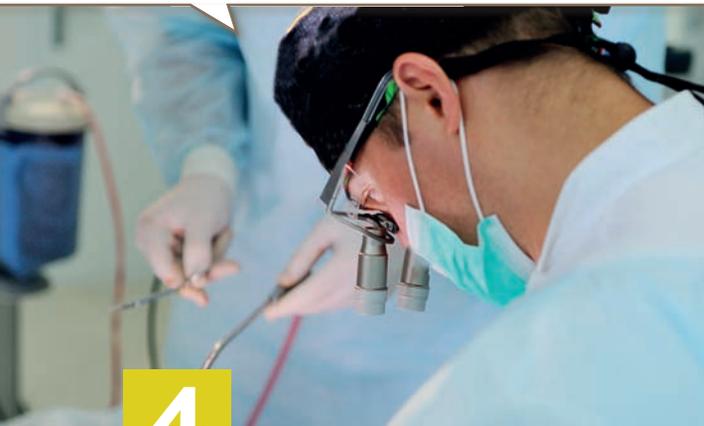


PROJET DE TEXTES SUR LES CENTRES DE SANTÉ

CE QUE L'ORDRE PROPOSE



4

L'ÉVÉNEMENT

Centres de santé: ce que propose l'Ordre

ACTUALITÉS

- 8** SANTÉ PUBLIQUE
Rappel sur la vaccination antigrippale
- 9** COTISATIONS ORDINALES
Un nouveau moyen de paiement plus efficient
- 10** EUROPE
Accès partiel : le juge souffle le chaud et le froid
- 15** SERVICES ODONTOLOGIQUES
L'unité d'odontologie de Périgueux victime de son succès
- 17** MODES D'EXERCICE
Dans ce numéro de *La Lettre*, le *Guide des contrats*
- 18** CONFÉRENCE DE PRESSE
L'Ordre et la confiance des Français dans la profession
- 20** PRATICIENS ASSOCIÉS
Exercer à l'hôpital sans être inscrit au tableau
- 21** PRIX DU CONSEIL NATIONAL
Les lauréats 2017 du concours de déontologie
- 22** ÉTUDES DE LA DREES
La consommation de soins dentaires en hausse de 2,9 %
- 25** EN BREF



26

L'Igas livre un avis contrasté sur les réseaux de soins

JURIDIQUE

- 31** CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
On ne badine pas avec la loi anti-cadeaux !
- 35** DROIT DU TRAVAIL
Le licenciement pour faute grave d'un praticien salarié



PORTRAIT

- 42** VALENTIN GARYGA
French touch

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

Mise au point

Au motif que des titulaires d'un diplôme d'odontologie dûment délivré par l'université Fernando-Pessoa, à Porto, auraient suivi les deux premières années de leur cursus au Clesi – cette structure privée contre laquelle l'instance ordinale s'est mobilisée avec force et constance –, certains font reproche à l'Ordre d'avoir inscrit ces praticiens au tableau. La virulence de certains propos, qu'il faut hélas associer à une grande méconnaissance de la législation, est consternante. Elle l'est d'autant plus que l'Ordre, depuis plus de dix ans, ne cesse d'alerter Paris et Bruxelles sur les conséquences potentiellement désastreuses, en termes de sécurité des soins, d'une absence de contrôle des cursus dans les universités publiques et privées des pays de l'Union européenne. Mieux encore, et l'on ne parle plus ici de risques mais d'un fait établi, notre profession médicale perd chaque année un peu plus la maîtrise de sa démographie puisqu'un tiers des nouveaux inscrits en France sont désormais diplômés hors de l'Hexagone et hors numerus clausus. Redisons-le : l'Ordre n'a hélas pas autorité pour juger du contenu d'un diplôme délivré dans un pays de l'Union, mais seulement de son authenticité. Une fois les vérifications d'usage effectuées, il DOIT inscrire ces praticiens, sauf à se mettre volontairement hors la loi, ce qui serait insensé de la part d'une institution ayant délégation de service public. Or, pendant que les «*y a qu'à-faut qu'on*» s'époumonent, l'Ordre agit en son nom propre, mais aussi avec ses homologues européens du Council of European Dentists (CED) et de la Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators (Fedcar)*. Il agit quand il accompagne, avec d'autres, l'Ordre maltais dans la procédure – qui vient de prendre fin – à la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) opposant l'État maltais à un prothésiste souhaitant y exercer une partie de la profession de chirurgien-dentiste. Il agit lorsqu'il rencontre à Bruxelles les représentants des États dans lesquels se forment puis «*s'exportent*» en France des diplômés en odontologie. Il agit lorsqu'il expose, à Paris et à Bruxelles, sa profonde conviction : la loi du marché – le mantra bruxellois – ne saurait tenir lieu de mécanisme de régulation, en tout cas ni au détriment des patients ni de la profession. L'Ordre poursuit donc son action et, concrètement, milite pour la création d'un système d'évaluation des cursus en Europe.

* www.cedentists.eu; www.fedcar.eu



CENTRES CE QUE



DE SANTÉ PROPOSE L'ORDRE

Consulté par le ministère de la Santé sur les projets de textes destinés à mieux encadrer les centres de santé, le Conseil national prend acte de certaines avancées et de l'interdiction de la publicité. Mais le dispositif, tel que prévu par le ministère, laisse encore certaines zones grises qu'il conviendrait de clarifier pour éviter que de nouveaux scandales ne voient le jour.

Interdiction de la publicité, nécessité de se plier à un engagement de conformité, pouvoir de sanction dévolu aux Agences régionales de santé (ARS) : le projet d'ordonnance du ministère de la Santé visant à mieux encadrer les centres de santé, tel que le prévoyait la loi Touraine, introduit quelques avancées par rapport aux textes aujourd'hui en vigueur. Le Conseil national prend naturellement acte avec satisfaction de ces progrès mais, dans le même temps, il souhaite des améliorations visant à prévenir définitivement tout nouveau scandale tel que celui que nous avons connu avec Dentexia. C'est, en substance, le message que vient d'envoyer l'institution ordinaire au ministère de la Santé dans le cadre d'une concertation entre les Ordres et l'avenue de Ségur. Il faut d'ailleurs savoir gré au ministère de l'avoir ouverte, même si, à l'heure où nous écrivons ces lignes, rien ne préjuge évidemment que les propositions de l'Ordre seront prises en compte.

LE CONTEXTE DE L'ORDONNANCE

Avant d'entrer dans le détail du projet du ministère et des propositions du Conseil national qui veut les compléter, il convient de rappeler en quelques mots le contexte de cette ordonnance et de ses textes d'application. En pratique, la loi Touraine ⁽¹⁾ de modernisation de notre système de santé a habilité en 2016 le gouvernement à



►►► prendre dans les deux ans et par ordonnance «*les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi*», dans le but notamment de «*simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours*», mais aussi de «*clarifier et adapter les dispositions du Code de la santé publique relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé*».

QUID DU RAPPORT FANTÔME DE L'IGAS?

Rappelons que ce dispositif constitue une réponse à l'affaire Dentexia ainsi qu'aux failles législatives et réglementaires qui ont rendu possible ce scandale. Du reste, il faut y insister, la ministre de l'époque ne s'en était pas tenue à cela : elle avait commandité deux rapports à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), l'un, rendu public en juillet 2016, sur les mesures à prendre en urgence pour apporter une réponse aux patients lésés de Dentexia, et l'autre, le fameux rapport fantôme jamais rendu public de janvier 2017, visant à, nous citons la lettre de mission de la ministre, «*apporter une réponse plus globale sur la régulation de cette offre de soins afin d'éviter que ne se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins des patients*»⁽²⁾.

Le ministère de la Santé actuel vient donc de soumettre à l'analyse de l'Ordre les projets de textes prévus par la loi : une ordonnance, accompagnée de son décret d'application et d'un arrêté. C'est donc l'ensemble des textes qui a été transmis à l'Ordre, ce qui permet

(une fois n'est pas coutume...) de disposer d'une vision complète et précise du dispositif tel qu'élaboré par l'avenue de Ségur.

Répetons-le, globalement, à la lecture des projets, il y a du progrès. Quant à savoir, pour la petite histoire, si ces projets ont été inspirés par le rapport fantôme de l'Igas, au vu des avancées proposées mais aussi des précisions qui, selon le Conseil national, restent à imaginer, on ne peut qu'émettre une réponse de Normand...

Cela étant, l'esprit du dispositif conçu par le ministère, en dépit d'une rédaction parfois redondante et souvent indigeste, consiste bien à encadrer les activités des centres de santé, pas seulement dentaires d'ailleurs, en refondant totalement les dispositions législatives qui s'appliquaient jusqu'à aujourd'hui⁽³⁾. Le Conseil national prend acte de cette volonté. Ainsi, les projets de textes évacuent la dimension exclusivement économique du centre de santé, basée sur la baisse des coûts au mépris de la sécurité sanitaire, pour replacer au cœur des enjeux la seule question qui vaille : la participation de ces structures sanitaires à la réponse donnée aux besoins de santé publique et au maillage territorial. La création d'un centre suppose ainsi l'élaboration par son ou ses gestionnaires d'un projet de santé, qui comprend en premier lieu un «*diagnostic des besoins du territoire*» en termes de santé.

DES PROCÉDÉS PUBLICITAIRES INTERDITS

Le dispositif renforce le rôle des Agences régionales de santé avec un pouvoir de sanction accordé au

directeur général de l'ARS pouvant aller jusqu'à la fermeture du centre. Et surtout, il instaure un formalisme un peu plus rigoureux et, partant, plus protecteur, que la simple déclaration de création d'un centre qui a cours aujourd'hui. En pratique, la création d'un centre de santé doit impérativement être précédée d'un «*engagement de conformité*» aux textes adressé au directeur de l'ARS. Il en résulte en creux que tout manquement à cet engagement est susceptible d'une sanction prononcée par le directeur de l'ARS, à même d'aboutir à une sanction pénale. Autre avancée significative : le texte interdit formellement tout procédé de publicité aux centres de santé.

Voilà pour les points positifs. Reste que, pour le Conseil national, les projets de textes ne sécurisent pas totalement les choses et laissent encore des failles. Il est regrettable qu'une procédure d'agrément en bonne et due forme délivrée par l'ARS, en amont de l'ouverture du





centre, ne soit pas imaginée, même si l'engagement de conformité, qui lui est préférée, offre, nous l'avons dit, un premier niveau de protection. Ci-dessous sont présentées les précisions qui, selon l'Ordre, devraient être apportées à ce nouvel ensemble avec pour objectif central d'écarter définitivement les turpitudes passées.

• Le gestionnaire des centres de santé

Le dispositif définit les personnes physiques et morales ayant capacité à gérer un centre de santé. Mais cette définition n'apporte pas une réelle clarification des règles de création et de fonctionnement des centres. Contrairement à son ambition affichée, elle ne simplifie pas l'accès aux soins de premier recours. S'agissant des établissements de santé privés, ce n'est plus l'établissement qui gère le centre (comme c'est le cas pour les établissements de santé publics), mais le gestionnaire de l'établissement. Le

Conseil national a du mal à interpréter cette singularité, de même qu'il s'interroge sur la possibilité donnée désormais à une société coopérative d'intérêt collectif de devenir gestionnaire.

• Les antennes de soins

Le dispositif introduit la possibilité de créer des «antennes» rattachées aux centres existants. Mais s'agit-il d'établissements secondaires de l'entité juridique que constitue le centre de santé? Si c'est le cas, un numéro Siret doit leur être accordé, dans la mesure où il permet une meilleure traçabilité des différents lieux d'exercice et de dispensation des soins.

Ainsi, les cabinets secondaires des sociétés d'exercice des praticiens (SCP ou SEL), auxquels on pourrait assimiler les antennes des centres de santé, répondent à des conditions précises d'ouverture, et surtout doivent être déclarés au Registre du commerce et des sociétés (RCS). Un numéro Siret leur est attribué, permettant de les identifier dans le paysage sanitaire. Une telle identification paraît nécessaire dans le cadre de la politique de gestion des risques et de la fraude par l'assurance maladie.

• Les soins de premier recours

La loi Touraine mentionne expressément la simplification et le renforcement de l'accès aux soins de premier recours. Le dispositif, dans sa forme actuelle, n'en fait aucune mention. Il substitue à cette notion d'actes de premier recours les «activités portant sur des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie». Pour le

Conseil national, il convient alors d'y ajouter le terme «obligatoire». Car l'assurance maladie complémentaire prend de plus en plus en charge, sous conditions, certains actes qui ne sont pas endossés par l'assurance maladie obligatoire, et qui ne relèvent pas nécessairement des soins de premier recours.

• Le contrôle des ARS

Le Conseil national regrette que le directeur général de l'ARS ne se voie pas conférer un plus grand pouvoir de vérification et d'appréciation de la conformité des documents qui lui sont transmis, tant au moment de la création du centre que lorsque des modifications substantielles d'organisation, de gestion et de fonctionnement lui sont appliquées. Pour le Conseil national, l'engagement de conformité, le projet de santé et le règlement de fonctionnement doivent faire l'objet d'un examen préalable de l'ARS avant toute autorisation de dispenser des soins.

Le projet de santé devrait notamment, selon le Conseil national, correspondre à un besoin, et notamment favoriser un maillage territorial efficient, aux côtés des professionnels de santé. Il s'agit d'une pièce essentielle qui devrait faire l'objet d'une étude avant tout envoi de récépissé. ■

(1) Loi du 26 janvier 2016.

(2) Rapport intitulé « Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins ». Lire aussi notre article dans ce numéro de *La Lettre* « Centres de santé dentaire ou centres low cost ? », p. 30.

(3) C'est en effet l'ensemble de l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique qui est réécrit.

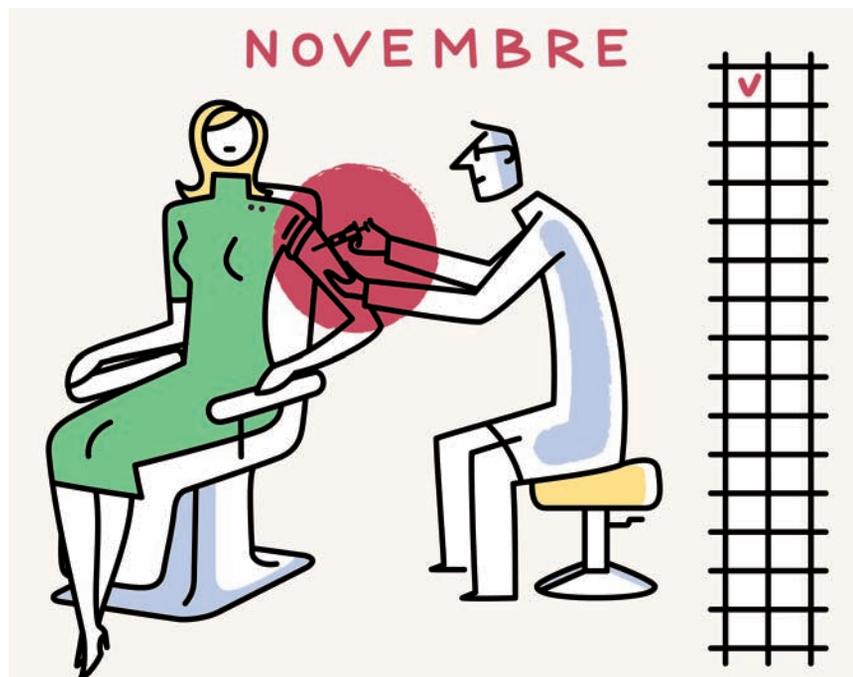
Rappel sur la vaccination antigrippale des praticiens

Le Conseil national de l'Ordre invite les chirurgiens-dentistes à se faire vacciner contre la grippe à titre préventif et à participer à la campagne de mise en place des mesures barrières.

La grippe saisonnière va faire son grand retour; chaque année, elle touche entre deux et huit millions de personnes en France et entraîne le décès de plusieurs milliers d'entre elles. La prévention de cette pathologie repose sur la vaccination et le respect de mesures barrières qui permettent d'en limiter sa transmission. La vaccination étant la meilleure prévention existante à ce jour, le Conseil national de l'Ordre recommande fortement à tous ses ressortissants ainsi qu'aux membres de leurs équipes de se faire vacciner contre la grippe.

La vaccination des professionnels de santé poursuit un double objectif: réduire le risque de contracter soi-même la grippe et celui de transmettre le virus à des personnes fragilisées.

«Il est, en effet, reconnu que la vaccination antigrippale des soignants est associée à une baisse de la mortalité parmi les patients, et l'effet est d'autant



plus significatif que les patients sont eux-mêmes vaccinés», explique la Drees dans l'une de ses études ⁽¹⁾. Par ailleurs, les mesures barrières (lavage des mains, masques chirurgicaux, réduction des contacts, etc.) permettent de limiter la diffusion de la grippe, en particulier dans les milieux de soins. Si les chirurgiens-dentistes et leurs collabo-

rateurs sont rodés depuis longtemps à ces précautions standard qu'ils pratiquent au quotidien, ils peuvent contribuer à diffuser ces recommandations auprès de leurs patients et leurs visiteurs. Pour cela, ils peuvent s'aider de la fiche pratique mise à disposition des professionnels de santé par l'agence Santé publique France qui comprend des ques-

tions-réponses, un point sur les principales mesures barrières et la vaccination ainsi que les indications des antiviraux ⁽²⁾. De plus, chaque chirurgien-dentiste reçoit de la CPAM un bon de vaccination gratuit. ■

(1) La Vaccination antigrippale des professionnels de santé, Drees, octobre 2007.

(2) Le document peut être téléchargé à partir de l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1684.pdf>

Cotisation : un nouveau moyen de paiement plus efficient

À partir de janvier 2018, le versement des cotisations ordinales se fera directement au Conseil national et non plus aux conseils départementaux, soit par chèque, soit désormais par carte bancaire sur le site de l'Ordre.

Dans le fil des recommandations formulées par la Cour des comptes après son audit de l'Ordre en 2016, après avis de sa Commission des finances, de contrôle des comptes et des placements de fonds du mois de décembre 2016, le Conseil national a adopté, en juin 2017, le principe du règlement des cotisations ordinales par les praticiens directement au Conseil national et non plus au conseil départemental dont ils dépendent. En pratique, à partir du 1^{er} janvier 2018, les praticiens pourront s'acquitter de leur cotisation *via* deux moyens de paiement au choix :

- Par carte bancaire : le praticien doit alors se munir de

l'appel à cotisation 2018 qu'il recevra par voie postale, se rendre sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr, se connecter à l'intranet et renseigner le «Code paiement par Carte bleue» se situant sur le bordereau de cotisation (cf. image).

- Par chèque à retourner au centre de traitement du Conseil national ⁽¹⁾.

La date limite de paiement est fixée par l'article L. 4122-2 du Code de la santé publique au 31 mars 2018. Le non-paiement des cotisations peut entraîner des recouvrements par huissier, dont les honoraires seront en ce cas à la charge du praticien. ■

(1) Ordre national des chirurgiens-dentistes – Centre de traitement – 75497 Paris Cedex 19.

L'ESSENTIEL

- ✓ Désormais, les cotisations ordinales doivent être versées au Conseil national et non plus aux conseils départementaux de l'Ordre.
- ✓ Deux moyens de paiement seront possibles : par carte bancaire sur le site du Conseil national ou par chèque adressé au Conseil national.
- ✓ Les praticiens devront s'acquitter de leur cotisation entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2018.



Formation des trésoriers

Les 20 et 21 septembre derniers au Conseil national, Alain Scohy et Pierre Bouchet, respectivement trésorier et trésorier adjoint, ainsi que Michel Dubois, président de la Commission des finances du Conseil national, ont organisé deux journées d'information à l'intention des trésoriers des conseils départementaux et régionaux afin d'expliquer les grands changements concernant les nouveaux moyens de paiement des cotisations ordinales et la nouvelle obligation de présentation des comptes financiers consolidés de l'Ordre.



Accès partiel : le juge souffle le chaud et le froid

Bonne nouvelle : la Cour de justice de l'UE estime qu'une règle nationale interdisant à un denturologiste d'exercer son métier hors le contrôle d'un chirurgien-dentiste est conforme au droit européen. Mauvaise nouvelle : le juge ne tranche pas sur le fond, c'est-à-dire sur l'accès partiel d'un prothésiste à la profession de chirurgien-dentiste.

En matière de santé publique, le juge européen cherche un équilibre entre la protection de l'organisation nationale des soins et la sauvegarde des intérêts économiques des professionnels de santé. « *La justice est rendue au nom de la vérité, et la vérité, elle, se cherche* », notamment en usant en dernier lieu de l'intérêt du patient ⁽¹⁾. À cette lumière a été rendue la très attendue décision du 21 septembre dernier sur l'exercice de la profession de prothésiste dentaire clinique, également connu sous le nom de « *denturologiste* » ⁽²⁾. De quoi s'agit-il? La profession de prothésiste dentaire clinique existe

au Royaume-Uni, en République d'Irlande, au Danemark et aux Pays-Bas. Ses praticiens se présentent comme des « *experts dans le domaine des appareils dentaires, y compris s'agissant de l'élaboration de dentiers ou de fausses dents, qui effectuent également les réparations et les modifications des dentiers et des prothèses dentaires* ».

Un prothésiste dentaire clinique souhaite exercer sa profession à Malte. Ce métier n'existe pas sur l'île : peut-on contraindre un pays comme Malte à le reconnaître au nom du libre échange européen? La libre circulation >>>



La libre circulation des professionnels de santé peut-elle aller jusqu'à contraindre un État à accepter l'installation des titulaires d'un diplôme inconnu sur son territoire ?

La Cour de justice de l'UE estime qu'une règle nationale interdisant à un denturologiste d'exercer son métier hors le contrôle d'un chirurgien-dentiste est conforme au droit européen.

des professionnels dans le marché intérieur peut-elle aller aussi loin? Le juge met le holà.

Rappel d'une règle intangible : tant qu'une profession n'est pas harmonisée en Europe, on ne peut imposer sa création dans un pays. « Une solution contraire reviendrait à forcer un État membre à calquer les conditions d'exercice d'une profession sur celles qui prévalent dans d'autres États membres et permettrait d'utiliser cette directive [2005/36] comme moyen de

contourner les conditions d'exercice des professions réglementées qui n'ont pourtant pas fait l'objet d'une harmonisation », déclare le juge.

Un professionnel européen ne peut exercer que les métiers existants dans l'État d'accueil où il souhaite s'installer.

Un prothésiste dentaire clinique peut-il alors accéder à Malte à l'une des professions paramédicales avec son diplôme étranger? Bien sûr, répond le juge. Pour autant qu'il s'agisse d'un même corps de profession. Vérification faite, la Cour européenne estime en l'espèce que denturologistes et prothésistes, malgré un nombre d'années d'études différent, relèvent apparemment d'une « même profession ».



Certes, mais le prothésiste dentaire clinique rechigne encore. Dans son pays d'origine, il a été formé à travailler auprès du patient sans l'intermédiation du chirurgien-dentiste. Malte ne le permet pas. Ce travail sous supervision est-il bien légitime compte tenu tant des soins prodigués (pas de procédure invasive dans la bouche; actes de préparation, de réparation et d'ajustement des appareils dentaires) que de l'assistance de nouveaux outils technologiques? N'entrave-t-il pas la liberté du commerce?

La question est loin d'être rhétorique, d'autant que d'autres États permettent un tel exercice sans supervision. Toutefois le juge, soucieux de ménager les systèmes nationaux de soins, rappelle qu'«il appartient aux États membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique et la manière dont ce [stade] doit être atteint. [Celui-ci] pouvant varier d'un État membre à l'autre, il y a lieu de reconnaître aux États membres une marge d'appréciation dans ce domaine». Comparaison n'est pas raison.

La solution est ailleurs. Pas dans le détail des actes du prothésiste dentaire clinique que l'avocat général de la Cour passe en revue, mais dans la formation scientifique du chirurgien-dentiste. Car là où intervient le chirurgien-dentiste, la santé du patient est en jeu, affirme le juge de l'UE. «Compte tenu du risque pour la santé du patient [...] inhérent à toutes les activités visées» dans la définition européenne de la compétence du praticien de l'art dentaire exerçant les activités «de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et les maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus



attenants», et compte tenu du niveau de santé publique choisi librement par Malte, «il convient de constater que, ainsi que l'a relevé M. l'avocat général [dans] ses conclusions, l'exigence de l'intermédiation obligatoire d'un praticien de l'art dentaire» est compatible avec les exigences du traité.

Cette réponse est un point clé de l'arrêt. Le juge se réfère à la définition consacrée dans l'UE de la compétence du chirurgien-dentiste pour décider que le choix maltais d'imposer un travail sous supervision est pertinent. Cette définition reçoit un rôle de boussole; nul doute qu'il servira à l'avenir lors de prochaines controverses sur une organisation nationale des soins bucco-dentaires.

La Commission européenne proposait d'aller plus loin. C'est >>>

Là où intervient le chirurgien-dentiste, au-delà de la santé même du patient, c'est le niveau de santé publique fixé par l'État qui est en jeu.

Malgré les écarts notables entre les qualifications des prothésistes dentaires cliniques et celles des praticiens de l'art dentaire, la Commission considère que l'accès partiel aux activités de dentisterie doit être évalué «au cas par cas»!

» un autre aspect marquant de la décision. Plutôt que de permettre au prothésiste dentaire clinique d'accéder à la profession moins qualifiée de prothésiste, la Commission estimait dans ses conclusions de juin 2016 que le droit européen – la directive 2005/36 – lui donnait la possibilité d'accéder partiellement à certains actes de la profession de chirurgien-dentiste. Son sophisme se passe de déguisement : *« Certaines des activités professionnelles des prothésistes dentaires cliniques ou denturologistes ayant acquis leurs qualifications en dehors de Malte et désireux d'exercer leurs activités professionnelles à Malte sont réservées aux praticiens de l'art dentaire. »* De ce constat la Commission – qu'on a connue plus inspirée – conclut que *« les prothésistes dentaires cliniques ou denturologistes étrangers doivent [...] être reconnus en tant que praticiens de l'art dentaire à Malte afin d'exercer ces activités professionnelles. Toutefois, concède la Commission, cela ne semble pas possible en raison des différences importantes dans les qualifications respectives des praticiens de l'art dentaire. [...] Par conséquent, une demande d'accès partiel aux activités professionnelles dans le domaine de la dentisterie doit être évaluée "au cas par cas" ».*

Hors palais, le débat a fait rage. Devant les juges, l'avocat général s'est aussi opposé à cette lecture. L'attente

du mot de la fin était forte ; la décision du 21 septembre la frustre.

Le juge estime que l'examen de cet accès partiel n'est pas utile à l'affaire puisque la solution peut être trouvée sans y recourir : *« Ainsi, sans même qu'il soit besoin de se prononcer sur la question de savoir si un tel accès partiel serait, en l'occurrence, juridiquement possible, force est de constater que, dans les conditions de l'affaire au principal, [elle] ne trouve pas à s'appliquer. »* Ignorée, la question n'est pas tranchée. Le sort de l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé qui organise l'accès partiel en France – et que l'Ordre conteste – ne peut donc pas être lu à la lumière de cet arrêt.

On retiendra en revanche le caractère implicite de la décision. Parce qu'existe à Malte une profession paradentaire, il n'est pas nécessaire pour le juge européen de réfléchir à l'accès partiel entre une profession paradentaire et une profession dentaire. Dans cette affaire, c'est parce qu'il en a eu les moyens que le juge européen a pu privilégier la circulation intraprofessionnelle sur une circulation interprofessionnelle compte tenu de l'organisation des soins bucco-dentaires à Malte. Compte tenu également de l'obstination, saluée ici, de l'Ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes de Malte à défendre cette solution. ■

(1) Citation tirée du *Livre des questions*, Edmond Jabès, 1963 ; éd. Gallimard, coll. « L'Imaginaire », 2006.

(2) Affaire C-126/16 du 21 septembre 2017, demande de décision préjudicielle présentée par l'Association maltaise des prothésistes dentaires.



L'unité d'odontologie de Périgueux victime de son succès

C'est au tour du centre hospitalier de Périgueux d'ouvrir son unité d'odontologie. L'unité affiche déjà complet avec un délai de deux mois pour obtenir un rendez-vous...

Ouverte depuis janvier 2017, l'unité d'odontologie du centre hospitalier de Périgueux prend en charge une trentaine de patients par jour. Pour Vincent Hein, chef du service, cette unité répond à plusieurs objectifs : « Il s'agit d'élargir l'offre de soins dentaires au sein de l'agglomération, qui souffre d'un manque de praticiens. Deuxième aspect : nous formerons tous les ans quatre étudiants en sixième année rattachés à la faculté de Bordeaux pour qu'ils s'installent ici une fois leurs études achevées. »

Le service comprend trois fauteuils avec cinq chirurgiens-dentistes dont quatre vacataires. « Nous réalisons des soins carieux, prothétiques et implantaire, souligne Vincent Hein. Nous avons également la possibilité de réaliser des interventions au bloc opératoire. »

La création de ce service a été possible grâce à l'implication du P^r Caroline Bertrand, doyenne de la faculté de Bordeaux, de Frédéric Besse, président du conseil départemental de l'Ordre de Dordogne, de Thierry Lefebvre, directeur de l'hôpital, de l'Agence

régionale de santé Aquitaine, du conseil départemental, du Grand Périgueux, de l'URPS et, bien sûr, de Vincent Hein qui a quitté son activité libérale pour exercer à plein temps à l'hôpital. « Quand Caroline Bertrand m'a présenté ce grand projet d'ouverture de service, j'ai très rapidement pris l'initiative d'arrêter le libéral pour me lancer pleinement dans cette activité », se souvient Vincent Hein.

Du côté de la demande de soins, la situation est plus mitigée : « À l'ouverture de l'unité, les patients obte-

naient des rendez-vous rapidement. Aujourd'hui, la demande est telle que nos délais sont comparables à ceux des cabinets libéraux du territoire, c'est-à-dire deux mois d'attente pour obtenir un rendez-vous », explique le chef de service. Il précise : « Nous prenons en charge des patients qui ne sont pas suivis au sein des cabinets libéraux. Ne pas être contraint de faire plus de 100 kilomètres pour se rendre dans les services hospitaliers de Bordeaux améliore de toute évidence l'accès aux soins. » ■



NE PRENONS PLUS DE GANTS POUR VOUS LE DEMANDER... DEVENEZ PRATICIEN SOLIDAIRE !

ADF
STAND
1P27

Mettre un «gant bleu», c'est avant tout faire un geste de solidarité. Un grand merci. En offrant un acte par mois, vous devenez praticien solidaire, vous contribuez ainsi au développement et à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations défavorisées.

www.aoi-fr.org
Reconnue d'utilité publique



Santé dentaire
Solidarité
Développement

Dans ce numéro de *La Lettre*, le *Guide des contrats*

Distribué avec *La Lettre* n° 162 datée de novembre, le supplément *Guide des contrats* a fait l'objet d'une complète réactualisation.

C'est sa quatrième mise à jour.

La dernière mise à jour du *Guide des contrats* datait de novembre 2014. Il convenait donc de proposer aux praticiens une version entièrement revue et corrigée. C'est désormais chose faite avec ce supplément à *La Lettre* n° 162, distribué à tous les praticiens.

Relevons que cette version du guide contient désormais des modèles des statuts des sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée (Selarl), comme c'était le cas pour toutes les autres formes de sociétés. Il s'agissait de prendre acte du très fort développement de cette forme d'exercice, notre ambition étant de mieux accompagner les praticiens dans

leur réflexion et dans leur décision d'adopter tel ou tel mode d'exercice en apportant des informations concrètes et fiables sur les Selarl.

Il est d'ailleurs également utile d'ajouter quelques mots sur les sociétés de partici-

pations financières de profession libérale de chirurgiens-dentistes (SPFPL). En 2012, le Conseil d'État avait sollicité l'Ordre pour avancer des propositions afin d'immatriculer ces nouvelles sociétés et, partant, permettre leur ins-

cription en bonne et due forme au tableau de l'Ordre. À l'époque, des décrets d'application étaient supposés paraître dans les six mois. Nous les attendons toujours...

Nous conseillons donc aux praticiens (et/ou à leurs conseils) de vérifier si les commentaires figurant dans cette dernière mise à jour du guide restent d'actualité. Étant entendu que, si ces décrets venaient à paraître, ils seraient immédiatement communiqués à la profession et intégrés dans la version numérique du *Guide des contrats*, en téléchargement sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr. ■

André Micouveau



L'Ordre et la confiance des Français dans la profession

Au cours de sa traditionnelle conférence de presse de rentrée, le président de l'Ordre, Gilbert Bouteille, a insisté sur la prise en charge bucco-dentaire de tous les Français.

Le 27 septembre, Gilbert Bouteille, accompagné de Dominique Chave et de Christian Winkelmann, a donné une conférence de presse pour dresser un point d'étape sur les actions de l'Ordre. Parmi les grands chantiers ordinaires, une initiative de poids : la mise en œuvre d'une approche mieux concertée, plus rationnelle et mieux comprise de l'organisation des soins bucco-dentaires, qui s'est concrétisée par la publication du premier rapport de l'Ordre sur l'accès aux soins bucco-dentaires en septembre dernier ⁽¹⁾. L'Ordre a procédé à un recensement des actions, des associations et des réseaux de soins dédiés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en situation de handicap ou de précarité. D'autres sujets ont été évoqués par le président de l'Ordre, tels que l'accès partiel avec une récente décision de la Cour de justice

de l'Union européenne qui a tranché dans un cas concernant un prothésiste à Malte (*lire l'article pp. 10-14*), la nécessaire réécriture des textes concernant les centres de santé de type association loi 1901, le nouveau Code de déontologie, la réforme de l'Ordre, la formation continue et la prévention ainsi que les soins conservateurs.

Au cours de ce point presse, Gilbert Bouteille n'a pas manqué d'évoquer

Une dynamique de réorganisation a été mise en place, tant du point de vue de la gestion comptable que des services du Conseil national.

le rapport de la Cour des comptes. Rappelons qu'entre 2015 et 2016, et pour la première fois depuis 1945, la Cour a enquêté pendant 16 mois sur tous les échelons de l'Ordre. « Nous avons accueilli cette enquête de manière positive et dynamique, car il est de notre devoir d'interroger nos pratiques et d'ajuster les choses quand

il convient de le faire », explique Gilbert Bouteille avant de préciser : « Nous ne partageons pas, néanmoins, tous les avis de la Cour, dont certains relèvent du registre du jugement de valeur et d'autres, d'une lecture décontextualisée des faits permettant d'asseoir une démonstration à charge. »

Selon les conclusions de la Cour, l'Ordre serait « sorti du champ des compétences que le législateur

Et d'explicitier son propos : « Il faut comprendre que nous vivons dans une société de défiance, où le rôle de l'Ordre, en régulant notre profession, en contrôlant son accès, en créant des liens avec le grand public, consiste à maintenir la confiance de la population dans notre profession médicale. La Cour des comptes ne peut pas imaginer que l'Ordre agisse en 2017 comme il y a plus de 70 ans, en 1945. »

L'Ordre a toutefois entendu et pris en compte les remarques et les recommandations de la Cour qui estime que l'institution ordinale n'a pas mis en place de règles suffisantes d'autocontrôle. C'est un impératif aujourd'hui sur la table. Le Conseil national est ainsi en ordre de bataille sur la consolidation comptable ou encore la réorganisation des services. Sur la gestion, le Conseil national s'inscrit également dans une dynamique de

lui a assignées ». « Il est heureux, souligne Gilbert Bouteille, que l'Ordre des chirurgiens-dentistes soit sorti du périmètre de ses attributions de 1945, qui, d'ailleurs, ont été modifiées et augmentées depuis une vingtaine d'années par le législateur lui-même pour les adapter aux évolutions sociétales, technologiques et thérapeutiques. »



Selon le président du Conseil national, « *il est impératif de réformer et de moderniser l'instance ordinale* ».

réorganisation, y compris avec la mise en place d'un contrôle interne effectif et de mesures de transparence.

Gilbert Bouteille veut tirer un bilan positif de ce rapport : « *Il est impératif de réformer et de moderniser l'instance ordinale. Dans ce cadre, le Conseil national a organisé, en juin dernier des assises ordinales rassemblant plus de 230 conseillers ordinaux venus de toute la France.* »

Dans le respect de ses engagements, l'Ordre a également lancé la refonte de son site Internet pour accompagner sa modernisation et mieux

répondre aux attentes de ses différents publics : praticiens, étudiants en chirurgie dentaire et patients. À cet effet, le Conseil national a souhaité accorder un espace équivalent à chaque public, aisément identifiable, avec pour objectifs de :

- Délivrer aux professionnels toutes les informations nécessaires à leur exercice et leur permettre d'échanger avec l'Ordre de manière sécurisée;
- Fournir aux étudiants toutes les données utiles pour leur bonne intégration dans la vie professionnelle;
- Mieux faire comprendre aux patients les différentes facettes de la profession de

chirurgien-dentiste, leur donner des informations sur la santé bucco-dentaire, les aider à identifier les professionnels adéquats et les orienter de manière pratique dans le règlement d'un différend.

Toujours dans un souci de transparence et de communication vis-à-vis de l'ensemble des confrères, l'Ordre publie enfin son second rapport d'activité ⁽²⁾. Gilbert Bouteille a conclu sur trois derniers points :

- La signature d'une convention de partenariat avec la Miviludes pour lutter contre les dérives sectaires (*lire l'article* « Dérives sectaires : la signature d'une convention avec

Miviludes », pp. 4-10, *La Lettre* n° 161).

- La réforme des Ordres : l'année écoulée a été marquée par les ordonnances sur la réforme des Ordres pour lesquelles le Conseil national a donné son avis. L'Ordre a participé, avec les pouvoirs publics, à la réflexion sur sa nécessaire adaptation relative à la délimitation des nouvelles régions, aux nouvelles exigences de parité, à la clarification des conditions d'exercice des conseillers d'État et des magistrats administratifs au sein des Ordres et de leurs chambres disciplinaires (incompatibilités, durée des mandats, limite d'âge, régime indemnitaire) ainsi que sur l'obligation pour tous les échelons ordinaux (départemental, régional, interrégional) de certifier leurs comptes.

- Les violences faites aux femmes : depuis 2014, l'institution ordinale s'engage sur ce dossier, aux côtés de la Mission interministérielle pour la protection des femmes et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof). ■

(1) <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/index.php/handicap/rapport-acces-aux-soins-bucco-dentaires-2017/>

(2) http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/Rapport_activites/RA-2016ONCD-WEB.pdf

Exercer à l'hôpital sans être inscrit au tableau

L'exercice de notre profession par un praticien à diplôme étranger sans inscription préalable au tableau n'est autorisé que lorsque son activité est exclusivement limitée au milieu hospitalier et répond à deux statuts particuliers.

Un praticien à diplôme étranger peut-il exercer en milieu hospitalier sous le statut de praticien associé sans être inscrit à l'Ordre? La réponse est oui, mais sous certaines conditions. Le Conseil na-

tional a récemment été interrogé par l'un de ses ressortissants sur ce point et tient à rappeler les principes qui régissent ce type d'exercice. En premier lieu, rappelons que la profession de chirurgien-dentiste en France est ré-

glementée. À ce titre, elle obéit à des conditions cumulatives de nationalité, de diplôme et d'inscription à l'Ordre énoncées par le Code de la santé publique ⁽¹⁾. Cependant, des exceptions existent. En effet, certains chirurgiens-

dentistes peuvent exercer sans être inscrit au tableau de l'Ordre. C'est le cas notamment des praticiens attachés associés ⁽²⁾ et des praticiens assistants associés ⁽³⁾.

Pour exercer en tant que praticien attaché associé ou praticien assistant associé, les trois conditions suivantes doivent être remplies :

- être titulaire d'un diplôme, d'un titre ou d'une formation fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur;
- exercer uniquement à l'hôpital sous la responsabilité directe du responsable de la structure ou de l'un de ses collaborateurs;
- ne pas effectuer de remplacement. ■

(1) Articles L. 4111-1 et L. 4141-3 du Code de la santé publique.

(2) Articles R. 6152-632 et suivants du Code de la santé publique.

(3) Articles R. 6152-538 et suivant du Code de la santé publique.



Les lauréats 2017 du concours de déontologie

Le 28 septembre dernier, le Conseil national a décerné son prix à six étudiants en chirurgie dentaire.

Élise Pastwa, étudiante de la faculté de Nancy, a remporté le premier prix du concours de déontologie organisé par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Pour cette édition 2017, 13 candidats de cinquième et sixième année s'étaient présentés.

Le 28 septembre, les six meilleurs d'entre eux ont reçu un prix et un chèque des mains de Paul Samakh, vice-président du Conseil national et cheville ouvrière de l'organisation du prix, en présence de Jean Molla, conseiller national.

Cette année, les étudiants planchaient sur trois thématiques au choix : les missions de l'Ordre, les nouvelles technologies de l'information et la permanence des soins.

Dans le détail, les candidats ont dû définir les missions de l'Ordre et



son organisation, tant pour les praticiens qu'à l'égard des patients, en les différenciant des missions syndicales.

Ils devaient par ailleurs réfléchir sur l'impact éventuel des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sur notre déontologie.

Enfin, les étudiants ont planché sur l'obligation du chirurgien-dentiste d'assurer la permanence de soins pour les patients durant l'exer-

cice quotidien et lors du service de garde.

Le premier prix a été décerné à Élise Pastwa, comme nous l'avons mentionné plus haut. Émilie Azaïs, étudiante à Montpellier, est montée sur la deuxième marche du podium. Le troisième prix a été décerné à Alexandre Moizo, étudiant lui aussi à Montpellier. Le quatrième prix a quant à lui été accordé à Marie-Sophie Bogner, étudiante à Strasbourg, tandis que Xiao

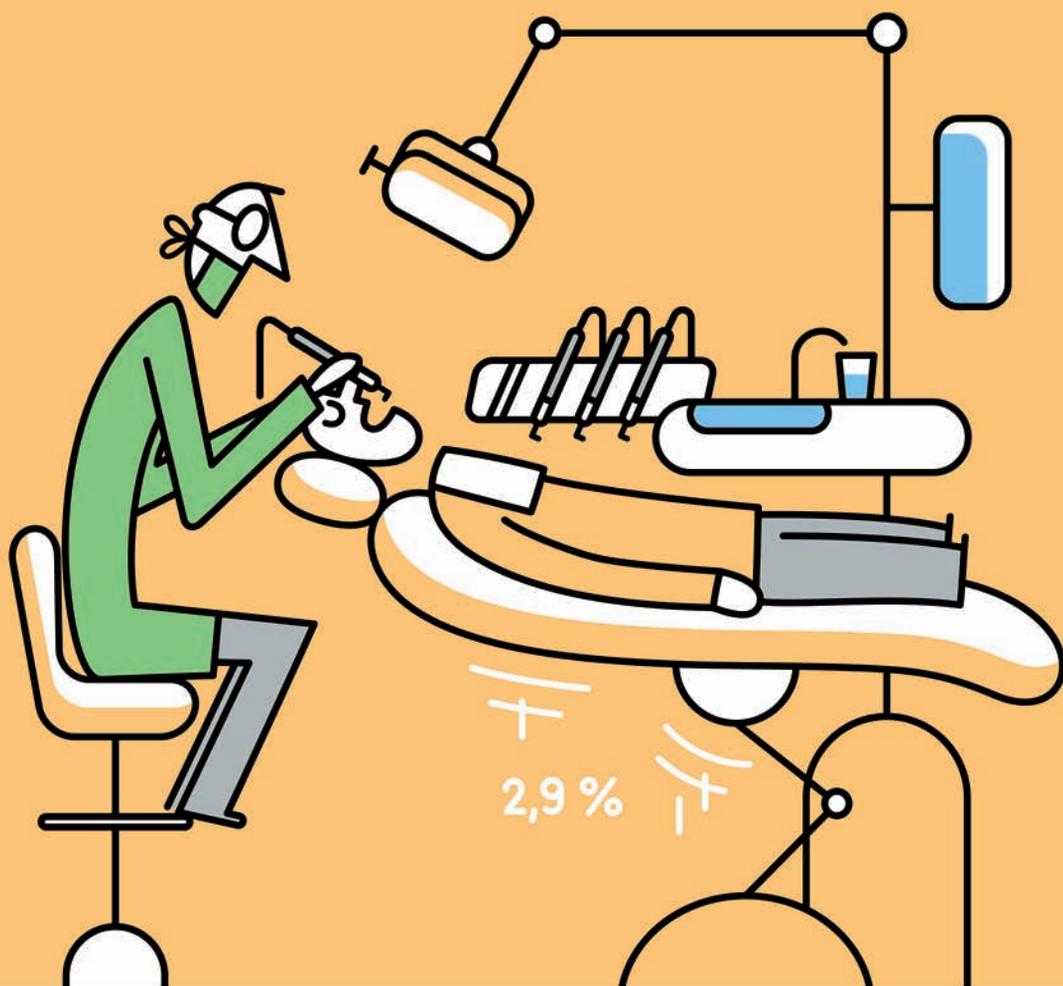
Xuan, étudiant à Montpellier, décrochait la cinquième place. Enfin Cécile Wasielewski, étudiante à Paris VII, a été classée en sixième position.

Quatre conseillers nationaux se sont chargés de la correction des épreuves du concours : Paul Samakh, Jean-Baptiste Fournier, Serge Fournier et Christian Winkelmann.

Le Conseil national adresse toutes ses félicitations aux lauréats. ■

La consommation de soins dentaires en hausse de 2,9 %

Consommation de soins bucco-dentaires et répartition des praticiens sur le territoire selon l'âge, le sexe et le mode d'exercice : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) livre une étude sur les dépenses de santé dans laquelle un chapitre est dédié aux soins bucco-dentaires et aux chiffres clés de notre profession.



« La consommation de soins bucco-dentaires s'élève à 11,1 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 2,9 % en valeur par rapport à 2015 », relève la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans une étude intitulée « En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme », parue en septembre dernier.

Les principales dépenses portent sur les actes chirurgicaux, les soins orthodontiques et les honoraires des chirurgiens-dentistes. Toutefois, la dynamique réelle de la consommation de soins bucco-dentaires reste « difficile à appréhender, les soins non remboursables étant mal mesurés », précisent les auteurs de l'étude.

Depuis 2009, le prix des soins bucco-dentaires progresse de 1 % environ par an (+ 0,7 % en 2016). Les volumes de soins dentaires, « plus dynamiques » en 2016 qu'en 2015 (+ 2,2 % contre + 0,8 %), sont liés à la hausse du nombre d'actes chirurgicaux (+ 2,3 % en 2016) et des soins orthodontiques. Parmi les soins remboursables, la part des dépassements dans les honoraires dentaires s'est repliée de 2,1 points entre 2013 et 2016, même si « elle de-

meure [...] à un niveau élevé en 2016 (50,9 %), leur hausse ayant été quasi constante jusqu'en 2013 », précise la Drees. Et d'ajouter : « Les dépassements d'honoraires dentaires sont concentrés sur les prothèses et actes d'orthodontie, seuls actes dentaires remboursables pour lesquels ils sont autorisés. Compte tenu de ces dépassements, les soins prothétiques constituent, en 2015, environ 56 % des honoraires totaux identifiés des chirurgiens-dentistes, loin devant les soins conservateurs et chirurgicaux (23 %) et les traitements d'orthodontie (15 %). »

S'agissant des effectifs et des modes d'exercice des chirurgiens-dentistes, sans grande surprise, l'activité libérale prédomine. L'exercice salarial séduit cependant de plus en plus de praticiens. D'après les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 42 197 chirurgiens-dentistes sont recensés en France, dont environ 950 dans les départements et régions d'outre-mer (Drom). Les effectifs augmentent de 0,8 % par an depuis 2011, en raison de l'élargissement progressif du numerus clausus, passé de 930 par an au milieu des années 2000 à près de 1 200 depuis

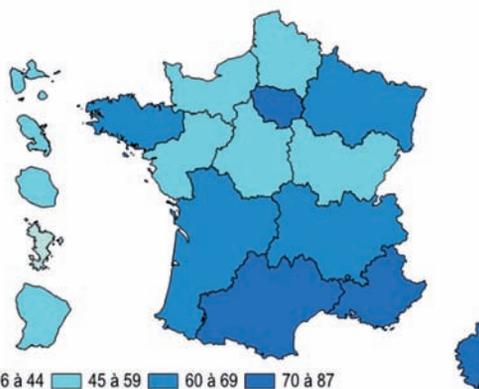
2012. Auparavant, la démographie était orientée à la baisse (- 0,3 % par an entre 2006 et 2010).

« L'augmentation des effectifs se fait via les chirurgiens-dentistes salariés, en forte progression depuis 2011 (+ 5 % par an en moyenne depuis 2011) »,

explique la Drees. Les effectifs libéraux demeurent, quant à eux, très stables pour la période 2011-2016 (+ 0,3 % par an en moyenne). La Drees dénombre ainsi 37 356 professionnels libéraux en 2016, soit 88,5 % de la profession. >>>

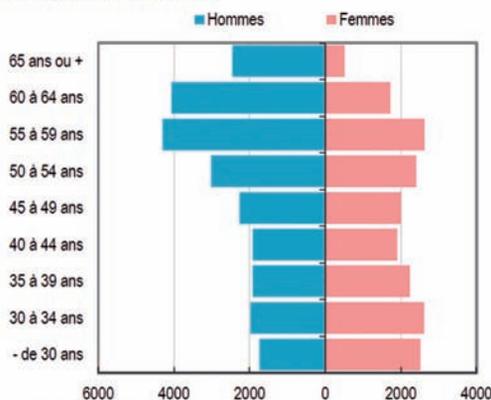
Carte Densité des chirurgiens-dentistes

Pour 100 000 habitants



Sources > DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Graphique 2 Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes



Champ > France entière.

Source > DREES, RPPS.

Consommation de soins bucco-dentaires

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation totale (millions d'euros)	9055	9315	9500	9654	9988	10280	10480	10595	10584	10757	11073
Valeur	3,3	2,9	2	1,6	3,5	2,9	1,9	1,1	-0,1	1,6	2,9
Prix	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7
Volume	1,5	1,6	0,2	0,4	2,2	1,8	1	0,2	-1,2	0,8	2,2

►►► « Bien que cette profession reste l'une des professions de santé les moins féminisées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % en 2007 à 44,0 % en 2016 [...]. Le nombre et la proportion de femmes dans les jeunes générations progressent : 59,1 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans sont des femmes en 2016, contre 58,6 % en 2014 », d'après les auteurs de l'étude.

S'agissant du maillage territorial, dans un contexte de libre installation, les écarts de densité entre le nord et

le sud du pays restent significatifs. En 2016, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,2 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à 70 pour 100 000 en Île-de-France et dans les régions du Sud (Paca, Occitanie et Corse), tandis qu'elle est inférieure à 45 pour 100 000 en Normandie et dans certains Drom.

Plus largement, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progresse en valeur de 2,3 % en 2016, contre 1,5 % un an plus tôt, ce qui représente 198,5 millions d'eu-

ros. Selon la Drees, « après un léger ralentissement en 2015, la CSBM croît à nouveau à un rythme proche de celui des années précédentes. Cette croissance est principalement portée par les soins hospitaliers [et] les soins de ville, notamment [par] les auxiliaires médicaux et les médecins ».

Les prix, quant à eux, continuent de reculer : - 0,6 % en 2016. La part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie est en hausse de 0,1 point par rapport à 2015. La Drees explique cette légère hausse par « la progression du nombre

d'assurés exonérés du ticket modérateur ».

Autre information livrée dans cette étude : « Pour la cinquième année consécutive, le reste à charge des ménages en santé se réduit : il atteint 8,3 % de la CSBM en 2016 contre 9,2 % en 2011. Au sein de l'Union européenne, la France est le pays où le reste à charge pour les ménages est le plus limité. » ■

(1) L'étude est téléchargeable depuis le lien <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-les-depenses-de-sante-retrouvent-leur-dynamisme>

Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2015-2016 (%)	Structure 2016 (%)	2014	2015	2016
Ensemble des chirurgiens-dentistes	40 599	40 833	41 186	41 495	41 788	42 197	1	100	10 584	10 757	11 073
Praticiens libéraux	36 806	36 906	37 053	37 013	37 196	37 356	0,4	88,5	-0,1	1,6	2,9
Praticiens salariés	3 790	3 927	4 133	4 482	4 592	4 841	5,4	11,5	1,1	0,9	0,7
dont praticiens hospitaliers	360	403	455	635	639	652	2	1,5	-1,2	0,8	2,2

Solidarité avec les Antilles

En septembre dernier, l'ouragan Irma a dévasté principalement les îles françaises de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Le Conseil national, par la voix de son président, Gilbert Bouteille, et de Jean Molla, président de la Commission de la solidarité, tient à témoigner son total soutien aux confrères et aux concœurs sinistrés. Le Conseil national suit étroitement l'évolution de la situation en collaboration avec les conseils départemental et régional de l'Ordre des Antilles-Guyane. Il se réserve la possibilité d'étudier les dossiers des sinistrés pour une aide éventuelle, dans le cadre de la Commission de la solidarité, qui se réunit chaque trimestre.

Liste des hébergeurs agréés de données de santé

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé) met à la disposition des chirurgiens-dentistes la liste de tous les hébergeurs de données de santé à caractère personnel agréés par le ministère de la Santé. La liste est consultable sur <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/secure/hebergeurs-agrees>. Par ailleurs, un projet de décret relatif à l'hébergement de données de santé va prochainement être publié. *La Lettre* reviendra sur ce sujet une fois le texte paru au *JO*.

Créer sa messagerie MSSanté sur le stand de l'Ordre

Profitez de votre venue au congrès de l'ADF du 28 novembre au 2 décembre pour créer, sur le stand de l'Ordre (emplacement 1L23), votre messagerie sécurisée MSSanté. Pour cela, munissez-vous de votre carte professionnelle de santé (CPS) avec le code secret. Un représentant de l'Asip santé vous guidera tout au long de la création de votre boîte mail. La messagerie MSSanté assure la sécurité des échanges mails entre les professionnels de santé exerçant en cabinets de ville et à l'hôpital. Très pratique et simple d'utilisation, cette application gratuite sécurise les transferts de données médicales par mail.

La disparition de Jean-Claude Chardon

C'est une grande figure de la profession qui vient de s'éteindre à l'âge de 90 ans. Jean-Claude Chardon fut l'un de ces éminents praticiens qui, dans les années 1960, contribuèrent à la médicalisation de la profession et à son autonomisation au sein de l'université. Cocréateur de l'UJCD, il fit de cette structure un laboratoire d'idées et une pépinière de talents qui se faisaient les porte-voix actifs de cette médicalisation de la profession. Installé en libéral dans les Yvelines, il fut vice-président de la CNSD et occupa la fonction de secrétaire général de l'ADF. Il exerça aussi des fonctions ordinales puisqu'il fut membre du conseil départemental des Yvelines de 1972 à 1996, au sein duquel il fut longtemps vice-président. Il fut également membre du conseil régional d'Île-de-France. Fondateur de l'Association nationale d'exercice en groupe ou en association (Andega), il avait une connaissance très fine des conditions d'exercice des praticiens. Il eut l'occasion de transmettre son savoir et son expérience au sein de la Commission des contrats du Conseil national de l'Ordre, dont il fut pendant dix ans et jusque dans les années 2010, un membre extérieur particulièrement écouté et respecté. C'est à cette occasion que, en tant que président de cette commission, j'ai mieux connu Jean-Claude Chardon, et je crois pouvoir dire qu'une grande estime réciproque nous liait. C'était un homme de parole et d'engagement.

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

André Micouveau

L'Igas livre un avis contrasté sur les réseaux de soins

S'agissant singulièrement du secteur dentaire, tant en termes de tarifs que de qualité ou d'accès aux soins, l'impact des réseaux de soins reste à démontrer, relève l'Inspection générale des affaires sociales dans un état des lieux de ces structures en demi-teinte.



Certains réseaux de soins ont compté des centres Dentexia dans leurs rangs, révèle l'Inspection générale des affaires sociales dans son très attendu rapport, réalisé en juin et rendu public en septembre dernier, sur ces structures ⁽¹⁾. S'agissant du secteur dentaire, c'est l'une des conclusions les plus frappantes de cette première étude du genre. Et les au-

teurs du rapport ne s'en tiennent pas là : ils constatent que «*presque tous les réseaux dentaires incluent des centres de santé considérés, du fait de leur modèle économique, comme "à risques potentiels" par la récente mission Igas consacrée aux centres de santé dentaires*» (lire l'encadré p. 30 «Centres de santé dentaire ou centres low cost»?). Traduction : l'écrasante majorité des réseaux de soins comptent des cen-

tres dentaires dits «*low cost*» dans leurs rangs. Certes, relève l'Igas, les risques liés à ces structures «*ne sont pas spécifiques aux réseaux de soins*», mais leur présence en leur sein est «*en décalage avec le discours tenu par certaines de ces plateformes sur les garanties offertes par leurs réseaux*». C'est au milieu des années 2000, rappelle l'Igas, que les réseaux ont pris leur essor «*avec la créa- >>>*



►►► tion des plateformes de gestion qui gèrent des réseaux de soins pour le compte d'organismes complémentaires : Carte Blanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane». Et c'est dans l'optique qu'ils sont les plus développés, à l'inverse des réseaux dentaires qui, selon l'Igas, restent modestes puisque «le nombre de praticiens est relativement faible (moins de 6 000 pour le plus étendu, soit 14 % du total des chirurgiens-dentistes), et le nombre d'actes proposés [...] limité».

L'Igas rappelle que les réseaux doivent leur croissance à un cadre juridique «très sommaire», constitué principalement par le droit de la concurrence, auquel l'Autorité de la concurrence a donné, depuis 2009, une interprétation favorable concernant les plateformes de gestion. Selon cette jurisprudence «les réseaux de soins auraient un effet "pro-concurrentiel" qui profiterait aux consommateurs

en leur garantissant des prix avantageux et une lisibilité accrue de l'offre». Si les auteurs n'oublient évidemment pas la fameuse loi Le Roux du 27 janvier 2014, ils déplorent pourtant ses «dispositions [...] trop générales pour avoir une réelle portée» (liberté de choix des patients, égalité d'accès aux soins...).

Toujours s'agissant du cadre juridique, les auteurs relèvent un aspect essentiel : les principes déontologiques qui «régissent la profession de chirurgien-dentiste ne s'appliquent pas directement aux réseaux

de soins, ce qui les prémunit contre les recours pour publicité abusive ou détournement de clientèle». Plus largement, et toujours selon les auteurs, «les réseaux de soins échappent à tout contrôle de la part des autorités sanitaires, au plan national comme local, [alors même] qu'ils opèrent une véritable régulation des parcours de santé : référencement et tarification des produits et des soins, orientation des patients vers des professionnels de santé sélectionnés, contrôle de qualité des produits et des pratiques...».

Un dispositif de régulation d'autant plus déséquilibré, soulignent les auteurs

du rapport, que «la relation contractuelle entre les plateformes et les professionnels de santé est elle-même déséquilibrée», avec notamment une «très forte asymétrie des droits et obligations réciproques : pouvoirs unilatéraux de sanction et de modification accordés aux réseaux, responsabi-

lités presque entièrement à la charge des professionnels de santé, faibles contreparties de la part des plateformes au regard des engagements pris par les professionnels...»

S'agissant des tarifs, «au cœur de la stratégie des plateformes de gestion», l'Igas prend d'infinies précautions avant d'avancer ses chiffres en expliquant qu'un «écart de prix pour une catégorie de produits/prestations ne dit rien de la nature ni de la qualité du produit acheté. Il ne dit rien, non plus, sur les acheteurs (besoins, capacités financières,

Les réseaux échappent à tout contrôle des autorités sanitaires, alors même qu'ils opèrent une véritable régulation de l'offre de soins.





comportements...). Ils ne permettent donc pas d'en déduire un impact lié aux réseaux».

Ces précautions posées, l'Igas constate un écart de prix significatif en optique (- 19 % pour des verres adultes) et, dans une moindre mesure, dans le secteur des aides auditives (autour de - 10 %). À l'inverse, dans le secteur dentaire, «les écarts de prix semblent globalement plus modestes», (de - 2 à - 5 %), avec cependant des «différences importantes pour certaines plateformes».

DES INÉGALITÉS ACCENTUÉES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Quid de la qualité des soins ? Eh bien, il est «très difficile de porter un jugement sur l'impact des réseaux, faute d'indicateur fiable. La satisfaction des usagers, mise en avant par les plateformes, n'est souvent qu'une impression qui en dit assez peu sur la qualité objective des actes ou des produits». Ainsi, l'Igas «n'est pas en mesure de faire la part, au sein des réseaux de soins dentaires, entre les pratiques de qualité et les autres». Et d'avancer le fait, évoqué plus haut, qu'une part des plateformes interrogées ont admis avoir abrité des centres Dentexia dans leurs réseaux dentaires et comptent aujourd'hui des centres *low cost* (mais qui ne se revendiquent plus comme tels, faut-il le préciser).

Et l'accès aux soins ? Pour l'Igas, «les réseaux ont un effet globalement favorable : on constate un écart important de reste à charge en faveur des assurés qui recourent aux réseaux, notamment en optique (- 50 % environ)».

En revanche, l'impact des réseaux sur l'accès aux soins du point de vue

géographique est plus incertain. Enfin, des «éléments indiquent que, loin de corriger les inégalités d'accès aux soins, les réseaux auraient plutôt tendance à les accentuer : les assurés qui bénéficient des meilleurs contrats complémentaires sont ceux qui ont le plus accès aux réseaux et aux prix préférentiels qu'ils offrent».

Autre dimension, primordiale : les réseaux restreignent la liberté de choix et de prescription. Pour l'Igas, cette restriction est «modérée» pour les patients, mais «nettement plus forte» pour les professionnels de santé sur les plans financier et des pratiques. L'Igas note d'ailleurs que ces lourdes contraintes pèsent sur les praticiens, qui les vivent mal.

En matière de gestion des données de santé, l'Igas pointe des écarts avec le droit, qu'il s'agisse du recueil du consentement des patients, de la conservation des données personnelles ou des responsabilités qui incombent aux plateformes.

Au fond, ce que retient l'Igas de cette étude, c'est une connaissance «très lacunaire» des réseaux de soins et de leur impact sur le système de santé. Les auteurs plaident pour la mise en place de mesures précises, mais aussi pour une évaluation juridique approfondie du dispositif conventionnel. Ils en appellent à une amélioration de la sécurité des données à caractère personnel et médical collectées par les réseaux de soins, au développement des référentiels et de guides de bonne pratique, notamment dans le secteur dentaire... ■

(1) *Les Réseaux de soins*, rapport établi par Nicolas Durand et Julien Emmanuelli, membres de l'Igas, et rendu public le 20 septembre 2017.

Centres de santé dentaire ou centres *low cost*?

Dans leur rapport, les auteurs évoquent les recommandations émises dans un autre rapport de l'Igas de janvier dernier, jamais rendu public, consacré à l'encadrement des centres de santé dentaire. Nous publions cet extrait qui dévoile ainsi – un peu – les propositions émises dans ce fameux rapport fantôme de l'Igas.

« Les centres de santé dentaire (au nombre de 726 en 2016) contribuent à renforcer l'accès aux soins prothétiques et d'orthodontie et la pratique de soins conservateurs sur l'ensemble du territoire notamment pour les plus démunis. Associant travail en équipe, mutualisation des moyens et simplification des procédures de tiers payant (dématérialisation), ils peuvent avoir un statut mutualiste, être gérés par une municipalité, des caisses d'assurance maladie ou une association à but non lucratif. Initialement revendiqué par certaines associations avant l'affaire Dentexia, le terme de «low cost» est unanimement récusé aujourd'hui, car associé à un risque de dégradation de la

qualité des soins. De fait, si toutes les associations fournissent des prestations à moindre coût, seules certaines fonctionnent sur un modèle économique qui peut apporter un bénéfice personnel au gestionnaire et présenter des risques de dysfonctionnement potentiel, contribuant ainsi à décrédibiliser les centres de santé dentaire en général, alors que ceux-ci participent à une mission de santé publique.

D'après une mission Igas récemment consacrée au sujet, les éléments importants à prendre en compte pour détecter des fonctionnements potentiellement à risques sont l'orientation vers l'implantologie, plus rémunératrice, au détriment d'autres choix thérapeutiques moins invasifs et l'intrication de la gestion entre un organisme à but non lucratif et des sociétés privées à but lucratif, avec une recherche potentielle de maximisation du chiffre d'affaires ⁽¹⁾. »

(1) Les Centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins, Igas, janvier 2017.



On ne badine pas avec la loi anti-cadeaux!

En résumé

Un dispositif « anti-cadeaux » est entré dans notre droit, et vient même d'être aménagé par une ordonnance du 19 janvier 2017. Sa méconnaissance entraîne des sanctions. Ce que ne peuvent plus ignorer les sociétés ni leur représentant légal lourdement condamnés par la cour d'appel de Paris dans un arrêt du 29 mars 2017, et dont les clients sont des chirurgiens-dentistes, à ce titre, bénéficiaires potentiels desdits avantages... Ces derniers n'ont, semble-t-il, pas été inquiétés...

Le contexte

La cour d'appel de Paris a rendu un arrêt le 29 mars 2017 par lequel elle condamne plusieurs sociétés et leur dirigeant (la même personne physique) pour des pratiques contraires au dispositif « anti-cadeaux ». En quoi cette décision intéresse-t-elle les chirurgiens-dentistes ? L'affaire concerne des sociétés commercialisant des matériels et des consommables dentaires qui ont pro-

posé ou procuré, de manière directe ou indirecte des avantages à leurs clients, en l'occurrence des chirurgiens-dentistes ainsi que leur personnel et leurs proches. Plus précisément, elles ont mis en place un système de fidélisation par lequel, à l'aide d'un système de cumul de points (rattaché au volume d'achat des produits), les clients (rappelons-le, principalement chirurgiens-dentistes) peuvent recevoir des produits énumérés dans des catalogues (vins, maroquinerie, etc.). Les « avantages clients » cou- >>>

»»» vrent au moins une période comprise entre 2009 à 2013. C'est une association qui a interpellé le commissaire aux comptes de l'une des sociétés, en critiquant des pratiques qui avaient pour but de «soutenir [son] activité auprès des chirurgiens-dentistes par des offres continues de cadeaux d'importance significative et, de ce fait, de ne pas respecter les dispositions de la loi anti-cadeaux». Elle ne se contenta pas de procéder par affirmation et cita au moins un exemple avec «la prise en charge d'un voyage à New York pour deux personnes au départ de Paris avec trois nuits en hôtel 3 étoiles à Manhattan pour 2000 euros d'achat sur le nouveau catalogue avant le 31 décembre 2010».

On peut ajouter que des chirurgiens-dentistes qui remplissaient les conditions mais n'avaient pas obtenu l'avantage annoncé s'adressèrent aux Directions départementales de la protection des populations (DDPP). Ils y voyaient une tromperie, une vente forcée par une publicité mensongère. En définitive, les sociétés et leur représentant légal ont été poursuivis notamment sur le fondement de la loi «anti-cadeaux».

L'analyse

Aux termes de l'article L. 4113-6 du Code de la santé publique, qui prescrit une règle d'exercice commune à tous les

professionnels de santé (et donc aux chirurgiens-dentistes), il est «interdit, pour les étudiants se destinant aux professions relevant de la quatrième partie du présent Code et pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, ainsi que les associations les représentant, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale». Et d'ajouter qu'est «également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages». D'où le dispositif dit «anti-cadeaux».

Pour caractériser la violation de la loi par les sociétés et leur représentant légal, la cour d'appel a vérifié si les conditions légales étaient réunies. La cour d'appel constate le caractère significatif des avantages procurés aux clients, le seuil toléré par les instances ordinales (relève-t-elle) s'élevant à 30 euros annuels pour des cadeaux devant rester en rapport avec l'exercice, de nature professionnelle. Elle écarte la qualification de relations courantes de travail dans la mesure où les avantages ne sont nullement rattachés à un usage professionnel, mais sont octroyés à des fins de «satisfaction personnelle du praticien ou de ses proches», écrit-elle; il ne s'agit pas d'une remise commerciale ni d'une ristourne. »»»





»» La cour d'appel voit dans les sociétés concernées des entreprises commercialisant des produits remboursés par la sécurité sociale, en distinguant deux types de produits : le matériel permettant la réalisation des soins et les produits, non directement remboursés, mais composant directement un soin remboursé par la sécurité sociale. N'oublions pas, en effet, que l'article L. 4113-6 du Code de la santé publique prohibe «*les avantages [...] procurés par des entreprises assurant des*

prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale». Si tel

contesteront ; elle élargit par trop – diront les détracteurs – le champ d'application du dispositif «*anti-cadeaux*». D'autres ré-

Si les praticiens n'ont pas été condamnés, ils s'exposent à d'éventuelles poursuites disciplinaires auxquelles pourraient s'ajouter des conséquences fiscales.

n'avait pas été le cas, il n'y aurait pas eu violation de la disposition précitée. La cour d'appel retient une interprétation que d'aucuns

pliqueront que cette analyse est fidèle à la volonté du législateur, exprimée récemment dans l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé ; selon cette ordonnance, le remboursement du produit de santé n'est plus une condition d'application du dispositif. La cour d'appel évoque certains courriers démontrant, selon elle, que le dirigeant connaissait bien la loi, et qu'ils établissaient une désobéissance volontaire à la loi. En définitive, la cour d'appel condamne le représentant légal des sociétés à une amende de 75 000 euros, et chacune des sociétés à une amende d'un montant compris entre 20 000 euros et 75 000 euros. Selon nos sources, un pourvoi en cassation a été formé. Pour conclure, l'on remarquera que seul celui qui procurait l'avantage a été condamné, et non ceux qui en bénéficiaient (notamment les chirurgiens-dentistes). Attention toutefois aux éventuelles poursuites disciplinaires, et aux conséquences fiscales... ■

David Jacotot

Convention entre praticien et entreprise



Dans le cadre de la loi anti-cadeaux, le Conseil national met à la disposition de ses ressortissants une fiche complète qui récapitule les principes et la procédure

à suivre lorsqu'un chirurgien-dentiste signe une convention avec une entreprise biomédicale proposant des avantages. Cette fiche est téléchargeable sous fichier PDF sur le site de l'Ordre, www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr.

Rappelons que la loi anti-cadeaux pose le principe d'une interdiction, pour les chirurgiens-dentistes et les étudiants en odontologie, de percevoir des avantages, directs ou indirects, de la part des entreprises biomédicales, sauf dérogations strictement limitées et soumises à un formalisme rigoureux.

Le licenciement pour faute grave d'un praticien salarié

En résumé

Lorsqu'un contrat de travail unit un employeur à un salarié, en l'occurrence un chirurgien-dentiste (mais il en va de même pour une assistante dentaire), et que le premier entend mettre fin à ce contrat, il lui appartient de respecter le droit du licenciement. L'arrêt d'une cour d'appel (en date du 16 juin 2017) offre l'occasion de rappeler les règles en la matière, notamment lorsqu'il est reproché au salarié une faute grave. Premièrement, la faute grave est définie – abstraitement – comme tout fait (ou ensemble de faits) imputable au salarié d'une importance telle qu'il rend impossible le maintien de la relation. Deuxièmement, il appartient à l'employeur de prouver la faute grave par des faits précis, objectifs et vérifiables. Troisièmement, la lettre de notification du licenciement fixe les limites du litige, seuls les griefs mentionnés dans cette lettre pouvant être invoqués devant le juge. En l'espèce, les faits commis par le praticien salarié ont été jugés constitutifs d'une faute grave.

Le contexte

Le statut juridique des chirurgiens-dentistes n'est pas unique : plusieurs possibilités existent, notamment celle d'exercer à titre libéral ou de pratiquer dans le cadre d'un exercice salarié. Dans ce dernier cas, moins

fréquent dans la pratique, un contrat de travail est conclu, et la relation est régie par le droit du travail (principalement le Code du travail, sachant que la convention collective nationale des cabinets dentaires n'est pas applicable lorsque le contrat lie un praticien libéral à un praticien salarié). >>>

➤➤ Ainsi, le chirurgien-dentiste titulaire du cabinet qui entend unilatéralement ⁽¹⁾ mettre fin au contrat de travail est-il tenu de respecter le droit de licenciement. Rappelons que, légalement, ce droit est identique, que l'on soit en présence d'un(e) assistant(e), d'un(e) secrétaire ou d'un praticien salarié.

tions du travail la condamnation de l'employeur à lui verser 18 000 euros au titre de l'indemnité de préavis, 5 500 euros au titre de l'indemnité de licenciement et 3 000 euros à titre de rappel de salaire sur mise à pied conservatoire. Pire : non seulement il plaide l'absence de faute grave, mais encore l'inexistence

À la différence d'un licenciement pour cause réelle et sérieuse, en cas de faute grave, aucun préavis ni aucune indemnité ne sont dus au salarié.

Dans un arrêt récent ⁽²⁾, un chirurgien-dentiste salarié a été licencié. La procédure de licenciement, prescrite par le Code du travail (convocation à un entretien préalable, entretien préalable avec la faculté d'être assisté, lettre de notification du licenciement), a été correctement mise en œuvre. Sur le fond, l'employeur doit justifier *a minima* d'une cause réelle et sérieuse ⁽³⁾. En l'espèce, il reproche au salarié la commission d'une faute grave, ce qui explique la mise à pied à titre conservatoire ⁽⁴⁾ de ce dernier. En l'hypothèse d'une faute grave, aucun préavis (période pendant laquelle, une fois le licenciement notifié, le salarié travaille et perçoit une rétribution) ni aucune indemnité de licenciement ne sont dus ⁽⁵⁾, à la différence d'un licenciement pour une cause réelle et sérieuse reprochée au salarié.

Le praticien salarié conteste l'existence d'une faute grave. Ce faisant, il sollicite des juridic-

d'une cause réelle et sérieuse. Aussi réclame-t-il une indemnité égale à 60 000 euros en raison d'un licenciement qu'il estime injustifié. Au total donc, près de 87 000 euros!

Le conseil de prud'hommes le déboute de l'intégralité de ses demandes. Selon cette juridiction en effet, une faute grave a bel et bien été commise. Le praticien salarié interjette appel. La cour d'appel confirme le jugement, et l'employeur n'est pas condamné. Pourquoi?

L'analyse

Tout d'abord, la cour d'appel rappelle les règles de droit applicables. Premièrement, la faute grave est définie comme tout fait (ou ensemble de faits) imputable au salarié d'une importance telle qu'elle rend impossible le maintien de la relation



de travail. Deuxièmement, c'est à l'employeur qu'il appartient d'apporter la preuve de la gravité de la faute commise. Troisièmement, la lettre de licenciement fixe les limites du litige : il est impossible d'invoquer un autre



motif que celui mentionné dans ladite lettre.

Cela dit, et à juste titre, la cour d'appel étudie ensuite le contenu de la lettre. Celui-ci est accablant. Il est écrit : « Vous avez été absent de votre poste de travail les

10 et 17 janvier 2014 sans préalablement juger opportun de m'en informer. Lors de notre entretien du 31 janvier dernier, en présence de M. X je vous ai fait part d'une demande de notre conseil départemental de l'Ordre qui m'a inter-

pellé quant à une éventuelle modification du contrat de travail qui nous lie. En effet, vous avez conclu un contrat de travail avec un autre chirurgien-dentiste, contrat dont les horaires de travail sont incompatibles avec >>>

»» le contrat de travail qui nous engage. À la lecture de votre courrier du 3 février 2014, je constate que vous ne donnez aucune explication quant à vos absences du 10 et du 17 janvier derniers. En vous absentant pendant vos heures de travail au sein de mon cabinet, sans autorisation, afin de vous livrer à l'exercice de l'art dentaire chez un autre employeur, vous avez commis un acte déloyal et manquez à votre obligation d'exécuter votre contrat de travail de bonne foi.

Vous vous êtes même octroyé le droit de prendre vos congés de décembre 2013, sans vous préoccuper des conséquences de votre absence auprès de votre employeur ni de la désorganisation du cabinet dentaire et de l'offre des soins. Pour ce qui est de votre absence du 15 janvier au matin et celle du même jour entre 16 h 30 et 17 h 30, je constate que les explications que vous m'avez données sont insuffisantes et pour le moins évasives. Encore une fois et au total mépris des patients et de vos collègues de travail, vous avez décidé d'arriver en retard, de vous absenter de votre poste de travail sans aucun justificatif ni information et encore moins d'autorisation. En procédant ainsi vous démontrez une totale désinvolture dans l'exécution loyale de votre contrat de



travail. En refusant volontairement d'exécuter vos obligations contractuelles inhérentes à une exécution loyale de votre contrat de travail, vous manifestez à l'égard tant des patients que des membres du cabinet dentaire un irrespect total préjudiciable pour l'entreprise.

Je regrette également votre manque total de ponctualité qui, depuis décembre 2013, s'est accentué.

Lorsque je vous ai interrogé sur le fait que vous aviez "donné l'ordre" à l'une des assistantes de remettre une prothèse dentaire à une patiente, vous avez lors de l'entretien admis "faire vos mots croisés", niant que vous faisiez

la sieste dans le fauteuil, apporté par vos soins pour vous aménager un espace privatif. En refusant de recevoir cette patiente, vous avez commis un manquement professionnel portant atteinte à l'image de notre cabinet dentaire et au sérieux des soins que nous devons dispenser. Vous refusez délibérément de faire face à vos responsabilités. Comme vous refusez de communiquer votre attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle.

D'autre part, depuis votre mise à pied conservatoire, j'ai été contraint, pour faire face aux demandes des patients, d'utiliser le cabinet dentaire qui vous était affecté. Après avoir constaté une absence de savons et de solutions bactéricides dans la salle de soins que j'ai mise à votre disposition, je vous ai également interrogé sur le respect élémentaire des

Une totale désinvolture a été observée dans l'exécution du contrat de travail, manifestant un irrespect total des patients et des membres du cabinet dentaire.

règles d'hygiène et d'asepsie que nous devons, en notre qualité de chirurgiens-dentistes, respecter scrupuleusement. Or, vous avez affirmé que vous vous laviez les mains une fois en début de journée, après vous mettez des gants, et les produits bactéricides vous donnent des mycoses. Vous avez confirmé par écrit le 3 février 2014 ne vous laver les mains qu'une fois en début de journée puisque vous affirmez "user les gants à 90 % et que, pour les 10 % restants, [vous vous vaporisez] les mains avec un spray désinfectant". Je suis extrêmement surpris par l'information de l'usage que vous faites d'un spray uniquement destiné à la désinfection du matériel et des surfaces de travail. J'ose à peine croire que vous préférez user les gants mis à votre disposition plutôt que de les changer régulièrement. En procédant ainsi, en ne vous lavant pas les mains régulièrement, en utilisant un produit de désinfection pour vos mains inapproprié, vous mettez en péril la sécurité sanitaire des patients que je vous confie et vous manquez totalement aux règles d'hygiène qui nous ont été enseignées. Votre défaut d'hygiène manifeste a également été constaté sur le matériel neuf mis à votre disposition puisque j'ai évoqué que le clavier de votre ordinateur était maculé de ciments, colles, adhésifs et que le cône de la radiographie était également dans un état de saletés irréversibles (pâte d'obturation endodontique, ciment de scellement). J'ai constaté que beaucoup de soins que vous avez

La liste des griefs énumère un départ en congés non autorisé, une relation contractuelle avec un autre cabinet dentaire non révélée, des manquements répétés aux règles élémentaires d'hygiène, des fiches patients non renseignées...

réalisés sont non conformes aux données acquises de la science et relèvent d'un défaut de qualité manifeste.

J'ai constaté sur le bureau de votre ordinateur des liens et raccourcis avec des sites non professionnels tels que des sites de motos ou de rencontres. J'ai également connaissance que pendant votre temps de travail vous consultiez non seulement ces sites, mais également des sites plus tendancieux à caractère pornographique.

J'ai mis à votre disposition un "unit" et un matériel neuf. Je déplore non seulement le fait que vous n'avez pas utilisé ce matériel en bon père de famille, mais que vous vous soyez de surcroît permis, selon votre fantaisie, de ne pas renseigner les fiches des patients selon les usages professionnels applicables en la matière. Je ne trouve également aucune trace de certaines factures de prothèses ou de fiches de traçabilité.»

Chacun aura relevé la «longueur» de la lettre, laquelle évoque nombre de griefs distincts : absences et retards injustifiés, départ en congés non autorisé, existence d'une relation contractuelle parallèle avec un autre cabinet dentaire non révélée à l'employeur et compromettant l'exercice des

fonctions, attitude cavalière et désinvolte à l'égard des patients, manquements aux obligations professionnelles en faisant remettre une prothèse à un patient par le biais d'une assistante, non-communication de l'attestation d'assurance responsabilité civile, manquements répétés aux règles d'hygiène, dommages irréversibles causés au matériel en raison de la méconnaissance de ces mêmes règles d'hygiène, soins non conformes aux données acquises de la science, utilisation du matériel à des fins non professionnelles pendant le temps de travail, fiches patients non renseignées...

La méthode judiciaire est alors la suivante. La cour d'appel reprend chaque grief afin de vérifier si l'employeur apporte (ou non) la preuve de leur réalité. Premier exemple : si le praticien salarié ne justifie pas d'une autorisation de son employeur pour un départ en congés, rien ne permet de retenir ce grief à l'encontre du salarié dès lors que ne sont pas prouvées l'existence et l'utilisation d'une procédure spécifique sur ce point ni l'absence d'une pratique d'autorisation orale telle que revendiquée par le praticien salarié. Deuxième exemple : les écrits de M^{mes} G. et J., assistantes dentaires au >>>

»» cabinet, font état d'annulations intempestives de rendez-vous et de patients laissés seuls sur le fauteuil pendant que le praticien téléphonait pour des raisons personnelles ou naviguait sur Internet. M^{me} D., l'une de ses patientes, atteste que, se plaignant de douleurs après des soins prodigués par l'intéressé, ce dernier lui a fermé la porte et lui a dit qu'elle devait se faire psychanalyser, l'informant à une autre occasion que, du fait qu'elle était bénéficiaire de la CMU, il ne pouvait «faire mieux car il ne touchait rien sur l'appareil».

Selon la cour d'appel, ces faits établissent l'existence d'une attitude désinvolte à l'égard de la patientèle, que confirment les écrits de M^{me} L., autre patiente évoquant une piquûre dans la lèvre «sans la moindre excuse». Dernière illustration : par décision en date du 11 mars 2016, la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a sanctionné le praticien salarié, notamment à raison des manquements aux règles d'hygiène dont la réalité a été considérée comme établie; en outre, M^{me} L. évoque des préparations dentaires tombées au sol et «retournant» dans la bouche, la présence d'un chien dans le cabinet et un travail sans gants avec des mains sentant le tabac, le tout confirmant les éléments retenus dans le cadre de la décision ordinale.

Bref, la juridiction estime certains griefs prouvés et d'autres non. De là, elle conclut que «l'ensemble des griefs établis,

par leur nombre et leur importance, constitue un comportement fautif dont la gravité rendait impossible le maintien du contrat de travail, alors que rien ne démontre que l'employeur ait pu avoir connaissance des faits reprochés plus de deux mois avant la mise en œuvre de la procédure disciplinaire ayant mené au licenciement».

Sur ce dernier point, la cour fait allusion à une règle légale relative à la prescription des faits fautifs (donc non susceptibles d'être opposés à un salarié), selon laquelle «aucun fait fautif ne peut donner lieu à lui seul à l'engagement de poursuites disciplinaires au-delà d'un délai de deux mois à compter du jour où l'employeur en a eu connaissance, à moins que ce fait ait donné lieu dans le même délai à l'exercice de poursuites pénales⁽⁶⁾». En définitive, le licenciement pour faute grave est justifié. ■

David Jacotot

(1) Les deux contractants peuvent préférer une rupture d'un commun accord. En ce cas, il convient de se référer aux articles L. 1237-11 et suivants du Code du travail relatifs à la rupture conventionnelle.

(2) Cour d'appel de Caen, 2^e ch. sociale, 16 juin 2017, numéro d'inscription au répertoire général : 16/00630.

(3) Article L. 1232-1 du Code du travail.

(4) Pendant toute la période de la procédure de licenciement qui peut durer une petite quinzaine de jours, ici du 20 janvier au 5 février 2014, le salarié ne travaille pas et n'est pas rétribué.

(5) Articles L. 1234-1 et L. 1234-9 du Code du travail.

(6) Article L. 1332-4 du Code du travail.

Ce qui change

L'on profite de cette chronique consacrée au licenciement inhérent à la personne du salarié (qui ne relève donc pas d'un motif économique) pour informer les lecteurs de *La Lettre* des nouvelles règles en la matière issues de l'ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 (les nouvelles dispositions sont applicables aux licenciements prononcés postérieurement à la publication de ladite ordonnance) et d'autres textes récents. Ces nouvelles dispositions, d'un point de vue général, ne sont pas favorables aux salariés, et sont censées encourager de nouveau les employeurs à recruter (le droit du licenciement étant perçu comme un frein à l'embauche).

- Premièrement, l'indemnité légale de licenciement (qui n'est pas due si le salarié est l'auteur d'une faute grave, mais en cas de cause réelle et sérieuse) a été revalorisée par le décret n° 2017-1398 du 25 septembre 2017. Cette mesure, quasiment la seule, est favorable au salarié. Elle ne peut être inférieure aux montants suivants :

«1° Un quart de mois de salaire par année d'ancienne-

en matière de licenciement

«*té pour les années jusqu'à dix ans; 2° Un tiers de mois de salaire par année d'ancienneté pour les années à partir de dix ans.*» L'assiette de calcul est basée sur «*la moyenne mensuelle des 12 derniers mois précédant le licenciement ou, lorsque la durée de service du salarié est inférieure à 12 mois, la moyenne mensuelle de la rémunération de l'ensemble des mois précédant le licenciement*». Par ailleurs, l'indemnité légale de licenciement n'est due qu'à la condition que le salarié totalise «*huit mois d'ancienneté ininterrompus au service du même employeur (sauf en cas de faute grave)*» (auparavant un an).

- Deuxièmement, et surtout, sont instaurés un plancher et un plafond s'imposant au juge pour fixer le montant des dommages-intérêts dus lorsque le licenciement ne repose pas sur une cause réelle et sérieuse. Par exemple, dans un cabinet occupant moins de 11 salariés, l'indemnisation ne peut être inférieure à 1,5 mois de salaire brut lorsque l'ancienneté du salarié est de cinq ans, et ne peut être supérieure à six mois de salaire brut. Les plancher/plafond

varient selon l'ancienneté. Si l'ancienneté du salarié est de dix ans, le plancher est égal à 2,5 mois, et le plafond égal à dix mois de salaire brut. Cette indemnité s'ajoute à l'indemnité de licenciement évoquée ci-dessus (cf. premièrement), mais le juge peut tenir compte de celle-ci pour évaluer l'indemnité due à défaut de cause réelle et sérieuse. Précisons qu'en cas de licenciement discriminatoire, plus généralement nul, le plancher est fixé à six mois de salaire, sans plafond.

- Troisièmement, avant l'ordonnance, la lettre de licenciement qui ne mentionnait pas le motif ou l'énonçait de manière insuffisante entraînait un licenciement dépourvu de cause réelle et sérieuse. L'écrit défaillant était donc assez lourdement sanctionné. Cette règle disparaît. Il est possible de préciser les motifs après l'envoi de la lettre de licenciement, et ce à l'initiative de l'employeur ou sur demande du salarié (point qui sera précisé dans un décret à paraître). C'est la lettre – *a posteriori* «*précisée*» – qui fixe les limites du litige. Il est attendu un «*modèle de lettre*» qui énon-

cera les droits et les obligations de chacun. Quant au non-respect de la règle de motivation de la lettre, si le salarié n'a pas demandé de précisions, il peut alors prétendre obtenir du juge une indemnité qui ne peut être supérieure à un mois de salaire (auparavant, il s'agissait d'une indemnité pour licenciement non causé). Si la lettre est mal motivée et que le licenciement est dépourvu de cause, l'indemnité ne peut, quoi qu'il en soit, dépasser le plafond légal.

- Quatrièmement, si la procédure légale ou conventionnelle (prévue par la convention collective) de licenciement a été méconnue, l'indemnité est au maximum d'un mois de salaire.

- Cinquièmement, le licenciement ne peut plus être contesté devant le juge une fois le délai de 12 mois à compter de la notification du licenciement expiré (sauf si le licenciement est lié à une action en discrimination ou en harcèlement), mais à la condition de mentionner ce délai dans la lettre de licenciement. Ce délai de prescription ne joue pas pour les instances judiciaires en cours. ■

French touch

Valentin Garyga devient à 25 ans le nouveau président de l'European Dental Students' Association (Edsa). C'est donc un Français (le troisième depuis la création de la structure) qui, depuis août 2017, pilote cette association représentant 65 000 étudiants dans 30 pays d'Europe.

Plusieurs chantiers attendent Valentin Garyga au premier desquels le management de son équipe : «*L'Edsa vient de renforcer ses troupes, et notre bureau compte désormais 11 membres. Mon premier travail consiste essentiellement à fédérer et à mobiliser cette formidable énergie; ce qui parfois relève du casse-tête,*

tion initiale, comme le numérique ou la télémédecine. Ces dispositifs font déjà partie du quotidien du chirurgien-dentiste; les enseigner dès l'université développerait utilement nos compétences dans ce domaine», souligne Valentin Garyga.

À côté de ses nouvelles fonctions, Valentin Garyga vient de valider sa thèse d'exercice à Lyon. Dans le prolongement, il conduit un essai clinique au CHU de Lyon sur la motivation à l'hygiène grâce aux nouvelles technologies : le projet GoPerio. Il explique : «*Nous avons mis en place une consultation structurée d'éducation thérapeutique appliquée à la parodontologie. À l'issue de celle-ci,*

Pour une bonne prise en charge, il faut comprendre les patients avant de traiter leurs problèmes dentaires. Soigner, c'est aussi s'intéresser à l'autre.

quand par exemple il faut synchroniser les agendas d'étudiants de neuf pays différents!»

Autre chantier soutenu par les membres du bureau de l'Edsa : une étude auprès des étudiants européens sur l'e-santé. L'objectif réside dans l'intégration de «*pratiques innovantes dans la forma-*

le patient repart notamment avec une vidéo personnalisée sur son smartphone. Elle contient des instructions sur l'hygiène bucco-dentaire pour qu'il n'oublie pas ou ne déforme pas les conseils que nous lui délivrons. Par ailleurs, notre système lui envoie régulièrement des SMS avec des infor-



Valentin Garyga

- 1992** : naissance à Aix-en-Provence
- 2010** : baccalauréat scientifique
- 2012** : 2^e année de chirurgie dentaire à Lyon
- 2017** : président de l'Edsa
- 2017** : master 2 en santé publique

mations sur la santé bucco-dentaire. L'idée consiste à maintenir le lien avec le patient pour entretenir et vérifier durablement sa motivation.» Avant d'exploiter les résultats, attendus l'été prochain, Valentin Garyga suit un master 2 en santé publique et biostatistiques. S'agissant de sa future carrière, le jeune homme ne se ferme aucune porte : «*J'envisage une spécialité en parodontologie en France ou à l'étranger. Pourquoi ne pas conjuguer ensuite un exercice clinique avec de la recherche?*» Il a en tout cas une certitude : celle de soigner des gens plutôt que des bouches. «*Pour une bonne prise en charge, il faut aimer les gens et les comprendre, avant de traiter leurs problèmes dentaires. Soigner, c'est aussi s'intéresser à l'autre*», conclut-il. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ COTISATION ORDINALE

À partir de 2018, les praticiens devront désormais régler leur cotisation ordinaire directement au Conseil national et non plus aux conseils départementaux. Deux modes de paiement sont proposés : par carte bancaire sur le site du Conseil national ou par chèque libellé à l'ordre du Conseil national. Les praticiens ont jusqu'au 31 mars 2018 pour s'acquitter de leur cotisation.



✓ CONTRATS

Le Conseil national de l'Ordre met à la disposition des praticiens une nouvelle version du *Guide des contrats*. Il s'agit de la quatrième actualisation du guide qui intègre les évolutions législatives et réglementaires survenues depuis la dernière parution de cet opus, en 2014. Cette mise à jour insère notamment des modèles des statuts des Selarl.



✓ EXERCICE HOSPITALIER

Pour exercer en milieu hospitalier en tant que praticien attaché associé ou praticien assistant associé, le chirurgien-dentiste doit être titulaire d'un diplôme, titre ou formations fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur. À noter qu'il exerce uniquement à l'hôpital sous la responsabilité directe du responsable de la structure ou de l'un de ses collaborateurs et ne peut effectuer de remplacement.

✓ LICENCIEMENT

Lorsqu'un praticien titulaire d'un cabinet dentaire entend licencier un praticien salarié pour faute grave, il doit prouver cette dernière par des faits précis, objectifs et vérifiables. La lettre de notification du licenciement fixe les limites du litige, seuls les griefs mentionnés dans ce document pouvant être invoqués devant le juge.



La Lettre n° 162 – Novembre 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. Fotolia : pp. 2, 4, 5, 6, 7, 12, 26, 27, 28, 29, 30, 44. DR : pp. 15, 42. Flore François : 9, 19, 21.

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

À partir de janvier 2018 vous pourrez payer votre cotisation ordinale en ligne



**Pour régler en ligne,
rendez-vous sur**

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/> muni de votre bordereau de cotisation ordinale.