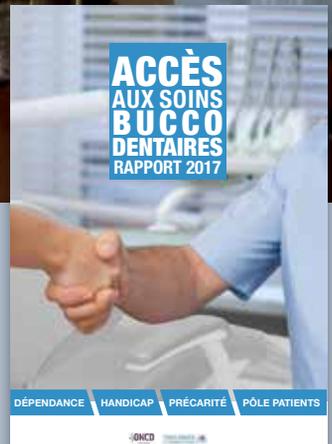


L'ORDRE S'ENGAGE CONTRE LES DÉRIVES SECTAIRES



LA SORTIE DU 1^{ER} RAPPORT SUR L'ACCÈS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES



4

L'ÉVÉNEMENT

Une convention avec la Miviludes contre les dérives sectaires

ACTUALITÉS

- 11 MALADIES PROFESSIONNELLES**
Répondez à notre enquête sur le burn out
- 12 TOURISME DENTAIRE**
Les chiffres du tourisme dentaire en 2016
- 17 ASSOCIATION DENTAIRE DE FRANCE**
Le stand de l'Ordre au Congrès ADF
- 18 ACCESSIBILITÉ**
Un registre public d'accessibilité depuis le 30 septembre
- 20 LUTTE ANTI-TABAC**
Avec l'Ordre, participez au Moi(s) sans tabac
- 22 EXERCICE ILLÉGAL**
Exercice illégal : clap de fin pour un prothésiste à Toulouse
- 24 VIE ORDINALE**
Le bureau du Conseil national à Périgueux
- 25 RAPPORT D'ACTIVITE**
La parution du rapport annuel 2016 de l'Ordre
- 27 EN BREF**



28

Une accélération décisive sur le dossier de l'accès aux soins

JURIDIQUE

- 34 COUR DE CASSATION**
Quand une fraude à la « sécu » se voit qualifiée d'escroquerie



- 39 COUR DE CASSATION**
De l'impérieuse nécessité de bien lire son contrat de prévoyance

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

Mission

Le devoir de soigner tout un chacun est profondément arrimé à tout exercice médical. Il relève de la responsabilité de notre profession, comme il relève de la mission de l'Ordre d'en être le garant devant la collectivité nationale. C'est ainsi qu'il faut lire l'engagement du Conseil national en faveur de l'accès aux soins des publics vulnérables, que concrétise aujourd'hui la parution du rapport 2017 *Accès aux soins bucco-dentaires*. Ce travail marque une étape déterminante de ce chantier piloté, au Conseil national, par la commission de la vigilance et des thérapeutiques ainsi que le pôle Patients. Il recense toutes les initiatives pérennes œuvrant pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de dépendance ou de précarité. À travers cet outil de synthèse, c'est aussi

« C'est en priorité vers le circuit de la médecine bucco-dentaire de ville que doivent être orientés les publics vulnérables. »

une dynamique que le Conseil national a enclenchée.

Il s'agit de fédérer toutes les énergies et de reproduire les expériences qui font

la démonstration, partout en France, de leur efficacité.

On constatera du reste, à la lecture du rapport, que les acteurs engagés dans cette politique – à commencer par les «*référents Handicap*» et les coordinateurs régionaux, issus des conseils de l'Ordre – se recrutent au sein de la profession, le plus souvent via un engagement associatif. On mesure aussi et surtout à quel point ce sont toutes les composantes de la profession qui sont engagées dans ce combat, souvent relayées, il convient de le souligner par la sphère publique grâce, entre autres, aux ARS. C'est ce réseau et cette implication de la puissance publique qu'il convient maintenant de faire vivre autour de ce grand objectif de l'accès pour tous aux soins bucco-dentaires. Avec, à l'esprit, une donnée fondamentale : chaque fois que possible, c'est vers le circuit classique de la médecine bucco-dentaire de ville que doivent être orientés ces publics pour être soignés.

DÉRIVES SECTAIRES : LA SIGNATURE D'UNE CONVENTION AVEC LA MIVILUDES





Le Conseil national de l'Ordre vient de signer une convention avec la Miviludes afin de lutter contre les dérives sectaires en médecine bucco-dentaire. L'occasion de faire le point sur ce que recouvrent ces pratiques et de livrer des outils pratiques aux chirurgiens-dentistes susceptibles d'y être confrontés.

« **L**a maladie est une porte d'entrée rêvée pour les mouvements à caractère sectaire, qui profitent de la souffrance, de l'inquiétude, de l'angoisse des malades et de leur famille pour mieux exercer leur emprise », explique Serge Blisko, président de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes). Les chiffres parlent d'eux-mêmes : les dérives sectaires dans le domaine de la santé représentent aujourd'hui près de 40 % de l'ensemble des signalements (2 500 en 2016) enregistrés par la Miviludes.

C'est donc en toute logique que l'Ordre national des chirurgiens-dentistes a signé, le 20 septembre dernier, une convention avec la Miviludes. Elle traduit la nécessité de développer un travail de veille sur le sujet pour mieux protéger les patients et les chirurgiens-dentistes des dérives thérapeutiques à caractère sectaire.



»»» Concrètement, les objectifs de ce partenariat consistent à «*échanger plus facilement des informations entre nos deux instances. La convention fixe donc un contact plus formalisé, en particulier lorsque l'on nous signale un praticien qui semble poser problème. Jusqu'à présent les signalements de dérives identifiées chez les chirurgiens-dentistes sont très faibles par rapport aux dérives enregistrées en médecine ou en kinésithérapie, par exemple*», détaille Serge Blisko (lire son interview page 9).

En pratique, les praticiens sont donc désormais officiellement intégrés dans la lutte contre les dérives sectaires dans leur domaine médical propre. La Miviludes avait déjà, au préalable, consacré un chapitre de son guide aux chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾. Il envisage différentes situations susceptibles d'être rencontrées et les démarches à suivre (lire l'article page 8).

Mais qu'est-ce que la Miviludes ? Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ? De quels moyens d'action se sont dotés la Miviludes et l'Ordre des chirurgiens-dentistes ? Réponses ci-dessous.

Qu'est-ce que la Miviludes ?

La Miviludes est un organisme interministériel rattaché au Premier ministre. La Mission est constituée de 15 agents de l'État mis à sa disposition. C'est une structure pluridisciplinaire issue des ministères suivants : Intérieur, Justice, Affaires sociales et Santé, Économie et Finances, Éducation nationale. Un conseil d'orientation composé d'universitaires, de chercheurs et des repré-

sentants des grandes associations luttant contre les dérives sectaires évalue et oriente ses travaux. Un rapport annuel est remis au Premier ministre.

Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ?

Selon la Miviludes, il s'agit d'un «*dévoisement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte à l'ordre public, aux lois ou aux règlements, aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes. Elle se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir*

ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou la société».

«*Constellations dentaires*», «*décodage dentaire*» : des cas de dérives sectaires dans notre domaine médical ont été identifiés par la Miviludes, qui avaient du reste également été repérés par l'institution ordinale (lire l'article page 10). Mais, attention, toutes les techniques que peuvent utiliser les chirurgiens-dentistes dans leur arsenal thérapeutique (dont certaines alternatives) ne relèvent pas des dérives sectaires ; il

Les dérives sectaires en chiffres ⁽¹⁾

- Quatre Français sur dix ont recours aux médecines dites « alternatives », dont 60 % parmi les personnes atteintes d'un cancer.
- Il existe plus de 400 pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.
- La Miviludes dénombre 1 800 structures d'enseignement ou de formation « à risques » dans le domaine de la santé.
- 4 000 « psychothérapeutes » autoproclamés n'ont suivi aucune formation et ne sont inscrits sur aucun registre.
- La Miviludes recense près de 200 « biodécodeurs », plus de 800 kinésologues et environ 3 000 médecins qui seraient en lien avec la mouvance sectaire.
- La Miviludes répond à plus de 2 500 requêtes par an émanant de particuliers ou de services publics, dont 40 % concernent le domaine de la santé.
- En 2016, moins de cinq signalements enregistrés à la Miviludes concernaient des chirurgiens-dentistes.

(1) Selon les données de la Miviludes.



a donc semblé nécessaire de placer l'Ordre au centre des recommandations à destination des chirurgiens-dentistes et de l'enregistrement des signalements.

De quels moyens d'action se sont dotés l'Ordre et la Miviludes ?

Deux référents « *Dérives sectaires* » ont été désignés au sein du Conseil national de l'Ordre comme interlocuteurs privilégiés de la Miviludes. Ils travaillent actuellement à la rédaction de fiches pratiques à l'intention des chirurgiens-dentistes. D'autre

part, il est envisagé une sensibilisation des conseillers ordinaires par la Miviludes sur les risques de dérive sectaire en santé dans le cadre de l'exercice de la chirurgie dentaire. De la même façon, une formation spécifique pourra être proposée aux conseillers ordinaires visant à définir une stratégie de prévention des dérives sectaires en santé. Cette formation – qui pourra ainsi être retransmise à l'ensemble des chirurgiens-dentistes – se destine à « *aider à repérer le plus précocement possible les risques afin d'agir en conséquence [et à] appréhender les mé-*

canismes de la relation d'emprise qui constituent le principal facteur de risque des troubles physiques et psychiques chez les personnes vulnérables », précise la convention. Les représentants de l'Ordre pourront apporter leur éclairage sur les pratiques de la profession. Ils se réuniront tous les ans avec les représentants de la Miviludes afin d'établir un bilan des actions menées. ■

(1) Le guide est téléchargeable à partir du lien <http://www.derives-sectes.gouv.fr/missions/actualites/guide-sant%C3%A9-et-d%C3%A9rives-sectaires>



Dérives sectaires : que doit faire le chirurgien-dentiste ?

Dans le guide *Santé et dérives sectaires*, la Miviludes consacre un chapitre aux chirurgiens-dentistes qui va bientôt faire l'objet d'une réactualisation. Cet ouvrage est destiné à aider à repérer les situations de danger et à proposer des outils pratiques pour pouvoir agir en conséquence. Ci-dessous sont présentées trois situations que peuvent rencontrer les praticiens et les comportements préconisés.

CAS N° 1

Un praticien soigne un patient membre d'un mouvement sectaire

Quelle évaluation doit-il faire de la situation ?

Le praticien évaluera et appréciera en conscience le risque auquel la santé de son patient est exposée du fait de son appartenance à un mouvement sectaire. Il veillera à ne pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. Il pourra requérir l'expertise de son conseil départemental de l'Ordre.

Quelle conduite doit-il tenir ?

L'Ordre préconise au praticien de se rapprocher du conseil départemental dont il dépend qui fera suivre sa requête au Conseil national.

CAS N° 2

Un praticien suppose qu'un patient a été approché par un mouvement sectaire

Quelle évaluation doit-il faire de la situation ?

Le praticien s'assurera, grâce au faisceau d'indices indiqués ci-dessous, que ses soupçons sont fondés si son patient souhaite :

- renoncer au traitement conventionnel qu'il observait jusqu'alors tout en faisant l'éloge de thérapies parallèles qui lui ont été présentées par un mouvement, un pseudo-thérapeute ou un proche ;
- utiliser des produits et/ou des appareils susceptibles de constituer un danger pour sa santé ;
- se conformer à des pratiques alimentaires manifestement dangereuses pour sa santé ;
- rompre avec son environnement familial, social et professionnel.

Quelle conduite doit-il tenir ?

Si le praticien a acquis la conviction que son patient a été approché par un mouvement sectaire ou par un pseudo-thérapeute déviant, il devra se rapprocher du conseil départemental dont il dépend.

CAS N° 3

Un praticien soupçonne un confrère d'être engagé dans une dérive sectaire

Il veillera par tous les moyens légaux à confirmer l'existence de signes évocateurs d'une dérive sectaire. Il alertera le conseil départemental de l'Ordre tout en veillant au respect des dispositions du Code de déontologie. Il pourra également interroger la Miviludes, via le conseil de l'Ordre, sur ce praticien ou sa pratique afin de conforter ses doutes et/ou d'obtenir des informations complémentaires sur la dangerosité de la méthode utilisée au regard d'un risque de dérive sectaire. ■

« 40 % des signalements dans le secteur de la santé »

Entretien avec **Serge Blisko**, président de la Miviludes

Médecin, député de Paris de 1997 à 2012, vice-président du groupe d'études sur les sectes à l'Assemblée nationale, vous êtes président de la Miviludes à travers laquelle vous poursuivez votre engagement contre les mouvements sectaires.

Quelles sont les missions de la Miviludes ?

Créée voilà 15 ans, la Miviludes a pour mission des actions de prévention et d'information sur les dangers des dérives sectaires aussi bien à destination du grand public que des professionnels. Nous n'avons ni un rôle répressif ni d'enquête, mais nous sommes en liaison permanente tant avec les ministères de la Santé et de la Justice qu'avec les Ordres. Nous sommes des lanceurs d'alerte lorsque nous décelons l'émergence d'une problématique sectaire. J'ajoute que 40 % des signalements traités par nos services concernent le domaine de la santé.

C'est beaucoup... Comment l'expliquez-vous ?

La médecine est devenue de plus en plus technicisée, efficace, complexe et froide, en oubliant trop souvent la prise en charge psychologique du patient. Cette lacune peut créer chez certains patients le désir de se tourner vers des médecines alternatives qui intègrent davantage l'idéologie du bien-être. Par ailleurs, aujourd'hui, entre 10 % et 20 % de la population vit avec une affection de longue durée (ALD). Ces personnes sont dans un rapport à la santé complexe : elles sont à la fois bien portantes, souhaitent reprendre le travail avec une vie de famille et sociale, mais portent aussi une vulnérabilité qui s'accroît lorsqu'il s'agit de faire des bilans de santé, par exemple tous les six mois. Elles entrent alors dans un état d'instabilité, d'angoisse ou d'inconfort. Leur espérance de vie est quasiment la même que celle de la population générale, mais elles suivent un traitement à vie avec des effets secondaires et des contraintes lourdes. C'est précisément dans ce terreau que s'infiltrèrent les pseudo-thérapeutiques, avec des dérives parfois sectaires, en proposant des solu-



tions « miracles » qui délesteraient les patients des contraintes liées aux traitements conventionnels.

À partir de quand une dérive thérapeutique devient-elle sectaire ?

La dérive thérapeutique devient sectaire lorsqu'elle essaie de faire adhérer le patient à une croyance, à un nouveau mode de pensée lui faisant perdre son autonomie, sa liberté, son libre arbitre. Le patient obéit alors

à son gourou-thérapeute qui est porteur d'une théorie non validée par la science. Il se produit un endoctrinement, une sujétion psychologique, qui conduisent peu à peu le patient à rompre avec la médecine, puis avec sa famille et son environnement.

Le ministère de la Santé est-il mobilisé dans ce combat contre les dérives sectaires ?

Le ministère de la Santé a parfaitement compris l'enjeu. Les 11 vaccins rendus obligatoires pour les enfants à partir de janvier 2018 en sont une illustration. La ministre, Agnès Buzyn, a tranché cette question qui soulève de nombreuses réflexions liées aux dérives sectaires.

On sait que le secteur de la formation est un terreau de dérives sectaires. Quelles actions avez-vous mises en place dans le secteur de la santé ?

Nous avons signé une convention avec l'Agence nationale du développement professionnel continu. C'était fondamental dans la mesure où elle garantit la qualité des formations continues et concourt à leur financement. L'objectif de cet accord consiste à détecter, à pourchasser et à éliminer les formations fantaisistes ou sujettes aux dérives. Par ailleurs, nous avons signé une convention avec les Ordres des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers. ■



Quatre cas de dérives potentiellement sectaires dans le domaine dentaire

Les « méthodes » présentées ci-dessous ne sont ni éprouvées ni validées scientifiquement. La Miviludes considère qu'elles peuvent être d'une efficacité redoutable dans le processus d'emprise mentale et conduire certains patients à l'arrêt de leur traitement conventionnel et à des ruptures familiales.

LE « DÉCODAGE DENTAIRE »

Le décodage dentaire consiste dans la lecture des informations portées par les dents, dans l'intention de permettre au patient une prise de conscience d'un problème relationnel traumatisant, conflictuel. La technique du « décodage dentaire » se base sur les lois fondamentales mises au point par Ryke Geerd Hamer ⁽¹⁾.

LE « BIOMAGNÉTISME HUMAIN »

Le biomagnétisme humain est présenté par ses concepteurs comme « le système vital qui anime l'homme, lequel peut l'utiliser en thérapeute au profit de la santé d'autrui » ou encore comme une « science énergétique biologique ». Le biomagnétisme humain permettrait, selon ses promoteurs, de débarrasser une personne de toutes les énergies usées, stagnantes, qui perturbent sa santé. Après quoi, l'organisme est capable d'accueillir des énergies nouvelles, salutaires et sans danger...

LES « CONSTELLATIONS DENTAIRES »

Certains « praticiens » prétendent que « la dent, en tant que partie de soi, est un lieu de stockage en lien avec les mémoires appartenant au système familial. À partir d'une dent se retrouvent des séquences de notre vécu, de celui de nos parents ou de nos aïeux, voire de notre entourage. Les échanges et la communication ne se limitent pas à la simple famille génétique : la totalité des informations est présente dans le champ de résonance morphique et dans l'espace de vie. Chaque dent est porteuse d'une histoire, ou d'un bagage de vie unique et non superposable à celui d'une autre personne. Chacune est unique, de même que chaque personne est unique »... L'acte thérapeutique consisterait à réparer les fondements, c'est-à-dire à suivre le fil de la fissure et à le remonter jusqu'à sa source.

LA « DENTISTERIE HOLISTIQUE »

Cette technique qui n'est pas une spécialité considère les dents non comme des or-

ganes séparés, mais en interaction permanente à de multiples niveaux avec le reste du corps. L'approche holistique tient compte des blocages émotionnels associés à un problème dentaire et donne à l'approche psychosomatique sa juste place dans le processus thérapeutique global. La dentisterie holistique appréhende le patient dans sa globalité. Elle constitue par conséquent une approche très vaste puisqu'elle englobe à la fois les soins et les traitements de la dent en tant qu'organe physique et énergétique tout en tenant compte des aspects psychologiques liés à la dimension émotionnelle. ■

(1) La Miviludes a eu à de nombreuses reprises à traiter des théories de Ryke Geerd Hamer, condamné en 2004 à trois ans de prison ferme pour escroquerie et complicité d'exercice illégal de la médecine, à la suite de la plainte déposée par un homme dont l'épouse atteinte d'un cancer du sein est décédée du fait du refus de traitements éprouvés.

Répondez à notre enquête sur le *burn out*

Courant novembre, les praticiens recevront par mail une invitation à répondre à une enquête lancée par le Conseil national sur le *burn out*. L'enjeu consiste à faire reconnaître cette maladie professionnelle.

Le syndrome d'épuisement professionnel, mal du siècle?

Dans un contexte où les contraintes (administratives, juridiques, légales...) pèsent de plus en plus sur les épaules des chirurgiens-dentistes, le Conseil national de l'Ordre lance une enquête auprès de ses ressortissants pour évaluer le stress lié à leur activité, identifier et prévenir les risques de *burn out*.

Cette enquête se présente sous la forme d'un questionnaire anonyme via une opération d'e-mailing qui sera réalisée courant novembre auprès des praticiens. Quelques minutes suffiront pour y répondre. L'Ordre attire l'attention des confrères et des consœurs qu'ils soient ou non concernés, sur l'importance de leur participation, afin d'évaluer au mieux le nombre de praticiens en état de fragilité et les causes qui peuvent induire cette situation d'extrême fatigue. Plus il y aura

de réponses, plus les résultats de l'enquête seront pertinents.

Le *burn out* est une maladie professionnelle dont s'emparent de plus en plus le gouvernement et les professions médicales. En effet, le ministère de la Santé a lancé une opération le 5 décembre 2016 afin de «porter une stratégie politique» pour répondre à cette problématique. «No-

tre action a pour but de faire prendre conscience à nos instances politiques de l'ampleur du phénomène. Ces situations de plus en plus fréquentes doivent être reconnues et prises en charge comme "maladies professionnelles"», affirme Jean Molla, conseiller national représentant les départements des Yvelines, de l'Essonne, du Val-de-Marne et du Val-

d'Oise. Et de renchérir : «Les chirurgiens-dentistes font partie des professions les plus touchées par le *burn out*.» C'est pourquoi, répétons-le, l'Ordre compte sur la participation de toutes et de tous afin de porter assistance dès à présent aux consœurs et aux confrères victimes de *burn out* et d'apporter des solutions pour les années à venir. ■







Les chiffres du tourisme dentaire en 2016

L'exode redouté des Français attirés par des offres attrayantes pour des soins prothétiques ou implantaires n'a définitivement pas lieu. Les derniers chiffres du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) indiquent que la part des soins dentaires réalisés à l'étranger ne représente que 0,1 % du remboursement global de ce type de soins.

L'explosion du nombre de Français attirés par les tarifs des soins bucco-dentaires proposés à l'étranger ne se confirme pas, tant s'en faut. Pour Étienne Calon, médecin-conseil au Centre national des soins à l'étranger (CNSE), le tourisme dentaire reste

«très marginal au regard des données globales des dépenses de soins dentaires en France». En effet, l'an passé, la part des soins dentaires réalisés à l'étranger ne représentait, comme en 2015, que 0,1 % de la prise en charge globale des soins dentaires par l'assurance maladie.

Autrement dit, les tarifs très attractifs pour des soins prothétiques et implantaires pratiqués dans les pays de l'Est comme la Hongrie ne déterminent pas le choix des Français en matière de soins bucco-dentaires. Étienne Calon avance plusieurs raisons : «Même si l'économie potentielle est

avérée, les contraintes, au premier rang desquelles le voyage lui-même, sont dissuasives. De plus, le nombre de rendez-vous répartis sur une courte durée pour des soins lourds peut créer des réticences. De fait, l'extraction de huit ou dix dents en deux jours, n'est pas envisagée comme

Focus sur les cinq destinations les plus populaires

La Hongrie, l'Espagne, le Portugal, l'Italie et en Allemagne concentrent 74,3 % des dossiers bucco-dentaires à l'étranger (soit 22 300 dossiers), 81,7 % des dépenses des assurés (plus de 11,7 millions d'euros contre 9,3 millions d'euros en 2015) et 82,5 % des remboursements (près de 2,6 millions d'euros contre 2,2 millions d'euros en 2015). Les assurés ont dépensé près de 4 millions d'euros en Hongrie, plus de 3,4 millions d'euros en Espagne, plus de 2,3 millions d'euros au Portugal et près de 1,4 million d'euros en Italie. Les prestations réalisées et l'origine géographique des assurés recouvrent des réalités sensiblement différentes selon le pays des soins.

• HONGRIE

Il s'agit essentiellement de soins prothétiques avec 87,1 % des montants dépensés. 6,5 % des sommes déboursées se rapportent à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré s'élève à 1 551 euros. Dans le classement par région, l'Île-de-France arrive en première position (29,3 %), suivie de la région Auvergne – Rhône-Alpes (16,2 %) et du Grand Est (11,2 %).

• ESPAGNE

79,8 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 12,2 % à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré s'élève à 618 euros. Les assurés proviennent principalement des régions frontalières (Occitanie avec 20,8 %, Nouvelle-Aquitaine avec 14,8 %) et d'Île-de-France (22,7 %).

• PORTUGAL

58,1 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 26,0 % à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré s'élève à 224 euros.

L'Île-de-France (52,0 %) domine largement le classement par origine géographique, loin devant les régions Auvergne – Rhône-Alpes (10,2 %) et Centre-Val de Loire (6,7 %).

• ITALIE

81,7 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 9,2 % à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré s'élève à 862 euros.

En nombre de dossiers, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (46,8 %) arrive en tête devant l'Île-de-France (22,4 %) et la région Auvergne – Rhône-Alpes (6,5 %).

• ALLEMAGNE

33,3 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques, 30,1 % à des soins conservateurs et 18,3 % à des soins chirurgicaux. La dépense moyenne par assuré s'élève à 293 euros. Les caisses du Grand Est (71,4 %) traitent la majorité des dossiers remboursés, loin devant celles d'Île-de-France (10,6 %).

une partie de plaisir.» Autre frein identifié par Étienne Calon, «la prise en charge du suivi ultérieur». Tous les soins sont soumis à des aléas, *a fortiori* les soins prothétiques et implantaire : «Les cliniques garantissent le service après-vente... à condition d'y retourner», explique-t-il.

Nous venons de le constater, le tourisme dentaire ne bouleverse pas l'offre de soins en France, mais il existe. La Hongrie, puis l'Espagne et le Portugal restent les trois premières destinations d'adoption selon les chiffres du CNSE. La majorité des soins effectués à l'étranger concernent des soins prothétiques (70,7 %), pris en charge à hauteur de 17,8 %, suivis par les soins conservateurs (16,6 %).

D'où viennent les Français effectuant leurs soins à l'étranger ? «Aucune région n'échappe au phénomène», avance le CNSE, même si les assurés dont les soins dentaires ont été prodigués hors de l'Hexagone sont «ma-

et Auvergne – Rhône-Alpes (11,2 %).

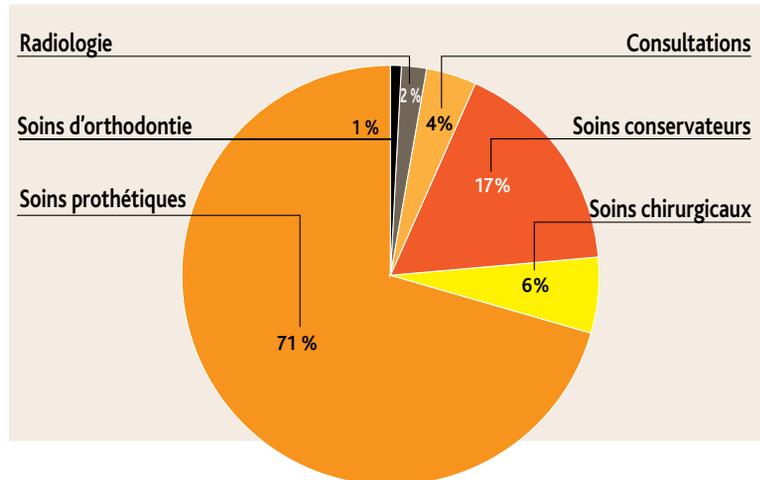
Selon Étienne Calon, il faut distinguer deux caté-

Si le choix se porte principalement sur l'Europe de l'Est pour les traitements implantaire, les soins conservateurs ont lieu de préférence en Espagne, au Portugal ou en Allemagne.

gories de soins bucco-dentaires affiliés aux caisses d'Île-de-France (34,0 %), loin devant les régions Grand Est (13,2 %)

gories de soins bucco-dentaires au sein de l'Union européenne : «Les soins implantaire, réalisés prin-

Répartition des soins bucco-dentaires par montant



Évolution des montants dépensés dans la zone UE-EEE-Suisse

Pays de soins	Montant dépensé en euros	Évolution par rapport à 2014	Évolution par rapport à 2011
Hongrie	3 951 419	13,9 %	43,9 %
Espagne	3 423 027	17,9 %	33,3 %
Portugal	2 337 276	31,6 %	83,0 %
Italie	1 392 466	23,0 %	228,6 %
Allemagne	630 386	34,0 %	4,3 %
Roumanie	572 012	2,3 %	27,9 %

ciellement en Europe de l'Est, et les soins courants, notamment conservateurs, dispensés en Espagne, au Portugal, voire en Allemagne, qui concernent une population locale, c'est-à-dire des frontaliers, des Français qui retournent dans leur pays d'origine à l'occasion de leurs vacances ou encore des personnes qui résident une grande partie de l'année dans l'un

de ces pays.» (Lire l'article «Focus sur les cinq destinations les plus populaires».)

Pour la quatrième année consécutive, le montant dépensé dépasse le million d'euros dans quatre pays (Hongrie, Espagne, Portugal et Italie). Trois profils de coûts se dégagent : supérieurs à 1 000 euros en moyenne en Hongrie, en Roumanie et en Bulgarie, entre 600 >>>

»» et 900 euros en Italie et en Espagne, inférieurs à 400 euros dans les autres pays. Les dépenses globales dans la zone UE-EEE-Suisse ont augmenté de 19,8 % par rapport à 2015. Ce taux moyen cache des évolutions diverses : une hausse plus forte que la moyenne au

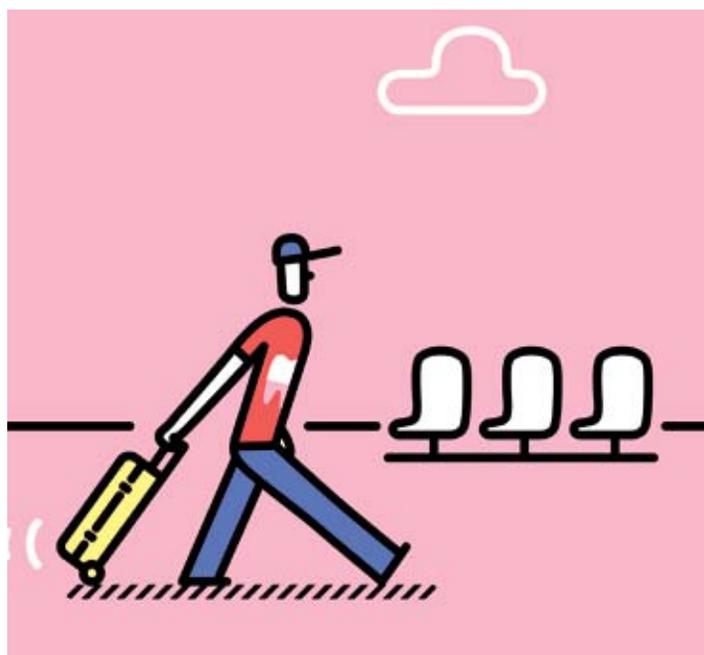
moyenne par assuré, elle est sensiblement la même en 2016 : le montant moyen passe de 483 euros en 2015 à 488 euros l'année dernière. Le remboursement moyen par dossier s'élève à 105 euros (contre 117 euros en 2015).

Enfin, les soins effectués hors de la zone UE-

La dépense moyenne par assuré est quasiment équivalente en 2015 et 2016.

Portugal et en Allemagne (respectivement + 31,6 % et + 34 % par rapport à l'année précédente), contre une hausse moindre pour la Roumanie (2,3 % par rapport à 2015). S'agissant de la dépense

EEE-Suisse sont anecdotiques en termes financiers. États-Unis, Canada, Liban, Maroc, Émirats arabes unis sont les cinq pays pour lesquels les montants dépensés en soins dentaires sont les plus élevés en



2016. «Les enjeux financiers hors UE sont modestes (476 808 euros dépensés) et en baisse par rapport à 2015 (- 13,4 %)», explique le CNSE avant

de poursuivre : «Seuls les soins inopinés et ceux des travailleurs détachés étant pris en charge, les situations peuvent être très diverses.» ■

Le top 10 des destinations de soins

Pays de soins	Nombre de dossiers	Montant dépensé (euros)	Dépense moyenne (euros)	Montant remboursé (euros)	Prise en charge (%)
Hongrie	2 547	3 951 419	1 551	823 007	20,8
Espagne	5 538	3 423 027	618	659 113	19,3
Portugal	10 447	2 337 276	224	773 324	33,1
Italie	1 616	1 392 466	862	215 003	15,4
Allemagne	2 152	630 386	293	123 112	19,5
Roumanie	577	572 012	1 027	137 990	24,1
Suisse	888	324 942	366	34 535	10,6
Belgique	1 463	297 699	203	63 210	21,2
Pologne	841	212 632	253	76 208	35,8
Bulgarie	192	199 153	1 037	30 653	15,4
TOTAL	28 469	13 886 823	488	3 062 937	22,10

Le stand de l'Ordre au Congrès ADF

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

L'Ordre donne rendez-vous aux confrères et aux consœurs sur son stand situé à l'emplacement 1L23 au Congrès de l'ADF qui se tiendra au Palais des congrès, à Paris, du 28 novembre au 2 décembre prochains. Un lieu de rendez-vous convivial et confraternel où les représentants de l'Ordre accueilleront les praticiens qui souhaiteront obtenir des informations ou simplement échanger.

Cette année encore, les praticiens auront la possibilité de créer en direct sur le stand leur messagerie sécurisée MSSanté. Pour ce faire, les praticiens devront se munir de leur carte de professionnel de santé (CPS). Un représentant de l'Asip Santé les guidera tout au long de la création de leur boîte mail. Plus largement, les conseillers ordinaires répondront aux questions des praticiens et les aideront à résoudre les difficultés qu'ils rencontrent à propos des contrats, de leur exercice au



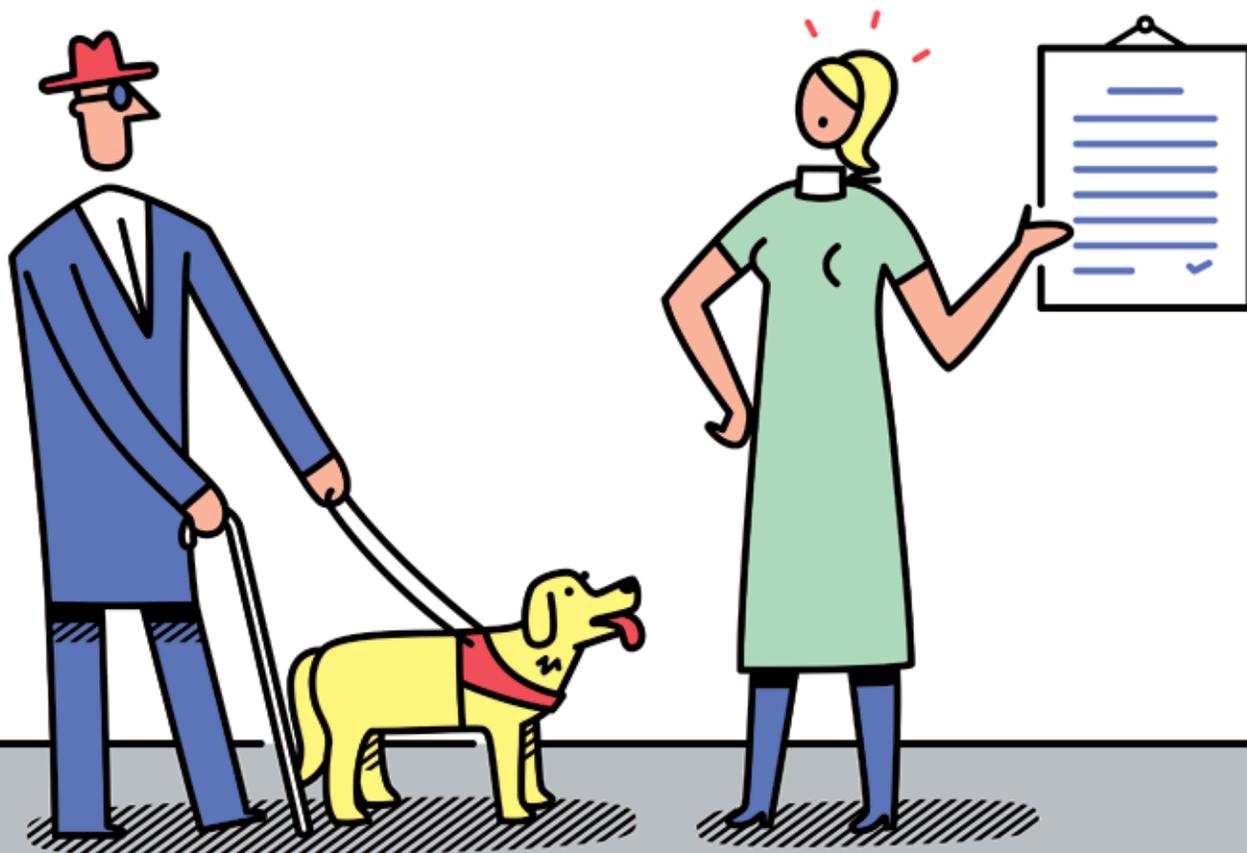
quotidien et de tout autre sujet concernant l'Ordre ou la profession. La présence des juristes du Conseil national sur le stand permettra aux visiteurs d'obtenir un premier éclairage juridique sur les questions qu'ils se posent.

Une permanence sera également assurée par les collaborateurs de l'Ordre pour dispenser aux praticiens les informations qu'ils souhaitent obtenir sur les thèmes les plus di-

taux, source de sérénité» constituent le thème du Congrès 2017 qui se tourne, cette année, vers *«la recherche d'une plus grande quiétude pour les chirurgiens-dentistes. Il s'agira de leur (re)donner envie de continuer à exercer leur métier avec plaisir dans l'intérêt de leurs patients, mais aussi pour préserver leur propre santé. Source de sérénité, les fondamentaux représentent plus que jamais la référence d'un exercice*

fiable et pérenne, pour le plus grand bénéfice du praticien et surtout du patient», expliquent les secrétaires généraux de l'ADF, Joël Trouillet et Jean-Patrick Druo.

Enfin, les praticiens pourront rencontrer les représentants du Bus social dentaire qui disposera d'un espace sur le stand de l'Ordre. Rappelons que l'objectif de cette unité mobile consiste à soigner les patients en situation de grande précarité. ■



Registre public d'accessibilité : mode d'emploi

Consultable au cabinet dentaire, ce document vise à informer les patients du niveau d'accessibilité du local et des prestations proposées. Depuis le 30 septembre, les praticiens ont l'obligation de constituer ce registre et de le tenir à la disposition du public.

Depuis la fin du mois de septembre, les chirurgiens-dentistes doivent constituer et tenir un registre public d'accessibilité (RPA) dans leur cabinet dentaire ⁽¹⁾. Ce document a pour objectif d'informer le

public sur le degré d'accessibilité du local professionnel et des prestations fournies, en l'occurrence celles de l'activité de chirurgien-dentiste. Il s'agit d'un outil de communication entre l'établissement et son public. Le RPA est – comme

son nom l'indique « public » – et s'adresse donc aux patients du cabinet dentaire, qu'il soit neuf ou installé dans un cadre bâti existant. Pour l'heure, le document à produire ne présente pas de contraintes particulières tant dans

la forme que sur le fond. Avant d'entrer dans le détail de ce que doit contenir ce document et la forme qu'il peut revêtir, précisons qu'afin de faciliter sa conception, le Conseil national a élaboré et mis à disposition sur son site, à

l'intention des chirurgiens-dentistes, un modèle de RPA spécifique à la profession, à compléter en une quinzaine de minutes ⁽²⁾. Voici les informations essentielles à retenir :

Quand ce registre doit-il être élaboré ?

Chaque cabinet dentaire doit avoir conclu et mis à la disposition du public son RPA au plus tard le 30 septembre 2017.

Quelle forme doit prendre ce registre ?

Il doit être consultable sur place au principal point d'accueil accessible du cabinet dentaire, que ce soit sous format papier ou sous format dématérialisé. Si le cabinet dentaire dispose d'un site Internet, le registre peut y être consulté dans une rubrique dédiée.

Aucune forme particulière n'est imposée par la réglementation. Il suffit donc de regrouper l'ensemble des pièces demandées par les textes de loi ⁽³⁾. L'exploitant du cabinet dentaire peut utiliser un classeur, un porte-documents, une chemise, un cahier, un fichier numérique, etc. Le support est au choix de l'exploitant.

La Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) a élaboré un document méthodologique gratuit à destination des gestion-

naires d'ERP pour concevoir un RPA efficace ⁽⁴⁾. Comme, dès à présent, un système de fiches peut être mis en place et regrouper les informations demandées, afin de faciliter la démarche des chirurgiens-dentistes, le CNO a élaboré un modèle téléchargeable.

Que doit-il contenir ?

Le RPA doit rassembler un certain nombre de pièces qui varient selon la situation du cabinet dentaire.

- Une présentation globale de toutes les activités proposées par le cabinet dentaire;
- Le degré d'accessibilité de l'ERP à travers :
 - Pour les **ERP nouvellement construits**, l'attestation d'achèvement des travaux soumis à permis de construire, prévue à l'article L. III-7-4 du Code de la construction et de l'habitation (CCH);
 - Pour les **ERP existants conformes**, l'attestation d'accessibilité, prévue à l'article R. III-19-33 du CCH;
 - Pour les **ERP sous Ad'ap** (agenda d'accessibilité programmée), le calendrier de la mise en accessibilité, le bilan à mi-parcours (uniquement pour les agendas de quatre à neuf ans) et, en fin d'Ad'ap, l'attestation d'achèvement, prévue à l'article D. III-19-46 du CCH;

Pour aller plus loin

Il existe plusieurs outils à la disposition des praticiens dans le cadre de la mise en accessibilité de leur cabinet dentaire.

En voici les principaux :

- Le guide *Bien accueillir les personnes handicapées*, édité en 2015 par la Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA), téléchargeable depuis le lien https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/guide_numerique_accueil_PH_3.pdf
- Le guide *Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité*, édité par la DMA, téléchargeable depuis le lien https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/8_guide_professions_liberales.pdf
- Le guide *Démarchage abusif : quelle conduite tenir ?* https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/5%20d%C3%A9marchage%20agressif_%C3%A9l%C3%A9ments%20de%20doctrine.pdf

- Pour les **ERP sous AT** (autorisation de travaux), la notice d'accessibilité, prévue à l'article R. III-19-46 du CCH;
- Le cas échéant, les arrêtés préfectoraux accordant la ou les dérogations.

- La formation du personnel à l'accueil du public à travers :
 - La plaquette informative de la DMA intitulée « *Bien accueillir les personnes handicapées* », qui doit être jointe au registre ⁽⁵⁾;
 - La description des actions de formation;
- Les modalités de maintenance et d'utilisation des équipements d'accessibilité, tels que les ascenseurs ou les rampes amovibles. ■

(1) Ce dispositif est introduit par la loi du 5 août 2015 ratifiant l'ordonnance du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des ERP, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap.

(2) Téléchargeable depuis le site de l'Ordre : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/accessibilite-des-handicapes.html>

(3) Le décret du 28 mars 2017 ainsi que l'arrêté du 19 avril 2017 précisent les modalités pratiques et le contenu du RPA.

(4) Téléchargeable depuis le site du ministère de la Transition écologique et solidaire : <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/laccessibilite-des-etablissements-recevant-du-public-erp>

(5) https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/plaquette_imprimable_RV_bien%20accueillir%20PH.pdf



Madame, Monsieur,

Chère consœur, cher confrère,

L'opération #MoisSansTabac revient dans quelques semaines. Cette année encore, il s'agit de proposer à tous les fumeurs d'oser ensemble l'aventure de l'arrêt du tabac pendant le mois de novembre. Des études ont en effet montré qu'au-delà de 30 jours, les chances d'arrêter définitivement sont multipliées par 5.

L'édition 2016 de #MoisSansTabac a montré que cette initiative créait un contexte très favorable à votre intervention. En effet, parmi les fumeurs interrogés lors d'une étude quantitative¹, 38 % ont déclaré que cette campagne les avait incités à arrêter de fumer.

C'est la raison pour laquelle cette année, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes et Santé publique France² s'associent pour vous proposer d'être véritablement partenaire de ce dispositif. Nous souhaiterions en effet que l'ensemble de la communauté des chirurgiens-dentistes se mobilise.

En conjuguant nos interventions, nous pourrions nous fixer l'objectif de susciter 1 million de tentatives d'arrêt du tabac.

Pour y parvenir ensemble, nous mettons à votre disposition l'ensemble des outils de l'opération : affiches, flyers, kits, brochures, etc. pour communiquer sur le #MoisSansTabac auprès de vos patients et les accompagner dans leur arrêt. Vous pouvez les commander gracieusement sur le site partenaires-mois-sans-tabac. Nous espérons pouvoir compter sur votre très précieuse collaboration.

Paul Samakh
Vice-Président de l'Ordre national
des Chirurgiens-Dentistes

François Bourdillon
Directeur Général
Santé publique France

¹ Enquête menée du 7 au 30 novembre 2016 auprès d'un échantillon de 2017 personnes dont 810 fumeurs, représentatif de la population française selon les critères d'âge, de sexe, de profession, de région et de taille d'agglomération.

² Santé publique France est l'Agence nationale de santé publique, établissement public administratif, créée par décret n° 2016-523 du 27 avril 2016.

Avec l'Ordre, participez au Moi(s) sans tabac



L'opération Moi(s) sans tabac sera renouvelée en novembre prochain. Le concept : proposer l'arrêt du tabac de façon collective pendant un mois. L'Ordre invite les praticiens à s'appuyer sur cette opération pour conseiller à leurs patients de cesser de fumer.

Le défi du Moi(s) sans tabac recommencera en novembre 2017. Lancée par Santé publique France, cette opération invite les fumeurs à l'arrêt du tabac tout au long du mois de novembre ⁽¹⁾. Les chirurgiens-dentistes peuvent eux aussi s'impliquer dans cette opération et devenir de véritables partenaires afin de sensibiliser et de soutenir les fumeurs désireux de cesser de fumer. Pour ce faire, les praticiens ont la possibilité de proposer à leurs patients des « *traitements par substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 150 euros par année et par bénéficiaire* », rappelle Paul Samakh, vice-président du Conseil national de l'Ordre.

Affiches, dépliants, brochures et vidéos peuvent contribuer à sensibiliser les patients sur la question du tabac et faciliter l'ouverture du dialogue en consultation. Ces outils, destinés aux professionnels de santé, sont disponibles gratuite-

ment en téléchargement sur un site dédié ⁽²⁾.

Parallèlement, les chirurgiens-dentistes peuvent inviter les patients volontaires à contacter Tabac Info Service au 39 89 (service gratuit + coût de l'appel) pour s'entretenir avec des tabacologues. Il existe, par ailleurs, une application mobile à télécharger gratuitement qui comporte un programme d'e-coaching 100 % personnalisé, délivre des conseils de tabacologues, des astuces, des minijeux, des vidéos de soutien et le suivi des bénéfices de l'arrêt au quotidien (économies et santé). Selon Santé publique France, « *arrêter un mois, c'est cinq fois plus de chance d'arrêter définitivement* ».

L'an passé, toujours selon Santé publique France, l'opération Moi(s) sans tabac a comptabilisé 180 150 participants. ■

(1) Les volontaires peuvent s'inscrire sur le site <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>

(2) <http://partenaires-mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>



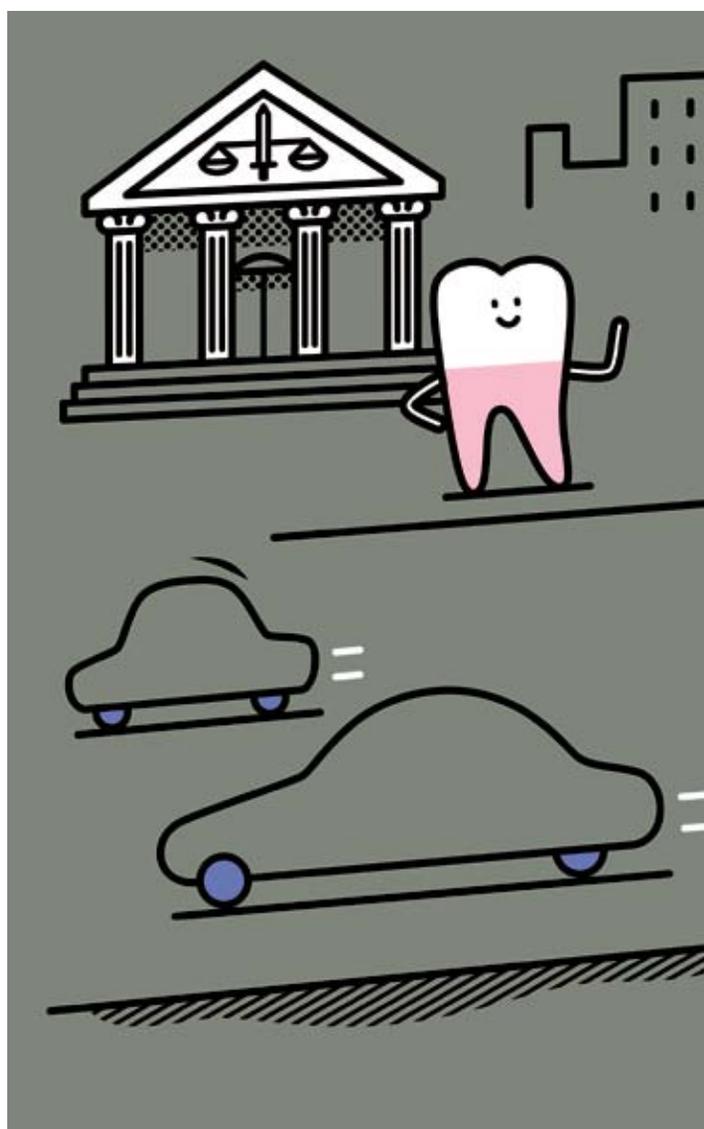
Clap de fin pour un prothésiste à Toulouse

Le conseil départemental de l'Ordre de Haute-Garonne a obtenu la condamnation d'un prothésiste pour exercice illégal de notre profession après un marathon judiciaire qui a couru une dizaine d'années.

Il aura fallu presque dix années de procédures pour que le conseil départemental de l'Ordre de Haute-Garonne obtienne enfin la condamnation d'un prothésiste dentaire pour exercice illégal de la profession. En effet, par un arrêt en date du 25 octobre 2016, la cour d'appel de Toulouse a condamné cet individu à 5 000 euros d'amende, à 3 000 euros à titre de dommages et intérêts, à 2 000 euros sur le fondement de l'article 475-1 du Code de procédure pénale et à l'obligation d'afficher sa condamnation pendant un mois dans son local professionnel. Tout commence en avril 2008, lorsque le conseil départemental de l'Ordre de Haute-Garonne dépose plainte avec constitution de partie civile à l'encontre de ce prothésiste exerçant à Toulouse sous l'enseigne commerciale « L'Office dentaire ». Le conseil départemental lui reproche d'avoir illégalement exercé

la profession de chirurgien-dentiste. « Entre le 1^{er} juillet 2006 et le 22 décembre 2009, [il a pris] part habituellement à la pratique de l'art dentaire notamment par le diagnostic et le traitement en prenant des empreintes dentaires des patients en vue de la réalisation de prothèses sans prescription médicale et en procédant personnellement à la mise en place ou à la réparation de ces prothèses dans la bouche des patients sans satisfaire aux conditions de diplôme exigées pour ce faire », détaille le juge.

À l'époque, de nombreuses preuves alimentaient cette plainte, dont le signalement d'un médecin selon lequel le prothésiste était « intervenu dans une maison de retraite auprès d'une de ses patientes à laquelle il aurait pris des empreintes contre un chèque de 700 euros, se livrant ensuite à des pressions pour [qu'il] délivre une prescription ». Autre élément adjoint à la plainte : un courrier d'une pa-



tiente signalant que le prothésiste avait réalisé «sans la prescription d'un chirurgien-dentiste deux prothèses qui se sont révélées inadaptées et inesthétiques et facturées directement 1 250 euros». Deux exemples parmi tant d'autres. En effet, la cour d'appel de Toulouse rappelle dans son jugement

que «les investigations menées sur commission rogatoire ont établi que sur une quarantaine de clients ayant dû acquitter une facture supérieure à 1 000 euros, cinq avaient été identifiés par la sécurité sociale comme ayant bénéficié d'une prescription médicale, précision étant apportée que d'autres pa-

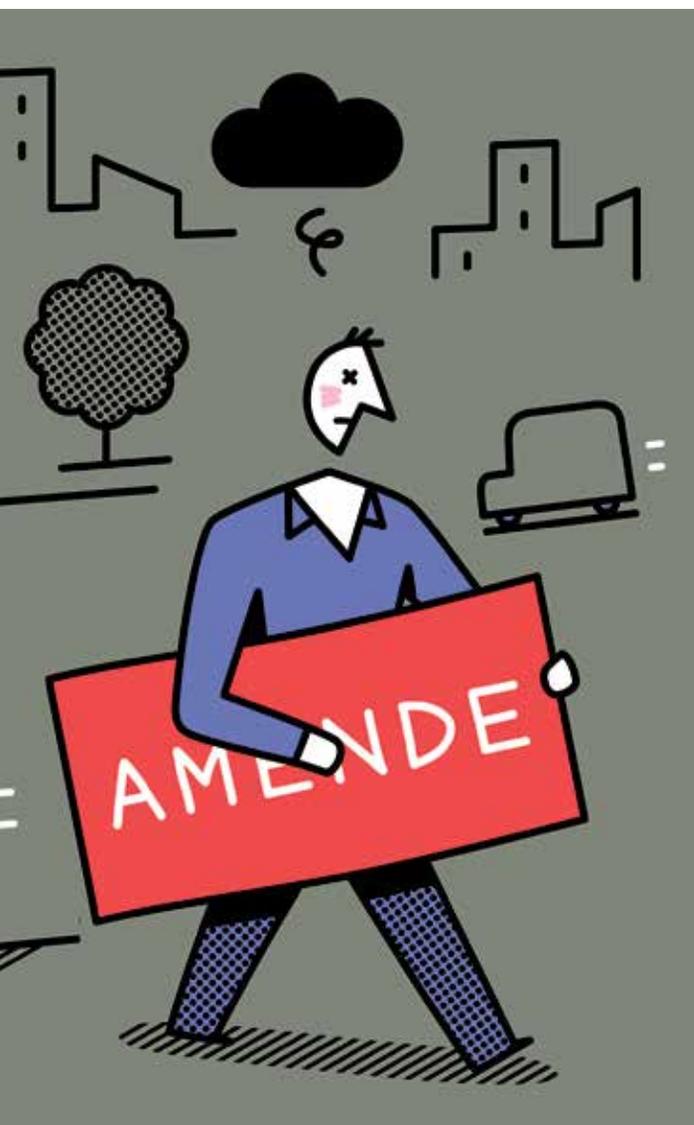
L'intervention en bouche relève à l'évidence d'un acte médical exclusivement réservé aux chirurgiens-dentistes.

tients pouvaient être affiliés à un autre régime et que certaines prescriptions n'étaient pas remboursables par nature».

L'arrêt de la cour d'appel indique que le prothésiste arguait d'une qualité d'«artisan commerçant, responsable de la conception et de la réalisation de prothèses», de la liberté du choix de leur prothésiste par les clients et d'un travail «sur prescription sauf pour la maintenance». La cour précise qu'il a soutenu ne pas examiner les clients, «se contenta[n]t de regarder les dents manquantes. [Il] pouvait faire une prise d'empreintes, acte qui n'est pas réservé aux dentistes, et avait le droit de facturer les clients, mais [il lui] était interdit de facturer au dentiste ce qui aurait constitué du compéragé. Il a indiqué que la plainte du conseil de l'Ordre était purement financière dès lors que lui vendait sans faire de marge». Toujours pour sa défense et non sans audace, le prothésiste a, entre autres, sollicité l'audition d'un médecin généraliste ayant, selon lui, délivré une prescription à l'une de ses clientes. Mais ce médecin a tout bonnement dé-

claré ne pas connaître le prothésiste et «n'avoir jamais établi de prescription pour des soins dentaires; quatre autres praticiens ont indiqué ne pas connaître le prothésiste», rapporte le juge instructeur.

Le 10 mars 2015, le tribunal correctionnel de Toulouse condamnait le prothésiste à verser 10 000 euros d'amende pour exercice illégal. Une décision qui n'a pas satisfait le conseil départemental de Haute-Garonne, toujours partie civile dans cette affaire, ni d'ailleurs le prothésiste puisque tous deux interjetaient appel. En octobre 2016, la cour d'appel de Toulouse annulait le jugement rendu le 10 mars 2015 et condamnait le prothésiste à verser 3 000 euros au conseil départemental de Haute-Garonne et 5 000 euros au titre de l'action publique. En conclusion, la cour d'appel de Toulouse retient que «l'intervention en bouche [lors] de la prise d'empreintes destinée à permettre la fabrication ou l'ajustement de la prothèse entre dans le cadre des actes interdits aux prothésistes dentaires». Cet arrêt est définitif. ■



Le bureau du Conseil national à Périgueux

La démographie, l'exercice des praticiens étrangers, l'avenir de la profession, l'inscription provisoire des praticiens européens, les aides à l'installation ont été, entre autres, les sujets abordés lors de la réunion décentralisée de septembre.

Créer un lien avec les régions et les départements en instaurant des moments privilégiés de dialogue pour échanger sur l'actualité de notre profession : tels sont les objectifs des déplacements du bureau du Conseil national dans les régions. Les 6 et 7 septembre derniers, il s'est rendu à Périgueux (Dordogne)

Marc Richard et Paul Samakh, le trésorier, Alain Scohy, le trésorier adjoint, Pierre Bouchet, ainsi que les secrétaires générales Myriam Garnier et Geneviève Wagner. Les membres du bureau répondaient à l'invitation de Frédéric Besse, président du conseil départemental de l'Ordre de Dordogne. Étaient présents Jean-

partementaux et régionaux de la Nouvelle-Aquitaine et des conseils départementaux de Charente-Maritime, de la Corrèze, de la Creuse, de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques et de la Vienne.

Le forum, qui s'est tenu le 7 septembre, a été l'occasion d'aborder de nom-

provisoire des étudiants à diplôme européen et non européen, le tutorat ou la formation initiale ont également fait partie des sujets traités.

La question de l'accès aux soins a été posée, avec notamment la formation des référents Handicap régionaux et départementaux, la publication du premier rapport *Accès aux soins bucco-dentaires* du Conseil national ainsi que la mise en place de soins à domicile par l'association Handident (*lire le dossier page 32*).

Par ailleurs, la régionalisation, la formation des conseillers ordinaires, le mécanisme d'alerte IMI, l'exercice partiel en application de la directive 2005-36, l'exercice en groupe salarié, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les différents types de contrat et l'évolution de la profession ont fait l'objet de nombreux échanges. Enfin, Gilbert Bouteille et Alain Scohy ont tenu à faire une mise au point sur le patrimoine immobilier de l'Ordre. ■



Les déplacements du bureau ont pour objectif d'instaurer des moments privilégiés de dialogue avec les instances décentralisées.

pour une réunion de travail avec les conseillers régionaux et départementaux de la Nouvelle-Aquitaine. Conduit par son président, Gilbert Bouteille, le bureau était représenté par les vice-présidents, André Micouveau, Jean-

Baptiste Fournier, conseiller national représentant les régions Auvergne – Limousin – Poitou-Charentes, Louis-Pierre Clouté, président du conseil régional de l'Ordre de la Nouvelle-Aquitaine, ainsi qu'une trentaine de conseillers dé-

breux sujets, à commencer par la démographie, avec en particulier la désertification de certains secteurs de la région de la Nouvelle-Aquitaine. L'inscription des praticiens européens, les aides à l'installation, le stage actif, l'inscription

La parution du rapport annuel de l'Ordre

Le rapport d'activité 2016 du Conseil national est proposé en téléchargement sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr.



L'année 2016 aura été particulièrement dense pour l'institution ordinale et le secteur dentaire, en vertu avant tout d'un événement fondateur organisé par le Conseil national : *le Grenelle de la santé bucco-dentaire*, qui a réuni tous les acteurs impliqués à des degrés divers et donné lieu à la publication d'un livre blanc. Le rapport d'activité 2016 du Conseil national propose comme fil rouge, page après page, les 23 propositions émises dans le cadre du Grenelle.

Mais cette année 2016 a également été marquée par *l'affaire Dentexia*, dans le cadre de laquelle le Conseil national a joué un rôle essentiel, notamment auprès du ministère de la Santé. 2016, c'est aussi l'année du questionnement sur la qualité de *la formation initiale dans les pays de l'Union européenne*, et c'est également l'année où le Conseil national a publiquement pris position contre *l'accès partiel*, cette création de la Commission européenne qui ne concerne pas, selon

l'Ordre, les professions soumises au régime de la reconnaissance automatique des diplômes. On pourra également lire, dans ce rapport annuel, les données statistiques de *la démographie professionnelle* et des *juridictions* de l'Ordre, complétées plus largement par un aperçu chiffré des travaux réalisés par les différents échelons de l'Ordre : départemental, régional et national. Ce rapport annuel 2016 est en téléchargement sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr. ■



Rejoignez l'Ordre sur sa page Facebook !



 Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

 www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Ouverture de l'unité d'odontologie de Périgueux



Gilbert Bouteille, président du Conseil national de l'Ordre, accompagné des membres du bureau, a visité le 8 septembre dernier l'antenne odontologique implantée au sein du centre hospitalier de Périgueux en présence de Thierry Lefebvre, directeur de l'hôpital, et de Vincent Hein, chirurgien-dentiste, responsable

de l'unité médicale d'odontologie. Cette structure comporte deux fauteuils afin de mieux répondre à la demande de soins bucco-dentaires dans la région. Nous reviendrons plus en détail sur ce sujet dans un prochain numéro de *La Lettre*.

Disparition

Daniel Rollet nous a quittés le 13 août dernier à l'âge de 64 ans. Daniel Rollet a engagé sa carrière professionnelle comme collaborateur d'un orthodontiste à Besançon (25), avant de s'installer à Pontarlier (25) en 1982. Il est devenu spécialiste en orthopédie dento-faciale en 1985. Chercheur passionné dans sa spécialité, il a développé des concepts qu'il enseignait en France et dans de nombreux autres pays dans le monde. Il a été élu au conseil départemental de l'Ordre du Doubs quand il n'avait qu'une trentaine d'années. Il en était le vice-président depuis 17 ans. Élu au conseil régional de l'Ordre de Franche-Comté en 2000, il en assurait également la vice-présidence depuis un an.

À sa famille, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.

Erratum

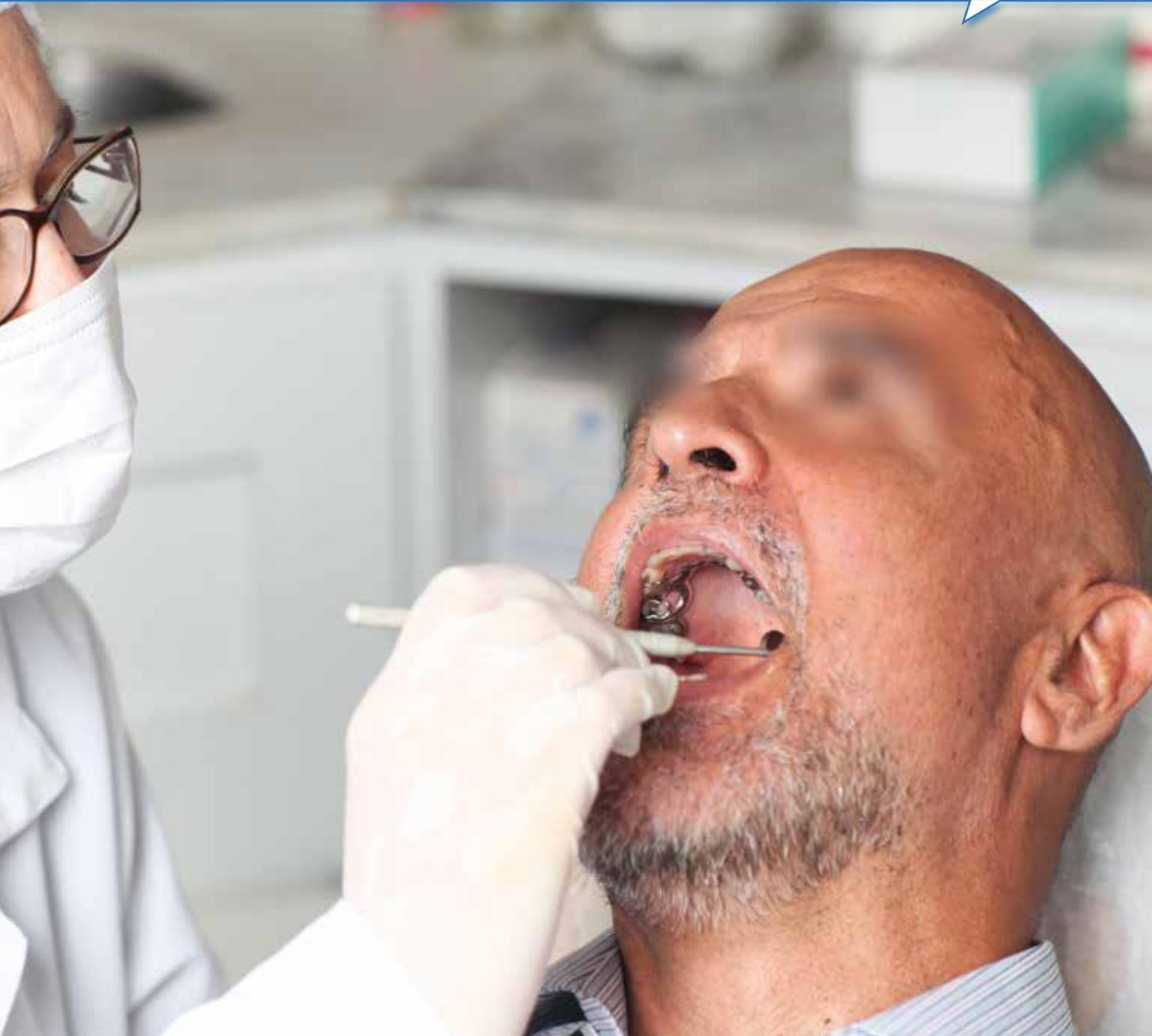
Toutes nos excuses à Laurence LUPI-PÉGURIER et à Ariane BERDAL, respectivement doyennes des facultés d'odontologie de Nice et de Paris 7. La liste des doyens publiée dans *La Lettre* n° 160, en page 33, comportait en effet des erreurs. Ci-dessous, la liste complète et actualisée des 16 doyens d'UFR d'odontologie :

Bordeaux : Caroline BERTRAND
 Brest : Reza ARBAB-CHIRANI
 Clermont-Ferrand : Stéphanie TUBERT
 Lille : Étienne DEVEAUX
 Lyon : Denis BOURGEOIS
 Marseille : Jacques DEJOU
 Montpellier : Philippe GIBERT
 Nancy : Jean-Marc MARTRETTE
 Nantes : Bernard GIUMELLI
 Nice : Laurence LUPI-PÉGURIER
 Paris V : Louis MAMAN
 Paris VII : Ariane BERDAL
 Reims : Pierre MILLET
 Rennes : Anne DAUTEL
 Strasbourg : Corinne TADDÉI
 Toulouse : Philippe POMAR

Le Conseil national a accompli une première étape décisive dans l'accès aux soins des publics vulnérables en présentant un maillage de l'offre de soins existante, y compris en ville. Pour mobiliser concrètement les énergies, le Conseil national de l'Ordre publie un premier rapport *Accès aux soins bucco-dentaires* qui expose les initiatives, les associations et les réseaux engagés dans l'accès aux soins des personnes en situation de dépendance, de handicap ou de précarité.



Une accélération décisive sur le dossier de l'accès aux soins



Le rapport 2017 *Accès aux soins bucco-dentaires*, publié le 20 septembre dernier par le Conseil national de l'Ordre, marque une étape importante dans l'avancement du chantier de l'accès aux soins des publics vulnérables ⁽¹⁾. On parle ici des personnes âgées en situation de dépendance et des personnes en situation de handicap

ou de précarité. Le Conseil national de l'Ordre et son président, Gilbert Bouteille, ont fait de l'accès aux soins de ces populations l'une de leurs priorités.

Cette priorité s'est traduite dans un premier temps par un état des lieux des actions et un recensement des actions, des associations, des structures et des réseaux de soins dédiés à la prise en charge de ces patients. Il

s'agissait ainsi de formuler les grands axes d'une vraie politique d'accès aux soins bucco-dentaires. Dominique Chave, présidente de la commission de la vigilance et des thérapeutiques, et Christian Winkelmann, responsable du pôle Patients, sont les artisans de ce travail. Ils se sont appuyés sur le réseau des référents Handicap départementaux >>>

» qu'a lancé le Conseil national de l'Ordre en 2010. Ils ont décidé d'élargir leur champ de compétences aux trois publics ciblés.

Aujourd'hui, chaque référent Handicap départemental dispose d'un état précis de la demande et de l'offre de soins sur son territoire : cliniques, réseaux, praticiens libéraux ayant déclaré des compétences spécifiques pour ces types de soins, praticiens libéraux formés au Méopa, services hospitaliers odontologiques, etc. Il identifie toutes les initiatives existantes, souvent isolées. Il est désormais en capacité de flécher un parcours de soins adapté à une demande spécifique... lorsque cette offre existe. Lorsqu'elle n'existe pas, son rôle consiste à susciter des vocations pour créer une dynamique.

En pratique, lorsqu'un patient se rapproche du conseil départemental pour obtenir de l'aide ou des informations, le conseil sollicite le référent Handicap, qui détermine si le patient peut être pris en charge dans le secteur libéral. Si tel n'est pas le cas, le référent propose d'autres offres de soins via les réseaux, les associations ou encore les services hospitaliers. Dans certaines situations d'urgence, il peut éventuellement organiser l'intervention d'un chirurgien-dentiste à domicile si les moyens humains ou associatifs existent.

Afin d'épauler les référents Handicap départementaux, 23 postes



de « coordinateurs régionaux » ont été créés cette année. Leur rôle : donner de la visibilité aux parcours de soins (cabinets dentaires de ville/hôpital), contribuer au développement des dispositifs existants, favoriser la création de réseaux ou de structures spécifiques et, enfin, rechercher des financements.

Le rapport *Accès aux soins bucco-dentaires* est assorti de nombreux axes de travail dont :

- Le développement des techniques spécifiques : formation des praticiens aux soins bucco-dentaires spécifiques sous Méopa ou sous hypnose et à la télémédecine pour réaliser un prédiagnostic à distance, etc.;
- Le maillage des centres ressources : chaque territoire de santé devrait disposer d'un centre ressources (service hospitalier, réseau, structure dédiée, etc.);

- Le développement des unités mobiles de soins : bus, cabinets démontables (fauteuils pliants, cassettes de matériel, etc.);

- La création de postes de praticiens hospitaliers avec l'ouverture de services d'odontologie hospitaliers;

- La recherche de partenariats financiers : sollicitation des ARS pour obtenir des aides financières en faveur de la prévention et des soins, des URPS pour la formation des praticiens et des CPAM pour la prise en charge des transports vers les cabinets libéraux ou les structures dédiées.

Il ressort du rapport *Accès aux soins bucco-dentaires*

que les initiatives fonctionnent grâce à la synergie et à l'implication de l'ensemble des acteurs : les chirurgiens-dentistes libéraux ou retraités, les Agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes à caractère social (Samu social, Médecins du monde, Emmaüs Solidarité, etc.), les URPS, les conseils départementaux, les conseils régionaux, les universités, les centres hospitaliers... Les dispositifs présentés dans le rapport montrent l'investissement des chirurgiens-dentistes qui s'engagent en faveur de l'accès aux soins pour tous et qui peuvent ainsi servir d'exemple aux consœurs et aux confrères pour développer d'autres expérimentations. ■

(1) Depuis le 20 septembre, le rapport est téléchargeable en format numérique sur <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/>

Trois questions à **Dominique Chave**, présidente de la commission de la vigilance et des thérapeutiques



Quand le chantier «*Accès aux soins bucco-dentaires pour tous*» a-t-il été lancé ?

Ouvert en 2011, il a été réactivé par Gilbert Bouteille qui en a fait son véritable cheval de bataille depuis sa prise de fonctions en 2015. Dès lors, la commission de la vigilance et des thérapeutiques et le pôle Patients ont remis au premier plan le rôle des référents Handicap ordinaires. Des postes de coordinateurs régionaux ont également été créés en soutien aux référents Handicap. Les problématiques liées aux soins des patients à besoins spécifiques sont différentes les unes des autres, mais l'objectif est commun : soigner tous les patients en privilégiant – si les conditions le permettent – une prise en charge en cabinet dentaire de ville. En cas d'impossibilité, tout doit être mis en œuvre pour les orienter vers des structures adaptées : réseaux, services hospitaliers, cabinets référents, cabinets recours...

Pourquoi un rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires ?

Ce rapport montre l'impérieuse nécessité de trouver des réponses à la prise en charge de ces 10 millions de patients qui n'ont pas ou plus accès à un cabinet dentaire. Des solutions efficaces existent déjà, mais elles sont trop souvent isolées. Le recensement des dispositifs nous a permis de générer un répertoire complet des actions pérennes. La collecte d'informations sur le terrain vise à fédérer les énergies pour mieux les coordonner. Par ailleurs, nous, chirurgiens-dentistes, sommes parfois démunis face à des patients à besoins spécifiques. Savoir qu'il existe des réseaux dédiés nous offre des solutions alternatives.

À qui s'adresse-t-il ?

Il sera officiellement envoyé au président de la République ainsi qu'à l'ensemble de nos ministères de tutelle, aux doyens des facultés, aux chefs de services hospitaliers, aux Agences régionales de santé, aux associations de patients, aux conseils de l'Ordre, aux référents Handicap, aux coordinateurs régionaux et à tous ceux qui sont intéressés par cette problématique... Il sera par ailleurs consultable en version numérique sur le site de l'Ordre et sur le forum *Accès aux soins*. Il est important de montrer aux institutions que la profession est engagée activement, et depuis de nombreuses années, en faveur de l'accès aux soins des publics vulnérables. ■

Des initiatives reproductibles qui marchent

Ci-dessous sont présentés six dispositifs qui ont porté leurs fruits en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de dépendance, de handicap ou de précarité.

LE RÉSEAU HANDIDENT (NORD – PAS-DE-CALAIS)

Ce réseau regroupe 139 praticiens libéraux qui répondent aux besoins des 295 établissements du secteur médico-social signataires de la charte, soit plus de 20 000 personnes représentées. Depuis 2015, les chirurgiens-dentistes partenaires se déplacent pour évaluer les besoins en soins des usagers des établissements signataires de la charte : 8 730 personnes ont bénéficié de cette action. Handident met en place des ateliers éducationnels avec un espace et un temps privilégiés pour les usagers et leurs familles afin d'adapter les gestes d'hygiène bucco-dentaire.

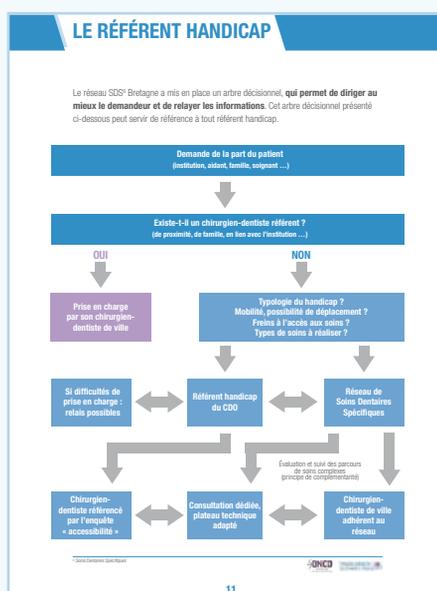
L'ASSOCIATION HANDICONSULT (FRANCHE-COMTÉ)

Handiconsult s'adresse aux enfants et aux adultes lourdement handicapés, en échec de soins en milieu ordinaire, résidant soit en institution privée ou publique, soit à domicile. La structure Handiconsult à Lons-le-Saunier (Jura) assure un accueil téléphonique ainsi que la prise en charge et le déroulement des soins dans les meilleures conditions. Les soins sont effectués en présence d'un accompagnant pour rassurer le patient. La consultation est effective

Une cartographie de l'offre de soins

En 2016, la commission de la vigilance et des thérapeutiques et le pôle Patients ont élaboré un questionnaire de recensement des actions départementales qu'ils ont adressé à l'ensemble des référents Handicap. Le traitement des réponses a permis de produire une cartographie actualisée des actions menées dans chaque département. Elle est accessible, sous forme de fiche par département, sur le site de l'Ordre dans la rubrique *Forum Accès aux soins*. Le référent Handicap tient désormais à sa disposition – de façon exclusive – un répertoire de praticiens libéraux, de réseaux et d'associations investis dans la prise

en charge des publics spécifiques. Un autre outil est également fourni aux référents Handicap. Il s'agit d'un arbre décisionnel produit par le réseau Soins dentaires spécifiques implanté en Bretagne. Cet arbre décisionnel permet de diriger au mieux le demandeur et de relayer les informations.



depuis février 2017 sur rendez-vous. Elle est assurée par deux praticiens en exercice libéral et un praticien retraité, tous trois volontaires pour prodiguer temps et écoute dans une infrastructure accessible en fauteuil roulant ou en brancard et disposant de Méopa.

L'ASSOCIATION AOSIS (VIENNE)

Une dizaine d'Ehpad de la Vienne a été équipée de fauteuils d'examen permettant d'établir les bilans bucco-dentaires de patients âgés en situation de dépendance. Les vacations sont organisées en collaboration avec le médecin coordinateur et le cadre de santé de l'établissement. 12 à 15 patients sont examinés à chaque vacation par l'un des 12 chirurgiens-dentistes du secteur, volontaires et membres de l'Aosis. Les bilans bucco-dentaires sont établis, mais aucuns soins ne sont réalisés au sein des établissements : les patients sont dirigés vers leur chirurgien-dentiste traitant ou un cabinet dentaire du réseau.

L'ASSOCIATION DOMIDENT (MIDI-PYRÉNÉES)

Domident est une association composée de plus de 100 chirurgiens-dentistes libéraux dont la démarche vise à promouvoir l'accès aux soins et la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. En pratique, sur appel du coordinateur de Domident, de l'Ehpad, du patient, de la famille ou du médecin, une première visite donne lieu à un diagnostic associé à un projet thérapeutique. Trois options peuvent alors être envisagées selon l'état de santé du patient :

1. Les soins sont réalisables dans un cabinet dentaire;
2. Les soins doivent être réalisés au domicile du patient ou en Ehpad;
3. Les soins nécessitent une intervention spécialisée en milieu hospitalier.

Le forum Accès aux soins bucco-dentaires

Accessible à partir du site Internet de l'Ordre, le forum Accès aux soins bucco-dentaires vise à permettre les échanges entre tous les acteurs et les associations impliqués dans l'offre de soins aux personnes en situation de dépendance, résidant ou non en Ehpad, et en situation de handicap ou de précarité. Le forum permet également d'échanger sur le pôle Patients. L'internaute doit cliquer sur l'une des quatre thématiques « Handicap », « Dépendance », « Précarité » ou « Pôle Patients » pour publier ou commenter un article. Seuls les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, peuvent réagir sur le forum, mais la possibilité est donnée à tout un chacun de consulter les documents disponibles en ligne. Pour prendre part aux échanges, l'internaute doit créer un compte (avec une adresse mail valide) avant de se connecter. Ce forum est un dispositif participatif où chacun peut s'exprimer comme il l'entend. Pour qu'il vive et devienne un outil fédérateur, l'Ordre sollicite non seulement les référents ordinaires pour communiquer sur les actions mises en place et les freins rencontrés, mais aussi les chirurgiens-dentistes et les associations à l'origine d'actions plus isolées. L'objectif est de mutualiser les initiatives pour qu'un maillage efficace se mette rapidement en place.

LE RÉSEAU RSV (NORMANDIE)

Ce réseau fonctionne avec des unités mobiles, véritables cabinets dentaires temporaires installés dans des Ehpad. La stérilisation est confiée à une unité centrale.

LE CABINET DENTAIRE HUMANITAIRE DE FRANCHE-COMTÉ (BESANÇON)

Depuis 1999, cette association s'est donné pour but de réunir tous moyens et compétences permettant la prise en charge, par un réseau de soins à

vocation régionale, des pathologies bucco-dentaires des personnes les plus démunies. Animé par plus de 60 praticiens bénévoles qui se relaient pour dispenser tous les jeudis après-midi des soins totalement gratuits, le cabinet dentaire humanitaire a pour mission la prise en charge des soins de patients titulaires ou non de la CMU, mais sans couverture complémentaire, et de personnes sans papiers, sans titre de séjour ou avec un titre de séjour provisoire, sans immatriculation donc à la CPAM et par suite hors de toute couverture sociale pour les soins bucco-dentaires de ville, hospitaliers ou mutualistes. ■

Quand une fraude à la « sécu » se voit qualifiée d'escroquerie

En résumé

Un praticien qui méconnaît les règles du Code de la sécurité sociale en matière de cotation encourt diverses « peines », parmi lesquelles l'indu (restituer à la caisse primaire les sommes qu'elle a déboursées à tort) et la sanction infligée par la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Il en est une autre, moins connue car moins fréquente : le délit d'escroquerie qui trouve sa source dans le Code pénal. Un praticien s'est vu reprocher 630 actes fictifs (facturés mais non réalisés ou non « retrouvés en bouche »), représentant un coût pour l'assurance sociale de plus de 65 000 euros. Une plainte a été déposée par une caisse pour escroquerie, le délit ayant été jugé constitué par les juges, ce qui a entraîné la condamnation du chirurgien-dentiste à une peine d'« un an d'emprisonnement avec sursis et 20 000 euros d'amende ». Telle est la sanction prononcée par la cour d'appel, que la Cour de cassation ne remet pas en cause. Cette peine, non négligeable, se cumule, du reste, avec celle prononcée par la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre, en l'occurrence une « interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux ans, dont un an avec sursis ».

Le contexte

Le non-respect par un chirurgien-dentiste des dispositions du Code de la sécurité sociale relatives à la prise en charge par une caisse primaire

d'assurance maladie (CPAM) des actes effectués (ou prétendument réalisés s'ils sont finalement déclarés fictifs) peut-il constituer le délit pénal d'escroquerie ? C'est à cette question que répond la chambre criminelle de la Cour de cassation dans un arrêt récent ⁽¹⁾. >>>

acte
HBBA
003

acte
HBFD
017

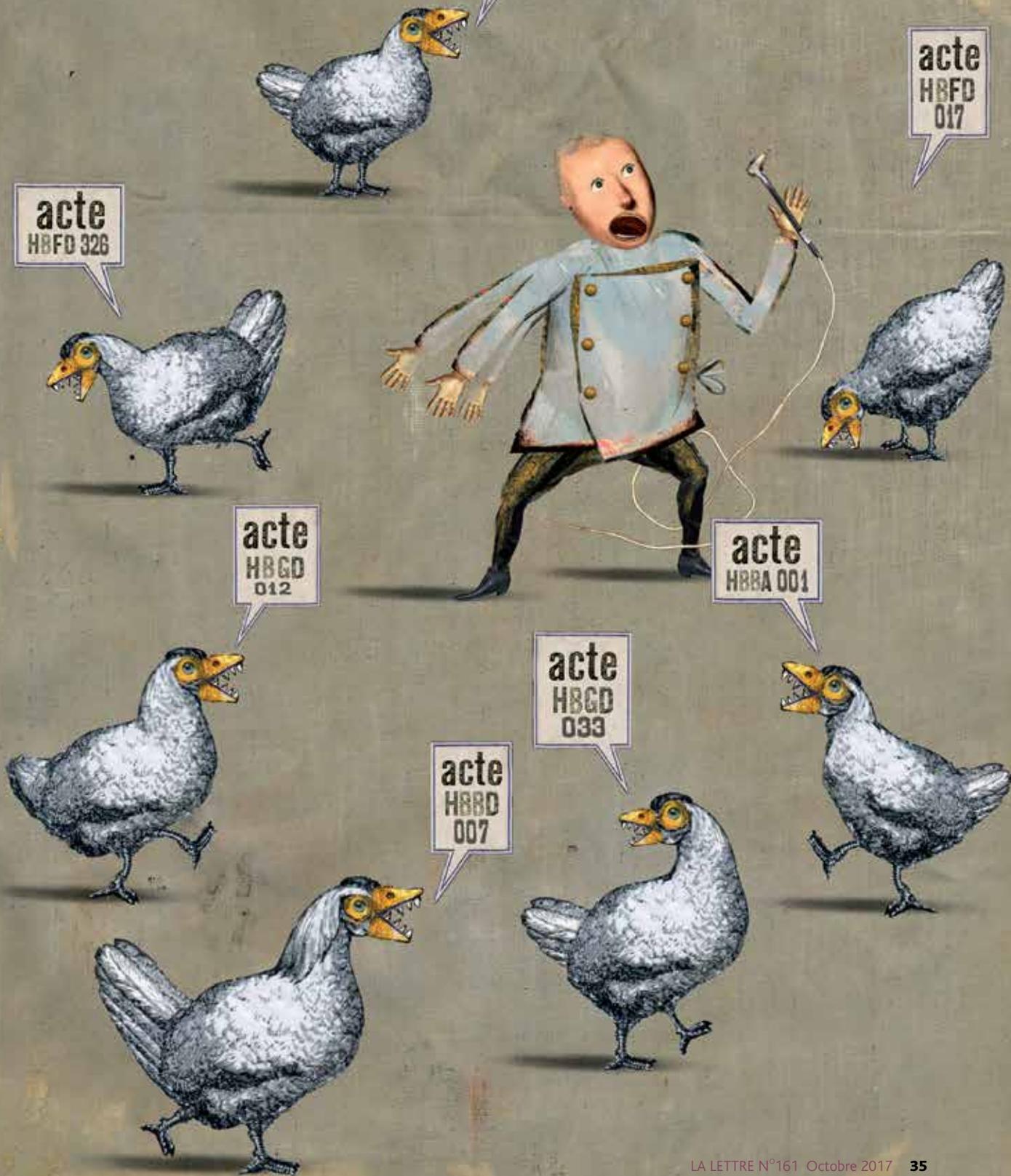
acte
HBFD
326

acte
HBGD
012

acte
HBBA
001

acte
HBGD
033

acte
HBBD
007



»» Avant de revenir sur cet arrêt, apportons deux précisions liminaires. Tout d'abord, le délit d'escroquerie est défini par l'article 313-1 du Code pénal : « *L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse quali-*

nir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. » Bref, l'escroquerie suppose la réunion de deux éléments, l'un matériel (l'emploi de moyens frauduleux ou la remise d'une chose convoitée), l'autre mo-

par certains indicateurs statistiques, à savoir :

- Un volume d'activité et d'honoraires nettement supérieur à la moyenne nationale régionale ;
- Une progression importante du volume d'activité et d'honoraires ;
- La présence dans la patientèle de « *gros consommateurs de soins* » (est-il écrit), majoritairement bénéficiaires de la CMU.

À l'issue du contrôle d'activité, le chirurgien-dentiste conseil a conclu que 80 % des actes cotés, majoritairement prêtés à des patients bénéficiaires de la CMU, étaient fictifs.

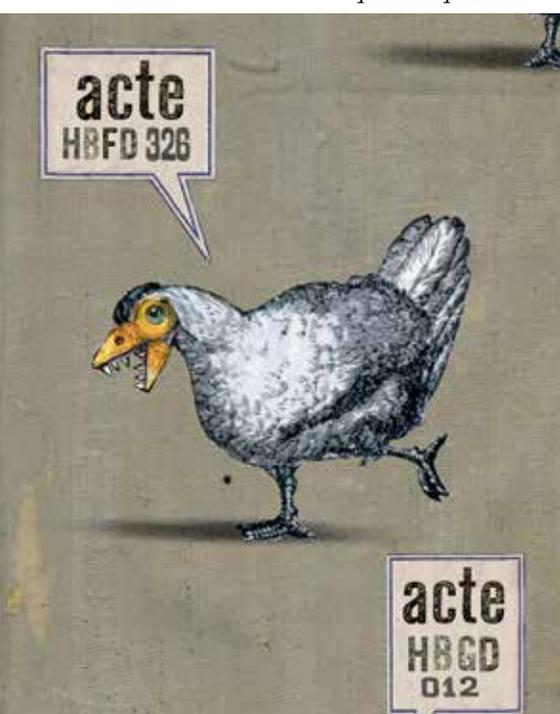
té, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à four-

ral (sommairement, une intention frauduleuse, par laquelle l'auteur du délit agit de mauvaise foi en sachant que les moyens auxquels il a eu recours sont répréhensibles). Ensuite, la sanction est légalement prévue et relativement lourde : « *L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende* »⁽²⁾.

En l'espèce, une caisse de sécurité sociale a, par courrier du 30 mars 2007, déposé plainte avec constitution de partie civile entre les mains du juge d'instruction du tribunal de grande instance territorialement compétent à l'encontre d'un chirurgien-dentiste ; elle lui reproche « *des faits de faux et usage de faux et de détournement de fonds publics, pour avoir transmis à la caisse, afin d'obtenir les fonds correspondants, des feuilles de soins concernant des actes prévus mais non exécutés* ». À la lecture de l'arrêt, l'on apprend que la caisse avait été alertée

À l'issue du contrôle d'activité, le chirurgien-dentiste conseil, qui a examiné 17 patients (sur les 30 convoqués) tous bénéficiaires de la CMU, a conclu que 80 % des actes étaient fictifs (il est fait mention de non moins de 630 actes), c'est-à-dire facturés alors qu'ils n'avaient pas été réalisés ou retrouvés en bouche. Il est indiqué le montant de l'enrichissement, évalué à 65 770 euros, ce qui explique peut-être l'exercice de l'action pénale.

La chambre correctionnelle de la cour d'appel, par un arrêt en date du 7 juin 2016, a jugé constitué le délit d'escroquerie ; elle a condamné le praticien à « *un an d'emprisonnement avec sursis et 20 000 euros d'amende* ». À cela, il convient d'ajouter que le praticien a été sanctionné par la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre à une « *peine d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux ans, dont un an avec sursis* ». Dit autrement, le chirurgien-dentiste s'est vu



infliger deux types de peine. Quoi qu'il en soit, un pourvoi en cassation a été intenté, sans succès, on le verra...

L'analyse

Principalement deux arguments sont avancés. Premièrement, le pourvoi met en avant un problème de preuve. Il est soutenu la violation des principes de loyauté des preuves, d'égalité des armes ainsi que la méconnaissance des droits de la défense. Ainsi, au nom des droits de la défense (est-il prétendu), la personne poursuivie doit être en mesure de remettre en question l'authenticité et la valeur probante des éléments de preuve fournis par les parties ; à cet égard, doivent être prises en compte la qualité de l'élément de preuve ainsi que les circonstances dans lesquelles il a été recueilli. En l'espèce, les données statistiques fournies par la caisse de sécurité sociale sont à l'origine du déclenchement de la procédure pénale dirigée à l'encontre du praticien et constituent un élément de preuve essentiel et déterminant de la décision de culpabilité ; or, les conditions illicites – une déclaration à la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés) aurait dû être déposée en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et

aux libertés – dans lesquelles elles ont été recueillies suffisent à établir leur caractère déloyal ; en s'abstenant de rechercher si la collecte illicite de ces données n'était pas de nature à les entacher de suspicion quant à leur valeur probante, la cour d'appel (selon le pourvoi) a privé sa décision de base légale.

En outre, est-il encore écrit, la culpabilité du prévenu ne peut être retenue sur le seul fondement des éléments de preuve obtenus de façon déloyale par une partie. Constitue une preuve déloyale la collecte, par la caisse de sécurité sociale, des données statistiques relatives aux activités des praticiens dentistes en violation des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, violation résultant d'une absence de déclaration à la



d'une déclaration à la Cnil – d'élément de preuve soumis à la discussion des parties et non d'actes de procédure (éma-

En dépit des allégations de la défense, le nombre des anomalies décrites ne peut résulter d'erreurs matérielles ni d'inattentions du praticien.

Cnil ; du reste, il est critiqué le fait que les données sont produites par la même entité que celle qui l'utilise devant le juge, sans qu'aucun mécanisme de contrôle des données collectées soit possible.

La Cour de cassation n'est pas convaincue par le raisonnement. Elle qualifie les bases de données utilisées par la caisse de sécurité sociale – qui n'auraient pas fait l'objet

de la procédure disciplinaire, dont on rappelle qu'elle est distincte de l'action pénale ; elle mentionne que le nombre des anomalies décrites résultant des distorsions entre les facturations et les examens en bouche pratiqués sur les patients ne peut résulter d'erreurs matérielles ni d'inattentions du praticien. Elle considère que les facturations mensongères, avec >>>

»» l'utilisation de la carte Vitale d'assurés, constituent les manœuvres frauduleuses caractérisant le délit d'escroquerie. La Cour de cassation conclut que le praticien avait parfaitement conscience de la fraude à laquelle il se livrait.

fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur ainsi que de sa situation matérielle, familiale et sociale; la peine prononcée doit être proportionnée; or, le praticien avait déjà été condamné par

une attitude de déni, qu'il s'agit de faits graves et réitérés ayant des incidences sur la confiance devant présider aux relations entre les professionnels de santé et les patients ainsi que sur le financement de la protection sociale, que la motivation des actes ainsi commis est financière et que la peine d'amende est particulièrement appropriée». La chambre criminelle relève que les précédents juges ont statué au regard de motifs fondés sur la gravité des infractions, la personnalité du prévenu et sa situation personnelle : ils ont donc justifié leur décision. Et de remarquer que la cour d'appel n'a pas prononcé d'interdiction professionnelle. Aussi l'arrêt d'appel n'est-il pas cassé; la peine est donc maintenue.

En conclusion, l'inobservation des règles de Code de la sécurité sociale peut aboutir à la qualification d'escroquerie. Il convient néanmoins de relativiser l'arrêt : les faits reprochés étaient suffisamment marquants pour que ce délit soit constitué, mais tel n'est pas toujours le cas. ■

David Jacotot

(1) Cass. crim., 27 juin 2017, n° 16-84638, inédit, non publié au *Bulletin des arrêts* de la Cour de cassation.

(2) La tentative d'escroquerie est punie des mêmes peines à l'article 313-3 du Code pénal.

(3) L'on n'insistera pas sur les textes évoqués, qu'ils soient français issus du Code pénal ou supranationaux issus de la Convention européenne des droits de l'homme.

La chambre d'instruction de la cour d'appel considère que le praticien se maintient dans une attitude de déni face à des faits graves et réitérés qui nuisent tant aux relations entre professionnels de santé et patients qu'au financement de la protection sociale.

Deuxièmement, le pourvoi critique l'arrêt d'appel pour avoir méconnu les principes de proportionnalité et d'individualisation de la peine (3). L'argument est le suivant : « Les peines sont prononcées en

la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes pour les mêmes faits à une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux ans, dont un an avec sursis; aussi en prononçant une peine d'un an d'emprisonnement assorti du sursis et une amende de 20 000 euros, sans tenir aucun compte des sanctions déjà prononcées par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, la cour d'appel a privé sa décision de base légale. »

Soulignons que la chambre d'instruction de la cour d'appel a prononcé un sursis (emprisonnement d'un an avec sursis); cette dernière a par ailleurs considéré que le praticien « avait un chiffre d'affaires supérieur à 800 000 euros en année pleine en 2004 et 2005, qu'il exerce toujours la profession de chirurgien-dentiste, qu'il se maintient dans



De l'impérieuse nécessité de bien lire son contrat de prévoyance

En résumé

Savoir lire et comprendre les clauses d'un contrat d'assurance relative à la prévoyance, telle est l'idée qui ressort d'un arrêt rendu par la Cour de cassation le 8 juin 2017. Un chirurgien-dentiste sollicitait notamment le versement d'indemnités journalières en raison d'une incapacité totale définitive de travail, en application d'un contrat souscrit bien avant son incapacité. La cour d'appel lui donne raison ; ce faisant, elle se livre à une interprétation combinée de plusieurs articles du contrat d'assurance. Mais son arrêt est cassé ! « *Le contrat est la loi des parties* », rappelle la Cour de cassation. Mais quelle était-elle donc ? La Cour de cassation cite l'article 22 du contrat selon lequel le service des indemnités journalières s'éteint « *dès la cession du cabinet [ce qui était le cas ici] ou dès la cessation de l'activité professionnelle* ». Aussi la décision d'appel est-elle annulée, le praticien ne pouvant prétendre obtenir lesdites indemnités.

Le contexte

La Cour de cassation vient de rendre un arrêt qui traite de l'exécution et de l'interprétation d'un contrat, en l'occurrence un contrat d'assurance de groupe (prévoyance), souscrit par un chirurgien-

dentiste ⁽¹⁾. La lecture et la compréhension d'un tel contrat sont souvent redoutables, y compris pour ceux qui ont une formation juridique, à l'exception bien évidemment des spécialistes du droit des assurances. Et pourtant, il est nécessaire de s'appropriier le contenu, le sens, des clauses d'un tel contrat, la Cour >>>

»» de cassation rappelant dans son arrêt de 2017 que « *le contrat est la loi des parties* » et qu'il doit, à ce titre, être appliqué!

Revenons sur la situation de ce praticien. Il a adhéré à un contrat d'assurance de groupe « ouvert » à tout chirurgien-dentiste exerçant à titre libéral. Il a par la suite – le 27 novembre 2006 – communiqué à son assureur une déclaration

sureur) la résiliation de plein droit de son adhésion à cette date. Le raisonnement de l'assureur peut schématiquement être ainsi résumé : cession du cabinet/cessation d'activité professionnelle/résiliation du contrat = pas d'indemnités!

Il est intéressant de reprendre les stipulations contractuelles pour bien comprendre la suite, stipulations dont on a pu prendre connaissance parce qu'elles

Avant de solliciter sa mise en invalidité, le praticien a conclu différents contrats de remplacement, jugés « de complaisance » par l'assureur qui les conteste.

d'arrêt de travail. L'on apprend que le chirurgien-dentiste a été placé le 22 février 2007 en incapacité totale définitive de travail. Autre donnée (mentionnée dans le pourvoi en cassation) : le chirurgien-dentiste, se sachant atteint d'une pathologie invalidante, a cédé son cabinet, géré par conséquent par l'acquéreur ; il a effectué avant de solliciter sa mise en invalidité des missions ponctuelles de remplacement. Le praticien a réclamé le 21 novembre 2007 à l'assureur la prise en charge d'indemnités journalières dues en cas de maladie ou d'accident, laquelle est prévue par le contrat. L'assureur formule un refus motif pris de « *la cessation de son activité résultant de la cession de son cabinet* », celle-ci ayant entraîné (toujours selon l'as-

sont évoquées dans l'arrêt étudié. L'article 11 B c) 4 des conditions générales du contrat, constitutif du titre I « *Dispositions communes à tous les risques* » prévoit une résiliation de plein droit de l'adhésion individuelle en cas de cessation définitive de l'activité professionnelle de l'adhérent/assuré (du praticien), « *sauf si la cessation est due à la maladie ou à l'accident* ». Selon l'article 4, le praticien est tenu d'informer l'assureur de tout changement, notamment la cessation de son activité professionnelle ; quant à l'article 22, constitutif du titre III « *Dispositions particulières aux garanties en cas d'incapacité de travail et d'invalidité professionnelle* », il énonce la possibilité d'une interruption du service des indemnités journalières avant le terme



de la durée maximale de prestation « *dès la cession du cabinet ou dès la cessation de l'activité professionnelle* ».

Indemnités journalières ou non ? Qu'en pense la cour d'appel ? Elle condamne l'assureur à payer au praticien la somme de 71 809,78 euros au titre du capital invalidité professionnelle, avec intérêts à compter du 29 août 2007, et de 12 925,77 eu-



ros par trimestre civil échu depuis la même date au titre de l'invalidité professionnelle, majorée des intérêts de retard. Plus intéressant sur le plan juridique, elle considère que l'assureur doit servir au chirurgien-dentiste des « *indemnités journalières A* » d'un montant de 71,65 euros sur la période de 90 jours à compter du sinistre, majorées des in-

térêts au taux légal à compter du 27 novembre 2006, ainsi que des « *indemnités journalières B* » d'un montant de 30,49 euros pendant une période de 39 mois à compter du sinistre, avec majoration des intérêts au taux légal à compter du 27 novembre 2006 et jusqu'à la date de consolidation fixée au 29 août 2007. Pourquoi? En raison de sa compré-

hension du contrat, tout en soulignant au préalable que les parties s'opposent sur la date de cessation de l'activité du praticien.

Ce dernier soutient l'avoir poursuivie en qualité de remplaçant après la cession de son cabinet intervenue le 13 septembre 2006. L'assureur le conteste. Il s'agirait selon lui de contrats de complai- >>>

» sance. Cela dit, la cour juge l'existence de remplacements prouvée. Le praticien a versé aux débats différents contrats de remplacement datés du 13 septembre 2006, du 1^{er} octobre 2006 et du 12 octobre 2006; en outre, il a produit l'attestation de l'expert-comptable qui fait état des honoraires qui lui ont été versés. La cour considère que le chirurgien-dentiste n'a pas cessé définitivement son activité professionnelle et qu'il exerçait bien en qualité de remplaçant libéral. Surtout, elle

l'activité professionnelle et non la simple cession du cabinet. Les magistrats proposent donc une interprétation du contrat; ils donnent en quelque sorte sens à certaines de ses clauses en combinant plusieurs de ses articles, ici les articles 22 et 11 B c) 4. De là, elle admet que le praticien est fondé à demander qu'il soit fait application des dispositions de l'article 11. B c) 4 du contrat indiquant qu'il n'y a pas de résiliation de l'adhésion individuelle en cas de cessation définitive de l'activité dès lors que

positions légales impératives ou d'ordre public, il est revêtu de la force obligatoire; il s'impose aux contractants, il les lie. L'on ne peut qu'approuver: selon l'article 1103 du Code civil (avant la réforme du droit des contrats par l'ordonnance du 10 février 2016, modifiant notamment l'article 1134), «*les contrats légalement formés tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faits*». Mais, au juste, quelle était en l'espèce «*la [fameuse] loi des parties*»? La Cour de cassation cite l'article 22 aux termes duquel, rappelons-le, le service d'indemnités journalières est interrompu «*dès la cession du cabinet ou dès la cessation de l'activité professionnelle*». La Cour y voit une clause claire et précise, qui, à ce titre, n'a nul besoin d'être interprétée et doit donc être exécutée. Aussi ne suit-elle pas la lecture du contrat faite par la cour d'appel qui, pour sa part, avait interprété de manière combinée les articles 22 et 11 B c) 4. Bref, l'article 22 n'a pas à être compris à la lumière de l'article 11 B c) 4: il se suffit à lui-même en raison de sa clarté. Partant, la haute juridiction casse et annule l'arrêt d'appel, mais seulement en ce qu'il a condamné l'assureur prévoyance à payer des indemnités journalières. ■

David Jacotot

Selon la Cour de cassation, dès lors que le contrat est conforme aux dispositions légales impératives ou d'ordre public, il est revêtu de la force obligatoire et s'impose à ses signataires.

décide que l'assureur ne saurait prétendre que les contrats de remplacement présentés sont de pure complaisance pour s'exonérer du paiement de sa garantie, en application de l'article 11 B c) 4 des conditions générales du contrat. Et d'ajouter que l'article 22 du contrat d'assurance relatif aux indemnités journalières qui prévoit l'interruption du service d'indemnités journalières «*dès la cession du cabinet ou dès la cessation de l'activité professionnelle*» n'est pas plus de nature à justifier le refus de garantie en ce qu'il doit nécessairement s'interpréter au regard des articles 4 et 11 B c) 4 qui mentionnent expressément la cessation définitive de

celle-ci est due à une maladie ou à un accident; la cessation de l'activité professionnelle résulte en effet de sa maladie, ce qui a été démontré. La compagnie d'assurances forme un pourvoi; elle critique l'arrêt d'appel.

L'analyse

L'arrêt de la Cour de cassation revient sur l'analyse de la cour d'appel. Sa conclusion est dénuée d'ambiguïté: «*La cour d'appel a méconnu la loi des parties.*» Dit autrement, dès lors que le contrat est conforme aux dis-

(1) Cass. 2^e chambre civile, 8 juin 2017, n^o 13-20681, non publié au *Bulletin des arrêts* de la Cour de cassation.

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ BURN OUT

Les praticiens vont recevoir par mail courant novembre une enquête sur le *burn out*. Quelques minutes suffiront pour y répondre. L'Ordre attire l'attention des praticiens sur l'importance de leur participation, qu'ils soient ou non concernés. Il s'agit d'évaluer au mieux le nombre de praticiens en état de fragilité et les causes qui peuvent induire cette situation d'extrême fatigue. Plus il y aura de réponses, plus les résultats de l'enquête seront pertinents pour mieux faire reconnaître cette maladie professionnelle.



✓ ACCESSIBILITÉ

Depuis le 30 septembre 2017, les chirurgiens-dentistes doivent disposer d'un registre public d'accessibilité (RPA) dans leur cabinet dentaire. Ce document a pour objectif d'informer les patients sur le degré d'accessibilité du cabinet. Le document à produire ne présente pas de contraintes particulières tant dans la forme que sur le fond. L'Ordre met à la disposition des chirurgiens-dentistes, en téléchargement sur son site Internet, un modèle gratuit de RPA à compléter en une quinzaine de minutes.



✓ DÉRIVES SECTAIRES

Lorsqu'un praticien a des raisons de supposer qu'un confrère est engagé dans une dérive sectaire, il veillera par tous les moyens légaux à confirmer l'existence de signes évocateurs de cette dérive. Il alertera le conseil départemental de l'Ordre tout en veillant au respect des dispositions du Code de déontologie. Il pourra également interroger la Miviludes sur ce praticien ou sa pratique afin de conforter ses doutes et/ou d'obtenir des informations complémentaires sur la dangerosité de la méthode utilisée au regard d'un risque de dérive sectaire.

✓ CONGRÈS ADF

L'Ordre tiendra son stand (emplacement 1L23) au Congrès de l'ADF au Palais des congrès, à Paris, du 28 novembre au 2 décembre prochains. Les praticiens pourront y obtenir des informations ou simplement échanger. Ils pourront par ailleurs créer en direct sur le stand leur messagerie MSSanté. Pour ce faire, les praticiens devront se munir de leur carte de professionnel de santé (CPS). Un représentant de l'Asip Santé les guidera tout au long de la création de leur boîte mail.



La Lettre n° 161 – Octobre 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 : p. 3, 31. Fotolia : pp. 2, 28, 29. DR : pp. 1, 2, 4-5, 9, 17, 21, 24, 27, 30.

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

Téléchargez le rapport d'activité 2016 de l'Ordre sur

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

