

À L'HEURE DE LA NOUVELLE LÉGISLATURE



LES GRANDS DOSSIERS DE L'ORDRE



4

L'ÉVÉNEMENT

Les grands dossiers de l'Ordre

ACTUALITÉS

- 12** LUTTE CONTRE LES VIOLENCES
Notre sécurité est l'affaire de tous !
- 15** NÉCROLOGIE
La disparition de Lucien Cadet
- 16** FORMATION CONTINUE
« 60 % des programmes de DPC sont refusés »
Interview de Philippe Viargues, président de la CSI des chirurgiens-dentistes
- 18** REFUS DE SOINS
Une étude inédite sur les patients précaires
- 21** FORMATION INITIALE
Passerelles : un nouvel accès vers les 2^e et 3^e années
- 22** OFFRE DE SOINS
La densité professionnelle sous la loupe des ARS
- 24** EN BREF

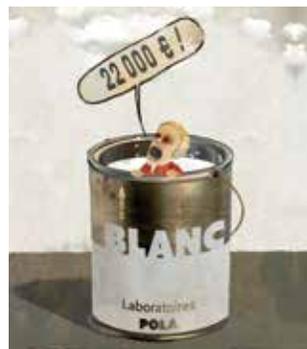
25

EUROPE

Deux (très) bonnes nouvelles en provenance de Bruxelles

JURIDIQUE

- 33** RESPONSABILITÉ MÉDICALE
Radiographie d'un blanchiment de dents fautif



- 37** RESPONSABILITÉ MÉDICALE
Préjudices subis par une patiente : combien ça coûte ?
- 41** RUPTURE DE CONTRAT
L'absence durable de l'assistante, juste motif de licenciement ?

LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

Nos responsabilités

À l'issue d'une séquence qui aura duré près d'un an si l'on tient compte des primaires, une nouvelle législature se met en place. On a presque envie d'écrire « enfin ! » tant cette succession de rendez-vous électoraux s'est déroulée dans un contexte tendu au cours duquel, pour notre profession, un règlement arbitral supposé s'appliquer dès janvier prochain s'est imposé. Le Conseil national a déjà formulé ici ses craintes sur un plafonnement dégressif et immédiat de certains actes au regard d'une réévaluation insuffisante des soins de prévention et conservateurs. Il s'inquiète aussi d'une probable impossibilité d'innover et de dispenser des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science. Si ce dossier est essentiel, il n'empêche pas le Conseil national de faire avancer ses autres chantiers. C'est ce que nous avons fait récemment à l'occasion d'une réunion de travail approfondi à la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). Au moment où s'ouvre cette nouvelle législature, il nous a semblé important

« Avec l'accès partiel à notre profession, nous connaîtrions un retour en arrière funeste. »

de dresser dans ce numéro de *La Lettre* un état des dossiers importants que l'Ordre veut pousser en avant.

Il en est ainsi de l'accès partiel, qui permettrait par exemple à un denturologue d'un pays de l'Union européenne d'exercer une partie de notre pratique en France. Les Ordres européens, et le nôtre en particulier, ne se sont pas battus naguère pour faire reconnaître la singularité des professions médicales, et être ainsi exclus de la directive Services, pour quelques années plus tard connaître un retour en arrière funeste ! Notre propos sur ce dossier comme sur tous les autres consiste, en tant que régulateur d'une profession médicale, à assumer nos responsabilités en matière de garanties de sécurité et de qualité des soins. Tous les chantiers du Conseil national, dont on trouvera le détail dans ce numéro, sont abordés à cette seule aune.



Les grands dossiers de l'Ordre



Centres de santé, formation continue, assistants dentaires, accès partiel, reconnaissance européenne de la spécialité en chirurgie orale, appellation ISO « médecine bucco-dentaire », accès aux soins...

Voilà quelques-uns des grands chantiers sur lesquels le Conseil national s'engage depuis plusieurs années.

À l'heure où débute une nouvelle législature, quel est leur état d'avancement et quels sont les objectifs de l'Ordre ?

Point d'étape complet. >>>



La nouvelle législature qui s'ouvre est l'occasion pour le Conseil national de dresser un point d'étape sur les grands chantiers qu'il a ouverts, depuis plusieurs années pour certains et plus récemment pour d'autres. C'est précisément ce à quoi s'est employée l'instance ordinale lors d'un récent rendez-vous à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), au cours duquel elle a réaffirmé ses positions sur ces différents dossiers. Quel est leur état d'avancement, que contiennent-ils précisément et quels sont les objectifs de l'Ordre à court, à moyen et à long terme ?

Contrôle des centres de santé



L'affaire Dentexia l'a illustré avec pertes et fracas : le contrôle de la création et du fonctionnement des centres de santé doit impérativement être instauré, et c'est ce que prévoit la loi Touraine. Hélas ! les projets parvenus à ce jour au Conseil national sont très insatisfaisants. «Le retour à une procédure d'autorisation en lieu et place de la procédure déclarative actuelle, avec un encadrement plus strict

des conditions de création et de fonctionnement de ces centres, doit être mis en œuvre. Cet encadrement doit comprendre un rappel des obligations déontologiques qui entourent l'exercice des professionnels, dont les chirurgiens-dentistes, exerçant au sein de ces structures», rappelle ainsi Gilbert Bouteille, président du Conseil national. Concrètement, le Conseil national a avancé une série de pro-

positions dans le cadre de la loi Touraine, qui prévoit une ordonnance et son texte d'application, en préparation au ministère. Ces propositions sont les suivantes :
 – L'interdiction de déléguer la gestion à des sociétés commerciales ;
 – La transmission à l'Ordre, pour information, des documents relatifs à la création et au fonctionnement de ces centres, c'est-à-dire le règlement intérieur et le projet de santé des futurs centres de santé ;

– L'application des règles déontologiques dans le cadre de l'exercice de l'activité du centre de santé (la signature par le praticien des devis et des plans de traitement, l'interdiction du démarchage par le personnel du centre ayant pour seul objectif des opérations financières, le refus de

paiement par avance de la totalité des soins);

– L'information du conseil départemental de l'Ordre des décisions de suspension de l'activité afin de la prendre en considération dans l'activité des praticiens;

– La mention expresse de la capacité du directeur général de l'Agence

régionale de santé (ARS) de fermer un centre ne répondant pas aux exigences de fonctionnement et aux injonctions de mise en conformité.

– Enfin, reste le difficile problème de l'archivage des dossiers des patients – et leur accès par ces derniers – lorsque les centres de santé laissent la clé sous la porte. ■

Interrogations sur le DPC



Dans le cadre de la réforme du DPC par la loi Tournaire, la profession s'est dotée d'un Conseil national professionnel (CNP) regroupant l'ensemble des organismes représentatifs de la profession (Ordre, syndicats, universités, ADF, Académie, etc.).

Ce CNP, dont la mission est prévue par le Code de la santé publique, se heurte cependant à deux écueils : sa composition et son financement.

S'agissant du premier point, le Conseil national a été consulté sur un projet de décret dont les dispositions écartent l'Ordre et les universités de la composition du CNP, en dépit des prérogatives de l'instance ordinale en termes d'in-

suffisance professionnelle. Sans même rappeler l'action historique de l'institution ordinale dans l'organisation de la formation continue. « *Nous estimons que l'Ordre a pleinement sa place au sein du CNP. La parution de ce texte a été repoussée, compte tenu des nombreuses observations formulées par les instances auditionnées, et notamment l'Ordre des chirurgiens-dentistes* », explique le président de la Commission de l'enseignement et des titres, Paul Samakh.

Second point : le CNP, dont les missions sont définies par le législateur, ne dispose d'aucun financement. L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) préconise que ce financement soit

permis notamment par la ventilation d'une partie des cotisations ordinales. Si l'Ordre n'est pas opposé à cette solution, faire reposer la totalité du financement sur les cotisations ordinales paraît inapproprié.

Au-delà de ces questions organisationnelles et financières, sur le fond, le Conseil national estime que les obligations triennales de DPC ne sont pas à la hauteur des enjeux de formation au regard des évolutions des techniques et des thérapeutiques dans notre profession. Il plaide pour un programme obligatoire minimal plus adapté à la réalité de notre pratique et pour l'extension des prérogatives du CNP sur la formation continue, hors DPC. ■



Reconnaissance de la chirurgie orale



Voilà six ans, la profession se dotait de trois spécialités, dont deux bénéficient de la reconnaissance automatique sur le plan européen, en application des dispositions de la directive 2005/36/CE : l'ODF et la médecine bucco-dentaire. Cependant, faute pour la France de figurer dans la liste des pays ayant déclaré la spécialité en chirurgie orale auprès de la Commission européenne (liste figurant à l'annexe V 3 de ladite

directive), les praticiens diplômés en chirurgie orale en France ne peuvent voir leur spécialité reconnue dans un autre pays figurant sur la liste précitée, et inversement, sauf à passer par une procédure supplémentaire de qualification dans le pays d'accueil. « Une simple déclaration de cette spécialité auprès de la Commission permettrait à une formation de qualité de s'exporter plus facilement dans les autres pays de l'UE, et de voir des

praticiens de qualité formés dans ces pays venir plus aisément en France partager leur savoir et leur savoir-faire », résume Gilbert Bou-teille. Celui-ci souhaite par ailleurs poursuivre le dialogue avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) sur la possibilité, pour les internes de cette filière, d'effectuer des remplacements chez des spécialistes en chirurgie orale, que ces derniers soient médecins ou chirurgiens-dentistes. ■



Le chiffon rouge de l'accès partiel

Dans le cadre de la transposition de la directive européenne 2013/55/UE, l'ordonnance n° 2017-50, parue au JO le 20 janvier dernier, introduit deux notions qui impactent l'exercice de la profession :

- L'accès partiel à une profession ;
 - Le mécanisme d'alerte.
- S'agissant de la première, « il ne saurait être question de prévoir un accès partiel à la profession de chirurgien-dentiste en France au motif que la di-

rective 2013/55/UE obligerait prétendument un tel dispositif », déclare le président de l'Ordre. Il poursuit : « Bien au contraire, sur ce point, la directive exclut de son champ d'application la profession de chirurgien-dentiste, dans la me-

sure où les qualifications que recouvre cette dernière font l'objet d'une reconnaissance automatique. Admettre un accès partiel constituerait une rupture dans le dispositif de reconnaissance automatique des qualifications professionnelles.»

En pratique, l'accès partiel ne résoudra en aucun cas les problèmes démographiques de maillage territorial. Les zones sous-dotées resteront en l'état puisque l'accès partiel n'a pas vocation à équilibrer ce maillage. Par ail-

leurs, si la densité globale reste correcte aujourd'hui, elle sera consolidée à court terme grâce à l'intégration dans l'équipe dentaire des assistants dentaires de niveau II.

S'agissant du système d'information sur le marché intérieur appelé «système IMI», le Conseil national a répondu aux sollicitations du ministère de la Santé sur la question sensible des institutions en charge du mécanisme d'alerte en France. Quelle serait la ou les autorités compétentes

en la matière? L'Ordre est prêt à s'impliquer dans ce dispositif. Mais les pouvoirs publics n'ont pas encore tranché. Rappelons que le système IMI est un système d'information permettant aux autorités compétentes des États membres d'échanger sur la situation professionnelle d'un professionnel migrant. Il héberge le mécanisme d'alerte relatif aux sanctions professionnelles prises à l'encontre d'un professionnel de santé exerçant au sein de l'Union européenne. ■



Des assistant(e)s dentaires qualifié(e)s

Les travaux menés par la DGOS portant sur les référentiels d'activités, de compétences et de formation des assistant(e)s dentaires ne comportent pas d'avancée majeure en ce qui concerne l'exercice quotidien. En clair, les maquettes de formation n'ont pas bougé, alors même que «les évolutions de notre profes-

sion, caractérisées par des progrès techniques constants et une plus grande spécialisation rendent nécessaire l'émergence d'assistants dentaires plus qualifiés», estime Gilbert Bouteille. Par conséquent, l'Ordre plaide avec véhémence pour l'introduction de deux «niveaux» (un niveau I et un niveau II) dans leur

formation. Ainsi, les assistants dentaires plus qualifiés seraient susceptibles de réaliser certains actes réservés aujourd'hui aux seuls chirurgiens-dentistes. Des actes qui seraient réalisés sous la responsabilité du praticien et qui lui permettraient de consacrer davantage de temps aux interventions plus techniques ou complexes. ■ >>>



Un accès aux soins pour tous

Depuis de nombreuses années, l'Ordre, à tous les échelons, œuvre pour faciliter l'accès aux soins des personnes vulnérables (âgées dépendantes, en situation de handicap ou de précarité, ou encore nécessitant une prise en charge particulière, qu'elles résident en Ehpad, en foyer spécialisé ou à leur domicile).

« Il est nécessaire de prévoir la conclusion d'une convention entre

l'Ordre, l'ARS, les URPS, l'UFSBD et certains établissements de santé pour permettre l'utilisation du matériel mis à disposition des praticiens dans le respect des règles déontologiques », souligne le président du Conseil national de l'Ordre, Gilbert Bouteille.

Une autre initiative a été impulsée par le Conseil national afin d'approfondir le dialogue avec les représentants des patients : la création d'un pôle Patients qui

rassemble déjà une quinzaine d'associations.

Le Conseil national a aussi lancé un vaste chantier de recensement des initiatives locales afin de consolider l'offre et de fournir aux référents Handicap départementaux et régionaux (fonction créée en 2008 par l'Ordre) une cartographie précise de l'offre de soins aux personnes en situation de handicap, qui sera prochainement publiée. ■

De l'art dentaire à la médecine bucco-dentaire



L'Organisation internationale de normalisation (OIN ou ISO en anglais) a décidé, en 2009, de substituer les termes « médecine bucco-dentaire » à l'appellation « art dentaire » ju-

gée obsolète. Cette décision a été adoptée à l'unanimité par les experts internationaux (comité de l'ISO chargé de la normalisation en santé bucco-dentaire) pour qui, et à juste titre, la science

odontostomatologique n'est pas un art, mais bien une science médicale. La locution « médecine bucco-dentaire » paraît plus adaptée à notre profession, et le Conseil national plaide pour

l'intégrer au Code de déontologie en substitution de la formule «art dentaire».

Problème : l'une de nos trois spécialités se nomme précisément médecine bucco-dentaire. La dénomination de cette spécialité à l'échelle européenne, «*Special*

Care Dentistry», se traduit par «soins spécifiques en odontologie». Les membres du Conseil national, après en avoir longuement débattu avec les universitaires et les représentants de la spécialité, et en accord avec eux, ont opté pour la qualification «santé orale spé-

cifique». «*Nous avons d'ores et déjà soumis une proposition de changement de dénomination aux ministères afin de pouvoir utiliser la désignation ISO «médecine bucco-dentaire» en remplacement d'«art dentaire»*», informe Gilbert Bouteille. ■

Les autres chantiers de l'Ordre

• Réforme de l'Ordre

Parité, organisation territoriale, nouvelles compétences des conseils départementaux et régionaux de l'Ordre... Voilà brièvement exposés quelques éléments de la réforme structurelle que l'Ordre intègre progressivement dans son organisation à tous les échelons. L'objectif : redéfinir et moderniser les missions de l'organe ordinal. *La Lettre* reviendra sur ce sujet dans un prochain numéro.

• Sédation par voie intraveineuse

Le Conseil national a présenté un projet à la DGOS et à la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) visant à permettre et à encadrer la pratique de la sédation par voie intraveineuse en cabinet libéral.

• Tests génétiques

L'Ordre milite pour une évolution de la réglementation applicable aux tests génétiques en médecine bucco-dentaire, aujourd'hui réservés aux seuls médecins.

• Inscription provisoire au tableau de l'Ordre

L'inscription provisoire d'un praticien au tableau de l'Ordre permettrait de mettre en place dans les cabinets de ville des exercices

particuliers (sous la supervision d'un praticien déjà installé), dans des conditions encadrées par décret en Conseil d'État. Cette solution permettrait par exemple aux lauréats de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) de trouver des lieux de stage pour compléter leur année de pratique nécessaire à l'obtention de l'autorisation ministérielle d'exercice. Dans un autre ordre d'idées, elle pourrait aussi être utilisée par les praticiens contraints de suivre une formation avant de pouvoir s'inscrire au tableau ou pour reprendre leur activité après une sanction disciplinaire ou une suspension administrative pour insuffisance professionnelle.

• Interdiction d'inscription ou d'enregistrement en France et à l'étranger (hors UE)

L'Ordre s'interroge sur l'opportunité ou non de supprimer l'interdiction d'inscription au tableau d'un praticien inscrit dans un État hors UE et, en cas de suppression de cette interdiction, de créer une obligation d'information de tout exercice hors de France, qu'il soit implanté dans un État membre de l'UE ou partie à l'AEEE ou encore hors UE.



Notre sécurité est l'affaire de tous !

L'Ordre insiste sur le fait que les praticiens victimes de violences, verbales comme physiques, peuvent être accompagnés par les conseils départementaux. Toute agression, même verbale, peut être suivie d'un dépôt de plainte.

Au contact quotidien avec la population, il n'est pas rare que les chirurgiens-dentistes soient victimes de violences en tout genre : cambriolage,

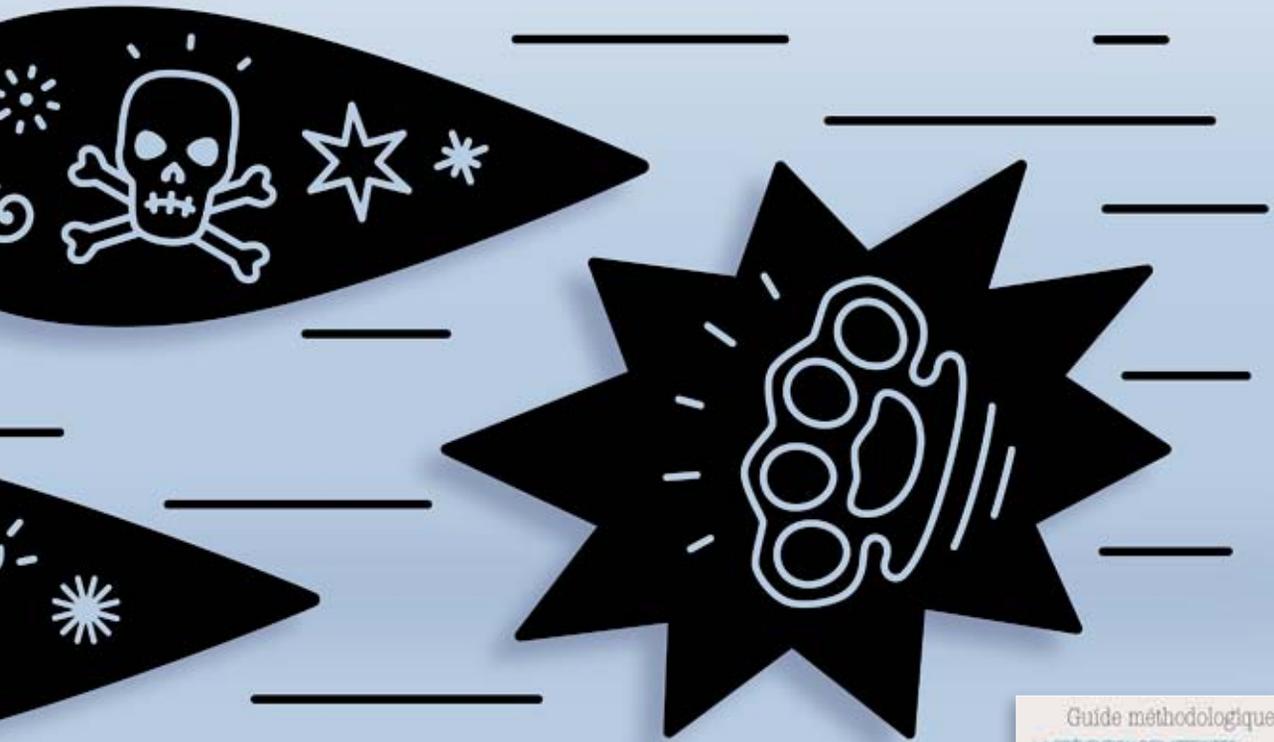
vandalisme, agression physique, mais aussi injures et menaces.

Dans le cadre de la lutte contre l'insécurité dans les structures de soins, un nouveau formulaire

de déclaration des incidents édité par l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) remplace la «*fiche de déclaration d'incident à visée observation-*

nelle», dont l'Ordre était à l'origine.

Ainsi, les chirurgiens-dentistes souhaitant déclarer des faits de violence commis dans le cadre de leur exercice



sont invités à remplir ce formulaire, disponible en téléchargement sur le site Internet de l'ONVS et sur celui de l'Ordre ⁽¹⁾.

La procédure de transmission n'est pas modifiée. Le praticien doit adresser le questionnaire dûment complété au conseil départemental dont il dépend qui le transmettra à l'Observatoire de la sécurité du Conseil national de l'Ordre.

Il est important de préciser que ce formulaire ne se substitue en aucune façon au dépôt d'une plainte devant les services de police ou de gen- >>>

Un guide contre les violences en milieu de santé

L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) a récemment mis en ligne un guide méthodologique très complet intitulé « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé* » ⁽¹⁾. Cet ouvrage

recense les dispositifs mis en place sur le territoire qui ont donné satisfaction. « *Certains éléments constituent une synthèse des bonnes pratiques pour lutter contre les violences et les incivilités* », expliquent les auteurs.

Au-delà de son caractère pratique, ce guide vise à « *aider les personnels qui travaillent en milieu de santé à s'approprier pleinement cette thématique qui ne saurait être abordée que sous le seul angle de la "sécurité-sûreté" entendue au sens strict. En effet, on peut œuvrer plus aisément à prévenir les atteintes aux personnes et aux biens si on a procédé auparavant à un diagnostic précis des divers facteurs qui génèrent ces atteintes et si ce travail se fait en concertation avec l'ensemble des personnels* », précisent les auteurs du guide.

⁽¹⁾ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf



►►► darmerie. Rappelons que des conseillers départementaux sont à l'écoute du praticien en cas de besoin.

Le conseil départemental de l'Ordre peut s'associer à la plainte et se porter partie civile. Cette démarche de dialogue avec le conseil départemental est encore trop peu suivie. Elle permettrait pourtant de mieux éva-

luer l'insécurité et donc de mieux y répondre. En effet, même verbale, toute agression peut être suivie d'une plainte auprès des services mentionnés plus haut.

En pratique, et s'agissant des termes utilisés dans le formulaire de déclaration, issus du vocabulaire hospitalier, plusieurs remarques doivent être exprimées :

– Le terme « établissement » vise toutes les structures de soins, y compris, bien entendu, les cabinets libéraux ;

– Il convient d'entendre espace d'accueil et/ou salle d'attente par « espace d'accueil de l'IOA » (infirmier organisateur de l'accueil) ;

– Le personnel de la structure correspond au « personnel hospitalier » ;

– La formule « médecins ou assimilés » inclut naturellement les chirurgiens-dentistes. ■

(1) <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs/onvs> ou Accueil > Chirurgiens-dentistes > Sécurisez votre exercice > Divers > Sécurité des chirurgiens-dentistes.

Les chiffres 2016 de l'insécurité

En 2016, l'Observatoire de la sécurité des praticiens de l'Ordre a recensé 85 déclarations d'incidents survenus dans les cabinets dentaires (contre 115 en 2015). Ces incidents ont concerné 115 personnes (148 en 2015) dont 61 praticiens et 54 salariés et/ou patients. Neuf chirurgiens-dentistes et/ou salariés ont été physiquement agressés avec coups et blessures volontaires. L'un d'entre eux a payé un lourd tribut avec 30 jours d'incapacité totale de travail (ITT).

Les autres victimes ont été dans l'incapacité de travailler pour des durées allant de deux à cinq jours. S'agissant des agresseurs, 56 d'entre eux étaient des patients et 19 des accompagnateurs. Les motifs des agressions sont multiples : trouble psychique ou neuropsychique

de l'auteur, reproche relatif à une prise en charge, règlement de compte, alcoolisation, temps d'attente jugé excessif, diagnostic non accepté, drogue, refus de prescription, suicide, coût des soins.

Dans le détail, 17 déclarations portaient sur la qualité des soins, 37 sur leur coût et deux

Les praticiens n'ont pas toujours le réflexe de déclarer les agressions, en particulier verbales, dont ils ont été victimes.

sur le temps d'attente. 10 vols ont également été recensés en 2016 (matériel électronique, moyens de paiement, papiers d'identité, documents médicaux et petit matériel).

Les chiffres de l'Observatoire indiquent que les cabinets de ville concentrent le plus d'agres-

sions avec 64 incidents recensés (dont deux en centre de santé). « Les chiffres 2016 comme ceux des années précédentes montrent que les chirurgiens-dentistes demeurent très exposés aux violences. Ils ne reflètent d'ailleurs pas tout à fait la réalité puisque les praticiens n'ont pas forcément le réflexe de déclarer les agressions, en particulier verbales, qu'ils subissent », explique Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national, avant d'ajouter : « Quelle que soit leur nature, les agressions ne doivent pas être banalisées. Il est fondamental – j'insiste sur cet aspect – que tous les confrères et les consœurs victimes d'agression remplissent systématiquement le formulaire de déclaration des incidents édité par l'ONVS. » ■

La disparition de Lucien Cadet

L'hommage d'André-Richard Marguier, conseiller national représentant la Réunion

Je me souviendrai toujours comment, jeune «z'oreil» tout juste diplômé et croyant tout savoir, j'ai débarqué dans ton île en 1974, me permettant de critiquer l'Ordre des chirurgiens-dentistes et le syndicat des chirurgiens-dentistes que tu présidais à l'époque. Un syndicat dont tu as été l'un des membres fondateurs, en 1950, année de ton installation à Saint-Denis, après l'obtention de ton diplôme à Bordeaux en 1949. Lucien, je n'oublierai jamais comment tu as su, avec intelligence et indulgence, me mettre au défi de te remplacer à la tête du syndicat départemental, que tu quittais pour prendre la présidence du conseil départemental de l'Ordre. Tu as brillamment dirigé ce conseil à partir de 1977, et cela pendant 26 ans. Élu au Conseil national de 1985 à 2007, ton charisme, ton énergie inépuisable et la sympathie que tu inspirais ont laissé un souvenir ému au sein de l'institution. Ses membres se souviennent encore aujourd'hui de ta préoccupation constante de ne jamais laisser de côté La Réunion et plus largement l'outre-mer dans les travaux et décisions du Conseil national. Lucien, je t'en veux beaucoup!

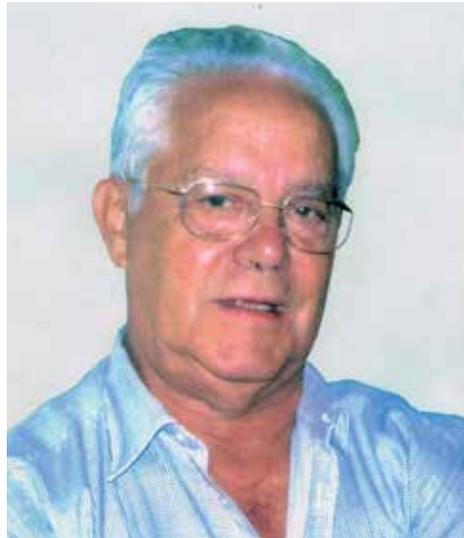
Je t'en veux beaucoup d'avoir quitté notre terrain de jeu et d'avoir franchi la ligne d'arrivée en premier!

Je t'en veux beaucoup d'être déjà au vestiaire alors que nous sommes toujours derrière toi sur la route... et le peloton est orphelin.

Lucien, je m'en veux beaucoup!

Je m'en veux beaucoup d'avoir négligé de te dire merci et de te dire combien nous t'aimions, toi qui as toujours ignoré la méchanceté, toi qui as toujours ignoré les rivalités, toi qui n'as jamais été envieux de quiconque, toi qui étais toujours disponible, prêt à rendre service malgré tes soucis et tes propres difficultés.

Tu manqueras à tous ceux qui te côtoyaient et plus encore à tous ceux qui avaient la chance de te connaître personnellement. Tu manqueras à ta famille. Je sais combien tu étais fier de tes cinq enfants, Martine, Françoise, Christian, Pascal et Valérie, et la joie que tu avais à évoquer tes petits-enfants. Au revoir Lulu, tu resteras pour nous un exemple de disponibilité, de modestie et de gentillesse. ■



Le bureau et les membres du Conseil national s'associent pleinement aux propos d'André-Richard Marguier. Lucien Cadet laisse le souvenir d'un homme d'une infinie bonté, d'une grande disponibilité. Il était très attaché au principe de la continuité territoriale entre la Métropole et les Dom-Tom. Chevalier dans l'ordre national du Mérite, Lucien Cadet était au service des autres. Outre ses engagements syndicaux puis ordinaires, il fut adjoint au maire de Saint-Denis de la Réunion dans les années 1960, membre du Conseil économique et social de la Région, gouverneur du Rotary, district de l'océan Indien.

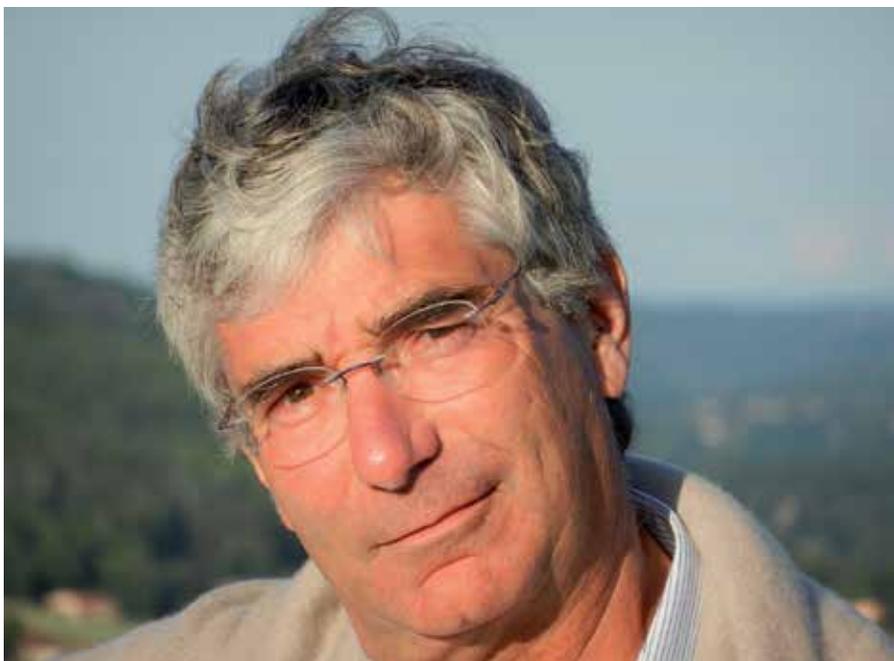
*À sa famille, à ses proches,
le Conseil national présente
ses plus profondes condoléances.*

« 40 % des programmes de DPC sont refusés »

Entretien avec **Philippe Viargues**, président de la CSI des chirurgiens-dentistes, commission scientifique adossée au DPC.

Engagé dans la formation continue – vous avez été membre de la SOP et rédacteur en chef de la ROS, sa revue scientifique –, vous êtes depuis 2012 président de la Commission scientifique indépendante (CSI) des chirurgiens-dentistes, structure intégrée au DPC. Cette commission sera-t-elle amenée à évoluer avec le passage de l'OGDPC à l'ANDPC ?

Oui, et c'est tant mieux ! Initialement, depuis 2012, le rôle de la CSI était essentiellement circonscrit à l'étude administrative des dossiers présentés par les sociétés de formation souhaitant dispenser des programmes de DPC. Ce qui nous posait un problème majeur car, comme son nom l'indique, la CSI est une « *commission scientifique* ». Notre périmètre d'action nous écartait de l'évaluation proprement scientifique des formations. Ainsi, certaines sociétés présentaient des programmes qui, d'un point de vue scientifique, n'étaient pas « *cœurs de métier* », mais qui, administrativement, étaient parfaitement valides. Sans prérogative sur cette dimension, nous étions dans l'obligation d'habiliter ces sociétés à proposer leurs programmes de DPC...



En quoi les CSI ont-elles changé ?

Dans le cadre de la refonte de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) en Agence nationale du DPC (ANDPC) depuis 2016, les missions de la CSI ont évolué. Désormais, il existe deux niveaux d'évaluation : un premier niveau, assuré par l'ANDPC, qui vérifie la conformité administrative des programmes. La CSI étudie quant à elle les programmes d'un point de

vue scientifique. Elle évalue les actions de DPC conformément aux critères scientifiques et pédagogiques fixés par le Haut Conseil du DPC. Ce changement de paradigme va dans le bon sens. Il traduit la volonté de l'ANDPC d'inscrire la formation dans une réelle démarche qualitative.

Concrètement, en quoi consiste l'évaluation des programmes ?

Pour juger de la qualité d'un programme, les objectifs de la forma-

tion doivent être clairement définis et réalisables selon le planning de la formation présenté. Le programme doit être scientifiquement solide et respecter à la lettre notre déontologie. C'est la raison pour laquelle, afin d'avoir le regard le plus objectif possible, nous sommes exigeants sur la présence dans le dossier du déroulé complet et précis d'au moins une partie de la présentation et d'une bibliographie mise à jour en adéquation avec le thème. Nous étudions par ailleurs le CV des concepteurs des programmes et des intervenants afin de nous assurer que leur expertise s'applique bien à l'objet de la formation. Enfin, concepteurs comme intervenants sont dans l'obligation de nous transmettre leur déclaration de conflit d'intérêts, faute de quoi le dossier est refusé.

Précisément, combien de dossiers refusez-vous par an ?

À peu près 60 % des programmes en première intention (40 % en seconde intention). Si ce chiffre peut paraître excessif, il traduit en fait non pas une insuffisance scientifique, mais l'absence de transmission d'éléments indispensables à l'évaluation la plus juste de la qualité d'une formation. Il faut comprendre que donner un avis favorable à une « mauvaise » formation, c'est priver de financement une formation de qualité. C'est pourquoi nous ne transigeons pas avec le niveau des formations ou l'inadéquation entre objectif et durée de la formation.

Justement, quels sont les principaux motifs de refus ?

Mis à part les formations franchement obsolètes ou ne correspon-

dant pas aux objectifs du DPC, certains organismes voient leur formation refusée parce que les formateurs ne transmettent pas leur déclaration de conflit d'intérêts, la bibliographie, le nom des intervenants ou les éléments concrets de leur programme sans lesquels l'évaluation de la formation devient impossible. Ces éléments sont parfois totalement absents, incomplets ou erronés...

Comment se déroule l'étude d'un dossier ?

Nous travaillons par binôme. Chaque membre du binôme étudie de son côté le dossier, puis émet un avis. Le dossier passe ensuite en commission plénière dans laquelle siègent les 12 membres de la CSI (*lire l'encadré ci-dessous*). Deux cas de figure peuvent se présenter : si le binôme émet un avis convergent positif, la commission suit cet avis. Si les avis divergent ou s'ils

sont négatifs, le cas est débattu par la commission, qui tranche. La commission se réunit une fois par mois pour analyser une trentaine de dossiers en moyenne.

Quel est le degré réel d'indépendance de la CSI des chirurgiens-dentistes ?

Les 12 membres de notre structure ont la chance de travailler en totale indépendance, sans aucune pression extérieure, et en bonne intelligence. Nous essayons d'oublier les relations personnelles qui peuvent nous unir à des confrères présentant une formation. Si un binôme reçoit pour évaluation un dossier proposé par un ami, il est systématiquement refusé et transmis à un autre binôme. En cas d'évaluation en plénière, lorsqu'un membre de la CSI a des relations personnelles avec un ou des membres proposant une formation, il quitte la salle le temps de la délibération. ■

En chiffres

- 12 membres siègent à la CSI. Ils sont désignés pour une période renouvelable de trois ans. La CSI est composée de huit représentants du Conseil national professionnel, d'un représentant de la Conférence des doyens, d'un représentant du Conseil national de l'Ordre, d'un représentant du Service de santé des armées et d'une personnalité qualifiée.
- En 2016, 4 720 chirurgiens-dentistes ont participé à l'intégralité d'une session de DPC.
- En 2017, la CSI a évalué 82 actions de DPC : 28 ont reçu un avis favorable (dont 13 assortis de recommandations), 53 un avis défavorable et une observation a été évaluée favorablement.

Une étude inédite sur les patients précaires

À l'heure où les commissions sur les refus de soins voulues par la loi Touraine se constituent, une étude récente analyse les discours des médecins et des chirurgiens-dentistes s'agissant des patients en situation de précarité.

Le défenseur des droits et le Fonds CMU ont commandité une étude intitulée « *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination* »⁽¹⁾. L'objectif de cette recherche consistait à analyser les propos des médecins et des chirurgiens-dentistes libéraux sur la question de la prise en charge des patients vivant dans des conditions de précarité. Les auteurs ont dans un premier temps recueilli les discours de 50 professionnels de santé dont 10 chirurgiens-dentistes, avant de produire une analyse de ce matériau. Que retenir de cette étude ? Les auteurs soulignent en premier lieu que l'expression « *patients CMU-C est largement utilisée dans les discours des praticiens, devenant une au-*

tre manière de nommer les personnes en situation de précarité ». Ainsi, le groupe des CMU-C « *peut être associé aux préjugés caractérisant traditionnellement les personnes en situation de précarité : le soupçon de fraude, la surconsommation de soins, l'absentéisme, les retards fréquents...* ». Globalement, les personnes précaires sont considérées par les praticiens comme des patients « *par nature* » difficiles à soigner. Autant de « *comportements attendus* » de ces patients qui sont appréhendés de manière négative par les professionnels et servent parfois, selon les auteurs, à « *justifier des refus de soins* ». Sans surprise, « *les logiques économiques et les relations avec l'assurance maladie ont également une forte incidence sur l'attitude des*



praticiens à l'égard des bénéficiaires d'une protection sociale », soulignent les auteurs. En effet, les praticiens dénoncent des délais de remboursement des soins trop longs ainsi que des prises en charge sous-évaluées.

Autre résultat : lors de la prise de rendez-vous, la catégorisation de certains patients peut conduire à des refus de soins, affirment les auteurs, ce qui constitue des « *situations de discriminations prohibées par la loi* »⁽²⁾. L'étude

établit une typologie de la discrimination qui peut prendre la forme « d'un refus, de refus isolés ou de pratiques systématiques » de la part des professionnels de santé libéraux. Ces discriminations peuvent aussi « s'exprimer de manière plus insidieuse » : la réorientation systématique d'un patient vers un autre praticien ou l'hôpital, des délais d'attente anormalement longs, une forme d'entente entre praticiens pour ne pas s'adresser des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME...

À l'appui de leur démonstration, les auteurs expliquent que les professionnels de santé « anticipent le compor-

taires rendraient « impossible le suivi d'un traitement ou de soins préventifs » et pourraient amener à « propo-

problématique. Si son propos n'était pas d'apporter des pistes de solutions, c'est désormais ce que l'on pourrait attendre de prochains travaux de recherche en la matière. ■

Selon des préjugés tenaces, des conditions de vie précaires rendraient impossible le suivi d'un traitement et conduiraient à une offre médicale de moindre qualité.

tement attendu de cette catégorie» de patients, ce qui les conduit parfois à une « adaptation illégitime des traitements ou des soins préventifs ». Les auteurs de l'étude citent en exemple le « principe » selon lequel les conditions de vie des personnes pré-

ser une offre médicale de moindre qualité ».

Au total, cette étude sur les représentations qu'ont les médecins et les chirurgiens-dentistes des patients en situation précaire a le mérite de recourir à une méthodologie jamais utilisée sur cette

(1) Cette étude a été réalisée par Caroline Desprès et Pierre Lombrail du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII. Elle est consultable à partir du lien <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actus/actualites/publication-de-1%27etude-des-pratiques-medicales-et-dentaires-entre-differenciation>

(2) L'article L. 1110-3 du Code de la santé publique qualifie illégaux de tels refus : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »

La commission « Refus de soins »

Désormais, le Code de la santé publique confie au Conseil national la mission d'évaluer les pratiques de refus de soins des chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾. Cette disposition est issue de la loi Touraine. Présidée par Gilbert Bouteille, président de l'Ordre, cette commission est composée de sept professionnels de santé, de six représentants des usagers du système de santé, d'un représentant >>>

La composition de la commission

- **Président** : Gilbert Bouteille (président du Conseil national de l'Ordre)
- **Six chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre** : Jean Molla (conseiller national, président de la Commission de la solidarité), Franck Mouminoux, Pascal Polac, Michel Sévalle, Geneviève Wagner (secrétaire générale du Conseil national de l'Ordre, présidente de la commission Exercice et Déontologie), Christian Winkelmann (conseiller national, président du pôle Patients)
- **Six représentants des associations d'usagers du système de santé** : Aurélien Beaucamp (Aides), Alain Rochon (APF), Danièle Desclerc-Dulac (Ciss), Caroline Rebhi, Véronique Séhier (MFPF), Luc Gateau (Unapei)
- **Un représentant du Fonds CMU** : Marianne Cornu-Pauchet
- **Un représentant de la Cnamts** : Nicolas Revel

» du Fonds CMU et, enfin, d'un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Dans le détail, les cinq associations qui siègeront sont Aides, l'Association des paralysés de France (APF), le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) et l'Union

nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et leurs amis (Unapei) (*lire l'encadré p. 19*).

Sur la base de ses travaux sur la nature, la cause et l'évolution des pratiques de refus de soins, la commission produit un rapport annuel.

En application des textes, la commission évalue le nombre et la nature des pratiques de

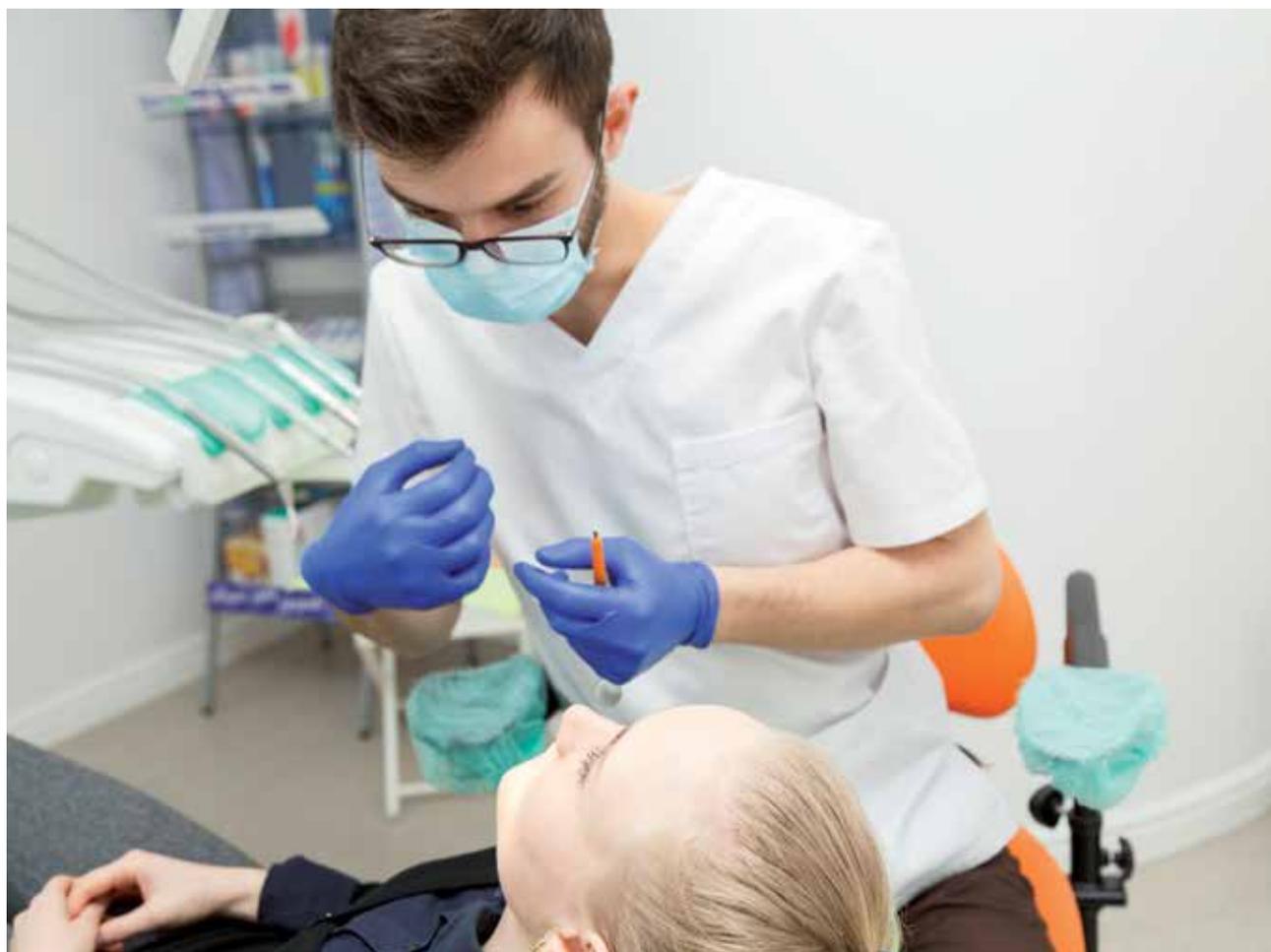
refus de soins par les moyens qu'elle juge appropriés. Elle analyse ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution, puis

produit des données statistiques sur la base de ces analyses. Elle émet des recommanda-

tions dont l'objectif est de mettre fin à ces pratiques et d'améliorer l'information des patients. Elles n'ont pas à statuer sur les situations individuelles.

Sur la base de ses travaux et après audition des organisations représentatives de la profession, un rapport annuel est prévu par la loi. ■

(1) D'après l'article L. 4122-1 du CSP.



Passerelles : un nouvel accès vers les 2^e et 3^e années

Un nouveau dispositif d'admission directe en deuxième ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme vise à élargir les profils des candidats en ouvrant notamment la porte aux paramédicaux.

Un nouveau texte définit les modalités d'admission directe, l'une en deuxième année, l'autre en troisième année, des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme. De nouveaux publics auront accès à ces passerelles dès l'année universitaire 2017-2018 ⁽¹⁾. Ainsi, les professionnels paramédicaux justifiant d'un exercice professionnel de deux ans à temps plein et titulaires d'un diplôme sanctionnant au moins trois années d'études supérieures permettant cet exercice

Voici la liste des diplômes requis pour prétendre à ces passerelles : diplôme conférant le grade de master, diplôme d'État de docteur en médecine, en pharmacie, en chirurgie dentaire, vétérinaire, de sage-femme, diplôme national de doctorat ou titre étranger de niveau doctorat (PhD), diplôme d'État d'auxiliaire médical et sanctionnant au moins trois années d'études supérieures pour les personnes justifiant d'un exercice professionnel en lien avec ce diplôme de deux ans à temps plein (comme mentionné ci-dessus), titre d'in-

un autre État de l'UE, dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans la Confédération suisse ou dans la principauté d'Andorre.

justifient de la validation, dans l'UE, dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans la Confédération suisse ou dans la principauté d'Andorre

Les dossiers de candidature doivent être déposés avant le 31 mars de chaque année.

Sont également éligibles au dispositif :

- les anciens élèves de l'une des écoles normales supérieures à condition d'avoir accompli deux années d'études et validé une première année de master;
- les enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur qui exercent des activités d'enseignement dans une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie;
- les candidats qui, en vue d'une admission dans une filière différente de leur filière d'origine,

de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la première année. Les candidats justifiant ces conditions peuvent présenter un dossier de candidature en vue d'une admission directe en deuxième ou troisième année, au plus tard le 31 mars de chaque année. ■

(1) Pour plus d'informations, consulter l'arrêté du 24 mars 2017 à partir du lien <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/24/MENS1705606A/jo/texte>

Pour être éligibles au dispositif, les auxiliaires médicaux doivent être titulaires d'un diplôme d'État sanctionnant au moins trois années d'études et avoir exercé deux ans à temps plein.

sont éligibles à ce dispositif (les candidats ne peuvent postuler que deux fois).

génieur diplômé, titre correspondant à la validation de 300 crédits européens, obtenu dans

La densité professionnelle sous la loupe des ARS

Comme préalable à un rééquilibrage du maillage territorial des professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, les Agences régionales de santé (ARS) ont désormais pour mission de définir, plus précisément que par le passé, les zones « sous-denses » et « surdenses ».

Attention ! on ne dit plus zones « sous-dotées » ou « surdotées », mais « sous-denses » et « surdenses », comme précisé dans la loi Touraine. Toujours selon cette même loi, ce sont désormais les ARS qui établissent la cartographie des zones sous-denses et surdenses, ce qu'un décret

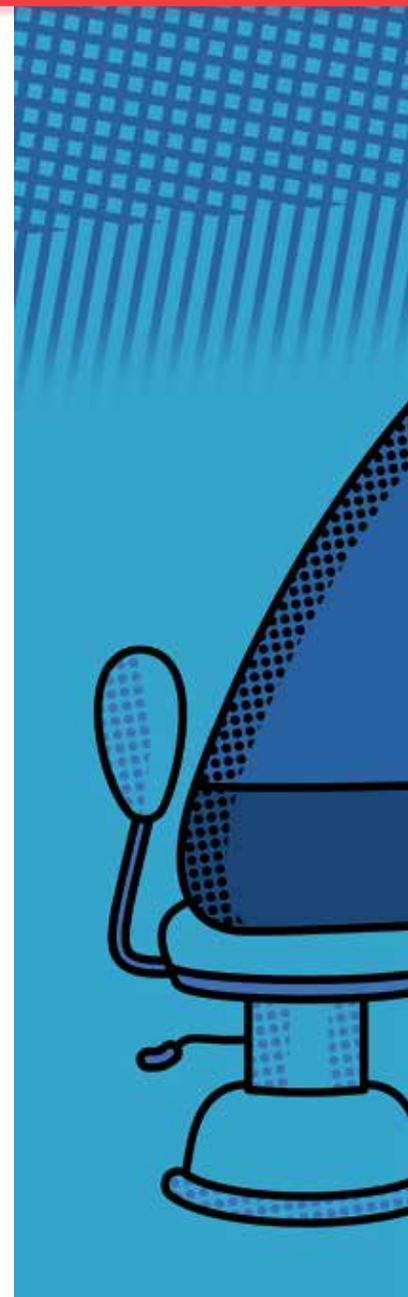
publié le 25 avril dernier au *Journal officiel* vient d'entériner⁽¹⁾. Le texte définit « les modalités selon lesquelles le directeur général de l'Agence régionale de santé détermine ces différents types de zones pour chaque profession de santé ».

La mesure était attendue par l'Ordre parce que

la loi et son décret d'application vont plus loin dans l'étude de la densité des territoires. Il sera désormais possible de pallier réellement « le déséquilibre de l'offre de soins dans certaines régions », comme l'explique Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national et présidente de la commission Démographie. Elle poursuit : « Il s'agira d'un véritable zoom sur la réalité des territoires, qui permettra d'affiner l'application des mesures incitatives déjà existantes, comme le CESP qui permet aux étudiants de bénéficier d'une allocation d'études de 1 200 euros mensuels contre une installation dans une zone déficitaire⁽²⁾. »

L'ESSENTIEL

- ✓ Les ARS vont procéder à un recensement précis de l'offre de soins bucco-dentaires dans chaque région.
- ✓ Ce travail sera réalisé sur la base de plusieurs critères, notamment le nombre de praticiens, leur répartition géographique par classe d'âge, leur niveau d'activité et les modalités de leur exercice.
- ✓ Cette cartographie par région sera réalisée selon les calendriers respectifs des ARS. Aucune date officielle n'a été pour l'heure communiquée.



Une fois ce travail de recensement effectué par chaque ARS, des mesures seront mises en œuvre pour « réduire les inégalités en matière de santé et ainsi favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé », indique le décret. Chaque



ARS déterminera, par arrêté, pour chaque profession, y compris la nôtre,

Grâce au zoom des ARS sur la réalité des territoires, les mesures incitatives déjà existantes pourront être affinées.

les zones citées plus haut selon les critères suivants et leur évolution prévisible sur trois ans :

– Le nombre, la répartition géographique par classe d'âge,

le niveau d'activité et les modalités d'exercice des professionnels de santé en exercice ;

– Les caractéristiques sanitaires, démographiques et sociales de la population ;
– Les particularités géographiques ;
– La présence de structures de soins.

Pour l'heure, la publication de ces zones n'est pas connue. Charge à chaque ARS de les identifier selon un calendrier qui n'est pas précisé à ce jour. ■

(1) Décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé.

(2) Lire l'article « Le succès du CESP se confirme dans le dentaire », *La Lettre* n° 144, janvier 2016, p. 16.

(3) Article 158 de la loi Touraine.

Information judiciaire contre Dentexia

Le Conseil national de l'Ordre s'est constitué partie civile dans le cadre d'une information judiciaire contre X concernant les centres Dentexia (Aix-en-Provence, Paris, Colombes, Chalon-sur-Saône et Lyon), ouverte conjointement par la cour d'appel et le tribunal de grande instance de Paris, en décembre dernier. Cette procédure permet à la justice d'enquêter notamment sur les faits suivants : « *Violences suivies de mutilation ou infirmité permanente* », « *pratique trompeuse reposant sur des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire le consommateur en erreur sur les qualités substantielles d'une prestation de service, le prix ou le mode de calcul du prix d'une prestation de service* », « *escroquerie en bande organisée* », « *abus de confiance* », « *blanchiment en bande organisée des infractions d'escroquerie commise en bande organisée et de celle d'abus de confiance : concours à une opération de placement, dissimulation ou conversion du produit d'un délit* », « *banqueroute par détournement ou dissimulation de tout ou partie de l'actif* ».

Milieu pénitentiaire

Un arrêté du 18 avril 2017 fixe la liste des centres hospitaliers et établissements pénitentiaires autorisés à titre expérimental à réaliser une évaluation de l'état dentaire de la personne incarcérée pour une durée de 12 mois à compter du 1^{er} mai 2017.

Les nouveaux locaux du conseil départemental du Tarn-et-Garonne

Le 10 juin dernier, le président de l'Ordre, Gilbert Bouteille a inauguré les nouveaux locaux du conseil départemental de l'Ordre du Tarn-et-Garonne à Montauban, au sein d'une maison dentaire.



De gauche à droite: Alain Scohy (trésorier du Conseil national), André Micouleau (vice-président du Conseil national), Gilbert Bouteille (président du Conseil national), Serge Fournier (conseiller national), Jean-Louis Bueno (président du conseil départemental du Tarn-et-Garonne), George Hillenweck (ancien président du conseil départemental), Brigitte Barèges (maire de Montauban) accompagnée de trois élus de la mairie.

L'année-recherche

Un arrêté du 16 avril dernier fixe à neuf le nombre d'étudiants de troisième cycle long des études en chirurgie dentaire qui peuvent bénéficier d'une année de recherche pour l'année universitaire 2017-2018. L'année-recherche peut être réalisée lorsqu'un contrat d'année-recherche a été conclu entre l'étudiant concerné, le DG-ARS et le directeur du CHU de rattachement. Il est nécessaire d'accomplir des travaux de recherche en vue de la préparation d'un master, d'une thèse de doctorat ou d'un diplôme équivalent aux deux précédents.

Deux (très) bonnes nouvelles en provenance de Bruxelles

ACCÈS PARTIEL : UN SIGNAL POSITIF QUI RESTE À CONFIRMER PAGE 26

Une hirondelle ne fait pas le printemps, mais dans une affaire en instance devant la Cour de justice de l'Union européenne, l'avocat général de la Cour considère qu'un prothésiste ne peut se voir accorder un accès partiel à notre profession, contre l'avis de la Commission européenne.



L'INTERDICTION DE LA PUBLICITÉ EST EUROCOMPATIBLE PAGE 29

L'interdiction de la publicité professionnelle pour les chirurgiens-dentistes est compatible avec le marché intérieur européen. Telle est la récente indication de la Cour européenne de justice.

Accès partiel : un signal positif qui reste à confirmer

Une hirondelle ne fait pas le printemps, mais dans une affaire en instance devant la Cour de justice de l'Union européenne, l'avocat général de la Cour considère qu'un prothésiste ne peut se voir accorder un accès partiel à notre profession, contre l'avis de la Commission européenne.

L'accès partiel fait couler beaucoup d'encre depuis des mois, et un signal positif vient d'être émis par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) contre l'avis de la Commission européenne. De quoi s'agit-il ? Un «*prothésiste dentaire clinique*» – ou «*denturologiste*» – se voit refuser de pratiquer sa profession à Malte au motif que celle-ci n'existe tout simplement pas dans le pays. L'affaire est en jugement devant la CJUE et arrive à point nommé puisqu'il s'agit ni plus ni moins de savoir si la profession dentaire est ou non soumise au texte en préparation en France sur l'accès partiel. En pratique, au nom du droit européen dont se réclame notre «*prothésiste dentaire clinique*», ce dernier

peut-il se voir accorder un accès partiel à l'art dentaire (la «*dentisterie*» selon les termes de la Commission) en vue de pratiquer certains actes de son métier («*élaboration de dentiers ou de fausses dents*» et «*autres ser-*

Avant d'aller plus loin, rappelons que l'accès partiel est une création de la Cour. Il a également été introduit l'année dernière par le législateur dans la directive révisée 2005/36 sur la reconnaissance des qua-

L'ambiguïté du libellé de la directive révisée sur les qualifications professionnelles conduit à s'interroger sur le bien-fondé de l'application de l'accès partiel aux chirurgiens-dentistes.

vices accessoires comme les réparations, les ajouts et les modifications apportées aux dentiers et aux prothèses») de manière indépendante, hors la supervision d'un chirurgien-dentiste et dans le cadre d'un contact direct avec les patients ?

lifications professionnelles. Son libellé comporte une ambiguïté et, depuis son introduction, le corps médical s'est longuement interrogé sur le fait de savoir si cet accès partiel s'applique aux chirurgiens-dentistes, aux médecins, >>>



»» aux sages-femmes, etc., c'est-à-dire aux professions de santé bénéficiant dans la directive d'un régime de reconnaissance automatique. Telle n'est pas, et c'est une heureuse nouvelle, la lecture de

et, l'on ne saurait être plus clair, « ces activités sont envisagées comme un tout » : elles ne sont pas propices au saucissonnage. Les exigences du marché intérieur trouvent une limite dans la nature même de la profes-

« imparfaite » de praticiens seulement partiels de l'art dentaire » ; or une telle création « ne correspond à aucune catégorie prévue par la directive ». Par le passé, la Cour l'a répété : n'existent comme catégorie de praticiens dentaires que celles limitativement prévues et harmonisées par le législateur européen ⁽¹⁾.

L'avocat général reste terre à terre. Il n'affaiblit pas son argumentation par des considérations générales sur la santé ou sur le marché. Il en reste à la lente harmonisation de la profession que l'UE a entamé dès les années 1970 jusqu'à l'adoption de la directive 2005/36 et qu'un accès partiel trop hâtivement accordé pourrait gêner.

L'opinion de l'avocat général développe d'autres arguments que nous ne présenterons pas ici. On retiendra que, pour différentes raisons, l'application de la directive à la profession de « prothésiste dentaire cli-

Les activités du praticien de l'art dentaire lui sont réservées et sont envisagées comme un tout qui exclut tout saucissonnage.

l'avocat général. Son avis publié le 1^{er} juin apporte une clarification majeure sur cette question. Elle sera utile tant pour l'affaire maltaise que pour la mise en œuvre, en France, de l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé qui introduit l'accès partiel dans le Code de la santé publique.

Que dit l'avocat général ? Ceci : « Ma lecture de cet article [sur l'accès partiel] est donc que, en ce qui concerne les praticiens de l'art dentaire, il ne peut y avoir qu'un plein accès aux activités en vertu, d'une part, de l'harmonisation des conditions de formation organisée par la directive 2005/36 et, d'autre part, de la reconnaissance automatique qui en découle et dont ces praticiens bénéficient aux termes de cette directive. »

Il avance dès lors trois raisons :
1. En premier lieu, la directive « laisse entendre que les activités professionnelles du praticien de l'art dentaire sont réservées »

et. Telle est l'opinion que défend depuis le début le Conseil national de l'Ordre.

2. Pour rappeler l'évidence, la poursuite des activités d'un praticien de l'art dentaire exige la possession de qualifications spécifiques qui sont mentionnées avec précaution dans l'annexe de la directive (et vérifiées justement par l'Ordre). À cet égard, « la directive établit un rapport consubstantiel » entre le titre et l'exercice. Rompre ce

La directive établit un lien consubstantiel entre le titre et l'exercice. Rompre ce lien et permettre un accès partiel apparaît absolument contraire à l'intention du législateur de l'Union.

lien et permettre un accès partiel « apparaît tout à fait contraire à l'intention du législateur de l'Union », poursuit l'avocat général. L'Ordre ne dit pas autre chose.

3. Enfin, argument d'autorité, autoriser un accès partiel à l'art dentaire « aboutirait à la création d'une nouvelle catégorie

» fait débat. La Cour aura donc beaucoup à trancher. Elle devrait rendre sa décision d'ici à la fin de l'année et pourrait, enfin, préciser le champ d'application de l'accès partiel que l'avocat général a commencé à délimiter. ■

(1) Affaire Vogel C-35/02 points 28 et 31.

L'interdiction de la publicité est eurocompatible

L'interdiction de la publicité professionnelle pour les chirurgiens-dentistes est compatible avec le marché intérieur européen. Telle est la récente indication de la Cour européenne de justice.

Quatre leçons sont à retenir d'une décision de justice européenne, rendue le 4 mai dernier, à propos de la législation belge sur l'interdiction totale de publicité professionnelle faite aux chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾.

1. L'interdiction absolue de publicité professionnelle faite à la profession de chirurgien-dentiste ne peut exister dans le marché intérieur.

À cet égard la jurisprudence est constante ⁽²⁾ et, à l'évidence, la loi belge doit être assouplie. On rappellera qu'en droit européen la « publicité » est entendue au sens large : cette notion inclut les informations professionnelles, quel qu'en soit le support (annuaires, sites Web, réseaux sociaux, plaques, etc.), qui doivent toujours pouvoir être diffusées.

2. L'interdiction de certaines mesures de publicités professionnelles faite à notre profession peut bien sûr avoir cours dans le marché intérieur.

En France, comme au Luxembourg ou en Italie, le Code de déontologie est dans les clous. On rappellera que le libéralisme économique de l'UE trouve son ori-

gine dans l'ordolibéralisme allemand de l'entre-deux-guerres, lui-même inspiré de pratiques américaines nées à la fin du XIX^e siècle : « *Il faut encadrer les excès du marché.* » Ici, il faut encadrer la pratique publicitaire dentaire, indique le juge.

Le législateur de l'UE lui-même en fait la demande. D'une part, à propos des sites Web, des courriers électroniques et des publicités en ligne, autorisés « *sous réserve du respect des règles professionnelles visant, notamment, l'indépendance, la dignité et l'honneur de la profession ainsi que le secret professionnel et la loyauté envers les clients et les autres membres de la profession* » ⁽³⁾.

D'autre part, à propos des pratiques commerciales de marketing, des démarches et des réclames soumises aux « *Codes de déontologie ou [à] toute autre disposition spécifique régissant les professions réglementées que les États membres peuvent imposer aux professionnels conformément à la législation de l'Union, pour garantir que ceux-ci répondent à un niveau élevé d'intégrité* » ⁽⁴⁾. Ce niveau varie d'un pays à un autre, où la publicité commerciale est autorisée (en Allemagne, en Espagne) ou bien prohibée. Entre 2003 et 2014, le plaignant dans l'affaire en cause avait inséré des annonces publicitaires dans des journaux locaux : la décision du 4 mai 2017 rappelle que rien dans la loi européenne ne rend en soi cette réclame légitime. Au contraire, d'autres intérêts sont à prendre compte en matière de soins bucco-dentaires avant de juger de sa pertinence.



»» 3. La protection de « la confiance du patient » et de « la dignité de la profession » correspond à un double objectif de santé publique validé par le juge européen.

« L'importance de la relation de confiance devant prévaloir entre le dentiste et son patient » constitue le fondement du Code de déontologie en France ; cela tombe bien, elle fonde aussi la décision du juge.

« En effet, l'usage intensif de publicités ou le choix de messages promotionnels agressifs, voire de nature à induire les patients en erreur sur les soins proposés, est susceptible, en détériorant l'image de la profession de dentiste, en altérant la relation entre les dentistes et leurs patients ainsi qu'en favorisant la réalisation de soins non appropriés ou non nécessaires, de nuire à la protection de la santé et de porter atteinte à la dignité de la profession de dentiste. »

C'est au titre de ces objectifs qu'un Code de déontologie ou un Code de la santé publique peut interdire – non pas « de manière générale et absolue », mais « le cas échéant de manière étroite » – que la profession de chirurgien-dentiste soit conduite comme un commerce ⁽⁵⁾.

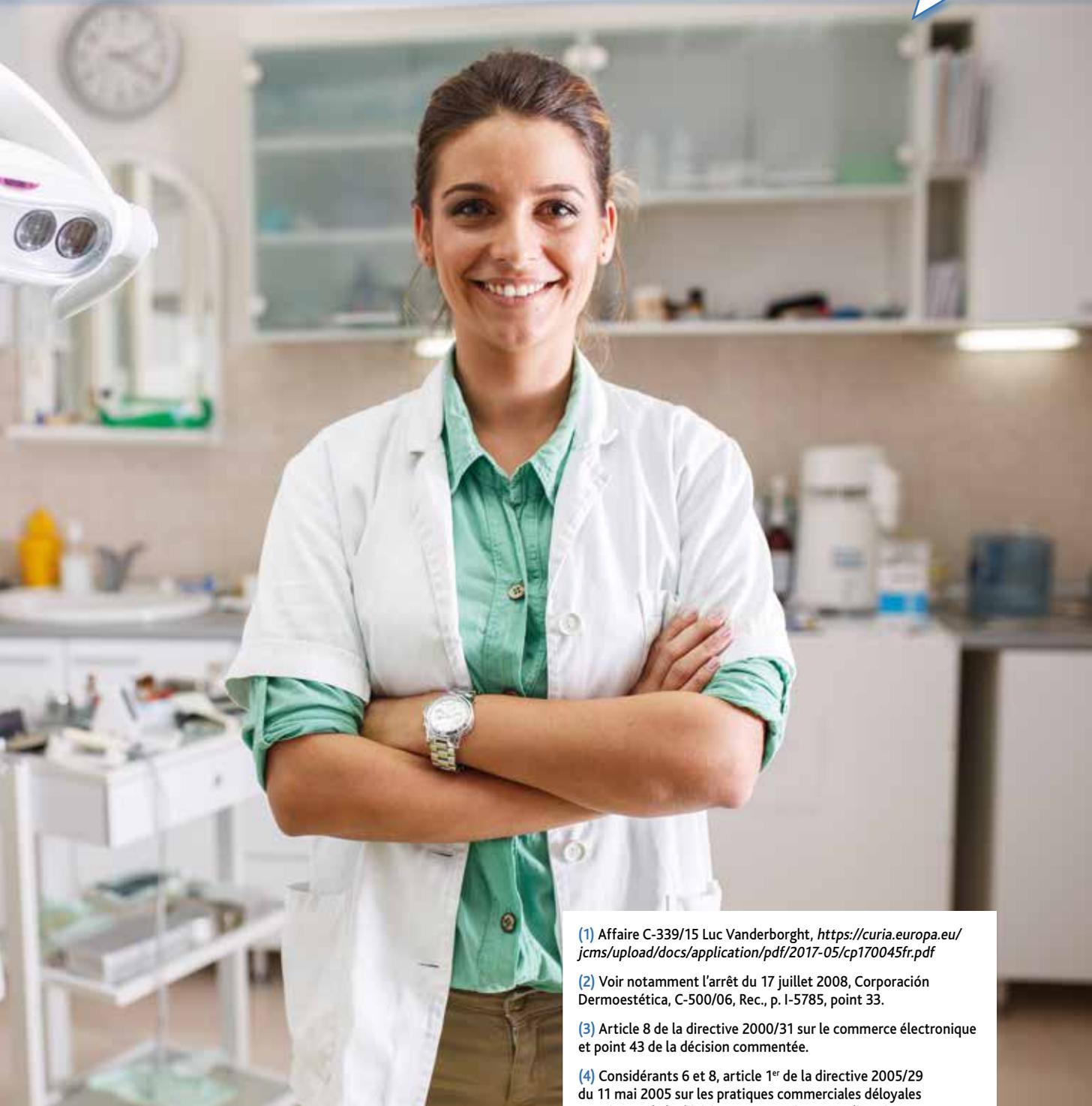
4. Conséquences pratiques sur les plaques professionnelles

Entre 2003 et 2014, en ignorance de la réglementation nationale sur les plaques, le plaignant avait installé un panneau comportant trois faces imprimées, indiquant son nom, sa qualité de dentiste, l'adresse de son site Internet ainsi que le numéro d'appel de son cabinet. Pour le juge, « les exigences de discrétion en ce qui concerne les enseignes de cabinets dentaires » ne sont pas contraires au droit communautaire. Elles relèvent d'une directive ⁽⁶⁾ qui autorise une législation nationale à « prot[éger] la santé publique et la dignité de la profession de dentiste » par sa réglementation des plaques (point 30).

Ainsi le Code, qui permet une lisibilité de l'information sans autoriser une apparence commerciale (couleurs tape à l'œil, surdimensions, formes fantaisistes) contraire à la dignité professionnelle, est donc conforté par cette décision.



Avec ces quatre leçons tirées de la décision du juge luxembourgeois, l'activité de soins bucco-dentaires n'apparaît pas totalement en harmonie avec l'univers de productivité du marché intérieur. Dans leur sagesse, les rédacteurs du traité comme le législateur réservent à la santé publique un statut dérogatoire aux exigences commerciales de l'UE. Le juge se fait gar-



dien de ce statut. On retiendra de cette décision que les priorités déontologiques données à la protection de «*la confiance du patient*» et de «*la dignité de la profession*» sont des objectifs de santé publique validés désormais par le juge européen. Elles continueront donc d'orienter l'activité de l'Ordre qui prépare depuis plus de deux ans la réforme du Code de déontologie. ■

(1) Affaire C-339/15 Luc Vanderborght, <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2017-05/cp170045fr.pdf>

(2) Voir notamment l'arrêt du 17 juillet 2008, Corporación Dermoestética, C-500/06, Rec., p. I-5785, point 33.

(3) Article 8 de la directive 2000/31 sur le commerce électronique et point 43 de la décision commentée.

(4) Considérants 6 et 8, article 1^{er} de la directive 2005/29 du 11 mai 2005 sur les pratiques commerciales déloyales et point 27 de la décision commentée. Cette directive soulignée par le juge concerne, par exemple, l'encadrement de la promotion des «*diplômes, titres et fonctions*» autorisée par le Conseil national (article R. 4127-216 du CSP) et qui ne sont pas des qualifications professionnelles au sens de la directive 2005/36 (voir affaire Brouillard C-298/14, points 37-40).

(5) Voir points 68, 69 et 75.

(6) Directive 2005/29 précitée relative aux pratiques commerciales déloyales.

La Fedcar à Sarajevo

À l'ordre du jour de la dernière réunion de la Fedcar : l'avenir européen de la Bosnie-Herzégovine vu sous le prisme de la santé bucco-dentaire.

La Bosnie-Herzégovine a déposé en 2016 sa candidature à l'adhésion à l'UE. Elle devra cependant patienter : les conditions pour l'adhésion ne seront pas remplies avant dix ans environ, tant au regard du niveau de vie économique que de nombreux détails démocratiques. Les efforts se poursuivent, notamment dans le domaine législatif (primordial pour l'exportation des biens et des services dans l'UE, mais aussi pour préparer l'adhésion, par exemple en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles) et dans celui de la santé publique.

C'est à ces deux efforts qu'a participé l'assemblée générale de la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar) ; elle a été accueillie à Sarajevo les 11 et 12 mai derniers par la chambre dentaire de Bosnie-Herzégovine dans l'ancienne bibliothèque de la capitale détruite partiellement lors du siège. M. Jean-Marc Richard, vice-président du Conseil national de l'Ordre et secrétaire général de la Fedcar, était présent.

Au total, 1 860 chirurgiens-dentistes (et 284 assistants) sont recensés pour 3,5 millions d'habitants en Bosnie-Herzégovine. De l'avis de la chambre bosnia-



que, la santé bucco-dentaire n'a pas encore atteint un niveau satisfaisant, tant pour les caries que pour les extractions ou les maladies parodontales. Avec l'aide de l'UE ou de l'Organisation mondiale de la santé, les programmes de prévention en cours sont destinés à être reconduits. La Bosnie n'est isolée ni du reste des Balkans ni du reste du continent ; et en l'absence de numerus clausus, les huit écoles dentaires forment plus de praticiens que nécessaire. Aussi la moitié des étudiants diplômés quitte-t-elle le pays, qui pour la Serbie (deuxième rang) ou la Croatie (troisième rang), qui pour la Turquie (premier rang).

Par ailleurs, si le ministère bosniaque de la santé publique s'est félicité des échanges qui ont eu lieu au sein de la Fedcar, l'assemblée générale s'est aussi concentrée sur les développements de l'UE. Or la Fedcar a notamment noté que peu de sanctions prises à l'encontre de chirurgiens-dentistes avaient été émises en Europe par le nouveau mécanisme d'alerte, surtout en comparaison des autres professions d'infirmières et de médecins, bien plus sujettes aux alertes. La Fedcar observera l'évolution que connaîtra ce chiffre une fois que l'entière des pays, dont la France, participera de manière effective à l'usage de ce mécanisme d'alerte lancé en janvier 2016. ■

Radiographie d'un blanchiment de dents fautif

En résumé

Auteur d'un traitement de blanchiment des dents, un chirurgien-dentiste a été condamné par une cour d'appel à verser des dommages-intérêts à sa patiente. Selon les juges, il a manqué à son devoir d'information et commis une faute technique (absence préalable de soins de la dent 35 et présence de traumatismes aux dents 31 et 41 occasionnés par la technique du blanchiment). La cour d'appel s'appuie sur le rapport d'expert, lequel a conclu que *« le D^r A a procédé au blanchiment sans qu'un bilan bucco-dentaire préalable indispensable afin d'écartier les contre-indications comme la présence de caries et/ou d'obturations non étanches ait été correctement fait, alors que la patiente présentait à la fois une carie et une obturation non étanche »*.

Le contexte

Le blanchiment des dents devant le juge... Tel est le thème central d'un arrêt rendu par une cour d'appel ⁽¹⁾. Évoquons les données factuelles principales telles qu'elles figurent dans la décision de justice. Une patiente, M^{me} X, est suivie par un chirurgien-dentiste (le D^r Z). Elle se rend chez

un autre praticien (le D^r A) afin de recevoir un traitement pour blanchir ses dents (*« six cycles de huit minutes avec un produit du laboratoire Pola »*, nous précise-t-on). Ce à quoi le D^r A procéda. En raison de douleurs persistantes, une radiographie rétro-alvéolaire est réalisée, mettant en évidence une carie profonde de la dent 35 (apprenon-on). Le D^r A procède en urgence à des obturations et à l'ouverture du canal. >>>

» Quant aux soins ultérieurs, ils seront effectués par le D^r Z. La patiente saisit le juge en référé pour qu'une expertise soit ordonnée. Un expert est désigné, et son rapport est accablant. M^{me} X saisit alors le tribunal de grande instance; elle engage la responsabilité civile de l'auteur du blanchiment, le D^r A, et non celle du D^r Z, l'assureur étant bien évidemment appelé en la cause; elle entend obtenir des dommages-intérêts. À titre principal, le D^r A et son assureur sont condamnés à payer (avec intérêts au taux légal à compter du jugement) à M^{me} X la somme de 3 000 euros. Ce montant répare « le préjudice d'impréparation » et « la perte de chance ».

Les lecteurs de *La Lettre* l'auront immédiatement compris : les juges ont considéré que le D^r A avait manqué à son devoir d'information. Une précision : la patiente demandait également réparation de « tous les préjudices corporels subis »,

d'appel, elle soulève « la non-conformité des actes aux données acquises de la science », donc une faute technique du D^r A, sans oublier le défaut d'information.

Voici son chiffrage :

- 5 000 euros (préjudice moral);
- 5 000 euros (perte de chance);
- 3 600 euros (souffrances endurées);
- 5 400 euros (préjudice esthétique temporaire);
- 3 560 euros (réhabilitation buccale);
- 71 euros (soins dentaires).

Au total, plus de 22 000 euros. Voyons la solution de la cour d'appel.

L'analyse

S'agissant de la faute technique, l'avocat du praticien s'appuie sur un argument procédural. La faute technique ne constitue-t-elle pas une préten-

cer sur ce point, qu'une faute ait été effectivement commise ou non. L'enjeu financier du litige devient moindre : il se limite alors à la somme de 10 000 euros (perte de chance/préjudice moral).

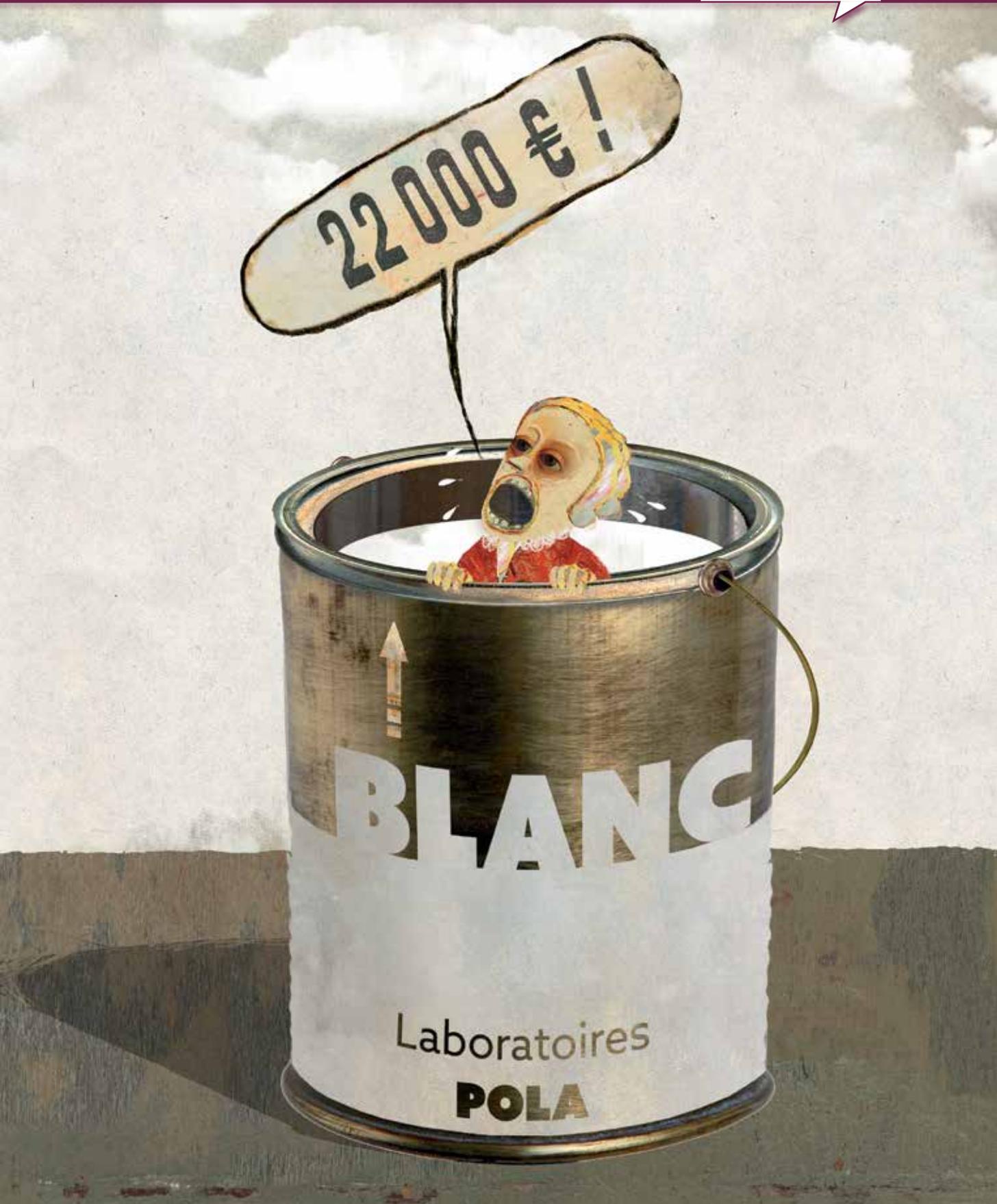
Mais la cour d'appel répond par la négative : ce n'est pas une prétention nouvelle parce que l'action tend « aux mêmes fins », c'est-à-dire à l'indemnisation de l'intégralité des préjudices subis, et repose sur un unique fondement juridique : l'article L. 1142-1 I du Code de la santé publique qui pose le principe d'une responsabilité pour faute.

Cela dit, concrètement, une faute est-elle établie ? La cour d'appel s'appuie sur le rapport d'expert pour conclure à un « manquement aux règles de l'art ». Le rapport mentionne plusieurs points. Il insiste notamment sur le fait que « la technique de blanchiment dentaire est régie par des règles de protocole très précises, et en particulier que les dents doivent être indemnes de caries ou de reconstitutions non étanches ». L'expert relève que « la radio panoramique effectuée par le D^r A » montre clairement une « reconstitution non étanche sur la dent 35 ». Il estime alors que le comportement du D^r A aurait dû être le suivant : soit il en informait M^{me} X, l'invitant à se rendre chez son praticien traitant, soit, en accord avec la patiente, il réalisait lui-même le traitement avant de procéder au blanchiment. »

Pour avoir manqué à son devoir d'information, le praticien est condamné à réparer à la fois le préjudice d'impréparation et la perte de chance de sa patiente.

mais elle est déboutée par le tribunal puisqu'elle n'a invoqué aucune faute technique du D^r A, ce qui ne manque pas de nous surprendre. Sans surprise cette fois, M^{me} X interjette appel; de manière triviale, elle escomptait davantage que les 3 000 euros accordés ! En cause

tion nouvelle, qui ne peut être soulevée pour la première fois en appel (elle aurait dû être présentée devant le tribunal de grande instance) en application de l'article 564 du Code de procédure civile ? L'argument est habile. Car si tel est bien le cas, la cour d'appel ne peut se pronon-



» Par ailleurs, sur cette même dent 35, il constate « la présence d'une reconstitution composite occluso-distale, et une reprise de carie sous-jacente ». Consécutivement aux douleurs ressenties par la patiente « au secteur mandibulaire antérieur et latéral gauche », nées postérieurement au traitement, le D^r A a posé une « reconstitution composite sur l'ancienne reconstitution, sans débrider la carie sous-jacente », puis en raison des douleurs persistantes, un « pansement temporaire après ouverture de la chambre pulpaire ». L'expert note qu'avant la fin des soins M^{me} X a consulté un autre praticien qui l'a soulagée en dévitalisant d'abord la dent 35, puis, une semaine plus tard, la dent 31, et enfin, deux ans plus tard, la dent 41. L'expert estime que « le D^r A n'a pas pris la peine de nettoyer correctement la carie présente sur la dent 35, se limitant à col-



lésion carieuse avant le début du soin ».

Concernant la sensibilité des dents 31 et 41, elle est, selon lui, apparue « immédiatement après les séances de blanchiment ; les deux dents ont subi un traumatisme à la suite de ce traitement, avec une déminéralisation, justifiant leur reconstitution par la réalisation de prothèses ». Bref, l'expert relie la reconstitution de la dent 41, réalisée deux ans plus tard, au traitement par blanchiment. Son avis final : le D^r A a procédé au blanchiment « sans qu'un bilan bucco-dentaire préa-

occasionnés par la technique du blanchiment sont établis.

S'agissant maintenant du défaut d'information, le praticien prétend n'être l'auteur d'aucun manquement : il prouve avoir réalisé une radio panoramique numérique et prétend avoir fourni oralement, à cette occasion, toutes les informations relatives à la technique de blanchiment. Si l'expert souligne dans son rapport l'absence d'écrit (ni devis préalable aux soins, ni document matérialisant l'information et le consentement éclairé), le juge se contente d'affirmer qu'il n'est produit devant lui aucun élément permettant de prouver le respect de l'obligation d'information. Or, comme chacun sait, c'est au praticien de prouver qu'il a bien informé le patient. Un deuxième manquement reproché au D^r A. Mais la cour d'appel considère qu'aucune perte de chance n'existe dans la mesure où la patiente a obtenu une réparation intégrale des préjudices subis dès lors qu'une faute technique a été reconnue. En revanche, elle admet le préjudice moral d'impréparation.

Au final, le montant des dommages-intérêts à recevoir par la patiente est de 9 631 euros au titre du préjudice corporel et de 2 000 euros au titre du préjudice d'impréparation, soit un peu plus que 11 500 euros, ce qui représente presque quatre fois plus qu'en première instance (3 000 euros), mais moitié moins que la somme espérée (environ 22 000 euros). ■

David Jacotot

(1) Aix-en-Provence, 16 juin 2016, n° 2016/280, RG n° 15/05555.

Invoquée en appel par la patiente, la faute technique est reconnue par la cour : le montant des dommages-intérêts est quadruplé pour s'élever à près de 12 000 euros.

ler sur l'ancienne une nouvelle reconstitution ». Il conclut que « ce soin incomplet n'a pas été conforme aux données actuelles de la science ». Il ajoute qu'il est « logique que les douleurs aient persisté, la patiente souffrant, avec association des douleurs occasionnées par la technique du blanchiment, où il est préconisé de traiter toute

lable indispensable afin d'écartier les contre-indications comme la présence de caries et/ou d'obturations non étanches ait été fait, alors que la patiente présentait à la fois une carie et une obturation non étanche ». Partant, la cour d'appel y voit également une faute prouvée : l'absence préalable de soins de la dent 35 et les traumatismes aux dents 31 et 41

Préjudices subis par une patiente : combien ça coûte ?

En résumé

Il est classique de présenter dans *La Lettre* des décisions de justice relatives à la responsabilité civile des chirurgiens-dentistes qui portent sur le point de savoir si le praticien a effectivement commis une faute technique ou un manquement à son devoir d'information. Il est, en revanche, moins fréquent d'évoquer les différents préjudices réparables et leur évaluation. L'arrêt d'une cour d'appel en date du 22 mars 2017 en offre l'occasion. Pas moins de neuf préjudices sont discutés...

Le contexte

En l'hypothèse de l'engagement de la responsabilité civile pour faute d'un chirurgien-dentiste, il arrive parfois que le contentieux porte moins sur la contestation de la faute elle-même que sur les préjudices subis par le patient et, ce faisant sur l'évaluation de la somme due par le praticien et son assureur⁽¹⁾.

En l'espèce, une patiente était suivie depuis de nombreuses années par le D^r G, chirurgien-dentiste. Lors des essais de pose d'un bridge, un morceau de la racine d'une dent s'est brisé. Une fracture de l'un des piliers

du bridge a été diagnostiquée. Le chirurgien-dentiste conseil de l'assureur du D^r G a conclu à une « erreur du praticien ». Puis la patiente a été hospitalisée en raison d'une infection de la dent 12.

Cet exposé sommaire permet d'aboutir à un scénario prévisible : la patiente saisit les juges. Une expertise est ordonnée, le rapport du « sachant » mentionnant « l'existence de négligences et d'insuffisances commises lors des soins ». La faute du D^r G est reconnue par le tribunal ; des dommages-intérêts sont alloués à la victime.

Un appel est interjeté, mais le débat judiciaire ne porte pas sur l'existence d'une faute, le D^r G



ne la contestant pas, mais sur les divers préjudices et leur chiffrage. Il est une règle en droit selon laquelle la victime a droit à la réparation de l'intégralité des préjudices subis : ni plus, ni moins. >>>

L'analyse

»»»

Premièrement, au titre des dépenses de santé effectuées, la patiente reproche au premier juge de ne lui avoir accordé que 113,72 euros après avoir retiré du total demandé (2 011,22 euros) le montant des prestations de sécurité sociale (1 897,50 euros). Elle soutient que la somme réclamée est restée à sa charge. Le praticien réplique que l'appelante n'en apporte pas la preuve. La cour d'appel examine les pièces produites aux débats pour établir la confirmation des assertions de la patiente. Elle déclare ne disposer que d'une facture de 672 eu-

lomètres), après avoir consulté à chaque fois son médecin-conseil. Elle ajoute que la préparation de sa défense lui a imposé de se rendre au cabinet de son avocat au moins à cinq reprises (2 110 kilomètres). Le praticien conteste l'ensemble de ses déclarations, l'appelante ne justifiant pas davantage qu'en première instance des distances précises qu'elle aurait parcourues. Il est suivi par la cour d'appel. Aucune somme supplémentaire n'est octroyée.

Troisièmement, au titre des dépenses de santé futures, le premier juge a alloué à la patiente 1 770,99 euros après déduction de la créance de la caisse primaire (881,50 euros). L'ap-

Parmi les éléments débattus, les frais de transport engagés pour préparer la défense ne sont assortis d'aucune pièce justificative et ne peuvent donc être dédommagés.

ros, somme concrètement restée à la charge de la patiente. La cour lui accorde ce montant. La décision des premiers juges est sur ce point réformée.

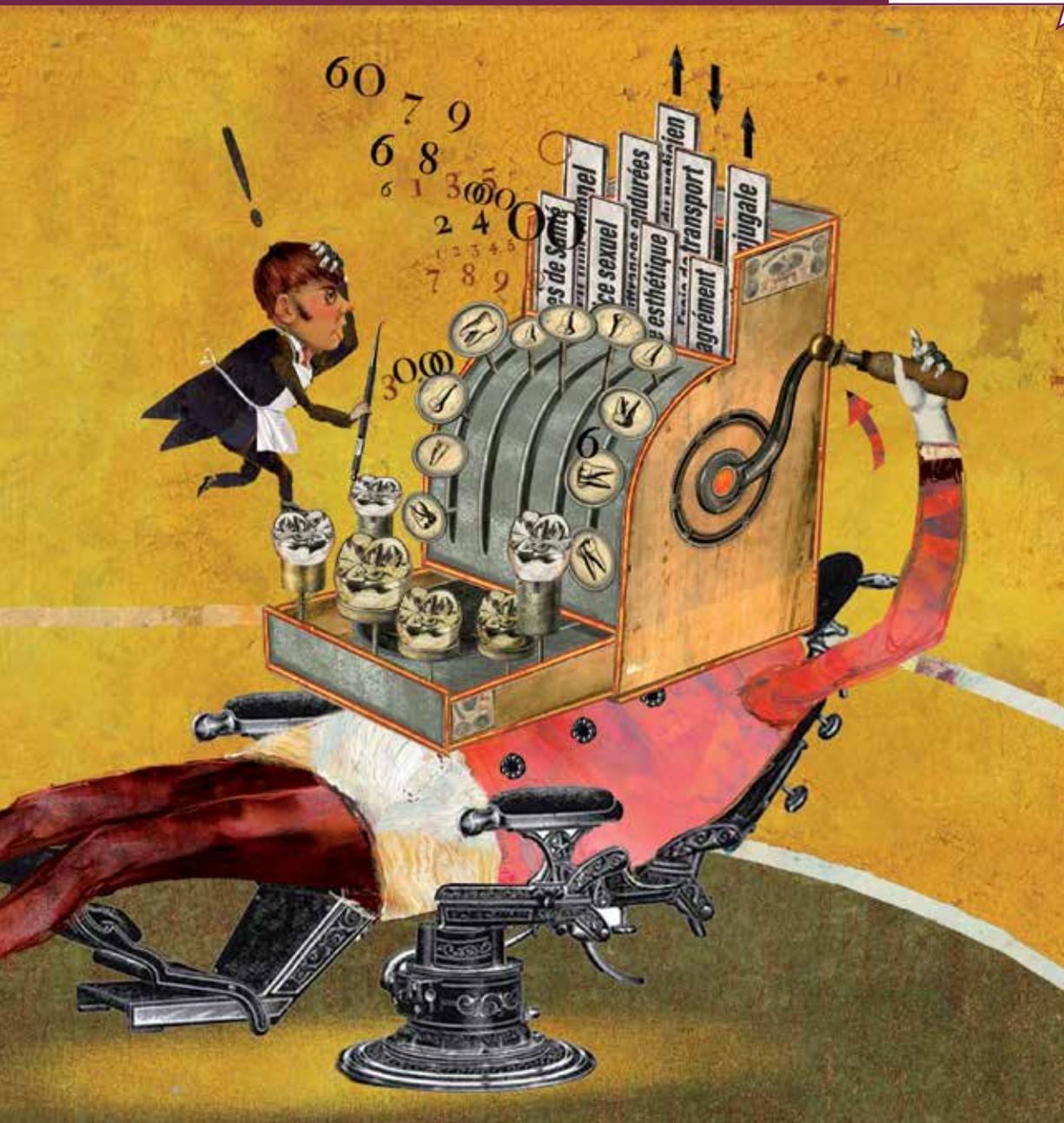
Deuxièmement, le praticien et la patiente s'accordent sur la prise en charge des honoraires du praticien-conseil de la patiente (1 409 euros). Mais cette dernière demande au titre des frais de transport une somme de 3 354,29 euros sur la base kilométrique de 0,53 euro. Elle précise qu'elle a dû se rendre à de nombreuses reprises à Brest pour son suivi médical et à trois reprises au cabinet de l'expert judiciaire à Rennes (1 266 ki-

lomètres), après avoir consulté à chaque fois son médecin-conseil. Elle ajoute que la préparation de sa défense lui a imposé de se rendre au cabinet de son avocat au moins à cinq reprises (2 110 kilomètres). Le praticien conteste l'ensemble de ses déclarations, l'appelante ne justifiant pas davantage qu'en première instance des distances précises qu'elle aurait parcourues. Il est suivi par la cour d'appel. Aucune somme supplémentaire n'est octroyée. Troisièmement, au titre des dépenses de santé futures, le premier juge a alloué à la patiente 1 770,99 euros après déduction de la créance de la caisse primaire (881,50 euros). L'ap-

pelante maintient sa demande initiale à hauteur de 2 913,46 euros. Le praticien conclut à la confirmation du jugement ; il souligne que l'augmentation de la demande est liée au fait que l'appelante applique désormais « *le barème de la Gazette du Palais 2013 et non plus celui de 2011* ». Selon la cour, il y a lieu de faire application du barème de capitalisation publié à la *Gazette du Palais* 2013, ce barème étant fondé sur une espérance de vie ressortant de tables récentes de mortalité ainsi que sur un taux d'intérêt corrigé de l'inflation, et ce pour répondre à l'exigence d'une réparation inté-

grale. La cour donne raison à la patiente. La somme allouée est égale à 2 913,46 euros. Quatrièmement, au titre des souffrances endurées, le premier juge a accordé la somme de 4 500 euros. La patiente réclame 6 000 euros en estimant qu'il n'a pas été suffisamment pris en compte ses souffrances psychologiques. La cour reprend le rapport d'expertise sur lequel les premiers juges se sont appuyés.





L'expert judiciaire a évalué les souffrances endurées à 2,5 sur 7, tout en précisant expressément que les souffrances sont réelles, tant physiquement que psychologiquement. La cour ne va pas au-delà des 4 500 euros.

Cinquièmement, pour ce qui est du préjudice esthétique, l'expert judiciaire l'a chiffré à 1 sur 7, en indiquant que «*les prothèses actuelles étaient de moins bonne qualité en particulier pour les*

prothèses amovibles ». Il est soutenu qu'une telle observation se rapporte à un préjudice esthétique permanent que le premier juge a réparé par une somme de 2 000 euros en rejetant la demande relative au préjudice esthétique temporaire. La patiente maintient ses revendications relatives à ce dernier préjudice en faisant valoir qu'elle s'est retrouvée édentée et qu'elle a porté des prothèses

provisoires non scellées, ce qui l'empêchait notamment de pouvoir sourire en public. Elle sollicite par ailleurs pour son préjudice esthétique permanent la somme de 2 500 euros. Pour la cour, le préjudice esthétique provisoire est réel ; la somme due est fixée par les juges à 1 000 euros. Ils confirment en outre la somme de 2 000 euros en réparation du préjudice esthétique permanent. >>>

» Sixièmement, s'agissant du déficit fonctionnel permanent, l'expert judiciaire l'a évalué à 4,5 %. Le premier juge a accordé une somme de 4 275 euros. La patiente considère l'indemnisation insuffisante pour prendre en compte les troubles dans les conditions d'existence, l'atteinte à la qualité de vie et les douleurs psychologiques. Elle sollicite 9 000 euros. Le praticien demande que le jugement soit confirmé. La cour remarque que l'expert judiciaire a calculé ce déficit dent par dent et que, lors de la consolidation, la patiente était âgée de 62 ans. De là, pour tenir compte de l'ensemble du déficit, la cour octroie... 5 000 euros. Dont acte!

Septièmement, cette fois au titre du préjudice d'agrément, le tribunal a alloué 6 000 euros à la patiente, laquelle sollicite davantage : 15 000 euros. Pourquoi ? Pour la raison qu'elle exerçait une activité importante sur le plan musical en chantant en public et en donnant régulièrement des spectacles. Le chirurgien-den-



l'activité de chant étant beaucoup plus difficile avec des prothèses amovibles qu'auparavant lorsque la patiente portait des prothèses définitives. La cour d'appel juge la somme de 6 000 euros suffisante.

Huitièmement, le premier juge a rejeté la demande formée au titre d'un préjudice sexuel. La patiente prétend obtenir une in-

sexuels, un préjudice lié à l'acte sexuel ou une atteinte de la fonction de reproduction. La cour conclut que la patiente n'apporte pas la preuve d'un tel préjudice. Pas simple effectivement...

Neuvièmement, l'époux de la patiente reproche au premier juge d'avoir rejeté sa demande de dommages-intérêts. Il soutient que sa vie conjugale a été perturbée en raison des séquelles consécutives aux soins apportés par le Dr G. À quelle hauteur ? 10 000 euros en réparation de son préjudice moral. La cour d'appel ne lui donne pas satisfaction : selon elle, l'époux ne justifie d'aucun préjudice particulier. En définitive, chacun aura pu s'apercevoir que le contentieux de la responsabilité ne se limite pas au débat relatif à la faute, mais qu'il intéresse également les préjudices subis et leur évaluation. ■

David Jacotot

(1) Cour d'appel de Rennes, 22 mars 2017, RG n° 14/07964.

Déficit fonctionnel permanent, douleurs psychologiques, troubles dans les conditions d'existence, préjudice d'agrément et sexuel... Telle est la liste, déjà longue et pourtant non exhaustive, des dommages exposés à évaluer.

tiste répond, d'une part, que l'activité de chant ne lui était pas totalement impossible et, d'autre part, que l'appelante ne démontre pas l'importance de son activité antérieure sur le plan musical. L'expert judiciaire avait, quant à lui, considéré que le préjudice d'agrément était certain,

demnisation de 10 000 euros dans la mesure où ses problèmes dentaires ont fortement impacté sa vie de couple. Pour la cour d'appel, le préjudice sexuel recouvre trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : une atteinte aux organes

L'absence durable de l'assistante, juste motif de licenciement ?

En résumé

Que faire lorsqu'une assistante dentaire (ou plus généralement un salarié) est absente de manière prolongée pour cause de maladie d'origine non professionnelle ? Est-il possible de la licencier ? Oui, sous certaines conditions, répond, à juste titre, une cour d'appel dans un arrêt du 31 mars 2017. Le chirurgien-dentiste (employeur) doit prouver, d'une part, une absence répétée ou prolongée perturbant le fonctionnement de l'entreprise et, d'autre part, le recrutement par contrat de travail à durée indéterminée d'un autre salarié, et ce sous bref délai après le licenciement. En l'espèce, ces conditions ont été jugées remplies.

Le contexte

L'absence durable d'un salarié pour cause de maladie constitue-t-elle un motif légal de licenciement ? C'est à cette question que répond une cour d'appel dans le cadre d'un litige où l'une des parties est une société civile de moyens (SCM) ayant pour associés deux chirurgiens-dentistes⁽¹⁾. L'on apprend que M^{me} X a été embauchée par une SCM sous contrat de travail à durée indéterminée (CDI) et à temps complet en 1992 en qualité d'assistante dentaire qualifiée. En définitive, la structure emploie deux assistantes. Le contrat de travail de M^{me} X a été suspendu pendant une année (du 16 juillet 2013 au 12 juillet 2014) en raison d'une maladie d'origine non professionnelle. Avant la fin

de l'arrêt maladie, en l'occurrence le 30 juin, l'employeur a notifié à la salariée la rupture de son contrat, plus exactement son licenciement.

L'assistante a donc saisi le conseil de prud'hommes qui a déclaré le licenciement justifié (techniquement, il s'agit d'«un licenciement ayant une cause réelle et sérieuse»). Insatisfaite, l'assistante a interjeté appel. En droit, il est essentiel de bien comprendre qu'un employeur ne peut mettre fin à un contrat en raison de l'état de santé d'un salarié ; il serait alors l'auteur d'une mesure discriminatoire, qui se traduirait par un licenciement nul. Le coût d'une telle rupture n'est pas négligeable. Selon l'article L. 1235-3-1 du Code du travail, «le juge octroie au salarié une indemnité, à la charge de l'employeur, qui ne peut être inférieure aux salaires des six derniers

mois»⁽²⁾. S'y ajoute «le paiement du salaire, lorsqu'il est dû, qui aurait été perçu pendant la période couverte par la nullité».

Illustrons le propos. Imaginons que le salarié saisisse le juge immédiatement après la rupture, sachant qu'en première instance un conseil de prud'hommes statue dans un délai moyen de 14 mois. En l'hypothèse, il s'est écoulé 14 mois entre le licenciement et l'annulation décidée par le juge. Le salarié peut donc obtenir 14 mois de salaire auxquels s'ajoutent six mois (sans oublier les charges sociales) ainsi que «le remboursement par l'employeur fautif aux organismes intéressés de tout ou partie des indemnités de chômage versées au salarié licencié, du jour de son licenciement au jour du jugement prononcé, dans la limite de six mois d'in- >>>

»» demnités de chômage»⁽³⁾. L'on y soustrait les revenus de remplacement perçus par le salarié⁽⁴⁾. Bref, l'ardoise est salée! L'état de santé n'est pas un motif licite de licenciement. Quel motif peut alors le justifier? Deux hypothèses. La première suppose d'attendre, d'organiser une visite médicale auprès du médecin du travail, lequel pourra déclarer le salarié inapte, celui-ci ne pouvant être licencié que si aucun poste de reclassement ne peut lui être proposé⁽⁵⁾. C'est la seconde qui a été choisie, soit un motif construit par la Cour de cassation.

L'analyse

Son développement est le suivant : « Si l'article L. 1132-1 du Code de travail fait interdiction de licencier un salarié notamment en raison de son état de santé ou de son handicap, ce texte ne s'oppose pas au licenciement motivé, non par l'état de santé du salarié, mais par la situation objective de l'entreprise dont le fonctionnement est perturbé par l'absence prolongée ou les absences répétées du salarié; [...] ce salarié ne peut toutefois être licencié que si les perturbations entraînent la nécessité pour l'employeur de procéder au remplacement définitif par l'engagement d'un autre salarié, lequel doit intervenir à une date proche du licenciement⁽⁶⁾. » La haute juridiction pose deux conditions cumulatives : d'une part, une absence répétée ou prolongée perturbant le fonctionnement de l'entreprise; d'autre part, le recrutement par contrat de travail à durée indéterminée d'un autre salarié, et ce sous bref délai après le licenciement.

C'est une règle comparable que l'on retrouve à l'article 3.6.1 de la convention collective nationale des cabinets dentaires. Ce texte stipule, en effet, que « les conséquences sur le fonctionnement du cabinet des absences continues ou discontinues, égales ou supérieures à quatre mois, excepté pour les salariées en état de grossesse déclarée, peuvent justifier le licenciement de l'intéressé(e) si les deux conditions ci-après sont remplies : l'absence du salarié perturbant le fonctionnement du cabinet interdit à l'employeur de compter sur l'exécution régulière du contrat de travail; l'absence rend nécessaire le remplacement définitif du salarié par un contrat de travail à durée indéterminée ». Une précision importante toutefois : cette convention collective prévoit en quelque sorte une garantie d'emploi pendant quatre mois, c'est-à-dire que l'employeur ne peut rompre pour ce motif qu'une fois cette période échu. Dit autrement, l'employeur est tenu de maintenir le contrat de travail du salarié tant que la période d'absence visée par la convention collective n'a pas expiré; à défaut, le licenciement est nécessairement injustifié⁽⁷⁾.

Les deux conditions étaient-elles réunies en l'espèce? La cour d'appel répond par l'affirmative. Voici les éléments retenus :

- L'absence pour cause de maladie dépasse les quatre mois requis;
- L'absence répétée de la salariée a conduit à une désorganisation du cabinet en raison de l'impossibilité de recruter pour des courtes durées des personnes ayant la qualification de M^{me} X. Du reste, la SCM justifie de démarches pour tenter d'y parvenir, lesquelles sont toutes demeurées vaines. Parmi les démarches

sont citées les demandes auprès de la Commission nationale de qualification des assistantes dentaires et du président de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes ainsi que la publication d'une annonce auprès de Pôle emploi;

- L'existence d'attestations établissant la réalité de la désorganisation alléguée et de témoignages qui émanent d'un fournisseur prothésiste, lequel fait état de la désorganisation du planning des rendez-vous de prothèses, du personnel d'entretien du cabinet, etc.;

- La SCM a réalisé, à dix reprises, des embauches sous contrat à durée déterminée, témoignant de sa volonté de conserver M^{me} X comme salariée;
- La SCM a embauché à compter du 16 juin 2014 M^{me} B en qualité d'assistante dentaire qualifiée sous contrat à durée indéterminée, procédant ainsi au remplacement définitif de M^{me} X. En conséquence, le licenciement est justifié. ■

David Jacotot

(1) Cour d'appel de Besançon, 31 mars 2017, RG n° 15/02517.

(2) Sachant que le salarié peut demander à être réintégré. Dans ce cas, cette indemnité n'est pas due.

(3) Article L. 1235-4 du Code du travail.

(4) Selon notre interprétation du texte, il faut retirer les revenus de remplacement, par exemple les allocations chômage perçues.

(5) Articles L. 1133-3, L. 1226-10 et suiv. du Code du travail (inaptitude résultant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail) ou L. 1226-4 et suiv. du même code (inaptitude ayant pour origine une maladie ou un accident non professionnel).

(6) Cass. soc., 23 janvier 2013, pourvoi n° 11-13204.

(7) Cass. soc. 11 juillet 2000, pourvoi n° 98-41798, Bull. civ. 2000, V, n° 270, p. 213.

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ SÉCURITÉ DES CABINETS DENTAIRES

Les chirurgiens-dentistes souhaitant déclarer des faits de violences commis dans le cadre de leur exercice sont invités à remplir la « *fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle* » éditée par l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), disponible en téléchargement sur le site Internet de l'ONVS et sur celui de l'Ordre. Cette fiche ne se substitue pas au dépôt d'une plainte devant les services de police ou de gendarmerie.



✓ LICENCIEMENT

Lorsqu'un salarié est absent de manière prolongée pour cause de maladie non professionnelle, sous réserve que le chirurgien-dentiste employeur prouve que cette absence perturbe le fonctionnement de l'entreprise et, d'autre part, qu'il a recruté un autre salarié en CDI, le juge estime que les conditions sont réunies pour un licenciement.



✓ BLANCHIMENT

Procéder à un blanchiment des dents sans qu'un bilan bucco-dentaire préalable, indispensable afin d'écartier les contre-indications comme la présence de caries et/ou d'obturations non étanches, ait été correctement fait engage évidemment la responsabilité du praticien.

✓ FORMATION INITIALE

Un nouveau dispositif d'admission directe en deuxième ou en troisième année des études, dontologiques vise à élargir les profils des candidats en ouvrant notamment la porte aux professions médicales et paramédicales, aux ingénieurs, aux enseignants-chercheurs, etc.



La Lettre n° 159 – Juillet-Août 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/

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. 1, 2, 20, 25, 27, 30-31, 44. DR : pp. 13, 15, 16, 18, 24, 32.

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

Agression physique ou verbale, vol, incivilités : déclarez-les *via* la fiche de signalement



www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/
> **Sécurité des chirurgiens-dentistes**