ce test, elle s'assure que les pays ne cloisonnent pas leur marché des services.

Pour le Conseil national, ce test, s'il était appliqué en l'état, fragiliserait le fonctionnement des pro-

fessions de santé en Europe. En effet, l'appartenance à un Ordre, la limitation de l'accès au capital des cabinets dentaires ou le monopole de certains actes de soins seraient de certaines caractéristiques – pour ne citer que ces exemples car la directive est bien plus longue – dont il faudrait désormais démontrer la pertinence à chaque réforme du Code de déontologie. Et si possible, preuve économétrique à l'appui. La raison d'être d'une réglementation d'une profession de santé ne serait plus une évidence partagée par le législateur européen ? Montesquieu avait prévenu : « *Les lois inutiles affaiblissent les lois nécessaires.* »

## UN TEXTE « MAL FAGOTÉ »

D'un point de vue juridique, le texte publié par la Commission présente de multiples défauts. En conséquence, beaucoup d'amendements ont été proposés par de nombreuses parties, dont les États membres,



au regret de la Commission. Il ne faudrait pas, toutefois, que dans la multitude s'amointrisse la protection de la santé publique.

#### UN TEXTE DE BATAILLE

À Bruxelles, les associations de trois professions (chirurgiens-dentistes, médecins et pharmaciens) militent ardemment pour que les professions de santé soient exclues du champ d'application de la directive <sup>(3)</sup>. Au Conseil des ministres européens, la position finale en préparation ne va pas du tout dans ce sens. Au Parlement européen, tous les avis encore en discussion début mai n'empruntent pas cette direction. La bataille ne saurait donc être portée que sur ce seul front, mais le combat assurément continue.

#### UN TEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE?

Est frappante la manière avec laquelle la Commission a délibérément proposé en ce début d'année un texte qui met les services de soins de santé au même niveau que les autres secteurs commerciaux de services. Il y a fort à parier que, dans sa sagesse, le législateur européen corrigera le tir et réintroduira dans cette directive les égards dus à la réglementation des professions de santé. Les arguments de bon sens ne manquent pas, et les arguments de droit sont encore plus nombreux.

Dans d'autres textes, le droit européen a depuis longtemps acté la nécessité des réglementations professionnelles de santé pour préve-

nir, en somme, des excès que la seule loi du marché faciliterait. Ces arguments sont plaidés auprès des parlementaires comme des représentants des États.

Mais on constatera une nouvelle fois la vigilance dont l'Ordre et ses homologues doivent constamment faire preuve pour rappeler au législateur, décidément, cette inamenable spécificité. ■

(1) Proposition de directive du 10 mars 2017 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions.

(2) Le texte est consultable sur le site Web de la Fedcar, la fédération européenne des régulateurs dentaires.

(3) CED, CPME, PGEU.



# Diplômes sans frontières

Dès lors que les professions de santé figurent au rang des activités les plus mobiles au sein de l'Union, les universités doivent garantir le respect du cursus obligatoire défini par l'UE. C'est ce sur quoi travaille le Conseil national avec ses homologues européens.

Garantir le respect, par les universités, du cursus obligatoire de la formation en odontologie défini par l'Union européenne, tel était le sujet posé sur la table à Bruxelles lors d'une réunion, en avril dernier, à laquelle ont participé Jean-Marc Richard et Paul Samakh <sup>(1)</sup>, vice-présidents du Conseil national de l'Ordre, et des membres de la Représentation permanente (RP) de la Roumanie auprès de l'UE. Lors d'un entretien aussi franc que cordial, les services de la RP roumaine ont d'ailleurs insisté sur la nécessité de ce dialogue avec le Conseil national afin d'améliorer

la confiance réciproque entre États. Une confiance d'autant plus nécessaire que les chiffres parlent d'eux-mêmes : un tiers des

primo-inscrits en France est titulaire d'un diplôme d'origine européenne (principalement issu de Roumanie, d'Espagne et de Bel-



Lors d'un entretien à Bruxelles, les services de la représentation permanente de la Roumanie auprès de l'UE ont insisté sur la nécessité d'un dialogue avec le Conseil national afin d'améliorer la confiance réciproque entre États.



## Prévenir, et vite, d'autres affaires Van Nierop

Depuis janvier 2016, il existe un mécanisme d'alerte des sanctions professionnelles prises à l'encontre d'un professionnel de la santé exerçant dans l'Union européenne. Telle est la contrepartie logique de la libre circulation professionnelle. Ce mécanisme a été mis en place pour prévenir l'exercice dangereux de professionnels de santé, à l'image de l'affaire Van Nierop <sup>(1)</sup>. Hélas! ce mécanisme n'est toujours pas opérationnel en France. En effet, malgré les souhaits de l'Ordre, qui porte ce combat depuis des années, la France traîne des pieds. En particulier, elle n'a toujours pas décidé quelle(s) institution(s) aurai(en)t en charge l'émission ni la réception, ni la gestion des alertes diffusées en Europe. En pratique, ce mécanisme consiste à informer systématiquement toutes les autorités compétentes en charge du registre national lorsqu'une sanction – professionnelle ou pénale – de suspension ou de radiation est retenue à l'endroit d'un professionnel de santé. L'information doit alors être partagée dans les trois jours du prononcé. Elle indique si la mesure est frappée d'appel ou si elle est définitive. La fin de la sanction – et donc la possibilité d'exercer de nouveau – fait l'objet d'une même alerte. Depuis janvier 2016, plus de 6 000 alertes pour des infirmières et environ 2 500 pour des médecins ont été partagées entre États. L'autorité compétente du Royaume-Uni pour l'exercice de l'art dentaire a délivré 419 alertes à propos de chirurgiens-dentistes et en a reçu 87 au cours de la même période de la part seulement de neuf de ses homologues européens (dont 21 émises par le Danemark). Cependant, les particularités de chaque État freinent le déploiement de ce dispositif qui apparaît complexe aux yeux des autorités compétentes. En effet, le recours aux sanctions professionnelles repose sur des bases très variées selon les 28 pays et leur système d'encadrement de la pratique professionnelle des chirurgiens-dentistes. La Commission européenne a fait le point sur ce mécanisme le 16 mai dernier. *La Lettre* reviendra sur ce sujet dans un prochain numéro.

(1) Lire l'article « Comment prévenir d'autres affaires Van Nierop? », *La Lettre* n° 134, janvier 2015, pp. 4-8.

gique) via la reconnaissance automatique des diplômes introduite par une directive européenne <sup>(2)</sup>. Cette reconnaissance est automatique pour les diplômes reconnus à l'échelle européenne et doit, ré-  
pétons-le, reposer sur un principe de confiance réciproque. Hélas, cette confiance peut être mise à mal par l'hétérogénéité des contenus de la formation qui, parfois, ne correspond pas exactement au cursus commun des études dentaire décrit dans la directive citée plus haut.

En 2016, en réponse à une question parlementaire de Philippe Juvin sur le sujet <sup>(3)</sup>, >>>

»» la Commissaire européenne en charge du marché intérieur, Elzbieta Bienkowska, a précisé que le respect de ce cursus par les universités était une obligation pour tous les États : «*La directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (ci-après "la directive") établit des conditions minimales de formation harmonisées pour sept professions, dont les praticiens de l'art dentaire, qui permettent la reconnaissance automatique de ces qualifications dans l'Union européenne. En conséquence, les États membres doivent veiller à ce que tous leurs programmes de formation*

## Selon le principe d'harmonisation minimale, les États membres peuvent fixer des exigences plus élevées dans leurs programmes nationaux, qui ne sont donc pas nécessairement identiques.

*dentaire de base comprennent au moins les matières exigées, qu'ils aient au moins la durée minimale requise et qu'ils donnent la garantie que les diplômés acquièrent au moins les connaissances et les compétences requises. Les exigences prévoient également une expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée et des études pharmacologiques. Conformément au principe d'har-*

*monisation minimale, rien n'empêche les États membres de fixer des exigences plus élevées dans leur législation. En conséquence, les programmes de base nationaux ne sont pas nécessairement identiques.*

*La Commission entend veiller à ce que les États membres transposent correctement les exigences de la directive, y compris les dispositions de sa révision récente, et prendra le cas échéant les mesures qui s'imposent pour garantir la conformité au droit de l'Union.»*

Sans attendre une intervention possible de la Commission, entretenir dès à présent le dialogue, au cas par cas, entre les différents pays membres pour coller au niveau d'exigence européenne est donc essentiel pour permettre une circulation efficiente des professionnels de santé connus pour être les professionnels les plus mobiles en Europe <sup>(4)</sup>, mais aussi pour s'assurer autant que possible de la confiance à placer dans la qualité des diplômes européens au moment d'inscrire nos jeunes confrères. ■

### Densité : la France au 20<sup>e</sup> rang

L'avenir de la santé en Europe repose notamment sur une meilleure coordination des besoins des professionnels de santé. En 2012, la Commission avait prévu une insuffisance à l'échelle européenne de 150 000 chirurgiens-dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes à l'horizon de 2020 <sup>(1)</sup>. Ces prévisions ne se sont pas confirmées pour notre profession. À l'échelle des États et de l'UE, on repère plutôt une légère augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes. En 2014, 345 000 praticiens exerçaient au sein de l'UE selon un recensement établi sous l'autorité de la Commission <sup>(2)</sup>. Dans le détail, la Grèce connaît la plus forte densité (126 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants), suivie par la Bulgarie et Chypre (98). Les proportions les plus faibles sont observées en Pologne (34), puis à Malte (47). La France et l'Italie, moins pourvues que l'Allemagne (85), se classent à la 20<sup>e</sup> place en termes de densité (64 praticiens pour 100 000 habitants).

(1) Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, accompanying the document « Toward a job-rich recovery », SWD(2012) 93 final, p. 6.

(2) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170124-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2F>

(1) Respectivement président de la commission Législation et Europe et de la commission de l'Enseignement et des titres.

(2) La directive révisée 2005/36.

(3) Question parlementaire écrite E-007174/16.

(4) D'après les statistiques de la Commission européenne en avril 2017.

## Un nouveau règlement sur les dispositifs médicaux

Un nouveau règlement européen sur les dispositifs médicaux a été définitivement adopté en avril 2017 avec un échéancier de mise en œuvre dans les cabinets dentaires d'ici à juin 2020. Si l'esprit de ce texte est nettement plus coercitif, les dispositions relatives aux dispositifs sur mesure et aux implants auront un impact limité sur notre profession.

### TRAÇABILITÉ DE LA PROTHÈSE

La définition du dispositif sur mesure et celle du fabricant resteront inchangées. La prothèse devra toujours être livrée au praticien avec une déclaration de conformité aux exigences essentielles du nouveau règlement, à la manière de ce qui se fait aujourd'hui. Entre autres contraintes, le fabricant s'engagera à tenir à la disposition des autorités nationales compétentes la documentation indiquant son ou ses lieux de fabrication et permettant de comprendre la conception, la fabrication et les performances du dispositif, y compris les performances prévues, de manière à permettre l'évaluation de sa conformité avec les exigences du présent règlement. Cette déclaration sera conservée pendant une période d'au moins 10 ans après la mise sur le marché

du dispositif. Dans le cas des dispositifs implantables, cette durée est d'au moins 15 ans <sup>(1)</sup>. À l'issue de l'acte prothétique, le chirurgien-dentiste remet au patient cette déclaration de conformité <sup>(2)</sup>. Elle doit également être versée au dossier médical et tenue à la disposition du patient <sup>(3)</sup>.

### PROTHÈSE RÉALISÉE EN CABINET DENTAIRE

Lorsque le praticien a recours à un procédé de conception et de fabrication assistées par ordinateur (CFAO) et/ou s'il possède son propre laboratoire de prothèse, il est toujours considéré comme fabricant. Il doit dès lors satisfaire à toutes les obligations liées à ce statut, dont la rédaction de la déclaration de conformité.

### PASSEPORT IMPLANTAIRE

Le règlement généralise à l'Europe entière ce que nous connaissons en France avec le passeport implantaire <sup>(4)</sup>. Il prévoit que dans chaque pays le chirurgien-dentiste joigne aux implants et aux prothèses sur implants une «*carte d'implant*» reprenant les informations à fournir au patient à propos du dispositif implantable, sans que l'obligation de leur inscription au dossier médical soit supprimée pour autant. Doivent être communiquées :

- Les informations permettant l'identification du dispositif (nom, numéro de série, numéro de lot, IUD, modèle du dispositif, nom, adresse et site Internet du fabricant);
- Les mises en garde, précautions ou mesures à prendre par le patient ou par un professionnel de santé à l'égard des interférences réciproques avec des sources ou des conditions d'environnement extérieures ou encore des examens médicaux raisonnablement prévisibles;
- Toute information sur la durée de vie prévue du dispositif et le suivi éventuellement nécessaire;
- Toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif par le patient, notamment «*les informations quantitatives et qualitatives générales sur les matériaux et substances auxquels les patients sont susceptibles d'être exposés*», précise le texte. La Commission européenne et l'ANSM pour la France rédigeront les guides d'usage nécessaires d'ici à juin 2020. ■

(1) Annexe XIII du nouveau règlement.

(2) Article L. 1111-3 du Code de la santé publique.

(3) Article R. 5211-51 du Code de la santé publique.

(4) Téléchargeable sur le site de l'Ordre : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/pratiques-professionnelles-vigilances/implantologie.html>

# L'EUROPE DENTAIRE EN CHIFFRES

## Le système IMI

Le système d'information sur le marché intérieur (IMI) est un mécanisme d'alerte concernant les sanctions professionnelles qui monte peu à peu en puissance, mais qui, hélas, n'est toujours pas en vigueur en France.

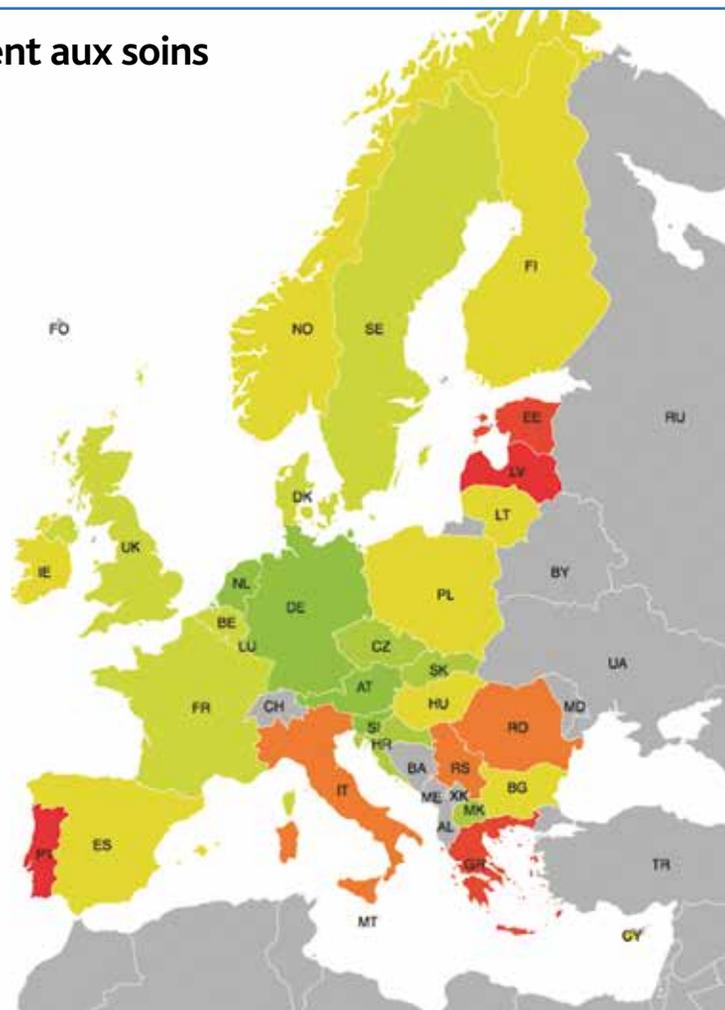
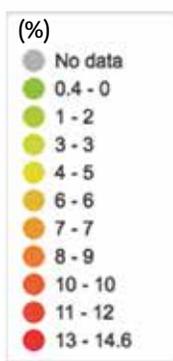
**6000** Depuis janvier 2016, plus de 6000 alertes ont été lancées pour les infirmiers et 2500 pour les médecins.

**419** Le Royaume-Uni a délivré 419 alertes à propos de chirurgiens-dentistes et en a reçu 87 de la part de neuf de ses homologues européens.

**0** En France, le système IMI n'est pas encore opérationnel et n'a donc donné lieu à aucun signalement.

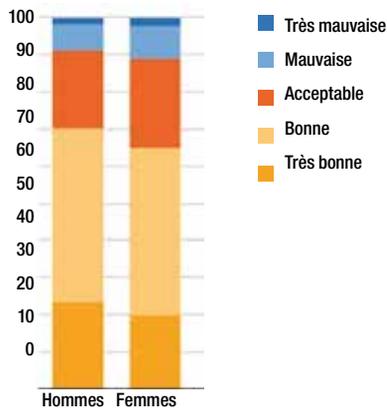
## La carte du renoncement aux soins

La carte ci-contre révèle la proportion des Européens déclarant renoncer aux soins bucco-dentaires faute de moyens financiers, du temps d'attente trop long ou de la distance à parcourir (en 2015).



## La santé bucco-dentaire en Europe

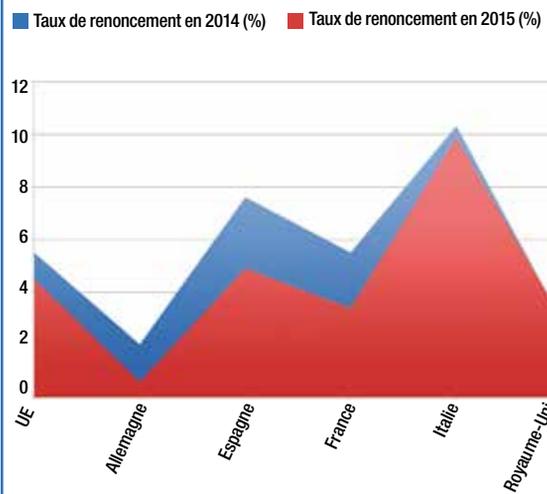
En Europe, davantage d'hommes que de femmes se déclarent en bonne ou en très bonne santé. Les derniers relevés statistiques de l'Union européenne indiquent cependant que la différence s'atténue au gré du vieillissement, le nord de l'Europe étant toujours la région en meilleure santé en comparaison du sud ou de l'est.



Source : Eurostat, avril 2017.

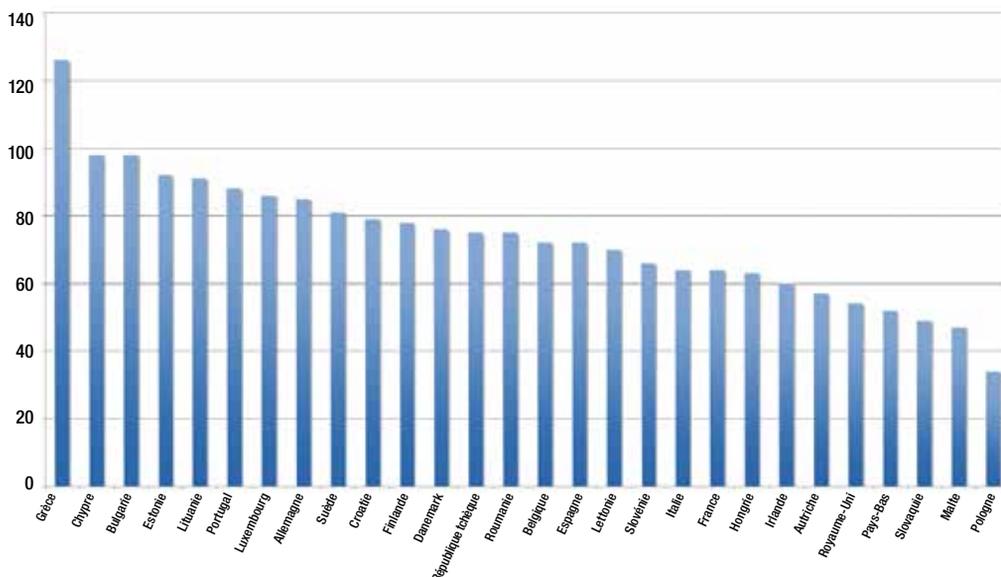
## Taux de renoncement aux soins bucco-dentaires

Selon les derniers chiffres 2014-2015 de l'Union européenne le taux de renoncement aux soins bucco-dentaires en France passe de 5,5 % à 3,4 %, c'est-à-dire sous la moyenne européenne (4,5 % en 2015).



Source : OCDE, Health at a glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle.

## Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants



# En France, une baisse des renoncements aux soins dentaires

D'après les derniers chiffres de l'Union européenne, la France affiche un taux de renoncement aux soins bucco-dentaires de 3,4 %, passant au-dessous de la moyenne européenne. Un excellent résultat dont la France et la profession peuvent se féliciter.

**E**n Europe, la proportion de personnes déclarant un renoncement aux soins bucco-dentaires faute de moyens financiers, du temps d'attente ou de la distance à parcourir est régulièrement suivie par l'office des statistiques de l'Union européenne, Eurostat. Notons avant d'aller plus loin que l'estimation du renoncement aux soins est réalisée par le seul déclarant, et que les différences culturelles ne sont pas reprises dans le relevé statistique.

Dans la plupart des pays de l'UE, les soins bucco-dentaires n'appartiennent pas à la couverture primaire des soins de santé. C'est sans surprise la raison financière qui est largement invoquée par les patients, dans tous les pays, pour justifier leur renoncement aux soins. Cependant d'après les derniers chiffres de l'UE, la France est passée sous la moyenne européenne de 4,5 % en 2015. Il s'agit d'un résultat extrêmement positif dont il faut vérifier la validité dans la durée, et dont la France comme la profession peuvent



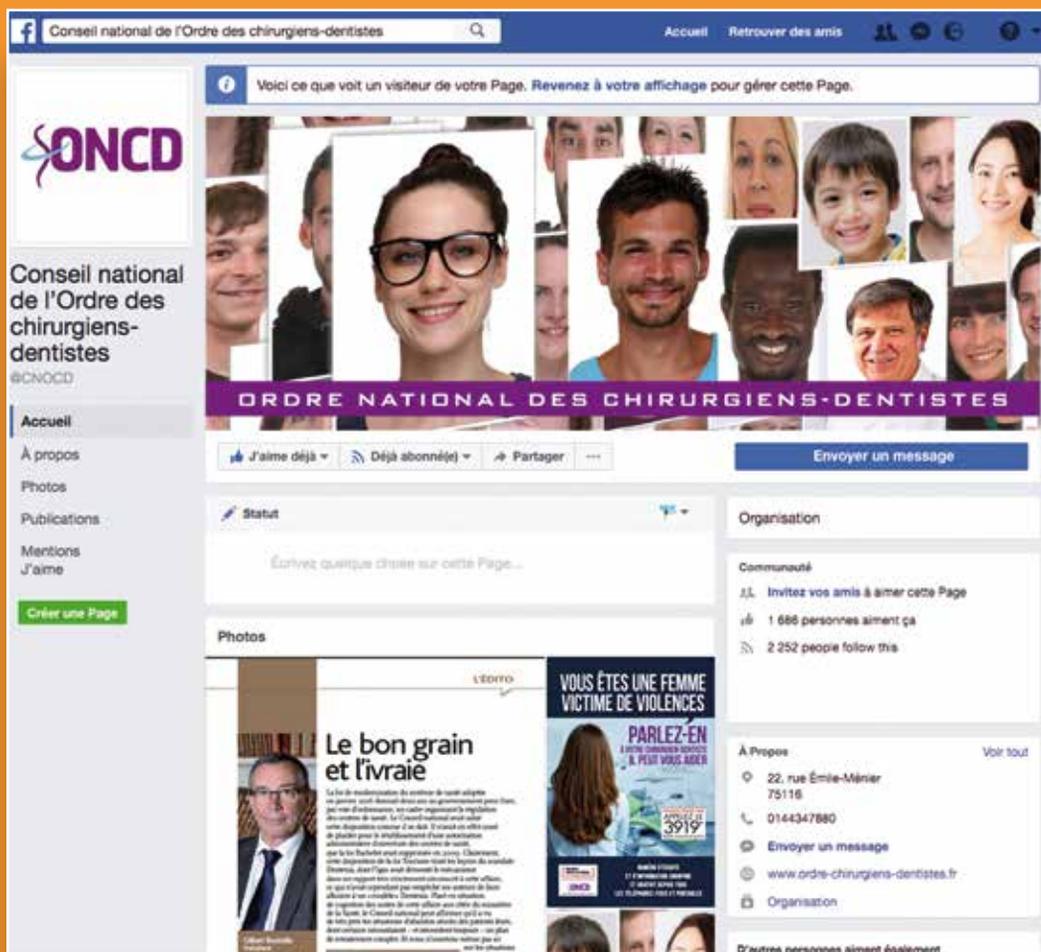
s'enorgueillir (avec sans doute l'apport d'initiatives locales ou nationales à souligner).

Dans le détail, le taux de renoncement aux soins est passé en France de 5,5 % à 3,4 % entre 2014 et 2015. À titre de comparaison, notre voisin italien enregistrait un taux de renoncement de 10,3 % en 2014, abaissé à 9,6 % en 2015. L'Espagne reste aussi au-dessus de la moyenne européenne : de 7,6 % en 2014 à 4,9 % en 2015. À l'inverse, l'Allemagne, où une politique de prévention efficace

est poursuivie, enregistre en 2015 un taux de renoncement quasi nul de 0,6 % (contre 2 % en 2014). Sur la base des estimations collectées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les tendances européennes de renoncement aux soins correspondent aux constatations des cabinets dentaires : plus les revenus baissent et plus le renoncement aux soins s'accroît <sup>(1)</sup>. ■

(1) Source : OCDE, *Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle*.

# Rejoignez l'Ordre sur sa page Facebook !



 Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

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

# Proposer une reprise gracieuse des soins : l'aveu d'une faute ?

## En résumé

**L**es arrêts rendus par les différentes juridictions en matière de responsabilité civile des chirurgiens-dentistes ne sont pas toujours intéressants, en ce sens qu'ils contiennent des solutions connues. Il est cependant utile d'évoquer l'arrêt du 23 mars 2017 de la cour d'appel d'Aix-en-Provence rendu à propos d'un échec implantaire. Il rappelle qu'un praticien engage en ce domaine sa responsabilité civile (condamnation à des dommages-intérêts) uniquement si trois conditions sont réunies : une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Il ajoute – précision non négligeable – que *la preuve de ces trois conditions pèse sur le patient*. Surtout, son apport essentiel est le suivant : « Le fait que M. A ait proposé de refaire des bridges gracieusement ne peut être considéré comme une reconnaissance de responsabilité. » En définitive, l'échec implantaire n'a pas été jugé comme un fait justifiant la condamnation du chirurgien-dentiste.

## Le contexte

L'arrêt de la cour d'appel d'Aix-en-Provence rendu le 23 mars 2017 <sup>(1)</sup> intéresse la responsabilité civile d'un chirurgien-dentiste à l'occasion de la pose d'implants. Le raisonnement juridique qu'il contient,

on le verra, n'est pas novateur ; cet arrêt s'inscrit dans le sillage d'une jurisprudence devenue classique. Cet arrêt présente, néanmoins, un double intérêt. Le premier est de nature pédagogique : la cour rappelle la règle légale applicable et apporte une précision relativement à la preuve. Le second pourrait être ainsi résumé : Préservons- >>>



» nous des prétendues évidences. Avant de reprendre successivement ces deux points, présentons succinctement les faits à l'origine du contentieux.

Un praticien a procédé à la pose d'implants dentaires (sur les dents 12 et 14, est-il précisé dans l'arrêt). Il a posé de nouveaux implants qui n'ont pas été tolérés. Consécutivement à l'échec implantaire auquel s'ajoute une infection, les deux dents ont dû être retirées. Il est également indiqué dans l'arrêt que le chirurgien-dentiste « a proposé de reprendre les soins, et de refaire gracieusement les prothèses, mais la patiente a refusé qu'il pose de nouveaux bridges ». Une déclaration de sinistre a été ré-

de l'article 700 du Code de procédure civile. Elle est déboutée aussi bien en première instance qu'en appel. Pourquoi ?

## L'analyse

Premier temps de l'analyse : les juges citent le texte servant à fonder en droit la solution, en l'occurrence l'article L. 1142-1, I du Code de la santé publique. Un tel visa non seulement ne surprend pas, mais constitue le juste fondement juridique ; il a, en effet, pour objet la responsabilité en matière d'acte médical. Il dispose que

*rapporter la preuve que le préjudice dont elle demande l'indemnisation est la conséquence d'une faute commise par M. A [le praticien] ».*

Cette phrase est riche de deux enseignements. D'une part, la responsabilité suppose la réunion de trois conditions : une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux ; si l'article L. 1142-1 évoque uniquement la faute, il est parfaitement logique en droit de la responsabilité d'y ajouter le dommage et le lien de causalité. D'autre part, *la preuve des trois conditions repose sur les épaules du patient*. Sur le plan pédagogique, l'arrêt est parfaitement clair. Sur le plan juridique, l'arrêt renferme un raisonnement impeccable. Cela dit, nul n'ignore que le patient (et le juge) est dému ni pour apprécier la compétence technique du praticien dont la responsabilité est engagée. Aussi l'avis de l'expert est-il souvent déterminant. Ici, la cour d'appel s'en remet à ce « sachant ». Elle reprend l'essentiel du contenu du rapport pour conclure que les trois conditions (la faute, le préjudice et le lien de causalité) ne sont pas prouvées.

Voici l'extrait du rapport repris par la cour d'appel : « M<sup>me</sup> X ne semble pas avoir présenté d'antécédents médicaux qui auraient contre-indiqué les traitements entrepris, cependant son état de santé général et les nombreux traitements médicaux, dont elle bénéficie, ont peut-être interféré sur l'ostéo-intégration des implants ; les traitements entrepris étaient justifiés, corres-

## Préservons-nous des prétendues évidences, à la source de déductions hâtives. Tel est l'un des enseignements que nous livre la cour d'appel.

digée, l'assureur ayant ensuite organisé une expertise amiable. Bien que l'arrêt ne soit pas clair sur ce point, l'assureur semble avoir suggéré « à titre subsidiaire [le « principal » n'est pas mentionné] un partage de responsabilité par moitié et une indemnisation ». La patiente a assigné le praticien et la compagnie d'assurances devant une juridiction civile afin d'obtenir des dommages-intérêts, plus précisément une indemnisation de son préjudice qu'elle fixe à 8 850 euros ; elle sollicite également l'octroi d'une somme de 2 000 euros sur le fondement

« [...] les professionnels de santé [...] **ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute** ». Il institue une responsabilité du praticien subordonnée à la faute. Mais ce texte ne détermine pas qui doit prouver : est-ce au praticien de prouver l'absence de faute (preuve négative) ou au patient d'établir la faute ? La cour d'appel comble le silence de l'article L. 1142-1, I. Elle considère que *la charge de la preuve pèse sur le patient*. Elle écrit, en effet, qu'« il appartient à M<sup>me</sup> X [la patiente] de



pondent aux données avérées de la science et étaient adaptés au cas de la patiente; ils ont vraisemblablement [l'emploi de cet adverbe laisse perplexe] été exécutés dans les règles de l'art; selon les dires de M. A, M<sup>me</sup> X n'a peut-être pas suivi ses recommandations de ne pas porter son appareil partiel après sa dernière intervention afin de favoriser la prise de greffe et l'ostéo-intégration des implants; les complications survenues sont connues, bien que relativement exceptionnelles; les complications survenues sont en relation avec l'acte opératoire de M. A dans la mesure où les traitements mis en œuvre par celui-ci n'ont pas donné les résultats escomptés; M. A a assuré un suivi clinique parfaitement normal.» L'auteur de cette chronique n'étant pas chirurgien-dentiste, il laisse au lecteur le soin de forger sa conviction sur l'existence ou non d'une faute... l'expert et le juge n'en retenant aucune, selon lui.

Deuxième temps de l'analyse : la patiente a tenté de convaincre le

juge de condamner le praticien. Elle soulève deux arguments. Tout d'abord, il est responsable puisqu'il offrait de « *refaire gracieusement les prothèses* ». C'est une première évidence : la faute est déduite du comportement du praticien; s'il n'avait pas été responsable, il n'aurait pas suggéré de travailler gratuitement. Ce mécanisme déductif est largement critiquable. Le praticien peut être animé d'une tout autre volonté : une forme d'humanisme qui lui interdirait de laisser sa patiente sans soins, sans solutions; une forme de « *concession à une paix relationnelle* », gratuité contre absence de contentieux et retour à une relation plus apaisée, etc. Bref, il est impossible – sauf à pouvoir

*sont avérés ne pas avoir les résultats escomptés dans un délai court.* » Voilà une seconde évidence : une faute existe si le résultat espéré n'a pas été obtenu ! Évidence... C'est confondre la responsabilité pour faute avec celle fondée sur l'obligation de résultat. S'agissant de cette dernière, l'on engage sa responsabilité s'il est établi un écart entre le résultat promis et le résultat atteint. Or, l'article L. 1142-1, I impose un régime de responsabilité pour faute et chasse par là même l'obligation de résultat.

La cour d'appel ne s'y trompe pas : « *La circonstance que le résultat escompté n'ait pas été obtenu n'est pas suffisant à établir la preuve d'une telle faute.* » Signalons, toutefois, qu'un prati-

### Une forme d'humanisme, qui interdirait au praticien de laisser sa patiente sans solutions, a pu guider sa décision de prodiguer de nouveaux soins à titre gracieux.

sonder l'esprit – d'acquérir la certitude que le praticien se reconnaissait fautif.

C'est pourquoi l'on partage l'affirmation de la cour d'appel d'Aix-en-Provence selon laquelle « *le fait que M. A ait proposé de refaire des bridges gracieusement ne peut être considéré comme une reconnaissance de responsabilité* » (nous soulignons). Il convient de se méfier de ce qui est présenté comme une évidence, notamment lorsqu'elle résulte d'une déduction. Ensuite, la patiente s'appuie sur un constat : « *Les traitements se*

cion peut, malgré la loi, par sa volonté, promettre au patient un résultat; s'il est démontré que le praticien s'est ainsi engagé, alors il est effectivement tenu d'une obligation de résultat. Il convient donc d'être prudent dans ses explications, dans ses propos, surtout lorsqu'ils sont écrits. En définitive, le chirurgien-dentiste n'a pas été jugé civilement responsable, échappant ainsi à toute condamnation. ■

**David Jacotot**

(1) 10<sup>e</sup> chambre, arrêt n° 2017/137, rôle n° 15/21285.

# Les pièges de la contestation d'un indu

## En résumé

Consécutivement à un contrôle d'activité, un chirurgien-dentiste reçoit un indu à payer d'un montant de plus de 6 000 euros. Il le conteste, à tort selon la cour d'appel de Versailles dans un arrêt rendu le 16 mars 2017. Il est à noter que la procédure de l'indu est complexe, et que sa récusation est parsemée de « pièges » à éviter. Ainsi la contestation de la notification de payer l'indu suppose-t-elle de saisir, avant le tribunal des affaires de sécurité sociale, la commission de recours amiable dans un délai de deux mois à compter de ladite notification. À défaut, la créance d'indu est définitive et ne peut plus être contestée devant une juridiction : telle est la conclusion de la cour d'appel. Par ailleurs, cet arrêt illustre la coexistence de « deux sanctions », le praticien ayant été tenu de régler l'indu et s'étant vu infliger par la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre une « sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux ». Enfin, cet arrêt montre que les juges sont peu enclins à retenir l'irrégularité du contrôle d'activité.

## Le contexte

Le directeur d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) réclame, dans certaines circonstances, à un chirurgien-dentiste une somme d'argent au titre de l'indu<sup>(1)</sup>. Sans détailler les causes de l'indu, c'est surtout la contestation judiciaire de celui-ci qui soucie, la procédure étant complexe, très technique, parsemée de pièges à éviter, ain-

si que l'illustre un arrêt rendu récemment par la cour d'appel de Versailles<sup>(2)</sup>. Avant d'évoquer les « pièges » procéduriers, présentons succinctement les faits et la procédure.

Consécutivement à une analyse d'activité, il a été relevé différents manquements aux règles de tarification, notamment des actes facturés dont la matérialité (l'existence) n'a pas été prouvée. Par la suite, le 14 janvier 2013 – les dates sont tou-

jours importantes lorsque l'on s'attache à des aspects procéduriers –, le directeur d'une CPAM notifie au chirurgien-dentiste un indu d'un montant de 6 054,79 euros. Le praticien a signé son avis de réception le 15 janvier de la même année. Huit mois plus tard, très exactement le 24 septembre 2013, le directeur de la CPAM envoie au chirurgien-dentiste une mise en demeure de payer l'indu (qui ne s'élève plus à 6 054,79 euros,

mais à 6 017,18 euros). Examinons maintenant la contestation de l'indu : avant la saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass), la commission de recours amiable (CRA), conformément au Code de la sécurité sociale (article R. 142-1), a été saisie par le praticien, et ce le 7 octobre 2013. Ladite commission a confirmé l'indu. Quelques mois s'écoulent encore, avant que, le 24 septembre 2014, la caisse ne notifie, par acte d'huissier délivré, une contrainte, dont on nous dit qu'elle a été rédigée le 9 mai 2014. Le praticien est condamné par un jugement du Tass en date du 9 juin 2015. Il interjette appel.

Parallèlement à cette demande d'indu, la CPAM dépose une plainte devant la section des assurances sociales, ce qui est juridiquement tout à fait acceptable. Autrement dit, le praticien encourt une sanction, laquelle est distincte de l'indu et s'ajoute donc à celui-ci. Cette voie se déroule le plus souvent en deux temps, une première instance, suivie d'un appel, qui relève de la compétence de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre. Cette dernière inflige au chirurgien-dentiste « une sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois, dont quatre mois avec sursis, notamment pour des actes facturés dont la matérialité n'était pas établie, des fausses déclarations et des doubles facturations ». Reve-



nons-en à l'arrêt de la cour d'appel et aux pièges procéduraux.

## L'analyse

Tout d'abord, la CPAM critique la *recevabilité du recours* exercé par le chirurgien-dentiste. Elle soutient l'irrecevabilité dès lors que « *la commission de recours amiable [n'a pas été saisie] dans le délai de deux mois de la réception de la notification de l'indu, le 15 janvier 2013, mais seulement le 7 octobre 2013 et [...] par conséquent, sa créance est définitive* ». Que disent les textes applicables ?

En premier lieu, l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale décrit la procédure à suivre en matière d'indu. Elle débute avec l'envoi au professionnel d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, ses observations. Si ces observations sont rejetées, même partiellement, la caisse adresse ensuite au débiteur une mise en demeure de payer dans le délai d'un mois. Si elle n'est pas

contestée, le directeur de l'organisme de sécurité sociale peut alors délivrer une contrainte, qui, à défaut d'opposition devant le Tass, comporte tous les effets d'un jugement. De cette expression, il résulte que la CPAM dispose juridiquement d'un titre exécutoire <sup>(b)</sup>. Jusqu'ici, aucune remarque : cette procédure a été respectée.

En second lieu, le Code de la sécurité sociale précise, dans son article R. 133-9-1, I, que la notification de payer doit indiquer « *la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement* » et doit mentionner « *l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception impartie au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours* ». Il s'agit donc du délai de contestation, du reste relativement court, ce qui suppose une réaction rapide, sous peine d'être privé de toute chance de contestation. En l'espèce, l'indu a été notifié le 15 janvier, et la CRA a été saisie bien après l'expiration du délai de deux mois, presque neuf mois plus tard (exac- >>>

►►► tement le 7 octobre). L'on comprend alors que la CPAM soutienne l'irrecevabilité. Rebondissement, toutefois, le praticien réplique que «*la lettre du 14 janvier 2013 portant notification d'indu ne mentionne aucune indication du délai [...] pour saisir la commission de recours amiable, si bien qu'il faut considérer que ce délai ne lui est pas opposable*». L'argument est clair. L'article R. 133-9-1 exige effectivement que la lettre de notification mentionne le délai de contestation, le cotisant étant alors informé du temps

*de recours amiable*». Cette dernière phrase est-elle suffisante? Est-elle conforme à l'exigence de l'article R. 133-9-1? La réponse est positive selon la juridiction. Certes, elle admet qu'à la lecture de la phrase soulignée il n'est pas fait état des deux mois requis, mais elle ajoute que la formule «*au cours de ce même délai*» est suffisamment explicite pour renvoyer à la phrase immédiatement au-dessus du passage souligné qui, elle, vise le délai de deux mois. Elle va même plus loin : le praticien est, selon elle, parfaitement informé,

### Selon la cour d'appel, les études menées par le chirurgien-dentiste lui confèrent des connaissances intellectuelles suffisantes pour décrypter les énoncés de la CPAM.

(bref) dont il dispose. À défaut d'une telle mention, la sanction est bien l'inopposabilité du délai; ce faisant, il ne s'applique plus, et la CRA pouvait donc être saisie le 7 octobre. Complexe, avignons souligné...

Reste à ausculter la lettre de notification de l'indu, ce que fait la cour d'appel. Cette juridiction cite un extrait de cette lettre : «*Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la réception de la présente lettre pour régler la somme de 6 054,79 euros. Votre règlement est à effectuer [suivent les modalités de paiement]. Par ailleurs, si vous entendez contester l'indu, vous pouvez au cours de ce même délai présenter des observations écrites, ou bien saisir la commission*

en raison de «*ses connaissances intellectuelles suffisantes de par les études qu'il a menées dans sa spécialité*»! L'affirmation laisse perplexe. Il n'est pas question de remettre en cause l'intelligence du chirurgien-dentiste, mais simplement de souligner que la CPAM aurait pu être très claire (pourquoi ne pas écrire deux mois?), notamment au regard de la complexité de la procédure d'indu. L'intelligence de l'un effacerait-elle le manque de clarté de l'autre? La cour d'appel donne raison à la CPAM : la créance d'indu est définitive et ne peut plus être contestée devant une juridiction.

Ensuite, l'arrêt d'appel permet de revenir rapidement sur la procédure de contrôle d'acti- ►►►



M

6054€

acte  
d'Huissier

9 Juin  
2015

14 Janvier  
2013

9 Mai  
2014

CABINET DENTAIRE

15 Janvier  
2013

2 MOIS

art. R.153.9.1

24 sept.  
2014

inopposabilité  
du DÉlai

Recours  
amiable

7 oct  
2013

24 sept.  
2013

art. R.142.1



» té. Celle-ci avait été jugée conforme par la section des assurances sociales. Avec audace, il est demandé à la cour d'appel de ne pas tenir compte de « décisions du juge disciplinaire » – « lourdement partiales » (est-il écrit) –, « s'agissant

la défense, l'équité, l'égalité des armes ainsi que la confraternité et la loyauté lors de la procédure de contrôle. La cour d'appel ne s'en convainc pas.

Premièrement, il est soutenu que le chirurgien-dentiste devait être présent lors de l'examen

de la défense, il est aussi clairement spécifié que le chirurgien-dentiste conseil pourra être amené à lui proposer la réalisation d'une radiographie, qui n'est pas obligatoire et qu'il est en droit de refuser. Par là, la cour en déduit-elle le consentement – éclairé? – du patient à une radiographie réalisée exclusivement à des fins de contrôle?

Quatrièmement, il est admis que le praticien-conseil puisse consulter le dossier médical du patient, sans que soit exigé le consentement du patient, et ce en application de la loi (article L. 315-1, V, du Code de la sécurité sociale).

Cinquièmement, s'agissant de la preuve du consentement des patients à leur examen par le praticien-conseil, la cour considère que seul le patient peut l'invoquer, et non le chirurgien-dentiste contrôlé. En définitive, la procédure de contrôle est régulière et la contestation de l'indu impossible. Bilan : un indu et une sanction disciplinaire. ■

**David Jacotot**

## Les arguments du praticien relatifs à la violation des droits de la défense et de la confraternité lors de la procédure de contrôle n'ont pas convaincu les juges.

de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance composée pour moitié de membres de la caisse et d'assesseurs, salariés du même employeur que les plaignants – [qui] statue sur la déontologie et non sur la réalité d'une créance déclarée par la CPAM». La cour n'apprécie pas l'argument : « La remise en cause de la partialité de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes est sans fondement dès lors qu'il a été jugé, par un arrêt du Conseil d'État du 5 juillet 2013, que l'ensemble des dispositions applicables attachées aux fonctions des assesseurs praticiens de la section des assurances sociales du conseil régional et de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes garantit qu'ils sont à même d'exercer leur activité juridictionnelle de façon indépendante et impartiale »!

Plus généralement, le praticien plaide la violation des droits de

de ses patients par le praticien-conseil; non, répond la cour d'appel, au motif qu'aucun texte du Code de la sécurité sociale ne le prévoit.

Deuxièmement, la liste des patients vus par le praticien-conseil n'a pas à être communiquée dans la mesure où, selon les juges, le praticien est l'auteur d'une fraude (facturation d'actes dont la matérialité n'a pas été établie, fausses déclarations, doubles facturations); cette affirmation laisse perplexe.

Troisièmement, les patients examinés par le praticien-conseil auraient subi des pressions exercées par le service du contrôle médical; la cour ne voit ni menace ni pression dans la rédaction de la convocation d'un patient qui lui explique le contexte du contrôle d'activité, l'examen bucco-dentaire auquel il est invité à se soumettre et la sanction à laquelle il s'expose s'il ne se présente pas, soit la suspension des prestations. La juridiction d'appel ajoute que dans un cadre figurant au bas de cette convo-

(1) Article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale. L'indu résulte d'une inobservation des règles de tarification ou de facturation ou encore, en l'hypothèse d'une facturation en vue du remboursement par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations non délivrées.

(2) CA de Versailles, 5<sup>e</sup> chambre, 16 mars 2017, n° 15/04010.

(3) Récemment, Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 16 juin 2016, n° 15-12505. La constitutionnalité de cette expression a été contestée sans succès : Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 20 septembre 2012, n° 12-40056.

# Quand l'Europe protège l'image et la réputation d'un Ordre...

## En résumé

**L**a Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a rendu le 21 mars 2017 un arrêt qui ne manque pas d'attirer l'attention. Il oppose un notaire à son Ordre professionnel, la première ayant tenu publiquement des propos très critiques à l'égard du second, ce qui a été à l'origine d'une sanction disciplinaire. Pourquoi l'évoquer ici ? L'arrêt de la CEDH, tout en nuances, dépasse le seul cadre de ce contentieux. Sur le fondement de l'article 10 § 1 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, un professionnel – un notaire notamment, mais pas exclusivement – peut invoquer la liberté d'expression au nom de laquelle il peut critiquer une instance ordinaire. Mais cette liberté, dit la CEDH, doit être mise en balance avec la protection de la réputation ou des droits d'autrui, en l'occurrence l'image de l'Ordre professionnel. Bref, liberté d'expression de l'un contre protection de l'image de l'autre : savant dosage à agencer.

## Le contexte

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) est parfois saisie par les justiciables lorsque ces derniers estiment que leur droit national n'est pas conforme aux stipulations de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales <sup>(1)</sup>. Par un ar-

rêt du 21 mars 2017, la CEDH a statué sur une affaire qui intéresse un litige opposant une personne occupant la profession de notaire, officiant en Roumanie, à son Ordre professionnel. L'on ne s'appesantira pas sur l'affaire elle-même, mais sur *la solution retenue par la CEDH qui, par sa formulation, dépasse ce seul litige pour concerner plus généralement les rapports entre un professionnel et son Ordre.* >>>

»»» Quelques éléments de contexte néanmoins. Une notaire, ressortissante roumaine, a été sanctionnée disciplinairement pour un fait peu banal : à l'occasion d'un débat télévisé, elle a dénoncé les taxes professionnelles exigées par son Ordre ainsi que certains actes commis par des personnes exerçant chacune une haute fonction ordinaire.

Le conseil de discipline de l'Ordre y a vu une « atteinte à l'honneur et à la probité professionnelle du corps des notaires, ainsi qu'à l'image » de l'Ordre ; il lui a infligé une sanction, laquelle a par la suite été confirmée par les juridictions roumaines. Pour aller à l'essentiel, la professionnelle du droit prétend, devant la CEDH, à une violation de l'article 10 § 1 de

mettre des informations sur les prétendues illégalités commises au sein de son Ordre ; cette possibilité doit néanmoins être mise en balance avec la protection de la réputation ou

La CEDH souligne l'existence d'un contexte singulier. Puis elle insiste sur le fait que le débat public ne portait pas sur des thèmes d'intérêt général relatifs à l'Ordre des notaires,

### Lors d'un débat télévisé, une notaire a dénoncé les taxes professionnelles exigées par son institution ordinaire et les dérivés auxquelles se seraient prêtés plusieurs de ses hauts représentants.

des droits d'autrui, en l'occurrence l'image de cette instance professionnelle. Voilà affirmée la protection de l'image d'un Ordre professionnel. Autant dire que le professionnel n'est pas privé de son droit d'expression, même critique, mais il ne doit pas méconnaître un autre droit, dont un Ordre est

où les restrictions à la liberté d'expression sont d'interprétation stricte.

Elle souligne que les accusations exprimées par la requérante étaient générales, sans êtres établies ni prouvées ; elle y voit des attaques personnelles gratuites à l'attention d'ordinaux, considérées comme telles en raison de la gravité et du ton des paroles prononcées.

Dans l'arrêt, enfin, il est mentionné que la nécessité de protéger l'Ordre des notaires – qui a comme objectif de réguler et de promouvoir la profession – contre des attaques préjudiciables afin de maintenir la confiance de l'opinion publique à leur égard. S'agissant de ce dernier point, il semble s'appliquer uniquement à l'Ordre des notaires et au statut particulier du notaire. À la réflexion néanmoins, ne pourrait-il pas concerner d'autres institutions ordinaires ? ■

**David Jacotot**

### Les instances ordinaires ne sauraient faire l'objet d'attaques préjudiciables au maintien de la confiance de l'opinion publique à l'égard des professions réglementées qu'elles ont pour objectif de réguler et de promouvoir.

la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui consacre la liberté d'expression. La CEDH ne lui donne pas satisfaction.

titulaire, en l'occurrence son image. La CEDH vérifie que les juges roumains ont effectivement « pesé » (« mis en balance ») les droits du notaire et de l'Ordre. Elle estime que ce fut le cas ici puisque les juges roumains n'ont pas formulé une interdiction absolue de critiquer l'Ordre.

La CEDH ajoute des observations essentielles. Avant le débat public auquel la notaire a participé, une vive tension existait entre elle et son Ordre.

## L'analyse

Elle estime, en l'espèce, que la requérante, au nom de la liberté d'expression, peut trans-

(1) Nous n'évoquerons pas ici l'aspect procédural, notamment le « comment » et le « quand » saisir la CEDH.

# Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

## ✓ VISITES CONFRATERNELLES

L'Ordre lance une opération nationale de visites confraternelles des cabinets dentaires. Les praticiens titulaires d'un cabinet recevront un questionnaire relatif à l'agencement et à l'organisation de celui-ci. La date d'une éventuelle visite de conformité sera fixée entre le praticien et le conseil départemental dont il dépend. L'Ordre souligne qu'il s'agit de visites confraternelles destinées à accompagner les praticiens lorsque des ajustements doivent être envisagés.



## ✓ ANTIBIORÉSISTANCE

Les praticiens sont invités à répondre dès à présent à une enquête visant à évaluer leurs connaissances et leurs pratiques en matière d'antibiothérapie. L'enquête est accessible sur Internet et ses résultats sont, bien sûr, anonymes. Le temps de réponse à cette enquête inédite, soutenue par l'Ordre, est estimé à dix minutes.



## ✓ MESSAGERIE SÉCURISÉE

Pour créer sa boîte mail sécurisée MSSanté, les praticiens doivent se rendre à l'adresse <https://cms.mssante.fr/> avec leur carte CPS. La messagerie MSSanté assure la sécurité des échanges mails entre les professionnels de santé exerçant en cabinet de ville ou à l'hôpital. Très pratique et simple d'utilisation, cette application gratuite sécurise les transferts de données médicales par mail.

## ✓ CUMUL EMPLOI-RETRAITE

Un décret paru au JO du 29 mars, relatif au plafonnement du cumul d'une activité rémunérée et d'une pension de retraite, précise les modalités d'application des dispositions de la loi du 20 janvier 2014 et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, qui prévoient un mécanisme d'écrêtement du montant des pensions au profit des assurés qui ne remplissent pas les conditions permettant de cumuler intégralement leur pension de retraite et des revenus d'activité.



La Lettre n° 158 – Juin 2017

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 : pp. 3. Fotolia : pp. 1, 2, 8-9, 12, 20, 23, 24-25, 30. DR : pp. 24, 44.

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

# Créer votre messagerie MSSanté sur <https://cms.mssante.fr/ps/rejoindre>



**MSSanté est un système  
sécurisé de messageries électroniques  
réservé aux professionnels de santé**