

la Lettre

Affichage des honoraires :
de nouvelles obligations

p. 14

Les chirurgiens-dentistes du
service de santé des armées

p. 26

Les chiffres 2017 des
soins dentaires à l'étranger

p. 10



PUBLICITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

**OUI À L'INFORMATION
NON AU COMMERCE**



4

L'ÉVÉNEMENT

Information et publicité,
et maintenant ?

ACTUALITÉS

10 SOINS À L'ÉTRANGER
Tourisme dentaire, l'essoufflement ?

14 INFORMATION DES PATIENTS
De nouvelles règles
pour l'affichage des honoraires

16 DÉONTOLOGIE
Convention dentaire : l'avis technique
du Conseil national

18 SANTÉ PUBLIQUE
Coup d'accélérateur dans la lutte
contre le tabac

19 VIE ORDINALE
Résultats de l'exercice 2017

22 VIE ORDINALE
Les régions lancent leur réforme

24 EN BREF



26 DOSSIER

207 chirurgiens-dentistes
réservistes au service
de la nation

JURIDIQUE

35 RESPONSABILITÉ MÉDICALE
Un praticien jugé non fautif
grâce à la science conjuguée au futur...



38 CODE CIVIL
Attention aux clauses résolutoires
dans vos contrats !

41 CONSEIL D'ÉTAT
Les raisons de la non-reconnaissance
d'un DU

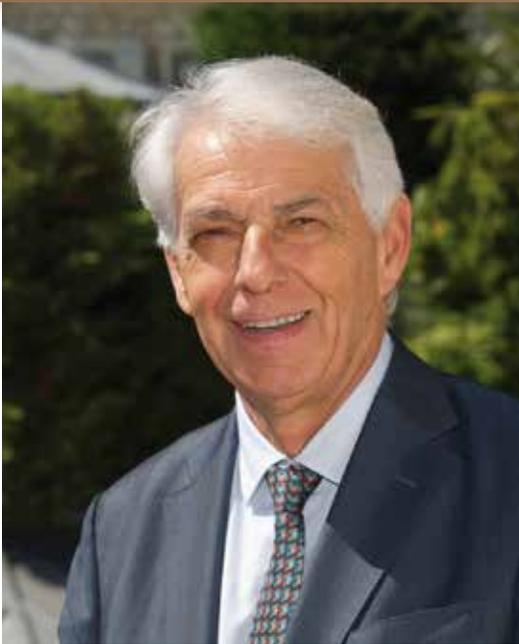
LA LETTRE EXPRESS

43 Ce qu'il faut retenir
pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Travaux de rentrée

Au cours de la période estivale qui s'achève, les conseillers ordinaires se sont mobilisés sur plusieurs dossiers importants relatifs à des sujets relevant des missions régaliennes de l'Ordre. Il s'agit d'une « instruction » du ministère de la Santé sur les centres de santé, de deux rapports

du Conseil d'État, l'un sur la publicité des professionnels de santé, l'autre (sur lequel nous reviendrons ultérieurement) sur les juridictions ordinaires et, enfin, des discussions sur la réforme de l'enseignement du troisième cycle.

Dans le détail, l'instruction ministérielle du 27 juin dernier adressée aux directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) est un texte essentiel en ce qu'il éclaire et précise la manière dont les pouvoirs publics souhaitent voir appliquer les nouvelles règles de création, de fonctionnement, de gestion et d'organisation des centres de santé. L'Ordre se félicite de cette initiative, mais reste vigilant, notamment sur le fonctionnement de certains centres déjà existants, car le risque de dérives n'est hélas pas encore

« LE CONSEIL NATIONAL
EST FAVORABLE À LA CRÉATION
D'UNE SPÉCIALITÉ EN ODONTOLOGIE
PÉDIATRIQUE. »

circonscrit. L'Ordre tient d'ailleurs ici à réaffirmer que sa mission de santé publique et de protection des patients concerne l'ensemble des acteurs dispensant des soins dentaires.

Le deuxième sujet de l'été, largement repris par les médias, concerne les règles applicables

aux professions de santé en matière d'information et de publicité. L'objectif consiste à harmoniser notre droit avec le droit européen, mais aussi à répondre aux attentes légitimes de la population en matière d'information et à prendre en compte, tout en les encadrant, les nouveaux moyens numériques de communication. La réponse de l'Ordre devra être rapide, claire, précise et facilement assimilable par tous les chirurgiens-dentistes afin d'éviter les débordements et les conflits. Il en résultera une refonte du Code de déontologie qui, tout en évoluant, maintiendra ses grands principes. Ce travail sera entrepris dès la rentrée après consultation des différentes instances ordinaires. Enfin, le dossier de la réforme du troisième cycle des études de médecine bucco-dentaire doit maintenant se conclure dans l'harmonie et le consensus avec l'ensemble des composantes de la profession, le Conseil national étant favorable à la création d'une spécialité en odontologie pédiatrique afin d'assurer, demain, une meilleure santé bucco-dentaire à nos jeunes concitoyens.

Très bonne rentrée à toutes et à tous.

Serge Fournier
Président du Conseil national





INFORMATION ET PUBLICITÉ : ET MAINTENANT ?

Le Conseil national partage les principes prônés par le Conseil d'État dans son rapport sur la publicité des professionnels de santé. Reste maintenant à travailler sur le contenu précis de ces nouvelles règles visant à permettre une meilleure information du patient tout en maintenant l'interdiction de toute communication à visée commerciale.

Non, le Conseil d'État, en prônant la fin de l'interdiction générale de la publicité aux professionnels de santé – dont les chirurgiens-dentistes –, ne souhaite pas pour autant autoriser ces derniers à recourir à la publicité au sens où on l'entend communément ! De fait, beaucoup de raccourcis rapides ont donné lieu à la diffusion d'informations erronées lors de la publication, fin juin, de l'étude du Conseil d'État sur les « Règles appli-

tière d'information et de publicité ». L'objectif est double : répondre aux besoins d'information des patients dans un contexte de développement du numérique, d'une part, et harmoniser les différentes législations applicables en Europe, d'autre part. En effet, l'encadrement strict des informations que les praticiens peuvent aujourd'hui transmettre ne paraît plus répondre aux attentes d'un public demandeur de transparence sur l'offre de soins. De plus, l'essor croissant de l'éco-

gouvernement les suivait, seraient applicables aux professionnels de santé :

1. Une obligation d'information sur les honoraires pratiqués.

2. Une autorisation de communication, par exemple, sur l'orientation de leur pratique.

« Le Conseil national est pleinement favorable à cet équilibre prôné par le Conseil d'État entre d'une part l'ouverture aux chirurgiens-dentistes d'un droit à la communication loyale et objective envers leurs patients et d'autre part le maintien de l'interdiction d'exercer la profession dentaire comme un commerce », explique Serge Fournier, président du Conseil national. Le Conseil d'État précise que cette liberté de communication sera « ainsi étroitement encadrée par le Code de déontologie et par les recommandations émises par les Ordres afin d'éviter toute autopromotion non vérifiée de spécialités, pratiques ou parcours professionnels ». Le Conseil d'État entend donc donner aux instances ordinales un rôle essentiel dans un but de protection de la santé publique. Concrètement, le rôle de notre Ordre, dans les mois à venir, consistera à proposer une nouvelle rédaction du Code de déontologie, notamment des articles portant sur les informa-

L'ESSOR CROISSANT DE L'ÉCONOMIE NUMÉRIQUE A RENDU OBSOLÈTES CERTAINES DES RESTRICTIONS ACTUELLES SUR L'INFORMATION

cables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité»⁽¹⁾. Après cette précision posée, et sur laquelle nous reviendrons, il est évident pour le Conseil national de l'Ordre, qui partage les propositions du Conseil d'État contenues dans ce rapport, qu'un toilettage des textes s'impose. Pour l'Ordre comme pour le Conseil d'État, la réglementation actuelle n'est en effet plus en adéquation avec les attentes légitimes du public et des praticiens. Mais, encore une fois, le Conseil d'État énonce sans ambiguïté dans son rapport que l'interdiction de toute communication à visée commerciale par le professionnel de santé doit être maintenue.

Quelle est la genèse de ce rapport ? Par lettre du 18 décembre 2017, le Conseil d'État a été sollicité par le gouvernement pour produire un rapport sur les « règles applicables aux professions de santé en ma-

nomie numérique a rendu obsolètes certaines des restrictions actuelles en matière d'information dans le domaine de la santé.

C'est dans ce contexte que le Conseil d'État a formulé 15 propositions visant à enrichir les informations susceptibles d'être communiquées au public par les praticiens, notamment sur leurs compétences et leurs pratiques professionnelles ainsi que sur les honoraires et les coûts des prestations.

Schématiquement, le Conseil d'État propose deux principes qui, si le

L'ESSENTIEL

- ✓ Le Conseil d'État a publié un rapport pour réformer les règles applicables en matière d'information et de publicité.
- ✓ Il souhaite autoriser les praticiens à diffuser des informations utiles au public sans pour autant remettre en cause l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce.
- ✓ Le Conseil national est favorable à cette réforme et travaillera à son contenu comme l'y invite le Conseil d'État.



tions pouvant être diffusées ainsi que sur les différents supports de communication (annuaires, imprimés, plaques, communiqués, etc.). Le but affiché ? Adopter un principe général de liberté de communication... mais fortement encadré. Suivra ensuite un travail de collaboration avec les autres Ordres de santé en vue d'une harmonisation de l'ensemble des Codes de déontologie, et ce en concertation avec les pouvoirs publics, notamment avec le ministère de la Santé.

Afin d'aider les praticiens à respecter leurs obligations et à clarifier la future réglementation, le Conseil national élaborera des outils pratiques (chartes ordinales, recommandations) listant l'essentiel des informations sur les-

quelles ils pourront à l'avenir communiquer ou non. « Des réunions seront organisées avec les sociétés scientifiques, les sociétés savantes, l'ADF, et autres collègues, pour l'élaboration d'un menu déroulant limitatif, établi par le Conseil national de l'Ordre, portant sur les compétences, pratiques professionnelles, disciplines dont pourront faire état les chirurgiens-dentistes », précise Serge Fournier.

Ajoutons qu'à l'occasion d'une audition de l'Ordre par le Conseil d'État dans le cadre de la préparation de son rapport, les réserves émises par le Conseil national ont été prises en compte. Elles portaient sur la libéralisation de l'information liée au respect du secret professionnel – parfois bafoué dans les médias –, sur les sites Internet ne respectant pas la réglementation sur la protection des données personnelles, sur les sites comportant des notations de praticiens divulguées sur la toile et, enfin, sur la concurrence déloyale pratiquée par certains centres de santé et le tourisme dentaire. Ces réserves ont recueilli un assentiment général du groupe de travail du Conseil d'État puisqu'elles figurent en toutes lettres dans le rapport. Une réforme relative à l'information et à la communication des chirurgiens-dentistes est donc « indispensable et devra être pensée à la lumière de notre mission principale : la protection de la santé publique dans l'intérêt du patient », conclut Serge Fournier. Le Conseil national planche d'ores et déjà sur ce dossier pour travailler avec les pouvoirs publics et le Conseil d'État. ■

(1) Le rapport peut être consulté à partir du lien <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Etudes-Publications/Rapports-Etudes/Regles-applicables-aux-professionnels-de-sante-en-matiere-d-information-et-de-communication>

AFIN D'AIDER LES PRATICIENS À RESPECTER LEURS OBLIGATIONS ET CLARIFIER LA FUTURE RÉGLEMENTATION, L'ORDRE ÉLABORERA DES OUTILS PRATIQUES LISTANT L'ESSENTIEL DES INFORMATIONS SUR LESQUELLES ILS POURRONT À L'AVENIR COMMUNIQUER

LES PROPOSITIONS DU CONSEIL D'ÉTAT

Parmi les 15 recommandations formulées par le Conseil d'État, nous reproduisons ci-dessous *in extenso* 13 propositions impactant directement le chirurgien-dentiste et commentées par l'Ordre ⁽¹⁾.

Proposition n° 1. Prévoir la faculté pour les professionnels de santé, dans le respect des règles déontologiques, de communiquer au public des informations sur leurs compétences et pratiques professionnelles, leur parcours professionnel, des informations pratiques sur leurs conditions matérielles d'exercice ainsi que des informations objectives à finalité scientifique, préventive ou pédagogique et scientifiquement étayées sur leurs disciplines et les enjeux de santé publique.

Commentaire de l'Ordre (☞) : *Il s'agit d'une faculté, qui laisserait donc au praticien la liberté de communiquer ou non sur ce type d'informations.*

Proposition n° 2. Rendre obligatoire, dès la prise de rendez-vous, la diffusion, sur tout support, des informations économiques précises dont l'article R. 1111-21 du Code de la santé publique impose déjà l'affichage dans les salles d'attente ou lieux d'exercice.

☞ *Il s'agit d'une information obligatoire qui devrait donc être mentionnée sur tout support, Web ou autre, l'affichage des honoraires dans le cabinet dentaire étant déjà exigé. Mais, désormais, l'information économique serait disponible avant même la prise de rendez-vous.*

Proposition n° 4. Imposer aux professionnels libéraux venus d'autres États membres, auxquels un accès partiel à l'exercice de certaines activités a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du Code de la santé publique, d'informer préalablement le public, par tout support, de la liste des actes qu'ils ont été habilités à effectuer.

☞ *Il s'agit ici de l'accès partiel et de la communication sur un périmètre formellement circonscrit à une liste d'actes. Il serait en effet judicieux que les patients en soient informés.*

Proposition n° 5. Supprimer l'interdiction de la publicité directe ou indirecte dans le Code de la santé publique et poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, sous réserve du respect des règles gouvernant leur exercice professionnel.

☞ *L'interdiction générale de la publicité, directe ou indirecte, est levée, mais elle est immédiatement assortie du respect des règles déontologiques. Le praticien ne pourrait donc pas communiquer selon le modèle communément adopté pour un produit ou un service commercial.*

Proposition n° 6. Imposer, par des dispositions expresses, que la communication du professionnel de santé soit loyale, honnête et ne fasse état

que de données confirmées, que ses messages, diffusés avec tact et mesure, ne puissent être trompeurs, ni utiliser des procédés comparatifs, ni faire état de témoignages de tiers.

☞ *Cette recommandation reprend l'une des demandes de contrôle de l'Ordre s'agissant des témoignages de patients dont l'authenticité est sujette à caution et des procédés comparatifs.*

Proposition n° 7. Inviter les Ordres à encourager les professionnels de santé à davantage communiquer au public, conformément à leurs recommandations, de manière à éviter toute « autoproclamation » non vérifiée de spécialités, pratiques ou parcours professionnels.

☞ *L'Ordre travaillera avec les sociétés savantes et scientifiques pour établir la liste des éléments qui pourraient être mentionnés (une pratique exclusive ou une orientation dans une discipline étrangère à l'une des trois spécialités reconnues en France, par exemple).*

Proposition n° 8. Prévoir que les nouvelles informations diffusées par les professionnels de santé le soient par tout support adéquat n'étant pas de nature à

rendre cette diffusion commerciale. Les Codes de déontologie pourraient confier aux Ordres le soin de préciser, par des recommandations, les conditions dans lesquelles ces modes de publication seraient déontologiquement admis.

☛ *L'Ordre éditera prochainement des guides pratiques à l'usage des praticiens.*

Proposition n° 9. Inciter les professionnels de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue, à davantage utiliser les outils numériques pour communiquer sur leurs expériences et pratiques professionnelles et intervenir efficacement sur tout support afin de répondre aux fausses informations ou approximations susceptibles d'affecter la protection de la santé publique.

☛ *Cette proposition favoriserait la communication des savoirs professionnels acquis au public et la lutte contre les dérives (sectaires notamment), en accroissant donc la capacité de discernement des patients.*

Proposition n° 10. Moderniser et harmoniser les rédactions des dispositions des Codes de déontologie relatives au contenu et aux procédés de diffusion des informations.

☛ *Cette proposition s'inscrit dans la suite logique des recommandations précédentes.*

Proposition n° 11. Les pouvoirs publics pourraient inclure, en ac-

cord avec les professionnels de santé, sur leurs sites numériques, le cas échéant par des liens hypertextes, les informations que ces professionnels communiqueraient au public volontairement ou obligatoirement. Les professionnels de santé seraient autorisés à diffuser au public les informations les concernant rendues publiques par les sites numériques des administrations. Les sites d'information mis en ligne par les pouvoirs publics gagneraient à être davantage coordonnés afin d'en accroître le référencement numérique et d'en améliorer l'accessibilité.

☛ *Le site Ameli.fr de l'assurance maladie destiné au grand public serait le support adéquat.*

Proposition n° 12. Veiller, au besoin en insérant des clauses en ce sens dans les conventions conclues avec l'assurance maladie, à ce que les établissements de santé ne placent pas les professionnels de santé qui y travaillent en contradiction avec leurs obligations déontologiques en matière de communication au public et puissent, le cas échéant, faire l'objet de rappels à la loi à cet effet.

☛ *Il s'agit d'une recommandation essentielle dans la mesure où le Conseil d'État prône, par cette disposition, une équité entre, notamment, les centres de santé et les professionnels libéraux. Il importe de rappeler à l'employeur que ses salariés sont soumis à des règles déontologiques édictées par le Code de la santé publique. Les*

centres de santé ne doivent pas mettre leurs salariés en situation de non-respect du Code. Il s'agit d'une réserve forte émise par le Conseil national lors de son audition par le groupe de travail du Conseil d'État. L'Ordre se félicite d'avoir été suivi sur ce point.

Proposition n° 14. Mettre en place des outils d'évaluation des effets de la publicité ou de la communication commerciale sur les dépenses de santé ainsi que des effets induits, à terme, sur l'offre de soins en France par la concurrence entre prestataires au sein de l'Union européenne et dans le reste du monde.

☛ *Le Conseil d'État prône une évaluation pour mesurer si la levée de l'interdiction de la publicité a un effet de surconsommation médicale ou d'augmentation significative de soins non nécessaires. Il veut aussi en mesurer l'impact en termes de tourisme dentaire.*

Proposition n° 15. Proposer aux États membres de l'Union européenne une concertation en vue d'une meilleure coordination des législations nationales fixant les règles applicables aux professionnels de santé en matière de communication, à partir d'un livre vert de la Commission.

☛ *Cette proposition s'inscrit dans une logique d'harmonisation. ■*

(1) La proposition n° 3 concerne les pharmaciens, et la proposition n° 13 les masseurs-kinésithérapeutes.



Tourisme dentaire, l'essoufflement ?

Les dernières données de l'assurance maladie montrent une baisse significative des soins dentaires délivrés en Europe, et notamment une diminution du recours aux soins prothétiques et implantaires.

Vers la fin du tourisme dentaire ? S'il est encore trop tôt pour l'affirmer, une chose est sûre : les derniers chiffres du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) indiquent que ce phénomène est en baisse. En effet, la dépense en soins dentaires effectués à l'étranger par les Français affiche une diminution significative de 18,6 % par rapport à 2016. Dans le détail, les assurés ont dépensé près de 12 millions d'euros l'an passé (contre 14,4 millions d'euros en 2016).

Depuis 2015, la part des soins dentaires réalisés hors de France ne représente que 0,1 % de la prise en charge globale des soins dentaires par l'assurance maladie. On est loin de la cohorte massive et nombreuse des candidats à l'aller-retour implanto-prothétique dans les « paradis dentaires » de l'Europe qui ont pu faire illusion il y a quelques années.

Nous le savons, la médecine bucco-dentaire est l'une des professions médicales les plus expo-

sées au tourisme médical. Mais les tarifs très attractifs des soins prothétiques et implantaires pratiqués dans les pays de l'Est ne sont pas les seuls déterminants du choix des Français en matière de soins bucco-dentaires. Certaines contraintes constituent en effet un frein au déplacement : le voyage lui-même peut être dissuasif, de même que des actes chirurgicaux lourds réalisés en très peu de temps, des conditions d'exercice hétérogènes en termes

les soins ont été délivrés dans l'UE, la part des actes pratiqués hors UE étant anecdotique : 1 576 dossiers (contre 1 525 en 2016). Sans surprise, la grande majorité des dépenses effectuées à l'étranger concerne des soins prothétiques (63,9 %) suivis par les soins conservateurs (20 %), contre respectivement 70,7 % et 16,6 % en 2016.

Avant d'analyser les chiffres, il convient de distinguer deux ca-

LA MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE N'EST PAS UNE ACTIVITÉ COMME LES AUTRES. ELLE S'ENGAGE À PROMOUVOIR UN SYSTÈME OÙ LE PATIENT N'EST PAS UN CLIENT.

de normes, etc. Quoi qu'il en soit, au sein de l'Union européenne, les patients sont libres de se faire soigner où ils le souhaitent et, par conséquent, les soins, y compris en matière prothétique, seront remboursés.

Que dit le CNSE sur la question ? En 2017, l'organisme a étudié 26 576 dossiers de patients (contre 28 469 en 2016) dont

tégories de soins bucco-dentaires dans l'Union : les soins implantaires, réalisés principalement en Europe de l'Est, et les soins courants, notamment conservateurs, dispensés en Espagne, au Portugal, en Italie et en Allemagne, qui concernent une population frontalière, c'est-à-dire des patients qui retournent dans leur pays d'origine >>>

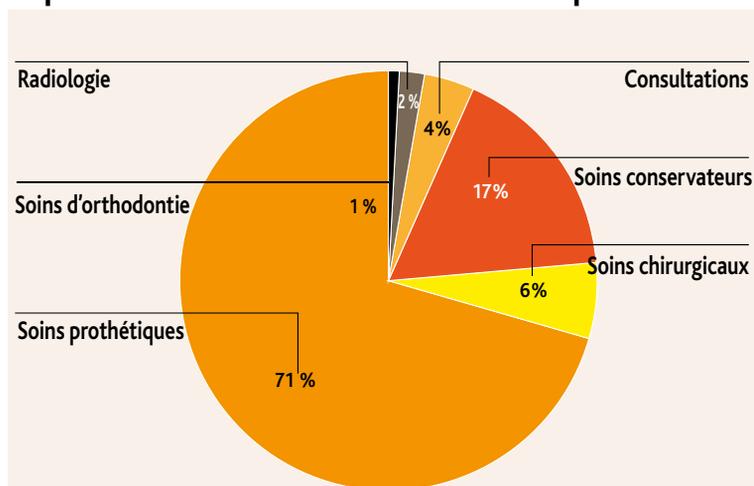
» à l'occasion de leurs vacances ou encore des personnes qui résident une grande partie de l'année dans l'un de ces pays. Globalement, la dépense moyenne par dossier s'élève à environ 420 euros (contre 480 euros en 2016), et le remboursement moyen par dossier à 108 euros (contre 105 euros en 2016).

Depuis cinq ans, cinq pays (Hongrie, Espagne, Portugal, Italie, Allemagne) concentrent 71,9 % des dossiers dentaires et 81,1 % des dépenses de santé des assurés. De plus, il est intéressant de relever que la part des soins prothétiques diminue en faveur de celle des soins conservateurs dans ces cinq pays (*lire l'encadré «Les cinq destinations les plus prisées», p. 8*).

Trois profils de coût se dégagent :

- La Hongrie (coût des soins supérieur à 1 100 euros en moyenne) ;

Répartition des soins bucco-dentaires par montant



- L'Italie, l'Espagne et la Roumanie (entre 500 et 700 euros) ;
- Les autres pays (montant inférieur à 400 euros).

D'où viennent les Français dont les soins sont effectués à l'étranger ? À partir des données des caisses du régime général, le CNSE note que les soins dentaires concernent l'ensemble des CPAM. Mais dans le détail, 33,3 % des assurés sont af-

filiiés aux caisses d'Île-de-France, loin devant les régions Grand-Est (13,5 %) et Auvergne-Rhône-Alpes (10,5 %).

En somme, les chiffres du CNSE montrent que la médecine bucco-dentaire n'est pas une activité comme les autres et que le patient n'est pas un « client ». C'est la confiance des Français en une profession tout entière qui se joue en filigrane. ■

LE TOP 10 DES DESTINATIONS DE SOINS

PAYS DE SOINS	NOMBRE DE DOSSIERS	MONTANT DÉPENSÉ (EUROS)	DÉPENSE MOYENNE (EUROS)	MONTANT REMBOURSÉ (EUROS)	PRISE EN CHARGE (%)
HONGRIE	2547	3951419	1551	823007	20,8
ESPAGNE	5538	3423027	618	659113	19,3
PORTUGAL	10447	2337276	224	773324	33,1
ITALIE	1616	1392466	862	215003	15,4
ALLEMAGNE	2152	630386	293	123112	19,5
ROUMANIE	577	572012	1027	137990	24,1
SUISSE	888	324942	366	34535	10,6
BELGIQUE	1463	297699	203	63210	21,2
POLOGNE	841	212632	253	76208	35,8
BULGARIE	192	199153	1037	30653	15,4

LES CINQ DESTINATIONS LES PLUS PRISÉES

La Hongrie, l'Espagne, le Portugal, l'Italie et l'Allemagne concentrent 71,9 % des dossiers bucco-dentaires à l'étranger (contre 74,3 % en 2016), soit 20 254 dossiers (contre 22 300 en 2016), 81,1 % des dépenses des assurés (9,5 millions d'euros contre 11,7 millions d'euros en 2016) et 81,8 % des remboursements (près de 2,5 millions d'euros contre 2,6 millions d'euros en 2016). Les assurés ont dépensé près de 3,5 millions d'euros en Hongrie (contre 4 millions en 2016), plus de 2,7 millions d'euros en Espagne (contre 3,4 millions en 2016), plus de 1,9 million d'euros au Portugal (contre 2,3 millions en 2016).

HONGRIE

Il s'agit essentiellement de soins prothétiques avec 77,6 % des montants dépensés (contre 87,1 % en 2016). 10,5 % des sommes déboursées se rapportent à des soins conservateurs. La dépense moyenne par assuré s'élève à 1 136 euros (contre 1 551 euros en 2016). Dans le classement par région, l'Île-de-France arrive en première position (27,1 %), suivie de la région Auvergne – Rhône-Alpes (16,0 %) et du Grand-Est (12,2 %).

ESPAGNE

73,7 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 15,2 % à des soins conservateurs (contre respectivement 79,8 % et 12,2 % en 2016). La dépense moyenne par assuré s'élève à 529 euros (contre 618 euros en 2016).

Les assurés proviennent principalement des régions frontalières (Occitanie avec 22,2 %, Île-de-France avec 20 % et Nouvelle-Aquitaine avec 15,1 %).

PORTUGAL

55,8 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques et 27,7 % à des soins conservateurs (contre respectivement 58,1 % et 26,0 % en 2016). La dépense moyenne par assuré s'élève à 213 euros (contre 224 euros en 2016). L'Île-de-France (52,1 %) domine largement le classement par origine géographique, loin devant les régions Auvergne – Rhône-Alpes (9,6 %) et Centre-Val de Loire (6,1 %).

ITALIE

Seulement 14,1 % des montants dépensés correspondent à des soins chirurgi-

caux et 39,2 % à des soins conservateurs (contre 9,2 % en 2016). La dépense moyenne par assuré s'élève à 670 euros (contre 862 euros en 2016). En nombre de dossiers, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (48,7 %) arrive en tête devant l'Île-de-France (22,6 %) et la région Auvergne – Rhône-Alpes (6,8 %).

ALLEMAGNE

34,5 % des montants dépensés correspondent à des soins prothétiques, 32,7 % à des soins conservateurs et 17,7 % à des soins chirurgicaux (contre respectivement 33,3 %, 30,1 %, 18,3 % en 2016). La dépense moyenne par assuré s'élève à 284 euros (contre 293 euros en 2016). Les caisses du Grand-Est (74,7 %) traitent la majorité des dossiers remboursés, loin devant celles d'Île-de-France (10,4 %). ■

De nouvelles règles pour l'affichage des honoraires

Depuis le 1^{er} juillet, de nouvelles obligations en matière d'affichage des honoraires nous incombent. Trois modèles d'affiche sont téléchargeables sur le site de l'Ordre pour se mettre en conformité.

Depuis le 1^{er} juillet 2018, de nouvelles obligations légales liées à l'affichage des honoraires incombent aux chirurgiens-dentistes⁽¹⁾. En effet, l'affiche – déjà obligatoire – doit désormais contenir un certain nombre d'informations supplémentaires à porter à la connaissance des patients concernant les prestations de soins et leur tarification. Cette obligation s'applique à l'ensemble des professionnels de santé libéraux ainsi qu'aux centres de santé et aux établissements ou services de santé.

Pour aider les praticiens à se conformer à ces nouvelles obligations, le Conseil national met à leur disposition trois modèles d'affiche réactualisés, intégrant de nouvelles mentions obligatoires au regard du conventionnement. Toutes les informations relatives à la marche à suivre, aux exigences réglementaires et aux sanctions en cas de non-

respect des obligations légales sont exposées sur le site de l'Ordre⁽²⁾ :

1. Le praticien télécharge et imprime sur le site de l'Ordre l'un des trois modèles d'affiche suivants correspondant à sa situation :

- « *Votre chirurgien-dentiste est conventionné* » (Affiche-Honoraire-CD conventionné);

- « *Votre chirurgien-dentiste n'est pas conventionné et peut donc fixer librement le montant de ses honoraires* » (Affiche-Honoraire-CD non conventionné);

- « *Votre chirurgien-dentiste est conventionné mais bénéficie d'un droit à dépassement* » (Affiche-Honoraire-CD conventionné avec DP).

2. Le praticien renseigne les tarifs des honoraires ou les fourchettes des tarifs des honoraires pratiqués sur les actes les plus courants ainsi que les tarifs de remboursement de l'assurance maladie associés à ces actes.



3. L'affiche doit être placée dans la salle d'attente ainsi que dans le lieu d'encaissement des honoraires de façon lisible et visible par les patients.

4. Ce dispositif est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2018. En cas de non-conformité, le praticien s'expose, par injonction de la Direction générale de la concurrence, de la consumma-



tion et de la répression des fraudes (DGCCRF), à une demande de mise en conformité qui, si elle n'est pas suivie d'effets, peut conduire au paiement d'une amende administrative de 3 000 euros. La DGCCRF a, d'ores et déjà, prévenu qu'elle effectuerait des contrôles dans les mois à venir.

Par ailleurs, le texte impose, pour toute nouvelle installation, que le praticien mentionne son conventionnement sur sa plaque professionnelle et les plateformes de prise de rendez-vous en ligne. Enfin, l'information relative à la traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure délivrés doit «quant à elle faire l'objet de

la remise d'un document au formalisme contraint», rappelle le texte. ■

(1) D'après l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins.

(2) <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/Accueil> > Chirurgiens-dentistes > Sécurisez votre exercice > Divers > Affichages obligatoires

Convention dentaire : l'avis technique du Conseil national

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées, le Conseil national a été sollicité pour délivrer un avis déontologique sur la convention dentaire. Nous publions ci-dessous la synthèse de sa lecture, strictement technique.

Le Conseil national a été saisi par le directeur de la Cnam afin de réaliser une analyse du texte de la convention nationale «*organisant les rapports entre les praticiens libéraux et l'assurance maladie*»⁽¹⁾. Précisons qu'en application du Code de la sécurité sociale, le Conseil national de l'Ordre ne peut émettre d'avis que sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de la profession. En effet, il ne figure pas au rang des missions de l'Ordre de commenter, par exemple, la rémunération

des actes : ce travail incombe aux partenaires conventionnels. Cet avis déontologique a été transmis, en juillet dernier, au ministère de la Santé et à la Cnam. Sur le principe, le Conseil national a formellement rappelé la nécessité, pour le chirurgien-dentiste, d'être en capacité de prodiguer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science ainsi que l'obligation qui lui est faite de prodiguer des soins de qualité. Une synthèse des observations du Conseil national est exposée ci-après.

PORTÉE DE LA CONVENTION

La convention, telle que rédigée, ne s'appliquerait qu'aux chirurgiens-dentistes personnes physiques et non aux sociétés d'exercice de la profession (SCP ou SEL). Pour le Conseil national, cette rédaction entre en contradiction avec le Code de la santé publique (CSP), qui prévoit expressément que «*la société, comme les associés eux-mêmes, est soumise à l'ensemble des lois et règlements régissant les rapports de la profession avec l'assurance maladie*»⁽²⁾.

Un texte applicable le 1^{er} avril 2019

La convention destinée à organiser les rapports entre les praticiens et l'assurance maladie a été signée le 21 juin 2018 par Nicolas Revel, directeur général de la Cnam, Maurice Ronat, président de l'Unocam, Thierry Soulié, président de la CNSD et Philippe Denoyelle, président de l'Union dentaire. Pour rappel, cette convention rendra caduc le règlement arbitral au lendemain de sa parution au *Journal officiel* ou de son approbation par la ministre de la Santé, prévue cet été. Le texte tel que négocié par les parties devrait s'appliquer à partir du 1^{er} avril 2019. La prise en charge à 100 % de certains actes prothétiques (RAC 0) est annoncée, quant à elle, pour le 1^{er} janvier 2020.

INSTALLATION

ET CESSATION D'ACTIVITÉ

Les articles 16 et 17 de la convention prévoient les démarches à accomplir par le praticien en exercice libéral auprès de la caisse d'assurance maladie lors de son installation et de la cessation de son activité. L'Ordre émet des réserves sur la nécessité pour le praticien de devoir effectuer de telles démarches, compte tenu de l'existence du RPPS. Il serait plus judicieux d'articuler ces articles 16 et 17 avec les dispositions du CSP relatives à la finalité de ce registre auquel l'assurance maladie a accès.



Par ailleurs, aucune disposition ne semble être prévue pour le début d'activité d'un collaborateur libéral. Or, pour le Conseil national, lorsque le collaborateur démarre une activité dans un lieu donné, cela ne signifie évidemment pas qu'il s'y installe ⁽³⁾.

COMMUNICATION SUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES

L'article 18 de la convention traite notamment de l'interdiction de la publicité et semble prohiber une communication par le praticien sur la prise en charge des actes bucco-dentaires par l'assurance maladie. Il convient d'être particulièrement vigilant quant à la rédaction de ces dispositions, au regard notamment des prescriptions du CSP qui prévoient, par exemple, que le praticien peut faire figurer sur ses imprimés professionnels sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ⁽⁴⁾.

PRATICIENS EXERÇANT DANS DES SOCIÉTÉS D'EXERCICE

L'article 19 de la convention envisage l'exercice en société d'exercice libéral (SEL) ou civile professionnelle (SCP) et en société civile de moyens (SCM) de manière identique, ce qui n'est absolument pas le cas. En effet, la réglementation sur les sociétés d'exercice précise clairement que ce sont ces sociétés qui exercent (*via* leurs associés ayant capacité à exercer la profession). Les SCM, quant à elle, n'exercent nullement la profession.

ACTIVITÉ DU PRATICIEN SE FAISANT REMPLACER

L'article 20 de la convention prévoit que, «*durant la période effective de son remplacement, le chirurgien-dentiste remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel*». Une telle affirmation entre en contradiction avec le CSP, qui prévoit que le praticien

qui se fait remplacer doit cesser toute activité professionnelle, et pas uniquement une activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel ⁽⁵⁾. Le Conseil national de l'Ordre a également attiré l'attention de la ministre sur les conséquences que pourraient avoir les faibles niveaux de rémunération prévus pour certains actes sur la qualité et la sécurité des soins, ternissant l'image de la profession. Il ne faut pas oublier que la réglementation française interdit de travailler à perte. ■

(1) En application des dispositions de l'article L. 162-15 du Code de la sécurité sociale.

(2) Article R. 4113-20 et R. 4113-75 du CSP. Référence dans la convention : *Titre préliminaire, Portée de la convention nationale, article 2 : Champ d'application de la convention.*

(3) Référence dans la convention : *Titre III, Modalités d'exercice conventionnel, article 16 : Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de l'installation en libéral; article 17 : Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral.*

(4) Article R. 4127-216 du CSP.

(5) D'après les dispositions de l'article R. 4127-275 du CSP.

Coup d'accélérateur dans la lutte contre le tabac

Pour aider les patients désireux de cesser de fumer, les chirurgiens-dentistes peuvent désormais prescrire des traitements antitabac remboursés au même titre que n'importe quel autre médicament.

Bonne nouvelle ! La prise en charge par l'assurance maladie de prescriptions par le chirurgien-dentiste de certains traitements antitabac est désormais mise en place ⁽¹⁾. Cette mesure vise à remplacer progressivement le forfait annuel de 150 euros proposé aux fumeurs désireux de cesser de fumer. Autre bonne nouvelle : le nombre de fumeurs quotidiens a diminué d'un million en 2017, a annoncé le gouvernement, qui porte un objectif plus ambitieux encore, celui de réduire le nombre de fumeurs de 5 millions d'ici à 2027. L'Ordre est partie prenante dans ce défi majeur de santé publique. En effet, le Conseil national est membre, depuis quatre ans, du comité de suivi du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) qui devient aujourd'hui le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) ⁽²⁾. Le sigle change, mais le défi demeure identique : arriver à une «*génération sans tabac*», explique Agnès Buzyn. Pour s'en donner les moyens, le budget du PNLT s'élève à 590 millions d'euros sur cinq ans.

Les consœurs et les confrères ont un rôle à jouer dans la lutte contre le tabac. En effet, les chirurgiens-dentistes sont les premiers acteurs de



santé à pouvoir témoigner des méfaits du tabac, de la simple atteinte gingivale ou parodontale aux lésions précancéreuses, voire cancéreuses. Interlocuteurs de confiance au contact quotidien des patients, ils ont à leur disposition des outils pour les accompagner dans leur sevrage tabagique tels que la prescription de substituts nicotiniques, véritable levier pour nous aider à soutenir nos

patients dans leur décision d'arrêter de fumer. Pour finir, rappelons que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. ■

(1) Il s'agit des patchs nicotiniques Nicotine EG et NicoretteSkin de 10 mg, 15 mg ou 25 mg sur 16 heures, pour 28 unités, remboursés à 65 % par l'assurance maladie.

(2) Ce dispositif s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et du plan Priorité Prévention.

Les comptes 2017 du Conseil national

Les contrôles effectués par le commissaire aux comptes sur l'exercice 2017 du Conseil national ont été certifiés sans réserve.

Le résultat de l'exercice 2017 du Conseil national s'élève à 1 439 380 euros, en hausse de 62 %. Ce résultat est la conséquence d'une stabilité des produits hors financiers cumulée à une réduction importante de certains postes de charges et une réduction des provisions de fin d'année.

Parallèlement à de nouveaux projets initiés en 2017, qui ont nécessité d'importants investissements financiers, de nombreux axes de réflexion sur l'organisation et la réforme de l'Ordre ont été menés.

- En matière d'investissement, il s'agit notamment des nouveaux moyens de paiement de la cotisation mis en place pour l'année 2018 qui ont engendré de profondes modifications et le développement du système informatique permettant de gérer les flux entre les établissements bancaires et la base de données du Conseil national. Des changements nécessaires qui s'inscrivent dans une dynamique de modernisation.

- En matière d'organisation, sur les recommandations, entre autres, de la Cour des Comptes, la loi imposera, dès l'exercice 2020, que l'Ordre présente des comptes consolidés de toutes les instances ordinales. Cette réforme engendre de nombreux investissements humains et matériels



pour l'organisation et l'harmonisation de la présentation de ces comptes.

- En matière d'organisation, citons également la nouvelle répartition des régions prévue pour 2019 et sur laquelle travaillent les conseils régionaux et le Conseil national.

Cette année encore, le Conseil national a privilégié une gestion équilibrée et prévoyante, tout en poursuivant les efforts budgétaires réalisés dans l'intérêt de la profession et dans le souci de favoriser les synergies entre le Conseil national, les conseils départementaux et les conseils régionaux.

Les comptes du Conseil national ont été à nouveau certifiés par un commissaire aux comptes, comme la loi l'impose. Le commissaire aux comptes a pour mission de contrôler la sincérité et la régularité des comptes de l'exercice écoulé, de s'assurer que toutes les procédures mises en place par le Conseil national sont conformes à la réglementation et que le résultat de l'exercice donne une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de l'Ordre. Les contrôles effectués par le commissaire aux comptes sur l'exercice 2017 ont abouti à une certification sans réserve. ■

LES RÉSULTATS DE L'EXERCICE 2017 DU CONSEIL NATIONAL

PRODUITS	
Cotisations ordinales (année 2017 + arriéré des années antérieures)	21 603 609
Autres produits de gestion courante	6 285
Reprise de provisions	557 741
Produits exceptionnels et financiers	975 908
Total des produits	23 143 543

CHARGES	
Charges spécifiques	12 817 235
Réversion CDO et CRO part ordinale	11 762 430
Harmonisation – Péréquation (aide aux conseils départementaux et régionaux)	206 160
Aide de gestion (versements supplémentaires aux CDO et CRO - aide de fonctionnement)	520 200
Solidarité (secours envers les confrères âgés ou malades, les veuves et orphelins de confrères, les cas exceptionnels, etc.)	26 440
Actions de communication	160 405
Subventions	141 600
Bus social dentaire (action humanitaire)	50 000
Aide odontologique internationale (AOI)	10 000
Association française d'identification odontologique (AFIO)	9 000
Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)	7 000
Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)	37 200
Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD)	12 000
Divers (dont le prix du Conseil national remis par l'ANCD)	16 400
Charges de fonctionnement	3 907 091
Charges de salaires	1 524 501
Appointements	1 499 259
Primes de transport	14 118
Primes de vacances aux enfants du personnel	1 634
Provision congés payés, etc.	9 490
Charges sociales	927 722
Urssaf + Agessa	619 674
Retraite UGRR (cadres et non-cadres)	145 106
Retraite Médéric (cadres)	47 369
Mutuelle	50 928
Tickets-restaurant	32 395
Médecine du travail, pharmacie, chèques Lire	3 150
Provision charges sociales congés payés, RTT et autres primes	29 100
Impôts et taxes	300 708
Taxes sur les salaires	162 625
Autres impôts et taxes (taxes foncières, autres impôts locaux, taxe de formation continue, effort de construction, contribution pour emploi handicapés...)	138 083

Charges des immeubles (Émile-Ménier et Spontini)	110 916
Eau	2 352
EDF-GDF	35 398
Fournitures d'entretien et achat de petit matériel	10 308
Entretien et réparations	18 440
Assurances multirisques	6 301
Charges locatives	38 117
Transports et remboursements de frais	1 043 244
Frais de réunions et de séjours	626 912
Frais de déplacement	305 126
Frais d'intendance	111 206
Services extérieurs	4 979 837
Services administratifs	184 983
Fournitures de bureau	46 901
Location de matériel	52 702
Locaux Bruxelles	8 817
Maintenances diverses	62 858
Sous-traitance générale	13 705
La Lettre du CNO et frais de télécommunication	1 595 438
<i>La Lettre</i> (mensuel du Conseil national)	574 996
Brochures et autres publications	96 545
Campagne de communication	144 600
Affranchissement (dont affranchissement de <i>La Lettre</i> du CNO)	410 025
Téléphone et liaisons SDSL des CDO et CRO	291 509
Internet, création et hébergement de site	77 763
Frais divers de gestion	3 199 416
Documentation	26 365
Honoraires divers (avocats, expert-comptable, lobbyiste, commissaire aux comptes, divers)	1 116 972
Assurances risques d'exploitation	29 303
Cadeaux, décorations, fleurs pour obsèques...	17 559
Frais de banque	71 217
Frais d'actes et de contentieux	22 484
Personnel intérimaire	4 906
Cotisations diverses, pourboires et dons, frais d'annonce des élections	2 209
Frais d'archivage	221 764
Cartes professionnelles	22 021
Charges diverses de gestion courante	139 413
Dotations aux immobilisations et provisions	750 860
Charges exceptionnelles et financières	774 343
Total des charges	21 704 163
Résultat de l'exercice	1 439 380
TOTAL	23 143 543



Les régions de l'Ordre seront désormais calquées sur les nouvelles régions administratives.

Les régions ordinales lancent leur réforme

À l'invitation du président, Serge Fournier, les présidents des conseils régionaux et les membres du Conseil national ont posé les jalons d'une réforme territoriale réussie, qui verra la création de sept nouvelles régions ordinales en juin prochain.

Un signal envoyé à tous les échelons de l'Ordre avec l'ambition affichée de préparer simultanément au mieux, ensemble, les échéances importantes. Voilà comment on peut interpréter la rencontre qui a eu lieu, une quinzaine de jours après l'élection de Serge Fournier à la présidence du Conseil national, avec les présidents des conseils régionaux de l'Ordre. Au-delà du

symbole, l'objectif de cette journée d'échanges et d'information consistait très concrètement à poser les jalons à même de permettre la réussite de la fusion des nouvelles régions ordinales dans le cadre de la réforme territoriale issue de la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

C'est ce qu'a expliqué Serge Fournier en ouverture de cette réunion

tenue le 19 juillet dernier et à laquelle une quarantaine de conseillers ordinaires ont participé : « *Il s'agit d'ouvrir le dialogue et de faire remonter les difficultés qui vont rapidement se présenter lors de la mise en œuvre de la réforme, mais aussi de discuter des modalités administratives qui se poseront au moment de la fusion des régions.* » Comptabilité, patrimoine, administration, ressources

humaines, moyens logistiques, immobilier... tous les aspects de la réforme ont été abordés.

Au total, d'ici à juin prochain, 16 conseils régionaux de l'Ordre seront dissous et sept nouveaux sièges créés puisque les régions ordinales seront désormais calquées sur les nouvelles régions administratives. Les sept nouvelles régions ordinales sont :

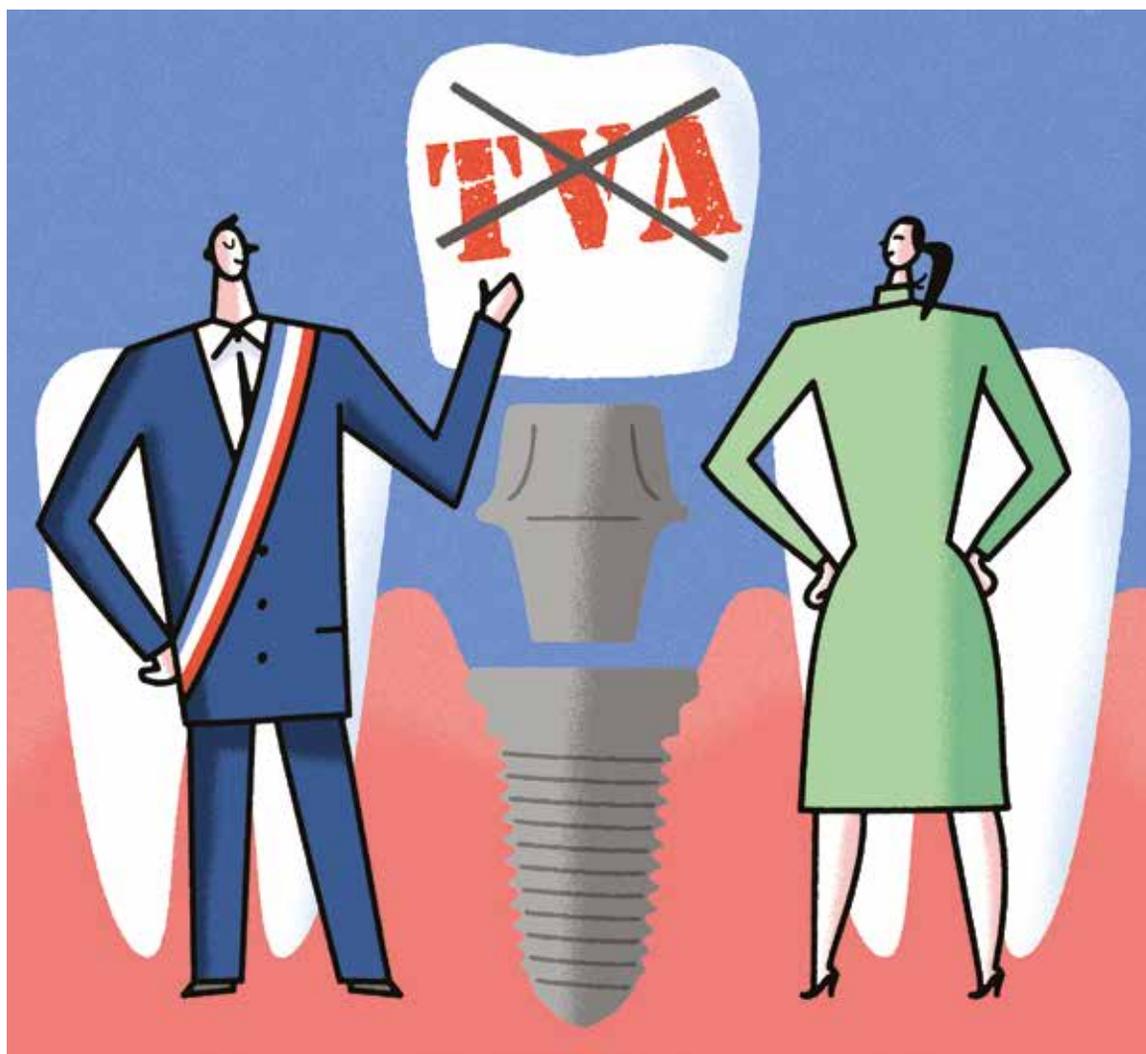
- Auvergne – Rhône-Alpes ;
- Bourgogne – Franche-Comté ;
- Grand-Est ;
- Hauts-de-France ;
- Normandie ;
- Nouvelle Aquitaine ;
- Occitanie.

Les praticiens installés dans l'une des sept régions mentionnées ci-dessus relèveront donc d'un nouveau conseil régional. La chambre disciplinaire de première instance attachée à la nouvelle région siègera au même endroit que le conseil régional. En outre, les cinq régions suivantes restent inchangées : Bretagne, Centre, Île-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Rappelons que la loi prévoit aussi la création *ex nihilo* d'un conseil régional de l'Ordre de la Corse.

S'agissant du planning de la réforme, la date de création des nouveaux conseils est fixée au 13 juin 2019, journée où l'on procédera également à l'élection du président et des membres du bureau des nouveaux conseils régionaux et interrégionaux. Il s'agit donc de poser sereinement les fondations des futurs conseils régionaux et de leur donner les moyens d'assurer normalement leurs missions. ■



Les sept nouveaux conseils verront le jour le 13 juin 2019.



Exonération de TVA pour les implants dentaires

La pose d'un implant dentaire et d'une infrastructure coronaire sur implant par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue est un acte médical exonéré de TVA (article 261, 4.1° du CGI). L'exonération de TVA s'applique ainsi à la fourniture de l'implant et de l'infrastructure coronaire étant donné que cette dernière ne peut pas être dissociée de sa pose, dont elle constitue l'accessoire indispensable et nécessaire. En outre, le fait que ces actes ne font pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie est sans incidence sur leur éligibilité à l'exonération de TVA, dans la mesure où leur finalité est thérapeutique.

Pour en savoir plus : <http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/1139-PGP.html>

Le bureau de la Cnejos

Le bureau de la Compagnie nationale des experts judiciaires en odontostomatologie (Cnejos) se compose comme suit :

Président : Patrick Missika

Vice-présidents :

Patrick Simonet, Guy Bias, Ronald Nossintchouk

Secrétaire générale :

Michèle Philip

Secrétaire générale adjointe :

Anne Claisse

Trésorière : Chantal Daupleix

Membres : Élie Attali, Philippe Russe, Bruno Dailey, Béatrice Aknine, Corinne Touboul, Édouard Balastre, Jacques Bessade, Benjamin Sommaire

Le bureau de l'Union dentaire

Le bureau de l'Union dentaire se compose comme suit :

Président : Philippe Denoyelle

Vice-présidents :

Marcel Perroux, Sophie Brassart, Janig Bruchier, Muriel Wagner

Secrétaire général :

Franck Mouminoux

Secrétaires généraux adjoints :

Bruno Levollant, Nicolas Pernin, Pierre Schmidt, Élie Sfeir

Trésorier : Sébastien Abin

Trésorier adjoint :

Arnaud Desclos de la Fonchais

Le bureau de l'UFSBD

Le bureau de l'Union française pour la santé bucco-dentaire se compose comme suit :

Présidente : Sophie Dartevelle

Vice-présidents :

Anne Abbé-Denizot, Julien Laupie

Secrétaire général : Benoît Perrier

Secrétaires généraux adjoints :

Muriel Maurin, Xavier Braeckvelt

Trésorier général : Lionel Cretin

Le bureau du Clio

Le bureau du Comité de liaison des institutions ordinales (Clio) se compose comme suit :

Présidente : Marie-Aimée

Peyron (bâtonnier de l'Ordre des avocats de Paris)

Secrétaire :

Patrick Chamboredon (président de l'Ordre des infirmiers)

Trésorier : Michel Giordano, (représentant de l'Ordre des experts-comptables)

Le bureau de la CNSD

Le bureau de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) se compose comme suit :

Président : Thierry Soulié

Vice-présidents : Doniphan

Hammer, Marc Sabek, Gérard

Morel, Michel Bergougnoux

Secrétaire général :

Pierre-Olivier Donnat

Secrétaires générales adjointes :

Lisiane Hervet, Marie Tourterel

Trésorière générale : Sonia Vérot

Disparition

Georges Lyautey est décédé le 15 juillet dernier, dans sa 92^e année.

Il fut président du conseil départemental de l'Ordre de la Haute-Saône de 1970 à 1988 et président du conseil régional de la Franche-Comté de 1988 à 2003. Pupille de la nation, il fit ses études à la faculté dentaire de Nancy et s'installa en libéral à Vesoul en 1957 où il exerça jusqu'à sa retraite, en 1992. Il avait une conviction affirmée de l'exercice libéral de notre profession. Il était par ailleurs chevalier de l'ordre national du Mérite.

Richard Preissig est décédé le 24 mai 2018 à l'âge de 76 ans.

Il occupa pendant de nombreuses années des fonctions ordinales : conseiller ordinal suppléant puis titulaire du conseil départemental du Haut-Rhin de 1992 à 2018. Il fut conseiller régional d'Alsace de 2006 à 2016 et membre de la chambre disciplinaire de première instance de 2007 à 2016. Il était très attaché à l'Ordre, comme en témoignent ses 26 ans d'engagement au sein de l'institution.

À leurs familles, à leurs proches, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.



207 CHIRURGIENS RÉSERVISTES

Qu'est-ce que la réserve du service de santé des armées (SSA)? Quelle fonction a-t-elle au sein de l'armée? Quelles sont les missions des chirurgiens-dentistes du SSA?

Ils soignent les militaires, les préparent médicalement à leurs missions, prennent en charge les blessés et les malades sur les théâtres d'opérations, jusqu'à leur rapatriement en métropole si nécessaire. Ils suivent aussi l'état de santé des militaires tout au long de leur carrière. «Ils» (et elles!), ce sont les 3 000 réservistes du service de santé des armées (SSA), tous professionnels de santé issus de la vie civile, dont un peu plus de 200 chirurgiens-dentistes, 207 très précisément. «*Pour répondre à tous les besoins opérationnels, y compris désormais au risque terroriste, le SSA a besoin d'un flux permanent de réservistes, qu'ils soient chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers ou paramédicaux*», explique Jean-Philippe Durrieu du Faza, médecin en chef de réserve et responsable des réservistes du SSA de la région Occitanie.

De fait, ce que l'on appelle «*la réserve opérationnelle*» est composé de praticiens dûment formés et entraînés. Elle constitue une composante indispensable au fonctionnement du service de santé des armées. Ayant accompli ou non leur service national, issus du milieu civil ou ex-militaires d'active, ces professionnels de santé particuliers disposent de compétences techniques et militaires qui les autorisent à assurer tout type de mission. Ils sont bien entendu volontaires, hommes ou femmes, tous professionnels >>>

- DENTISTES AU SERVICE DE LA NATION

»» de santé, et ont souscrit un contrat d'engagement à servir dans la réserve (CESR). Être réserviste constitue l'un des moyens de créer le lien entre le monde civil et l'armée, ce que l'on nomme le lien armée-nation.

En pratique, quelles sont les prérogatives d'un chirurgien-dentiste réserviste opérationnel? Pour Jean-Paul Delobel, chirurgien-dentiste en chef de la réserve citoyenne, membre de la délégation régionale Sud-Ouest du Groupement des organisations de réservistes du SSA (Gorssa), il faut distinguer deux catégories d'emploi, à commencer par la première, celle

LA RÉSERVE OPÉRATIONNELLE EST COMPOSÉE DE PRATICIENS DÛMENT FORMÉS ET ENTRAÎNÉS DONT LES COMPÉTENCES TECHNIQUES ET MILITAIRES LES AUTORISENT À ASSURER TOUT TYPE DE MISSION.

où le chirurgien-dentiste «*exerce en tant qu'omnipraticien, soit dans des cabinets dentaires ad hoc répartis sur le territoire national, soit sur des bâtiments de la marine nationale, soit encore en opérations extérieures (Opex) ou en missions de courte durée (MCD)*». Ils exercent aux côtés de nos confrères et consœurs militaires d'active (militaires de carrière à plein temps).

L'autre type de mission concerne les interventions dans le cadre de «*la chaîne d'aptitude médicale, lors des visites périodiques auxquelles sont soumis tous les militaires*»⁽⁴⁾, poursuit Jean-Paul Delobel. L'expertise bucco-dentaire révèle parfois la nécessité de réaliser des soins ou d'une réhabilitation prothétique afin que le patient militaire retrouve son aptitude médicale.

Pour ceux qui sont peu ou prou éloignés de la chose «*médico-militaire*», il existe aussi une distinction importante à connaître : celle entre la réserve opérationnelle (RO) et la réserve citoyenne (RC). «*La réserve opérationnelle*, explique Jean-Paul Delobel, *notamment celle du corps des chirurgiens-dentistes, recrute des praticiens si possible thésés. S'ils n'ont pas encore terminé leurs études, ils peuvent postuler, mais ils ne seront acceptés qu'en fonction des postes dédiés disponibles. Les chirurgiens-dentistes thésés seront recrutés comme militaires de réserve après un parcours administratif et signeront un contrat spécifique dont les termes de l'intitulé sont importants : "Engagement à servir dans la réserve". Ce sont ces deux qualités essentielles qui doivent sous-tendre la motivation des candidats.*» Les réservistes de la RO commencent généralement au grade de chirurgien-dentiste de réserve. Ils res-

INTÉGRER LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Pour intégrer la réserve du service de santé des armées (SSA), il faut être reconnu médicalement apte par un médecin militaire, être en règle avec les obligations du service militaire, être âgé de moins de 65 ans et exercer une profession de santé ou dans un domaine associé à la santé. Les activités au sein de la réserve s'effectuent sur la base du volontariat. La durée annuelle des activités est comprise entre 5 et 30 jours (dates planifiées de gré à gré en fonction des obligations professionnelles et familiales). Les chirurgiens-dentistes de réserve sont recrutés sur dossier. Une fois promus dans la réserve, ils sont assujettis à une formation militaire initiale et continue ainsi qu'à des journées de formation spécifique à notre profession à l'École du Val-de-Grâce. Des journées d'information sur la défense nationale, les armées et la santé leur sont aussi proposées de façon périodique. Par ailleurs, une journée de formation médico-militaire organisée à l'ADF chaque année par le Dr Jean-Pierre Fogel, président de la Fédération nationale des chirurgiens-dentistes de réserve (FNCDR), constitue un moment fort pour les chirurgiens-dentistes militaires, d'active et de réserve.

tent soumis à des critères d'aptitude médicale propres aux armées et au maintien d'une bonne condition physique durant toute la durée de leur contrat. Leur carrière se termine lorsqu'ils atteignent la limite d'âge autorisée dans l'emploi d'officier de réserve du SSA fixée à 67 ans.

Quant à la réserve citoyenne, elle ne fixe aucune limite d'âge et n'implique aucune exigence particulière en termes d'aptitude médicale. Elle est composée d'anciens personnels de la RO, mais aussi, explique Jean-Paul Delobel, de « *praticiens volontaires agréés par l'autorité militaire dont le rôle, l'expérience, les compétences ou la notoriété rendent d'éminents services à l'institution militaire* »⁽²⁾.

Le dénominateur commun à ces deux catégories de réservistes est l'engagement profond au service de la nation et de nos concitoyens face aux nouvelles menaces. Le SSA est en pleine mutation depuis plusieurs années et, à l'instar des armées, il applique les dispositions des lois de programmation militaire votées au Parlement. Il en est ainsi du « *modèle SSA 2020* », comme le détaille Jean-Paul Delobel : « *Le SSA doit être en mesure de déployer en toutes circonstances une chaîne santé opérationnelle complète et d'être le premier à entrer sur un théâtre d'opérations* ». ■

(1) La visite médicale systématique a lieu tous les deux ans pour les militaires, à l'exception des personnels navigants, des plongeurs démineurs et des membres des troupes aéroportées, du GIGN, ou des forces spéciales qui s'y présentent tous les ans.

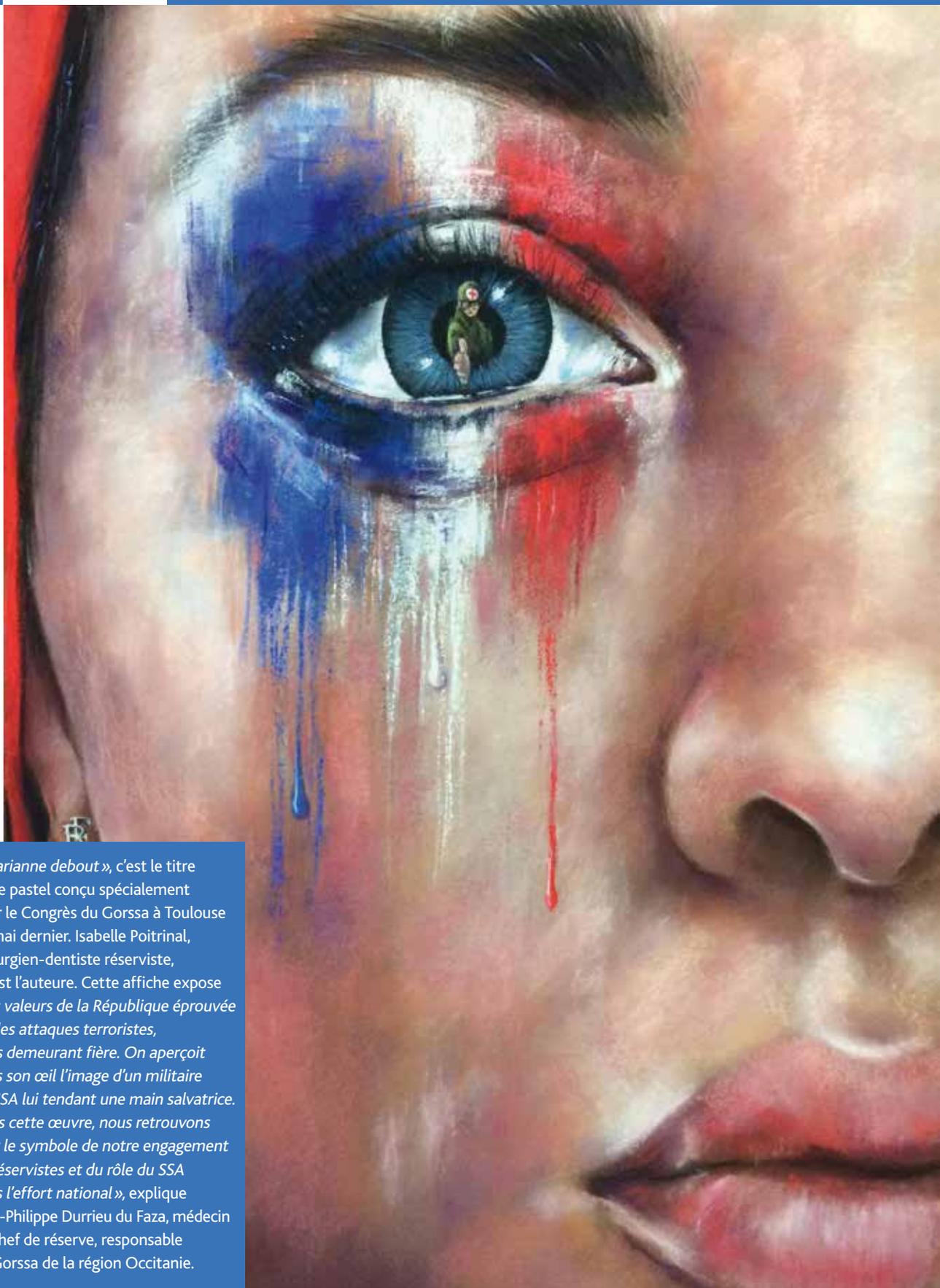
(2) Pour ne citer que ces exemples, Serge Fournier, président du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Jean François Peli, directeur adjoint du collège Santé de l'université de Bordeaux, ou Philippe Pomar, doyen de l'UFR des sciences odontologiques de Toulouse, sont chirurgiens-dentistes en chef (colonels) de la réserve citoyenne.

« RENFORCER LE LIEN ENTRE L'ARMÉE ET LA NATION »

JEAN-PHILIPPE DURRIEU DU FAZA, MÉDECIN



« Je suis chirurgien ORL et cervico-maxillo-facial, installé en libéral dans une clinique de Toulouse. J'ai fait mon service militaire en 1991 et je suis réserviste du service de santé des armées, actuellement en charge de la section Recrutement Formation de la réserve militaire (Serfrem) dans la région Toulouse Midi-Pyrénées. Il s'agit d'un rôle officiel et reconnu par la direction régionale du SSA. Je suis, par ailleurs, président fondateur de l'Association des réservistes de la région occitane du service de santé des armées (Arrossa) et représentant en Occitanie du Gorssa. Mon implication dans la réserve suppose un engagement qui varie entre 70 et 90 jours par an. Mon rôle consiste à renforcer le lien entre l'armée et la nation. Ainsi, il faut informer et, pourquoi pas, convaincre les jeunes praticiens à la sortie de la formation. C'est ce que nous faisons dans le cadre hospitalo-universitaire avec la mise en place du module de médecine militaire, par exemple, ou par le biais des conseils de l'Ordre pour informer des praticiens sur la réserve lorsque ces derniers viennent, par exemple, chercher un remplaçant, leur contrat ou des conseils. »



« *Marianne debout* », c'est le titre de ce pastel conçu spécialement pour le Congrès du Gorssa à Toulouse en mai dernier. Isabelle Poitrinal, chirurgien-dentiste réserviste, en est l'auteure. Cette affiche expose « *les valeurs de la République éprouvée par les attaques terroristes, mais demeurant fière. On aperçoit dans son œil l'image d'un militaire du SSA lui tendant une main salvatrice. Dans cette œuvre, nous retrouvons tout le symbole de notre engagement de réservistes et du rôle du SSA dans l'effort national* », explique Jean-Philippe Durrieu du Faza, médecin en chef de réserve, responsable du Gorssa de la région Occitanie.

À TOULOUSE, LES RÉSERVISTES FACE AU TERRORISME

Les réservistes de santé se sont réunis à Toulouse en mai dernier autour de la problématique majeure du terrorisme. Le choix de cette ville n'est pas innocent puisque l'Occitanie déploie une culture de l'urgence depuis 2001.

Le Gorssa, acronyme du «*Groupe des organisations de réservistes du service de santé des armées*», est une structure nationale associative. Elle réunit les associations des différents professionnels composant ce service : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, infirmiers, psychologues et, enfin, les commissaires à ancrage Santé (administratifs). Le Gorssa joue le rôle d'interface entre les milieux civil et militaire. Il organise chaque année un congrès national, dont le dernier s'est déroulé en mai 2018, à Toulouse, sous la présidence de la directrice centrale du service de santé des armées, Maryline Gyax Généro.

FAVORISER LES RETOURS D'EXPÉRIENCE

Le thème 2018 : «*Le lien armée-nation du service de santé face aux nouvelles menaces.*» La raison de ce choix ? La France, tout comme d'autres pays européens (l'Espagne, l'Allemagne, la Belgique, la Grande-Bretagne) ont fait l'objet d'attaques terroristes. Le colonel Jean-Philippe Durrieu >>>

« VOLONTAIRE POUR PARTIR EN OPÉRATION EXTÉRIEURE »

ISABELLE POITRINAL, CHIRURGIEN-DENTISTE



«*Je suis mariée, j'ai 52 ans, deux enfants et j'habite à Montbrun-Lauragais au sud de Toulouse. Je suis diplômée de chirurgie dentaire depuis 1991. J'ai vendu mon cabinet dentaire à la suite d'un burn out il y a deux ans, après 25 ans d'activité libérale, pour me consacrer à mon activité de réserviste opérationnelle et à la peinture. En tant que réserviste, je suis rattachée au 11^e centre médical des armées (CMA) à Tou-*

louse au sein du CMA de Balma et de Cugnax dans lequel j'examine des patients militaires dans le cadre de la visite d'aptitude médicale. Ce sont des militaires d'active ou même de réserve opérationnelle qui partent en mission au sein du territoire français et à l'étranger. Il faut dépister tout risque infectieux ou carieux avant leur départ. Je reçois aussi des jeunes à l'engagement ou des militaires en fin de contrat. Le rôle de la motivation du patient prend ici tout son sens. Je me suis par ailleurs portée volontaire pour partir en opération extérieure en 2019. Actuellement, j'exerce en tant que réserviste 60 jours par an. Je me consacre à mon activité artistique le reste de mon temps ⁽¹⁾ ».

(1) Isabelle Poitrinal est peintre pastelliste (<https://www.isapoitrinal.com/>).

►►► du Faza, médecin en chef de réserve, délégué toulousain du Gorssa et organisateur de ce congrès, a souhaité, lors de cette manifestation qui a rassemblé plus de 500 personnes, la mise en commun des retours d'expérience des événements tragiques qu'ont eu à gérer les services de secours.

Au-delà de cette thématique particulièrement prégnante, le choix de Toulouse comme lieu du congrès

n'était pas innocent puisque, avec près de 300 réservistes Santé, la région Occitanie possède l'un des plus gros contingents de réservistes en France. Pour Jean-Philippe Durrieu du Faza, une «*culture de l'urgence*» justifie ces chiffres. Il explique : «*Les attentats de mars 2012 contre des civils et des militaires à Toulouse et à Montauban ont balafré notre région. Ils nous ont aussi rappelé l'explosion, en 2001, de l'usine*

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT DÉSORMAIS FORMÉS À DE NOUVELLES TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE RAPIDE DE NOMBREUX BLESSÉS PAR EXPLOSION ET PAR BALLE.

« MA DEUXIÈME VIE ! »

JEAN-PAUL DELOBEL, CHIRURGIEN-DENTISTE



«*Je suis omnipraticien à Hendaye, chirurgien-dentiste en chef de la réserve citoyenne et membre de la délégation régionale du Gorssa. Interlocuteur associatif pour les autorités militaires en province, j'anime également des activités d'information et de rayonnement au profit du SSA. L'armée est ma deuxième vie après mon activité libérale en omnipraticien ! Comme pour la plupart de mes confrères ou confrères, ma principale motivation a été de placer mes compétences professionnelles au service de notre pays via l'institution militaire où nous travaillons directement au contact de celles et de ceux qui choisissent ce qui est à la fois un engagement, car c'est ainsi qu'on l'appelle, mais aussi un métier qui requiert des savoir-faire très spécifiques.*»

AZF pour laquelle les services de secours et l'armée ont dû travailler ensemble devant l'ampleur de la catastrophe ⁽¹⁾.»

UNE MÉDECINE DE CATASTROPHE

Ce sont ces événements successifs qui ont créé une «*culture de la médecine de catastrophe et d'urgence dans la région*», poursuit-il. Soignants, pompiers, Samu, militaires participent ensemble à des exercices de mise en situation pour apprendre à «*optimiser les prises en charge dans des contraintes de temps ou d'environnement particulières. Les professionnels de santé apprennent désormais de nouvelles techniques pour prendre en charge rapidement un nombre important de blessés par explosion et par balles*», conclut-il (lire aussi l'encadré «*Un module de médecine militaire*»). ■

(1) Le bilan officiel de l'époque faisait état de 31 morts et environ 2 500 blessés, dont une trentaine dans un état grave.

UN MODULE DE MÉDECINE MILITAIRE

Le module de médecine militaire a été créé en 2015 sous l'égide de l'École du Val-de-Grâce et du médecin (colonel) en chef de réserve Jean-Philippe Durrieu du Faza. Depuis 2016, Il est inclus notamment dans la capacité de médecine de catastrophe du Samu 31 et dans le diplôme universitaire des soignants en désastre sanitaire (infirmiers diplômés d'État – IDE –, infirmiers anesthésistes – IADE –, infirmiers de bloc opératoire – IBODE). En 2017, un enseignement universitaire optionnel de médecine de catastrophe et de théâtre de guerre a vu le jour pour les étudiants de la faculté de médecine et de chirurgie dentaire de Toulouse. Il met désormais à la disposition de tous les intervenants de l'urgence régionale un complément de formation indispensable sur le sauvetage au combat adapté aux nouvelles menaces.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour devenir réserviste dans le service de santé des armées :

- www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R45760
- www.defense.gouv.fr/reserve
- www.etrereserviste.fr

« RENDRE À LA COLLECTIVITÉ CE QU'ELLE M'A PERMIS D'OBTENIR »

JÉRÔME SALEFRANQUE, CHIRURGIEN-DENTISTE



« J'ai 50 ans, trois enfants et j'exerce en omnipratique dans un cabinet dentaire à Lézat-sur-Lèze, à 30 kilomètres au sud de Toulouse. J'ai fait mon service militaire à la fin de mes études dans les années 1990, et mes classes militaires à Libourne, à l'École nationale des officiers de réserve du service de santé des armées. J'ai ensuite été affecté à Carcassonne, au 3^e régiment de parachutistes d'infanterie de marine où j'ai passé mon brevet de parachutiste. En tant que

praticien réserviste, je suis affecté à l'antenne médicale des armées de Pamiers. J'y réalise des visites médicales d'aptitude qui ont lieu à l'incorporation d'un militaire dans l'armée, puis systématiquement tous les ans ou tous les deux ans selon les cas et, enfin, lors de la cessation d'activité. Au cours de la visite, j'effectue une expertise dentaire pour dépister des problèmes éventuels et déterminer l'aptitude au service ainsi qu'à la projection à l'extérieur du territoire national, dans des zones de conflit où l'armée est actuellement engagée. En termes de rythme de travail, j'exerce mon activité libérale trois jours et demi par semaine, mon activité ordinale ⁽¹⁾ une demi-journée par semaine et je travaille pour le SSA environ un jour par semaine. Être réserviste opérationnel me permet de sortir de la routine du cabinet dentaire et de rendre à l'État et à la collectivité ce qu'ils m'ont permis d'obtenir à travers mes études. »

(1) Jérôme Salefranque est président du conseil départemental de l'Ordre de l'Ariège.

LA RÉSERVE OPÉRATIONNELLE 2017 EN CHIFFRES

Les données présentées ci-dessous concernent la réserve du service de santé des armées (SSA) et, plus largement, de la garde nationale.



RÉSERVE DU SSA

207 chirurgiens-dentistes réservistes opérationnels. Ils font partie du corps des chirurgiens-dentistes officiant sous le statut de praticiens des armées. Ce corps est composé de personnels d'active (militaires à temps plein) et de personnels de la réserve opérationnelle (militaires à temps partiel). Ils étaient 186 en 2016.

3 000 réservistes opérationnels au total intègrent le service de santé des armées.

RÉSERVE DE LA GARDE NATIONALE (ARMÉES, GENDARMERIE ET POLICE NATIONALE)



71 472 réservistes



70 % des réservistes sont issus de la société civile



21 % de femmes

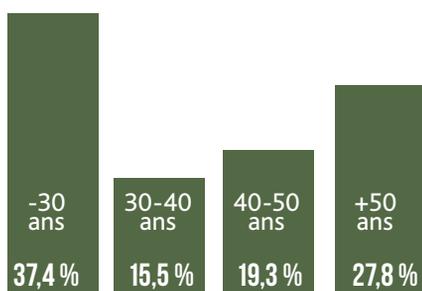
LES CATÉGORIES DE GRADE

17,5 % officiers

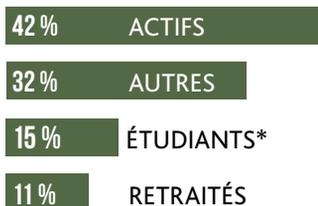
37,2 % sous-officiers

45,3 % militaires de rang

LES TRANCHES D'ÂGE



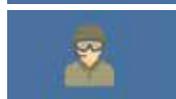
LES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES



* Le nombre d'étudiants a augmenté de 85 % entre 2015 et 2016.



42 % de réservistes au sein de la gendarmerie



30 % de réservistes au sein de l'armée de terre



8 % de réservistes au sein de la marine nationale



8 % de réservistes au sein de l'armée de l'air



7 % de réservistes au sein de la police nationale



5 % de réservistes au sein d'autres services, dont le SSA

Un praticien jugé non fautif grâce à la science conjugée au futur...



En résumé

La Cour de cassation a rendu un arrêt, le 5 avril 2018, qui contient un apport non négligeable. Un praticien a réalisé un acte qui, au moment de son exécution, ne relevait pas des données acquises de la science. Pour cette raison, les juges, suivant en cela un avis d'expert, retiennent la faute du professionnel de santé, dont la responsabilité civile est alors engagée. Mais le praticien s'appuie sur une recommandation postérieure à l'acte et des « *avis médicaux amiables* » pour contester la conclusion de l'expert. Pouvait-on tenir compte de ces éléments ? Oui, répond la Cour de cassation : les données acquises ne se limitent pas à celles qui ont été entérinées au jour de l'acte, dès lors que leur validation deviendra effective par la suite.

Le contexte

La Cour de cassation vient de rendre un arrêt d'un intérêt réel en matière de responsabilité médicale⁽¹⁾. Si la situation à l'origine du différend n'implique ni directement ni indirectement un chirurgien-dentiste, la solution jurisprudentielle le concerne toutefois, de même que, plus généralement, tous les professionnels de santé en cas de contentieux, mais aussi et avant tout de litige –

comme on le verra – lors de la phase du choix de l'acte thérapeutique à réaliser.

Reprenons succinctement les faits. Une patiente accouche en septembre 2007 d'un enfant, né en état de mort apparente, atteint notamment d'une microcéphalie et de lourdes séquelles neurologiques. Elle saisit la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI), laquelle sollicite une expertise. Postérieurement à cette procédure devant la CRCI, une action contentieuse est intentée. Dans ce cadre, le prati-

cien conteste l'avis et le contenu du rapport de l'expert (rendu à la CRCI) ; il produit, pour ce faire, des « *avis médicaux amiables remettant en cause les conclusions* » du premier expert et une recommandation relative au rythme cardiaque fœtal du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) publiée en décembre 2007, soit presque trois mois après l'accouchement (et ses suites dramatiques) ; il demande alors au juge d'ordonner une nouvelle expertise. L'enjeu est de taille pour ce >>>

»» praticien : il n'ignore pas que les juridictions suivent fréquemment l'avis du sachant. En cette hypothèse, si le second convainc, sa responsabilité ne devrait pas être engagée ; dans le cas contraire, il a peu de chance d'échapper à une condamnation. D'où une nouvelle expertise pour confirmer l'une des deux conclusions.

Les juges ⁽²⁾ condamnent ce professionnel de santé à indemniser la patiente et refusent la nouvelle expertise. Ils écartent tant « *les avis médicaux amiables* » que la recommandation, postérieure de trois mois à la naissance : ils considèrent que ces données ne sont pas pertinentes dans la mesure où l'événement litigieux devait s'apprécier au regard des données acquises de la science à la date de l'acte, « *[...] même s'il est a posteriori possible d'envisager une analyse différente* », écrivent-ils. Le praticien forme un pourvoi. Bien lui en a pris : la Cour de cassation casse l'arrêt des précédents juges. Ce faisant, elle vise l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique, c'est-à-dire le principe selon lequel le professionnel de santé n'engage sa responsabilité qu'en cas de faute prouvée. Elle énonce, ensuite, qu'« *un professionnel de santé est fondé à invoquer le fait qu'il a prodigué des soins qui sont conformes à des recommandations émises postérieurement et qu'il incombe, alors, à des médecins experts judiciaires d'apprécier, notamment au regard de ces recommandations, si les soins litigieux peuvent être considérés comme appropriés* ». Que comprendre ?

L'analyse

Nul n'ignore que le praticien dispose d'une réelle liberté thérapeutique qui l'autorise à proposer le traitement à ses yeux le plus approprié. Mais chacun sait également que cette liberté n'est pas totale : le professionnel de santé doit respecter les « *connaissances médicales avérées* », expression employée par le législateur ⁽³⁾, ou, autre locution bien connue, « *les données acquises de la science* ». S'agissant de cette dernière notion, elle est mentionnée dans les Codes de déontologie : l'article R. 4127-233 du Code de la santé publique dispose ainsi que « *le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : 1° À lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science [...]* » ⁽⁴⁾. On n'oublie pas non plus la mise à l'écart des « *données actuelles [et non acquises] de la science* » par la Cour de cassation ⁽⁵⁾. Le fait que les données ou les connaissances s'appréciaient « *au jour de l'acte* » et non postérieurement semblait néanmoins peu discuté. C'est là tout l'apport de l'arrêt.

Lorsque la Cour écrit qu'« *un professionnel de santé est fondé à invoquer le fait qu'il a prodigué des soins qui sont conformes à des recommandations émises postérieurement [...]* », elle semble ici admettre qu'un praticien puisse réaliser un acte – sans commettre de faute – avant même que celui-ci n'ait fait l'objet d'une publication scientifique, en quelque



sorte antérieurement à sa reconnaissance officielle. Il pourrait anticiper, devancer les écrits officiels et savants. L'arrêt ne le dit pas, mais il est à craindre que les juges exigent du praticien qu'il informe le patient de cette « anticipation », et ce au nom du consentement éclairé.

Cet arrêt laisse des interrogations sans réponses. La reconnaissance



officielle doit-elle prendre la forme d'une recommandation (rare en matière dentaire) ou plus simplement d'une publication (si oui, dans quel type de revue)? Ou encore d'un consensus scientifique? Par ailleurs, une obligation d'anticipation naît-elle avec cet arrêt? La réponse semble positive au regard du droit de la personne de recevoir les soins qui

assurent «*la meilleure sécurité sanitaire possible*»⁽⁶⁾. Un risque point toutefois : et si aucune recommandation ne voyait le jour? Aurait-il commis une faute résultant d'une méconnaissance des données acquises de la science? Partant, le praticien est-il invité à privilégier l'audace ou le conformisme? En l'espèce, la recommandation intervient peu de temps

après l'acte; la temporalité a certainement joué un rôle non négligeable. La formation continue ou les revues sont des instruments qui permettent d'évoquer les «nouveau-tés», mais celles-ci doivent être présentées avec mesure, de manière scientifique, sans omettre d'indiquer leur reconnaissance future possible (ou non).

En définitive, l'arrêt étudié autorise à «*aller de l'avant*», mais attention aux limites qui seront posées... demain! Comme toujours, si la nouveauté donne satisfaction, l'anticipation sera saluée par le patient, et critiquée dans le cas contraire. Le patient voit ou ne retient le plus souvent que «l'après» (la réussite, l'échec ou le dommage), alors que le praticien réfléchit «l'avant» (ce qu'il est préférable de faire par la pesée des «risques/avantages»), puis agit sans connaître avec certitude «l'après». La temporalité, même avec beaucoup de pédagogie, est susceptible de diviser. ■

David Jacotot

(1) 1^{re} chambre civile, 5 avril 2018, n° 17-15620, à paraître au *Bulletin*, Dalloz, 2018, p. 1156, note F. Vialla.

(2) Bordeaux, 31 janvier 2017, n° 15/03882.

(3) Article L. 1110-5 du Code de la santé publique.

(4) Pour les médecins, voir l'article R. 4127-32 du Code de la santé publique.

(5) 1^{re} chambre civile, 6 juin 2000, n° 98-19295, *La Semaine juridique*, éd. générale, 2000, 10447, note G. Mémeteau; *Les Grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2^e éd., 2014, dir. F. Vialla, p. 2285.

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

Attention aux clauses résolutoires dans vos contrats !

En résumé

Cette chronique a pour objet une modalité très fréquente dans les contrats : la clause résolutoire. En application de celle-ci, un contractant peut mettre fin au contrat – bien évidemment s’il estime y avoir intérêt – en cas de manquement de l’autre partie à une obligation contractuelle. Il est possible de prévoir que la résolution sera précédée d’une mise en demeure d’exécution (dernière chance d’exécuter laissée au partenaire) ou tout simplement qu’elle interviendra du seul fait de la méconnaissance d’une obligation.

Le contexte

Lorsqu’un contractant n’exécute pas ses obligations contractuelles, son cosignataire dispose de trois voies pour résoudre le contrat : saisir le juge pour qu’il fasse disparaître le contrat (résolution judiciaire) ; décider seul de mettre fin au contrat (résolution unilatérale) ; mettre en œuvre une clause résolutoire (donc insérée à l’origine dans le contrat). C’est très clairement ce qu’énonce le nouvel article 1224 du Code civil, issu de l’ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016, récemment ratifiée : « La

résolution résulte soit de l’application d’une clause résolutoire soit, en cas d’inexécution suffisamment grave, d’une notification du créancier au débiteur ou d’une décision de justice. »

S’agissant de la résolution unilatérale, elle n’est possible qu’à une condition restrictive : une « *inexécution suffisamment grave* » est exigée. Cette expression n’est pas définie par le législateur, ce qui implique une forme d’imprévisibilité de la notion. C’est alors le juge, saisi par celui qui subit l’anéantissement, de se prononcer sur la gravité du manquement contractuel : s’il la reconnaît, la résolution est justifiée, et son auteur avait donc juridiquement raison

de provoquer la mort du contrat ; s’il la dénie, la rupture est injustifiée, et son auteur s’expose alors à une sanction, le plus souvent une condamnation à des dommages-intérêts.

C’est pourquoi la résolution unilatérale est à manier avec précaution. Avant d’être consacrée dans le Code civil, elle avait été admise par la Cour de cassation, dans son célèbre arrêt « Tocqueville », aux termes duquel apparaissait une formule significative : « *la gravité du comportement d’une partie à un contrat peut justifier que l’autre partie y mette fin de façon unilatérale à ses risques et périls* »⁽¹⁾ ; celle-ci a été reprise par le législateur à l’article 1226 du



Code civil. Attention donc à l'effet boomerang : si le manquement n'est pas suffisamment grave, celui qui rompt le contrat encourt une sanction ! Justement, quand le manquement peut-il être qualifié de tel ? Voici quelques indices jurisprudentiels : lorsqu'il est établi par l'auteur de l'anéantissement que l'altération du lien contractuel est tel qu'il rend inu-

tile (sur le plan économique notamment) pour lui le contrat ; lorsqu'il est prouvé que le comportement du contractant défaillant caractérise sa mauvaise foi ou sa déloyauté.

Précisons également que la résolution unilatérale doit être précédée d'une mise en demeure ⁽²⁾ d'exécuter (ie laisser la possibilité au cocontractant d'échapper à la

résolution en exécutant son obligation) envoyée à la partie défaillante et restée infructueuse. Parce qu'elle heurte le respect de la parole donnée, la force obligatoire du contrat, elle nous apparaît comme une solution envisageable à titre exceptionnel tant elle est risquée. D'où une nette préférence pour l'inclusion dans le contrat d'une clause résolutoire, du reste >>>

»»» très fréquente en pratique dans nombre de types de contrat. Le modèle de contrat de location d'un local professionnel proposé par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes en présente une : «*À défaut de paiement d'un seul terme du loyer et un mois après un simple commandement de payer demeuré infructueux, le présent bail sera purement et simplement résilié si bon semble au bailleur*» (article 9). Le lecteur comprendra qu'une telle clause peut servir ses intérêts, mais qu'elle peut aussi être utilisée contre lui... Il n'est donc pas inutile de l'analyser.

L'analyse

Un vent de liberté contractuelle souffle sur le droit des contrats français : les parties peuvent prévoir les obligations dont l'inexécution entraînera la résolution du contrat. Bref, le contrat détermine ainsi par anticipation les motifs de sa disparition⁽³⁾. Relevons que la résolution par application d'une clause résolutoire échappe à l'exigence d'une «*inexécution suffisamment grave*»; la condition de «gravité» n'est pas imposée. Il faut donc comprendre que la moindre inexécution peut en principe entraîner le jeu de la clause, dès lors que celle-ci en prévoit la possibilité, et ce même si l'obligation non exécutée est secondaire! Si le contractant y a intérêt (concrètement, uniquement en cette hypothèse), il a la faculté d'anéantir

le contrat en cas de méconnaissance mineure d'une obligation. Pourquoi? La liberté contractuelle commande cette solution; les parties ont consenti une telle clause. La Cour de cassation a considéré que «*la clause résolutoire devait être appliquée sans qu'il soit nécessaire de rechercher si cette sanction était proportionnée ou non à la gravité du manquement invoqué*»⁽⁴⁾, y compris si l'auteur du manquement n'est pas de mauvaise foi⁽⁵⁾. Toutefois, la mise en œuvre de la clause n'est pas absolue : la Cour de cassation l'a neutralisée (effet boomerang évoqué ci-dessus) lorsque le contractant l'applique de manière déloyale⁽⁶⁾. Dans cette affaire, une société avait donné à bail un local dans une galerie marchande, puis avait résolu le bail en application d'une clause résolutoire pour violation des heures d'ouverture fixées contractuellement. Si la méconnaissance du contrat était certaine, ouvrant droit à la résolution, la Cour de cassation souligne qu'il fallait rechercher si «*la clause résolutoire n'avait pas été mise en œuvre de mauvaise foi*».

Il est à noter également que l'article 1225 du Code civil contraint les contractants à énumérer les motifs de résolution. La pratique contractuelle antérieure à la réforme de 2016 recourrait très fréquemment à des clauses résolutoires générales (par exemple, la résolution «*pour un quelconque manquement à n'importe quelle obligation*»), lesquelles semblaient validées par la Cour de cassation⁽⁷⁾. Cette pratique ne semble plus conforme au droit

actuel depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance de 2016 : la lettre de l'article 1225 s'y oppose. Enfin, l'alinéa 2 de l'article 1225 prévoit, avant de notifier la résolution par application de la clause résolutoire, l'envoi d'une mise en demeure d'exécution⁽⁸⁾. Mais cette règle n'est pas d'ordre public; aussi, dans la clause résolutoire, les parties peuvent-elles écarter toute mise en demeure préalable. L'article 1225 l'énonce du reste expressément : «*[...] s'il n'a pas été convenu que celle-ci résulterait du seul fait de l'inexécution*».

Au manquement contractuel répond la mise en œuvre de la clause résolutoire. En revanche, si une mise en demeure est stipulée, celle-ci ne produit effet que si elle mentionne expressément la clause résolutoire.

Le lecteur l'aura compris : il faut vérifier si le contrat contient une clause résolutoire ou s'il est pertinent d'en stipuler une lorsque le contrat est négociable (ce qui n'est pas toujours le cas). ■

David Jacotot

(1) Cass. civ. 1^{re}, 13 octobre 1998, n° 96-21485.

(2) «*Sauf urgence*», précise l'article 1226 du Code civil.

(3) Article 1225 du Code civil.

(4) Cass. civ. 3^e, 20 juillet 1989, n° 88-13856, *Revue trimestrielle de droit civil*, 1990, p. 74, obs. J. Mestre.

(5) Cass. civ. 3^e, 24 septembre 2003, n° 02-12474.

(6) Cass. civ. 3^e, 23 juin 2015, n° 14-12606.

(7) Cass. com., 19 février 1963, *Bull. civ. III*, n° 111.

(8) Il laisse ainsi la possibilité à l'autre partie d'échapper à la résolution en exécutant son obligation.

Les raisons de la non-reconnaissance d'un DU

En résumé

Un chirurgien-dentiste a obtenu un diplôme universitaire d'hypnose médicale. Il entend en faire mention sur ses documents professionnels, ce qui suppose au préalable une reconnaissance du diplôme par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Ce dernier refuse. Le praticien critique cette décision devant le juge administratif, en l'occurrence le Conseil d'État. À tort : la décision du Conseil national est confortée.

Le contexte

La reconnaissance d'un diplôme universitaire par l'Ordre des chirurgiens-dentistes, tel est le thème d'un arrêt rendu par la plus haute juridiction administrative ⁽¹⁾. En l'espèce, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a refusé de reconnaître le diplôme d'université de troisième cycle d'hypnose médicale délivré par une université. Sa décision est attaquée par le praticien, lequel demande au Conseil d'État d'annuler la dite décision.

Quel est l'enjeu du litige ? Il concerne les mentions sur les documents profes-

sionnels. L'article R. 4127-216 du Code de la santé publique édicte une première règle : « *Les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses imprimés professionnels, notamment ses feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires et cartes professionnelles, sont : [...]* 3° *Les titres et fonctions reconnus par le Conseil national de l'Ordre [...]* » L'article R. 4127-218 en énonce une deuxième : « *Les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur [cette fois-ci] une plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet sont [...]* les diplômes, titres ou fonctions reconnus par le Conseil >>>

»» national de l'Ordre.» Le point commun entre ces deux textes apparaît nettement : la mention du diplôme évoqué dans les documents professionnels est subordonnée à sa reconnaissance par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD). La compétence – au sens juridique du terme – de cette instance est indiscutable. Il n'en reste pas moins que la décision du CNOCD est susceptible de contestation judiciaire, et ce devant le Conseil d'État dans le cadre d'un recours pour excès de pouvoir. Voyons ce qui était soutenu par le praticien et ce que le juge lui a répondu.

L'analyse

Tout d'abord, le praticien critique la motivation du Conseil national, selon lui insuffisante, ce qui justifierait l'annulation de la décision. Telle n'est cependant pas la conclusion du Conseil d'État qui considère comme recevable la motivation suivante : « *Le programme de la formation en cause fait apparaître un nombre d'heures insuffisant de formation au regard de ses objectifs et lui enlève, partant, l'intérêt pratique qu'elle pourrait avoir au fauteuil, pour le patient et pour le praticien.* »

Ensuite, le Conseil d'État apprécie le bien-fondé de la décision ; il opère un contrôle restreint de la décision rendue par le Conseil national. Ce faisant, il reprend certaines données : « *le diplôme prévoyait 92 heures d'enseignements magistraux, auxquelles s'ajou-*

pas fait une « *inexacte application* » des textes du Code de la santé publique précités. Autrement dit, le juge administratif ne dit rien sur l'utilité d'un diplôme d'hypnose pour gérer la relation avec le patient : il ne se prononce ni sur sa pertinence, ni sur son inutilité.

Loin de se prononcer sur la pertinence d'un DU d'hypnose, la Cour de cassation se contente d'affirmer que le Conseil national est en droit de ne pas reconnaître un diplôme à la dimension théorique et pratique insuffisante.

taient neuf heures respectivement consacrées à une séance de révision, à un examen écrit et à la présentation et la remise d'un mémoire » ; « *si son programme mentionnait également une "évaluation de la pratique en cours de processus", il n'est pas contesté qu'il ne s'agissait pas pour autant, pour les professionnels en formation, d'une mise en œuvre, sur des patients, des savoirs transmis, sous le contrôle et la supervision d'enseignants* ». De là est mise en avant l'insuffisance du volet théorique et clinique de ce diplôme ainsi que, par voie de conséquence, l'intérêt pratique de cette formation. Le Conseil d'État conclut que le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes n'a

té. Il affirme seulement que le Conseil national pouvait ne pas reconnaître un diplôme dont la dimension théorique, concrète, pratique n'est pas suffisante.

Il se dégage de cet arrêt une ligne directrice, selon nous, de bon sens : une attention toute particulière est portée sur le savoir dispensé (analyse du programme, du volume des enseignements, vérification du collège enseignant) et l'aspect pratique (existence d'une mise en situation au plus proche du réel d'une durée suffisante) ; à cela s'ajoute un questionnement sur l'intérêt du diplôme dans le cadre de la relation de soins. ■

David Jacotot

(1) Conseil d'État, 27 juin 2018, n° 402935.

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ AFFICHAGE

Depuis le 1^{er} juillet 2018, de nouvelles obligations en matière d'affichage des honoraires incombent aux chirurgiens-dentistes. Pour aider les confrères à les respecter, l'Ordre met en ligne trois modèles d'affiche correspondant aux trois situations dans lesquelles ils peuvent se trouver au regard de la convention.



✓ TVA

La pose d'un implant dentaire et d'une infrastructure coronaire sur implant par un praticien est un acte médical exonéré de TVA. Le fait que ces actes ne font pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie est sans incidence sur leur éligibilité à l'exonération de TVA puisque leur finalité est thérapeutique.



✓ PRESCRIPTIONS ANTITABAC

Pour aider les patients désireux de cesser de fumer, les praticiens peuvent désormais prescrire des traitements antitabac remboursés comme n'importe quel autre médicament. Il s'agit des patchs nicotiques Nicotine EG et NicoretteSkin, pris en charge à 65 % par l'assurance maladie. Cette mesure remplace progressivement le forfait annuel de 150 euros proposé aux fumeurs désireux de cesser de fumer.

✓ RÉSERVISTES

Pour intégrer la réserve du service de santé des armées (SSA), le praticien doit être reconnu médicalement apte par un médecin militaire, en règle avec les obligations du service militaire et âgé de moins de 65 ans. Les activités au sein de la réserve s'effectuent sur la base du volontariat. La durée annuelle des activités est comprise entre 5 et 30 jours (dates planifiées en fonction des obligations professionnelles et familiales).



La Lettre n° 170 – SEPTEMBRE 2018

Directeur de la publication : Serge Fournier/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/

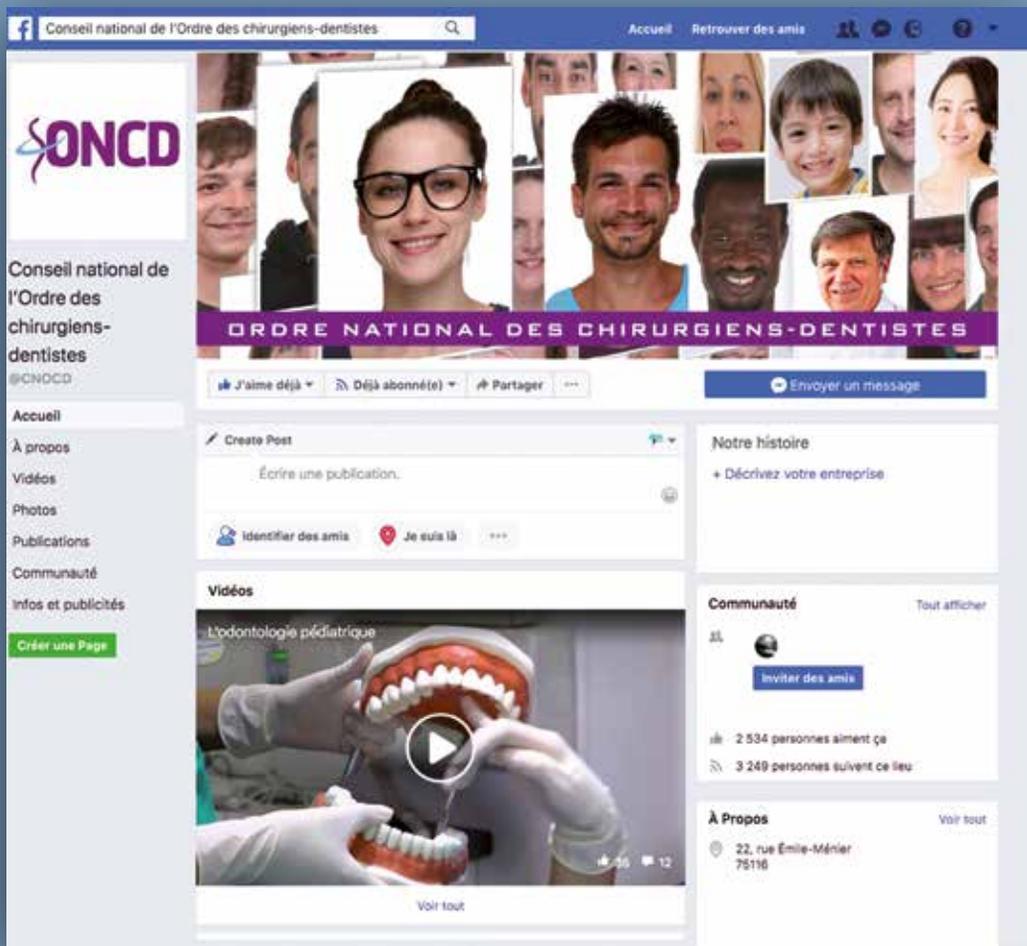
Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15

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

Photos : Alexis Harnichard : pp. 3. Fotolia : pp. 1, 2, 7, 19, 26-27, 34, 43. DR : pp. 29, 31, 32, 33. ARROSSA : 30, 43. Flore François : 22-23.

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

Rejoignez l'Ordre sur sa page Facebook



 Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

 ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES