

#ONCD

la lettre

ACTUALITÉ. Covid: vaccination
par les praticiens, mode d'emploi

TERRITOIRE. Centres 15:
essai transformé en Bretagne

N° 189/21
A V R I L

ACCÈS PARTIEL
À NOTRE PROFESSION
Et maintenant ?



ACTU

4

- 4. Vaccination : mode d'emploi
- 5. Les grands dossiers dentaires à l'Assemblée ordinaire
- 8. Mon DPC : des difficultés en cours de résolution, l'obligation de DPC
- 9. Forfait Covid : ce que dit la DGCCRF
- 9. La santé bucco-dentaire, un bien de santé publique mondial
- 10. Enfin la modernisation du socle commun de la formation en Europe !
- 12. Séroprévalence des praticiens au Covid : le réseau ReCOL recrute !
- 13. La disparition d'André Micouleau

FOCUS

14

ACCÈS PARTIEL
À NOTRE PROFESSION
Et maintenant ?



TERRITOIRE

19

Chirurgiens-dentistes au
15, essai transformé à
Rennes



PRATIQUE

22

JURIDIQUE



22. Bail professionnel : un « pacte de préférence » à géométrie variable ?



26. Responsabilité du praticien : une condamnation qui ne convainc pas

TRIBUNE

30

BENOÎT VARENNE,
responsable du Programme
de santé bucco-dentaire de
l'OMS

Retrouver le journal en ligne
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Restons
connectés   
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

#ONCD La Lettre n° 189 – avril 2021

Directeur de la publication : Serge Fournier.

Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Menier – 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 : Cécile Nielly

Illustrations : Dume – Couv. : Ewa Roux-Biejat

Photos : Shutterstock : pp. 1, 9, 10, 15, 18. Alexis Harnichard : pp. 3, 17. Stéphane Allaman/

Regard pluriel : pp. 5, 6, 7, 13. DR : pp. 19, 20, 21, 30.

Imprimerie : GraphiPrint Management.

Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Dépôt légal à parution. ISSN n° 2679-134X (imprimé), ISSN n° 2679-5183 (en ligne).

Avancer

Plus d'un an après le début de la crise sanitaire, la lassitude de la population est palpable. C'est aussi le cas chez les professionnels de santé, où les situations d'épuisement et de burn-out n'ont jamais été aussi nombreuses. Notre profession n'y échappe pas. La progression de la vaccination laisse cependant entrevoir une issue que tout le monde espère rapide. En attendant, cette crise a, hélas, d'autres effets pervers. La polarisation des services de l'État sur la gestion de l'épidémie ralentit l'avancement des dossiers en cours, comme si

nous étions dans une parenthèse qui s'étirait. **Cela n'empêche pas le Conseil national de poursuivre son travail de fond et d'initier des démarches auprès des partenaires institutionnels, ministère de la Santé ou encore commissions des Affaires sociales, à l'Assemblée nationale et au Sénat.**

À notre demande, une entrevue avec la Cour des comptes est prévue dans les prochains jours. Nous ferons état de l'avancement des recommandations formulées par la Cour sur la gestion et le fonctionnement de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Cette année sera aussi celle d'une meilleure information du patient. L'Ordre travaille sur les recommandations qui viendront préciser les nouveaux articles du Code de déontologie sur la communication du chirurgien-dentiste. Notre objectif est que les praticiens puissent s'approprier cette nouvelle donne, dans leurs documents et leur site internet par exemple. Un nouveau visuel est également à l'étude, sous la forme d'une enseigne permettant d'identifier la présence d'un cabinet dentaire, comme c'est déjà le cas pour les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes ou les vétérinaires.

Cette année verra aussi les élections professionnelles se tenir, et notamment celle du Conseil national de l'Ordre au mois de juin, garant d'un fonctionnement démocratique de nos institutions.

Le temps du retour à la sérénité viendra. En attendant, la meilleure façon de tenir, c'est de continuer à avancer.



SERGE FOURNIER
Président du Conseil national

Covid : vaccination, mode d'emploi

Les chirurgiens-dentistes peuvent participer à la campagne de vaccination contre le Covid-19 au sein des centres de vaccination. La possibilité pour les praticiens d'administrer des vaccins ne concerne pas (encore ?) la pratique en ville. Une formation préalable est obligatoire. Le point de la situation au 29 mars.

Les chirurgiens-dentistes quelle que soit leur forme d'exercice – y compris les retraités – ainsi que les étudiants en odontologie de deuxième et troisième cycles sont autorisés, sous réserve d'une formation *ad hoc*, à prescrire et à administrer des vaccins contre le Covid-19. À l'heure où nous bouclons ce numéro de *La Lettre*, les textes parus au *Journal officiel* le 27 mars dernier, fixent le cadre de la participation des praticiens à la campagne de vaccination dans le contexte des centres de vaccination. En effet, ni les modalités de distribution des vaccins aux chirurgiens-dentistes de ville, ni celles relatives à la traçabilité de la vaccination dans le système d'information « Vaccin Covid » ne sont (encore ?) prévues. De plus, les textes ne prévoient pas de remboursement à l'acte pour l'administration du vaccin par le chirurgien-dentiste.

QUI EST CONCERNÉ ? Tous les chirurgiens-dentistes, quelle que soit leur forme d'exercice, les chirurgiens-dentistes retraités, et, en présence d'un médecin, les étudiants en odontologie de deuxième et troisième cycles.

FORMATION. D'une durée de six heures, elle est impérative et est en principe calquée sur celle aménagée pour les pharmaciens⁽¹⁾.

PATIENTS CONCERNÉS. Toute personne à l'exception des femmes enceintes, des personnes présentant un trouble de l'hémostase, des personnes ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection. Rappelons que les personnes pouvant être vaccinées doivent faire partie de la cible prioritaire et éligible.

PRESCRIPTION ET ADMINISTRATION. La prescription par le praticien est obligatoire et doit permettre de recueillir le consente-

ment du patient. Au moindre doute sur la situation de la personne, sur son état de santé ou sur d'éventuelles contre-indications, il est essentiel qu'un médecin soit consulté avant et/ou après toute vaccination.

L'administration du vaccin peut être réalisée ensuite par le praticien qui a effectué la prescription ou par un autre professionnel.

PRISE EN CHARGE. Pour les chirurgiens-dentistes, le forfait, non cumulable avec une facturation à l'acte, est de 280 € par demi-journée (quatre heures minimum), 300 € les samedis, dimanches et jours fériés. Le forfait horaire s'élève à 70 € (75 les samedis, dimanches et jours fériés). Pour les étudiants le forfait s'élève à 24 € entre 8 heures et 20 heures, 36 € entre 20 heures et 23 heures et entre 6 heures et 8 heures, et 48 € entre 23 heures et 6 heures ainsi que les dimanches et jours fériés.

Une rémunération de 5,40 € est prévue pour le renseignement des données dans le système d'information lors de la réalisation ou la supervision de l'injection, versée mensuellement par l'assurance maladie. La consultation ou l'injection pour lesquelles les données ne seraient pas renseignées ne peuvent pas être facturées.

ASSURANCE. Sur le principe, la réparation intégrale des accidents est assurée par l'Oniam, mais les professionnels de santé doivent être assurés. Il est donc vivement conseillé de se rapprocher de son assureur RCP.

(1) En pratique, le pharmacien doit avoir validé une formation DPC de six heures se répartissant pour moitié comme suit : formation théorique (possibilité d'e-learning), formation pratique à l'acte. L'attestation par l'organisme de formation doit comporter son numéro d'enregistrement à l'ANDPC et le numéro d'enregistrement de l'action de DPC sur le site de l'agence.



Les grands dossiers dentaires à l'Assemblée annuelle de l'Ordre



Lors de l'Assemblée annuelle du 5 mars dernier, les conseillers ordinaires des trois échelons de l'Ordre – national, régionaux et départementaux – ont débattu des sujets d'actualité et des dossiers de fond, sous le format inédit d'un Webinaire qui a privilégié l'interactivité.



Contexte épidémique oblige, c'est sous la forme d'un Webinaire que l'assemblée des départements a eu lieu le 5 mars dernier, réunissant les conseillers ordinaires nationaux, régionaux et départementaux. Un format certes inédit, mais qui a permis le débat et les échanges entre les conseillers ordinaires, conformément aux souhaits du bureau du Conseil national. ➔

➔ L'AUTRE IMPACT DU COVID

Le président du Conseil national, Serge Fournier, a introduit cette journée de travail en dressant un état de l'avancement des grands dossiers que porte l'Ordre. Formation dans l'Union européenne, gestion des diplômés UE en France, permanence des soins, harmonisation des règles entre les différentes formes d'exercice: le président a fait le constat que la gestion du Covid par les autorités publiques éclipsait toutes les autres priorités.

Pour autant, ces dossiers continuent d'être portés par l'Ordre. Du reste, a précisé Serge Fournier, l'engagement du Conseil national n'est pas étranger à la parution, en 2020, du rapport du sénateur Pierre Médevielle sur la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. Pour le Sénat, qui fait sienne l'analyse de l'Ordre, la circulation des professionnels au sein de l'UE ne doit pas se faire au détriment de la sécurité des patients.

INTERACTIVITÉ

À l'ordre du jour de ce Webinaire: l'Europe, la répartition des ressources de l'Ordre, les outils de pilotage et l'Observatoire démographique et, enfin, la mise en perspective de la responsabilité de l'élu ordinal. Ces présentations ont donné lieu, le matin, à des échanges entre les conseillers ordinaires, et l'après-midi a été consacré à un débat qui a privilégié la remontée des questions pratiques plutôt que la parole descendante. ●

L'EUROPE AU CŒUR DE L'ACTUALITÉ

Avec l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) sur l'accès partiel (*lire p. 14*) mais aussi d'autres faits récents, l'Europe était l'un des grands sujets d'actualité qu'ont développé Christian Winkelmann, vice-président du Conseil national et président de la commission Europe, et Myriam Garnier, vice-présidente du Conseil national. Depuis un arrêt du Conseil d'État du 28 septembre dernier, la reconnaissance automatique des diplômes par l'Ordre, l'autorité compétente en France, est inconditionnelle. Cela étant, l'institution ordinale est en droit d'exiger une confirmation de l'authenticité des attestations et des titres de formation délivrés. La question de la formation en Europe a été abordée (*lire p. 9*), mais aussi le Brexit et le programme sur la santé bucco-dentaire lancé par l'OMS (*lire p. 8*).

L'ÉLU ORDINAL

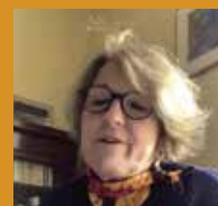
Le président du Conseil national, Serge Fournier, a mis en perspective le rôle, l'engagement et la responsabilité de l'élu au sein de l'institution ordinale, organisme de droit privé mais chargé, par délégation de l'État, d'une mission de service public. Serge Fournier a insisté sur les nouvelles missions dévolues à l'Ordre, notamment la vérification du maintien des compétences du praticien via le contrôle de DPC, mais aussi, à terme, la certification des praticiens, ainsi que la procédure de l'insuffisance professionnelle. Il a rappelé la responsabilité des élus, dont les décisions les engagent et engagent l'institution. Pour affermir la neutralité et l'objectivité des décisions, Serge Fournier a avancé plusieurs pistes, notamment celle de la déclaration d'intérêt ou encore la place qui pourrait être aménagée aux usagers du système de santé.



LA RÉPARTITION DES RESSOURCES DE L'ORDRE



Jean-Baptiste Fournier et Guy Naudin, trésoriers du Conseil national, ont présenté plusieurs pistes d'une réforme de la répartition des ressources entre les différentes instances ordinales. Les nouvelles missions qui incombent désormais aux conseils nationaux, régionaux et départementaux ont un impact sur le budget. Les « petits » conseils départementaux (c'est-à-dire ceux qui comptent peu de praticiens inscrits par rapport aux « gros » départements) doivent désormais faire face à des charges incompressibles pour assurer leurs missions. Après plusieurs mois de travail, les trésoriers du Conseil national ont donc ouvert trois pistes de réflexion quant à une nouvelle répartition des ressources. Elles sont posées sur la table, elles feront l'objet de discussions afin d'avancer vers un système obtenant le consensus de tous les échelons ordinaux.



LES OUTILS DE PILOTAGE ET LA DÉMOGRAPHIE



Dominique Chave et Steve Toupenay, secrétaires généraux du Conseil national, ont proposé un état des outils à la disposition des conseils départementaux et régionaux pour assurer leurs nombreuses missions. Ils ont présenté les nouvelles fonctionnalités de la base de données de l'Ordre, la mise à disposition de documents harmonisés d'aide à la décision visant l'efficacité des réponses apportées aux praticiens. Une présentation de l'outil statistique a été faite. Elle permet aux élus d'avoir désormais une photographie à l'instant T de la réalité démographique de leur territoire. Cet outil permet également à l'Ordre, dans ses discussions, entre autres, avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), d'être une véritable force de proposition.

BURN-OUT : 0 805 23 23 36 LE NUMÉRO VERT SOUTENU PAR L'ORDRE

0 805 23 23 36, c'est un numéro vert disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les professionnels de santé victimes d'épuisement professionnel. C'est un dispositif d'accompagnement psychologique mais aussi de prévention, anonyme et confidentiel, mis en place par l'association SPS (Soins aux professionnels de santé). Le Conseil national vient de signer un partenariat avec SPS, dont les services et l'appel mis à la disposition des professionnels de santé sont gratuits. Ce nouveau numéro vert renforce l'accompagnement des chirurgiens-dentistes et des étudiants en odontologie, que le Conseil national a mis en place depuis plusieurs années. En effet, la plateforme développée par l'association SPS s'ajoute à un dispositif déjà en place via un autre numéro vert, 0 800 288 038. L'association SPS, partenaire du Conseil national, met à la disposition des praticiens toutes les informations utiles sur son site Internet www.asso-sps.fr. Soulignons qu'elle anime des « journées d'ateliers dynamiques et d'échanges en santé » (Jade), désormais en visioconférence, compte tenu des conditions sanitaires. Enfin, l'association met à la disposition des praticiens et des étudiants une application mobile téléchargeable gratuitement : ASSO SPS.

Mon DPC : des difficultés en cours de résolution, l'obligation de DPC

Depuis quelques semaines, des chirurgiens-dentistes rencontrent des difficultés techniques ne leur permettant pas d'ouvrir leur compte « Mon DPC » sur le site Internet de l'ANDPC. Le Conseil national s'est donc rapproché de l'ANDPC pour signaler ces difficultés. Un travail commun entre l'ANDPC et le Conseil national est en cours pour trouver une solution urgente. Le Conseil national tiendra compte de ces difficultés lorsqu'il sera amené à exercer son contrôle de la formation continue des praticiens. Si ces difficultés persistent, nous invitons les praticiens à le signaler par courriel à l'ANDPC (infodpc@agencedpc.fr) et/ou à son conseil départemental d'inscription afin que cette information soit remontée, et qu'il soit tenu compte de ces circonstances particulières.

Ces difficultés techniques devraient se résorber. Il est essentiel que les praticiens mesurent les enjeux liés à l'ouverture d'un compte sur « Mon DPC » via le site Internet de l'ANDPC, qui pilote le dispositif. L'objectif est que chaque chirurgien-dentiste, quel que soit son mode d'exercice, y déclare ses actions de DPC et ses autres actions de formations pour transmettre ces éléments ainsi déclarés à l'Ordre. C'est en effet une obligation⁽¹⁾, et trop peu de praticiens ayant ouvert leur compte « Mon DPC » ont autorisé la transmission sécurisée, à l'Ordre, des éléments déclarés. Ils sont seulement 6 509 à ce jour à l'avoir fait, alors même que, dès ce mois d'avril, le Conseil national va recevoir les premiers éléments de l'ANDPC afin de débiter les contrôles pour la période 2017-2019.

Afin que le praticien puisse justifier de son engagement dans le dispositif (2), sans démarche contraignante, il est fortement recommandé qu'il autorise l'ANDPC à communiquer à l'Ordre les éléments qu'il aura déposés sur son compte « Mon DPC ». Il s'agit d'une simple case à cocher dans les préférences utilisateur. En effet, en l'absence d'éléments communiqués à l'Ordre, il existera une suspicion de non-respect de l'obligation. Pour le Conseil national, il est inconcevable que, dans notre profession qui a toujours porté très haut sa formation continue, des praticiens soient passibles d'une suspension d'exercice pour insuffisance professionnelle. ◆

(1) Article R.4021-23 du Code de la santé publique

(2) Articles L.4021-1 et R.4021-4 du Code de la santé publique

FORFAIT COVID : CE QUE DIT LA DGCCRF

À la question « *Un professionnel de santé peut-il facturer un supplément au motif d'un surcoût généré par la lutte contre le Covid ?* », la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) donne une réponse qui a le mérite de la clarté. Pour la DGCCRF, un professionnel de santé conventionné ne peut exiger des patients que le seul paiement d'une somme correspondant à une prestation de soin. Le fait d'exiger du patient le versement d'un supplément ou « forfait Covid » au titre des surcoûts entraînés par l'utilisation de produits désinfectants ou en raison de la « *perte de temps* » entraînée par la ventilation de la salle de consultation est « *considéré comme un acte de facturation abusive* » conclut la DGCCRF, précisant que les praticiens non conventionnés peuvent le faire, mais à la condition que le patient en ait été préalablement informé.



La santé bucco-dentaire, un bien de santé publique mondial

Un « jalon dans l'histoire de la santé bucco-dentaire » pour le directeur général de l'OMS, un acte rien moins que « révolutionnaire » pour la Fédération dentaire internationale (FDI). En mai prochain, la santé bucco-dentaire va prendre un statut enfin à la hauteur des enjeux, lors du vote officiel d'une résolution en assemblée mondiale de l'OMS. Le constat dressé par l'OMS n'est pas simplement d'ordre sanitaire, même si l'institution en propose un état des lieux déplorant, par exemple, que les affections bucco-dentaires les plus répandues (caries, affections parodontales) « *comptent parmi les maladies non transmissibles les plus fréquentes dans le monde* ». Parallèlement à cet état des lieux, ce que pointe aussi et peut-être surtout l'OMS, à l'adresse de ses 193 pays membres, c'est un « *manque d'engagement politique et de ressources* ».

En outre, la « *prévention des affections bucco-dentaires n'est pas une priorité* », regrette l'institution mondiale. Elle en appelle d'ailleurs à un pivotement complet des priorités. Pour l'OMS en effet, il faut « *réorienter l'approche curative traditionnelle, fondamentalement axée sur les pathologies, et s'orienter vers une approche favorisant la prévention et permettant de repérer les risques pour prodiguer des soins complets* ». **En pratique, le vote de la résolution de l'OMS sur la santé bucco-dentaire se donne comme ambition de définir un plan d'action d'ici à 2023**, qui sera assorti d'objectifs clairs et mesurables donnant lieu à des rapports d'étape sur les progrès accomplis et les résultats. On pourra lire dans ce numéro de *La Lettre*, la tribune de Benoît Varenne, administrateur du Programme de santé bucco-dentaire de l'OMS. ●

Enfin la modernisation du socle commun de la formation en Europe!

Le socle commun de la formation dentaire dans les pays de l'Union date de 1978. Autant dire une pratique d'un autre temps. L'actualisation de ce socle commun, que plaidait le Conseil national depuis des années, est attendue pour 2023.



40 ans. Cela faisait 40 ans que le contenu des études d'odontologie, dans l'Union européenne, avait été fixé. Il faut en effet remonter à 1978, date de la parution de la première directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dentaires⁽¹⁾, pour trouver le seul et unique acte officiel créant le « socle commun » des études en odontologie

dans tous les pays de l'Union⁽²⁾. Depuis, aucune actualisation n'avait été programmée. À l'échelle de l'évolution des thérapeutiques, des matériaux, des matériels et de l'environnement technologique, qui ont radicalement bouleversé notre pratique depuis 40 ans, 1978 appartient à une autre ère. Depuis de longues années, le Conseil national et ses homologues n'ont cessé de plaider pour cette remise à plat, et avec eux, les

Les ordres européens plaident depuis des années pour une remise à plat des études dentaires. Quant aux étudiants, ils ont à plusieurs reprises tiré la sonnette d'alarme.

étudiants européens qui ont tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises⁽³⁾.

C'est donc avec satisfaction et soulagement que le Conseil national prend acte de la préparation, par l'Union européenne, d'une mise à jour de la formation universitaire dentaire. **Les chirurgiens-dentistes vont donc voir leur socle commun révisé afin, pour reprendre les termes de la mission impartie à la Commission européenne, de prendre en compte les « progrès scientifiques et techniques ».** Si l'on s'en tient à un calendrier raisonnable, après ces études préparatoires à ce « reset » des études dentaires, un résultat tangible pourrait voir le jour à partir de 2023.

Nous n'en sommes pas encore là, mais le processus est lancé. Une première étape a eu lieu en décembre 2020 avec le début du recensement de l'état de l'enseignement dentaire dans les 27 pays de l'Union. Pour ce qui concerne la France, le Conseil national de l'Ordre a été consulté pour valider cet état des lieux de la formation en France – sa durée, ses matières, son organisation.

Cette cartographie, pays par pays, dressera un état de la manière dont les matières mentionnées par la directive depuis 1978 sont enseignées. Elle indiquera aussi les matières ne figurant pas dans la directive mais qui sont dispensées dans les centres d'enseignement. Certains établissements ont à leur programme des matières comme la dentisterie légale, l'odontologie du sport ou encore la sédation consciente, que le socle commun ne demande pas.

Parallèlement à cet état des lieux, tous les acteurs sont consultés sur la traduction que prendront, dans le prochain cursus, les progrès scientifiques et techniques. En France, la Conférence des doyens a été sollicitée ; les étudiants et la profession, au niveau européen, ont été interrogés, ainsi que la Fédération des régulateurs dentaires, la Fedcar, dont le Conseil national français assure

LA RECHERCHE DU CONSENSUS

Le projet de révision de la directive se basera sur la synthèse des travaux détaillée ci-dessus. Seront révisées les « matières de base », les « matières médico-biologiques et matières médicales générales », et enfin les « matières spécifiquement odontostomatologiques ». Tous les acteurs – enseignants, professionnels, étudiants, ordres – seront réunis afin de se mettre d'accord sur leur mise à jour. Cette étape, cruciale, pourrait avoir lieu en octobre prochain, sauf restrictions liées à l'épidémie de Covid. C'est à partir de ce consensus que la Commission européenne se verra remettre des recommandations, charge à elle de les traduire dans le projet législatif. À l'évidence, plus ces recommandations de modernisation seront précises, étayées et consensuelles, plus elles inspireront le législateur.

le secrétariat général. On notera que la Fedcar préconise de détailler les intitulés actuels du volet clinique de la formation – là où le bât blesse – avec un objectif clairement affiché : garantir leur réalité et leur pertinence. ●

(1) Directive 78/687/CEE du 25 juillet 1978 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du praticien de l'art dentaire.

(2) Aujourd'hui repris et coulé dans le texte plus général de la directive 2005/36 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

(3) Lire entre autres La Lettre n^{os} 150 et 152 parues en 2016 à propos de l'étude sur les formations reçues réalisée par l'association européenne des étudiants dentaires.

Séroprévalence des praticiens au Covid : le réseau ReCOL recrute !

Le réseau Recherche clinique en odontologie libérale (ReCOL) va par ailleurs publier les résultats de ses études 2020 dans plusieurs publications scientifiques internationales.

Le réseau Recherche clinique en odontologie libérale (ReCOL) est partie prenante dans une étude de séroprévalence au Covid chez les professionnels de santé. Financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR), **cette étude vise à estimer la séroprévalence des IgG dirigées contre le SARS-CoV-2 – acquises naturellement ou par la vaccination – chez des professionnels de santé en soins primaires** (chirurgiens-dentistes et assistant(e) dentaires, médecins généralistes, pédiatres, etc.) et les membres de leur ménage. Les praticiens non membres du réseau qui veulent y participer peuvent s'inscrire via le QR code ci-dessous ou via l'adresse mail reseau.recol@gmail.com.

Au-delà de cette actualité, ReCOL, créé et porté par Brigitte Grosgeat, PU-PH (Lyon I) en 2018, a fait la démonstration de sa pertinence, avec l'ambition de rapprocher tous les acteurs dentaires, en ville et à l'hôpital, afin d'améliorer les

connaissances et les pratiques. Cinq études lancées en 2020, dont certaines sont en cours de lecture dans des revues scientifiques internationales, ont donné leurs premiers résultats.

L'étude sur **les restaurations défectueuses** montre que, en France, de plus en plus de praticiens partagent le consensus mondial sur le fait que les restaurations des réparations font partie des bonnes pratiques⁽¹⁾. Une deuxième étude évaluait **la santé orale dentaire et la qualité des obturations coronaires**. Entre autres résultats, elle montre que la dentisterie peu invasive est bien appliquée en France, que la dentisterie adhésive y est aujourd'hui largement développée, et qu'elle ne présente pas plus d'échecs que les autres techniques⁽²⁾.

La troisième étude, consacrée aux **habitudes de prescription des antibiotiques**, montre que les pratiques, dans les maladies parodontales, sont globalement en accord avec les recommandations actuelles, à l'exception de l'abcès

parodontal, où les taux de prescription sont anormalement élevés. Elle relève l'impact positif de la formation postuniversitaire en parodontologie⁽³⁾.

Quant à l'étude sur la **tabacologie**, elle montre que nous sommes à la croisée des chemins : la prise en charge des patients reste certes parcellaire, mais la profession est très demandeuse de protocole pour l'intégrer dans sa pratique⁽⁴⁾.

Enfin, une recherche sur la **douleur postopératoire en implantologie** montre un niveau de connaissance satisfaisant, qu'il convient de renforcer via l'amélioration des pratiques d'information du patient et de prescription antalgique⁽⁵⁾. ◆

(1) *Prise en charge des restaurations défectueuses (P^r S. Doméjean).*

(2) *RESTO DATA (D^r F. Decup).*

(3) *Mieux comprendre les habitudes de prescription d'antibiotiques des chirurgiens-dentistes français face aux maladies parodontales (D^r K. Agossa).*

(4) *Connaissances, attitudes et pratiques de la tabacologie chez les chirurgiens-dentistes en France (D^r J. Glomet).*

(5) *Douleur post-opératoire en implantologie (D^r R. De Valbray).*

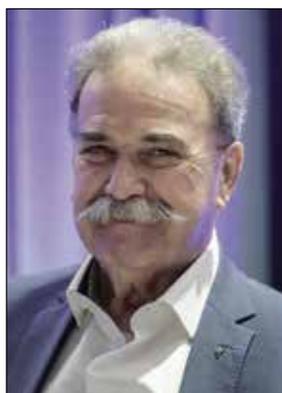
Participez à l'étude Covid (par mail : reseau.recol@gmail.com ou QR code ci-contre)



COUR DES COMPTES : L'ORDRE ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

Après un premier rapport, en 2017, portant sur les missions et la gestion, notre Ordre vient de faire l'objet d'un deuxième contrôle par la Cour des comptes. Cinq Ordres de santé étaient concernés (chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes). Ce contrôle était circonscrit aux compétences et missions, notamment sur la sécurité des patients. Dans son rapport, la Cour pose cinq recommandations dont une, pour notre Ordre, est déjà appliquée (la déclaration d'intérêt des élus ordinaires) et dont les autres dépendent du seul législateur, même si notre Ordre, par exemple avec le Pôle patients intégré au Conseil national, a déjà anticipé certaines d'entre elles. Dans sa réponse à la Cour des comptes, le Conseil national a rappelé que les missions de l'Ordre national se sont, depuis la loi du 24 juillet 2019, élargies à la promotion de la santé publique et la qualité des soins. À cet égard, rappelle le Conseil national, la crise sanitaire a illustré le rôle pivot de l'Ordre, entre le ministère de la Santé, les chirurgiens-dentistes et les patients, pour assurer la permanence des soins. La volonté de l'Ordre est donc plus que jamais de favoriser toutes les actions visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

LA DISPARITION D'ANDRÉ MICOULEAU



Un homme de cœur, de parole et d'écoute, une personne d'une immense qualité. Tel était André Micouleau, vice-président du Conseil national, président de la commission des Contrats, qui nous a quittés le 26 mars dernier. Le Conseil national est orphelin. André Micouleau était un sage. Non pas grâce à sa profonde connaissance de la profession

et à sa longue expérience ordinale, mais parce que tel était André Micouleau : un sage. Jamais il n'élevait la voix, toujours il était écouté. Il puisait sa force dans un respect absolu des autres, et cette force, il l'employait au service de tous.

André Micouleau était un homme d'équilibre, de mesure et d'intégrité. C'est cet homme qui, pendant près de 20 ans, a dirigé le service des Contrats du Conseil national. Il avait une conviction chevillée au corps : libérer l'exercice de notre métier médical partout où cela était possible, mais avec le souci de l'équité et de la santé publique. À Bercy, au ministère de la Santé ou ailleurs, André Micouleau ne partait pas à l'assaut sabre au clair pour défendre ses dossiers. Il traçait son sillon patiemment, comme on laboure une terre de rocaïlle cuite par le soleil, cette terre d'où il venait, celle de Limoux, dans l'Aude. C'est ainsi qu'André Micouleau a obtenu des résultats, et nombreux, pour faciliter les conditions d'exercice des praticiens, mais sans jamais déroger aux principes qui doivent encadrer la pratique de notre profession. Il avait récemment signé un article dans *La Lettre* où il traçait le chemin pour aller plus loin encore dans cette voie de liberté, d'égalité et de responsabilité. La profession lui doit beaucoup. André Micouleau était membre de l'Académie de chirurgie dentaire, il fut président du conseil départemental de l'Aude, et était entré au Conseil national voilà 22 ans. Nombreux sont ceux qui le pleurent aujourd'hui. *À sa femme, Huguette, à sa famille, à ses proches, le Conseil national présente ses plus vives et sincères condoléances.*

ACCÈS PARTIEL À NOTRE PROFESSION

Et maintenant ?

La sentence est tombée le 25 février dernier. Elle n'est pas celle qu'attendaient le Conseil national et les autres professions de santé qui avaient déposé un recours. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a donc tranché. Aucun métier, aucune profession, même une profession de santé à reconnaissance automatique comme la nôtre, ne déroge à la possibilité d'un accès partiel⁽¹⁾. Autrement dit, dans le domaine dentaire, l'accès partiel à notre profession, dans son principe, est ouvert. Rappelons que l'accès partiel est la possibilité, pour un membre d'une profession réglementée d'un pays de l'UE, d'exercer un nombre limité d'actes d'une autre profession réglementée, lorsque sa profession n'existe pas dans le pays de service⁽²⁾. Quel va être l'impact de cette décision en France pour notre profession ? C'est ce que nous allons tenter d'éclaircir ici.

L'OPPOSITION DU CONSEIL NATIONAL

Rappelons d'abord que l'accès partiel est une disposition qui a été insérée dans la directive révisée sur la reconnaissance des qualifications professionnelles⁽³⁾. Le Conseil national, sur le principe, s'opposait au saucissonnage de

notre profession. Il soutenait que l'activité de chirurgien-dentiste ne pouvait être soumise à un découpage et qu'elle devait être envisagée comme un tout. Les députés européens soutenaient la même position, ainsi, d'ailleurs, que le Sénat en France⁽⁴⁾.

LES GARDE-FOUS

La CJUE a donc tranché, mais cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de garde-fous. Le premier est d'ailleurs prévu par la directive elle-même. L'accès partiel n'est en effet pas une dérégulation tous azimuts. C'est une mesure de dernier recours soumise à de nombreuses conditions – que nous n'évoquerons pas ici – et prise au cas par cas. Ensuite, il appartient à chaque pays d'étudier les demandes d'accès partiel et de délivrer ou non les autorisations. En France, une commission d'autorisation d'exercice est mise en place pour chaque profession et relève du ministère de la Santé⁽⁵⁾. Elle a la charge d'accorder ou de refuser une demande d'accès partiel, enregistrée initialement au niveau des agences régionales de santé (lire l'encadré : « *En France, une commission ad hoc* »).

UNE VIABILITÉ ÉCONOMIQUE À DÉMONTRER

En pratique, l'exercice d'un accès partiel à une profession réglemen-



tée fera-t-il la démonstration de sa viabilité économique ? Nous n'en sommes pas là. À ce jour, les exemples d'accès partiels sont rares. Notons celui, assez éloigné cependant de la nature et de la structure de notre profession, d'un « masseur-balnéo-thérapeute » qui, en 2013, s'est vu accorder en Grèce un accès

partiel à la profession de kinésithérapeute, mais pour des soins principalement exercés en centres de spa et stations thermales⁽⁶⁾.

LE CAS DE MALTE

Il est important ici de revenir sur l'arrêt de la CJUE, en 2017, à propos d'un « prothésiste den-

taire clinique » diplômé en Grande-Bretagne, qui voulait exercer son métier sur l'île de Malte. Il souhaitait accéder directement à la bouche du patient pour placer, réparer ou remplacer des prothèses, comme son métier l'y autorise en Grande-Bretagne. Or, non seulement son métier n'existait ➡

EN FRANCE, UNE COMMISSION AD HOC

Toute demande d'accès partiel est soumise à l'autorisation d'une commission, profession de santé par profession de santé, réunie sous l'autorité du ministère de la Santé. Si l'on s'en tient à la lettre des articles du Code de la santé publique encadrant leurs prérogatives, ces commissions ne sont a priori pas de simples chambres d'enregistrement. L'Ordre est normalement consulté sur chaque dossier. L'avis de la commission – comme celui de l'Ordre – doit être solidement étayé. Selon l'article R-4002-2 du Code de la santé publique (CSP), l'avis « expose la portée et les conséquences attendues de la demande d'accès partiel sur l'offre de soins des activités concernées par cette demande ». En outre, l'avis doit être motivé « notamment par l'analyse des conséquences d'une éventuelle autorisation sur la qualité et la sécurité des soins, l'information des professionnels de santé et des usagers du système de santé ainsi que la sécurité d'exercice des professionnels appelés à exercer sous le régime de l'accès partiel ». De plus, l'avis est concret. Il doit se prononcer, entre autres, sur « la description de l'intégration effective de ces actes dans les processus de soins et leur incidence éventuelle sur la continuité de la prise en charge ». Enfin, la motivation est décisive puisque « l'accès partiel peut en outre être refusé si ce refus est justifié par des raisons impérieuses d'intérêt général », touchant par exemple à la sécurité du patient.

➔ pas à Malte mais de plus, comme en France avec les assistantes dentaires, l'accès à la bouche du patient se fait toujours sous supervision du chirurgien-dentiste. Selon la CJUE, compte tenu des risques pour la santé bucco-dentaire, le travail sous supervision du chirurgien-dentiste est légitime. L'État maltais n'a pas à modifier son organisation des soins pour reconnaître une profession qui n'existe pas sur son territoire. Mais la CJUE ajoute autre chose. Ce « prothésiste dentaire clinique » n'a pas besoin d'accéder partiellement à la profession de chirurgien-dentiste car, en effet, il peut exercer celui, très proche de sa formation initiale, de prothésiste dentaire. On peut en tirer une conclusion : plus une profession intermédiaire existe (ici, celle de prothésiste), moins l'accès partiel à la profession dentaire est nécessaire.

LES PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

L'accès partiel – on le voit avec l'exemple maltais, on le voit avec la commission d'autorisation d'exercice en France –, interroge certes l'organisation nationale des soins, mais chaque État est libre d'organiser une profession intermédiaire de santé comme il l'entend. C'est très précisément le cas, par exemple, des hygiénistes dentaires. Aucun métier de santé intermédiaire n'est plus disparate en Europe que celui d'hygiéniste dentaire. Il faut quatre ans de formation au Danemark, deux ans à Malte. Au Royaume-Uni, ce professionnel peut réaliser certains actes sans supervision quand, en Allemagne, il travaille nécessairement avec le praticien et dans le même cabinet.

ÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE ET PARTAGE DES TÂCHES

L'évolution scientifique et technologique, qui facilite le partage des tâches, est un critère à ne pas sous-estimer pour l'avenir, à moyen et long terme, de l'accès partiel. Le juge européen a déjà validé la demande de



CHRISTIAN WINKELMANN,

président
de la commission Europe



L'arrêt de la CJUE vient après un long processus judiciaire dans lequel l'Ordre n'était d'ailleurs pas seul. Quelle lecture en faites-vous et que reprenez-vous de cet arrêt ?

C'est la conclusion d'une bataille engagée par nous très tôt. Dès 2012 ont commencé les premières discussions pour exclure les professions de santé, notamment celles de l'art dentaire, hors du champ d'application de l'accès partiel. Elles se sont poursuivies en 2016 avec la transposition du texte où là encore, des pays défendaient une vue différente de celle de la Commission européenne sur ce sujet. De fin 2011 avec les débats du législateur à début 2021 avec l'interprétation de la Cour, on voit bien que c'est un mécanisme qui ne va pas de soi. Il demande de la finesse. On parle en effet ici de qualité et de sécurité des soins. La bonne nouvelle est qu'il est désormais clarifié.

Peut-on s'attendre à un raz-de-marée de demandes d'accès partiel dans notre profession ? Et, si oui, à une multiplication des recours judiciaires ? Incontestablement, dans l'organisation juridique des soins

en France, ce mécanisme crée un appel d'air, et pas seulement pour notre profession. Mais de là à imaginer qu'une cohorte nombreuse de « mini-dentistes » va déferler en France, cela n'est pas sérieux. L'accès partiel est un mécanisme de dernier recours. L'affaire maltaise, évoquée dans l'article ci-joint à propos d'un « prothésiste dentaire clinique », l'illustre assez bien.

La profession doit-elle s'inquiéter de ce « saucissonnage » de son métier médical ?

Il serait irresponsable de ne pas préparer les conséquences de cette décision de justice européenne. Pour ma part, j'espère que cela déblocuera en France les discussions autour de l'assistante dentaire dite de niveau deux. Ce serait à mon sens le meilleur moyen de prévenir toute inquiétude. Ce serait aussi, je pense, la meilleure des réponses pour la structuration de l'offre des soins bucco-dentaires.



ne plus réserver l'optométrie à la profession des ophtalmologues, puisque l'évolution des dispositifs médicaux permet à la profession non médicale des opticiens de réaliser cet acte sans risque pour le patient. L'évolution scientifique et technologique a été depuis reprise par le législateur européen pour juger de la pertinence de la réglementation d'une profession⁽⁷⁾. Une demande d'accès partiel peut la reprendre à son compte. ●

(1) Affaire C-940/19.

(2) Plus précisément, l'accès partiel est une disposition de la directive révisée 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles qui permet à un professionnel réglementé d'un pays d'entreprendre un éventail limité d'activités d'une autre profession réglementée, lorsque sa profession n'existe pas dans le pays de service.

(3) Directive 2005/36/CE.

(4) Rapport du sénat n° 450 du 21 février 2012.

(5) Les articles R.4002-2 à R.4002-6 du CSP organisent l'accès partiel en France.

(6) Affaire 575/11 de la CJUE.

(7) Voir la directive 2018/958 du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions et son article 7.

Malte. L'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) de 2017 à propos d'un « prothésiste dentaire clinique » diplômé en Angleterre qui voulait, pour exercer son métier à Malte, accéder directement à la bouche du patient, reste en vigueur : c'est non.

LA FIN DE L'HARMONISATION DES PROFESSIONS

L'Union européenne ne cherche plus à harmoniser les 800 professions réglementées qui existent aujourd'hui dans ses États membres. L'harmonisation des professions réglementées appartient à une autre ère, celle du siècle passé. Dans le domaine de la santé, cette harmonisation a été appliquée pour l'art dentaire, la médecine, la profession de sage-femme, les soins infirmiers, la médecine vétérinaire.

Mais l'Union européenne considère désormais que la circulation des professionnels et des services de soins peut être facilitée par d'autres moyens. « L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux », dit le traité. Pour l'Union européenne, l'accès partiel est donc un véhicule destiné à passer outre la réglementation nationale. La décision de la CJUE du 25 février ne l'entrave d'aucune exception. Mais lui maintient toutes ses conditions.



Chirurgiens-dentistes au 15, essai transformé à Rennes

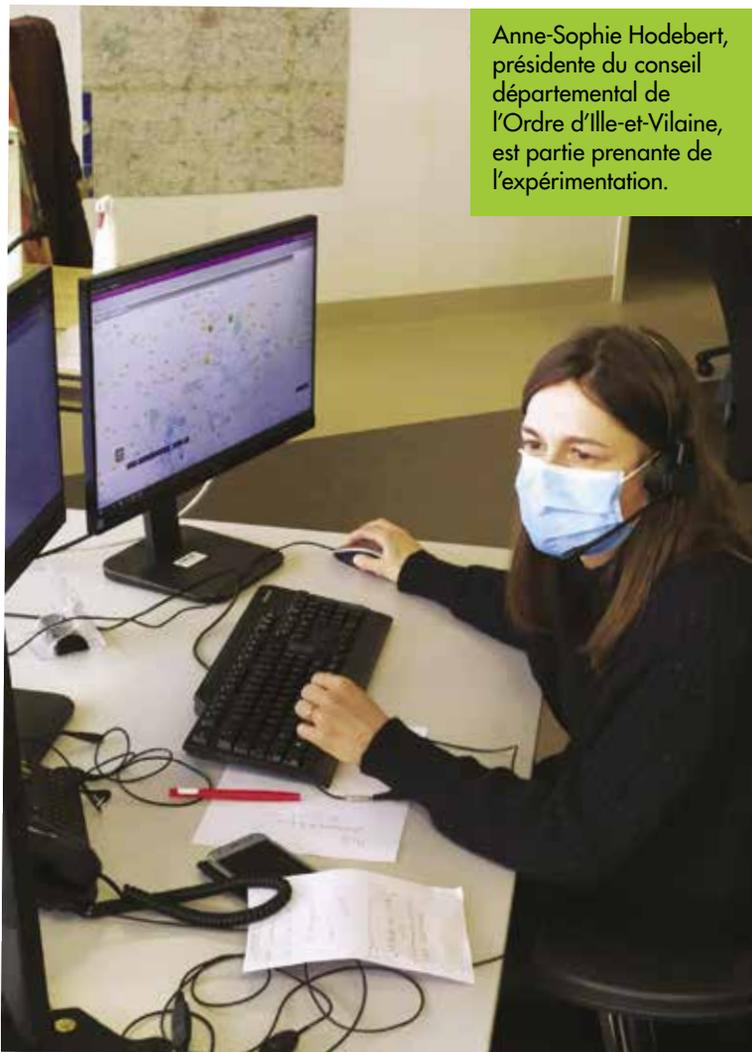


Une quinzaine d'assistants de régulation médicale (ARM) prennent en charge les appels, qu'ils peuvent transférer au chirurgien-dentiste régulateur, dorénavant en poste au Samu-Centre 15 de Rennes les dimanches et jours fériés. L'écran en hauteur renseigne en temps réel les ARM sur les statistiques d'activité du jour : nombre d'appels, nombre de dossiers en attente, etc.

Le Samu-Centre 15 de Rennes accueille depuis mai 2020 des chirurgiens-dentistes le dimanche. Les premiers retours d'expérience sont concluants, tant pour le Samu et les praticiens de garde... que pour les patients. Dimanche 31 janvier, 13h45. Anne-Sophie Hodebert, présidente du conseil départemental de l'Ordre d'Ille-et-Vilaine, est rivée à son poste du Centre 15, au CHU de Rennes. La pause déjeuner attendra, elle a

encore huit patients à rappeler. Ils ont contacté le 15 dans la matinée. Un des assistants de régulation médicale (ARM) de service a pris leurs coordonnées, ce qui leur évite une longue attente en ligne.

Depuis 8 heures, le centre a ouvert 715 dossiers. « Une journée ordinaire », commente le docteur Louis Soulat, chef de service Samu-Smur. En période critique, la quinzaine d'ARM peut être amenée à traiter plus de 1300 dossiers. Ce jour-là, 57 sont ➡



Anne-Sophie Hodebert, présidente du conseil départemental de l'Ordre d'Ille-et-Vilaine, est partie prenante de l'expérimentation.

dirigés vers Anne-Sophie Hodebert. Successivement, elle prend au téléphone trois patients. Le premier a 10 ans, il a chuté. Il saigne, une incisive centrale supérieure semble avoir été choquée, explique sa mère. Pas d'affolement, répond Anne-Sophie Hodebert après avoir questionné l'enfant et sa maman. « *Demain, vous ferez le point avec votre praticien. Il faut que votre fils soit vu, mais il n'y a pas d'urgence impérieuse* ».

Deuxième cas, une jeune fille dont la gencive est gonflée depuis trois jours. Dent de sagesse ? Oui, répond la patiente. Elle a rendez-vous le 9 mars. Anne-Sophie Hodebert lui prescrit des antibiotiques. « *Je vais envoyer l'ordonnance directement à la pharmacie de garde la plus proche de chez vous* ». En théorie, l'outil informatique devrait indiquer cette pharmacie automatiquement. « *Petit bug, remarque Anne-*

Sophie Hodebert. On doit chercher sur le Web ».

Malgré ce contretemps, les deux premiers dossiers ont été réglés en quelques minutes. Le troisième est plus complexe. La patiente a une molaire en cours de dévitalisation. Elle a un rendez-vous le jeudi suivant, mais compte tenu de la douleur, elle doit voir un praticien en urgence. Sans avoir besoin d'appeler son confrère de garde, Anne-Sophie Hodebert organise le rendez-vous pour l'après-midi même, sur un agenda en ligne, dans lequel elle renseigne également les informations médicales importantes sur la fiche mission : patiente sous Spifen, Tramadol et Lévothyrox. « *Madame ? Voilà l'adresse. Non, inutile de l'appeler. Vous y allez directement. Bon courage !* ».

14 h 45, le flot des appels se tarit provisoirement. Pause.

Cette expérimentation rennaise est une conséquence directe du premier confinement. En mars 2020, pour désengorger le 15, les demandes de prise en charge ont été orientées sur un mail dédié et sur la ligne du conseil de l'Ordre. Une vingtaine de régulateurs volontaires se relayaient 7 jours sur 7 de 8 heures à 18 heures pour répondre aux appels et aux courriels. Un planning partagé a été mis en place, permettant au praticien de recevoir une fiche administrative et clinique avant l'arrivée du patient. Chacun était orienté vers un cabinet de garde dans un délai de 12 heures à 24 heures. La diffusion de la liste des gardes sur le Web a été stoppée, pour éviter les déplacements aléatoires.



Louis Soulat, chef de service Samu-Smur-Urgences du CHU de Rennes et vice-président Samu-Urgences de France.

Une fois le pic de Covid passé, l'heure du bilan est venue: le système fonctionnait mieux que les gardes classiques. Le département de l'Ille-et-Vilaine est divisé en cinq secteurs, avec chacun un chirurgien-dentiste le week-end. Jusqu'au printemps dernier, les patients obtenaient leurs coordonnées sur Internet ou en appelant le 15. Le praticien de garde, à Rennes, était submergé de demandes alors que ses collègues gardaient des disponibilités. Les praticiens étant rarement assistés pendant leur garde, les patients ne parvenaient pas à les joindre et rappelaient le 15. Ils finissaient par se présenter sans rendez-vous, pas toujours pour de vraies urgences, manifestant parfois de l'agressivité car à bout de patience.

L'organisation mise en place pour cause de Covid est plus fluide. Les chirurgiens-dentistes de garde n'ont plus à gérer les appels téléphoniques. Ils peuvent préparer leur plateau technique en amont, grâce aux fiches missions. Les motifs de consultation sont plus pertinents. Les patients apprécient la simplicité de la prise en charge. Un seul appel de leur part est dorénavant suffisant. «L'ADOPS et le Samu étaient également ravis, il nous a semblé évident de poursuivre au-delà du confinement», résume Anne-

Sophie Hodebert. L'ARS Bretagne a validé une expérimentation jusqu'à fin 2020 avec les quatre départements bretons. Elle va se poursuivre en 2021, mais Anne-Sophie Hodebert n'imagine pas de retour en arrière. «L'intégration de chirurgiens-dentistes au 15 va dans le sens du futur service d'accès aux soins», renchérit Louis Soulat. Lorsqu'il était député de l'Isère, le ministre de la Santé, Olivier Véran, s'y était déclaré favorable. La généralisation à tout le territoire n'est probablement qu'une question de temps. ●

LE MOT DE LYDIE APIOU-BOULÉ,

PRÉSIDENTE DU CONSEIL RÉGIONAL DE BRETAGNE

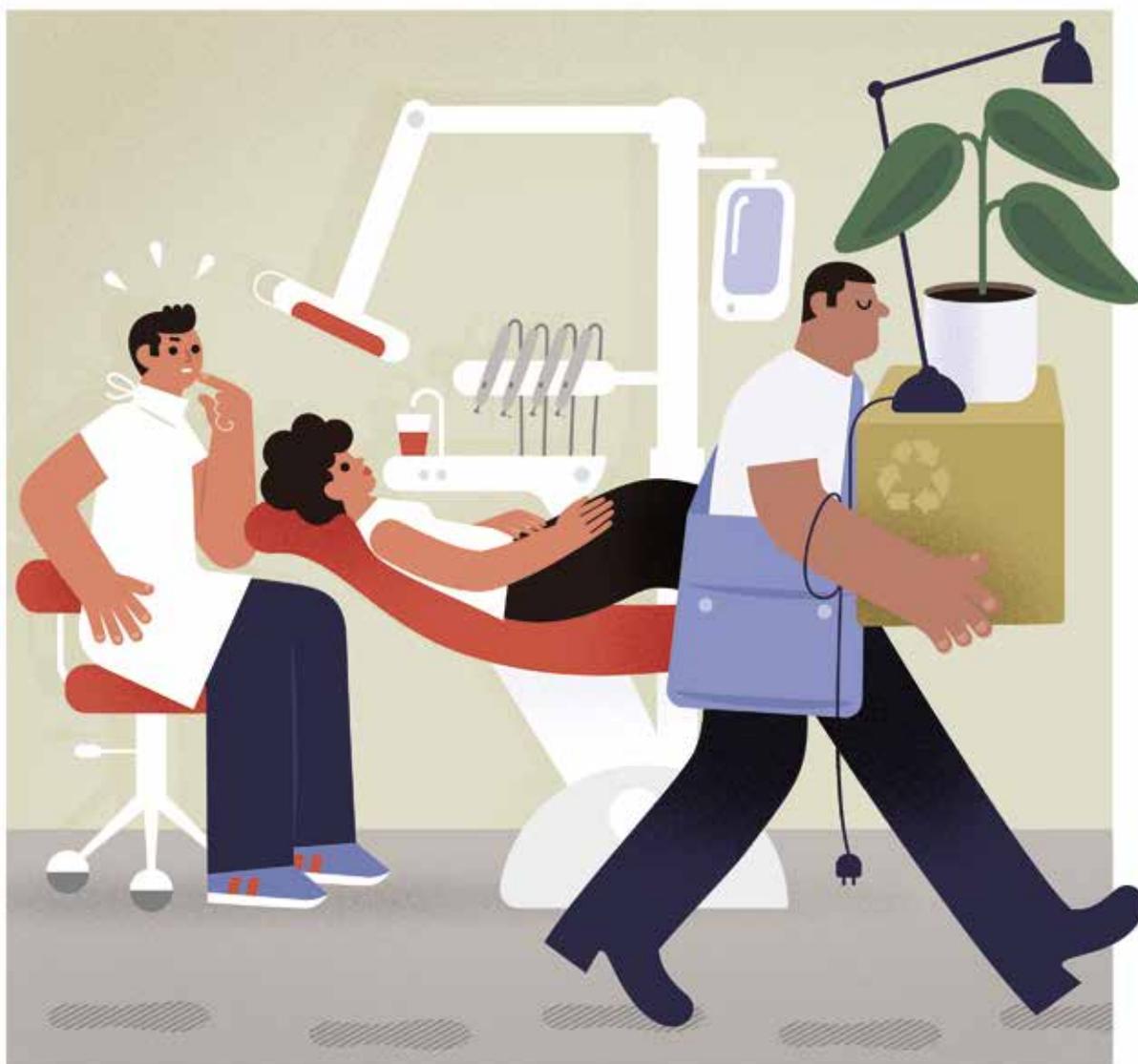


L'expérimentation dans les quatre départements bretons a débuté en mai 2020. Elle a été reconduite deux fois par l'Agence régionale de santé (ARS), qui finance le dispositif. Une première fois en décembre, pour deux mois, puis une deuxième fois en février, pour six mois. C'est la démonstration que le dispositif, piloté

par chaque conseil départemental de l'Ordre, répond à un vrai besoin de santé publique. Du reste, et au-delà du service rendu aux patients, les médecins régulateurs du Samu-Centre 15 mesurent eux aussi l'apport que représente, dans leur service, la présence d'un chirurgien-dentiste régulateur. Ce sont en moyenne entre 50 et 100 appels de patients par dimanche qui sont traités par chaque régulateur chirurgien-dentiste dans les Centres 15 départementaux. Lors du premier confinement de mars 2020 avec la mise en place, par les ordres locaux, de la régulation dentaire, nous avons tous éprouvé l'efficacité d'un tel dispositif. Je suis convaincue que l'ARS en a aussi, via cette expérimentation, pris la mesure. Reste maintenant à pérenniser le dispositif. C'est tout l'enjeu désormais. Un retour en arrière ne nous paraît pas imaginable.

Bail professionnel : un « pacte de préférence » à géométrie variable ?

RÉSUMÉ. Il est des décisions de justice qui offrent l'occasion d'évoquer quelques règles du droit des contrats applicables à un chirurgien-dentiste. Premièrement, un bail professionnel dont l'échéance a expiré mais qui s'est poursuivi est non seulement tacitement reconduit, mais toutes ses clauses (à défaut de précisions contraires dans le contrat) le sont également. Deuxièmement, était soulevée la qualification juridique de « pacte de préférence ». Une clause du bail prévoyait que le propriétaire s'engageait à louer à un praticien « *une autre pièce* » (en plus du local professionnel) si le preneur déjà en place la libérait, ce qui fut le cas. Le propriétaire manifesta sa volonté de louer, puis y renonça ; la pièce ne fut donc pas louée... Les juges condamnent le propriétaire à verser des dommages-intérêts au praticien lui reprochant « *un manquement à ses obligations résultant du pacte de préférence* ». Cette conclusion laisse perplexe.



LE CONTEXTE

Un contentieux sur le bail professionnel⁽¹⁾ offre l'occasion de livrer une « petite leçon » de droit des contrats. Un local professionnel a été donné à bail à un chirurgien-dentiste pour une durée de 9 ans à compter du 1^{er} avril 2003. Le contrat prévoyait un terme extinctif, c'est-à-dire une échéance qui met fin au bail, fixé au 31 mars 2012. Une pièce, pour l'écrire de manière imagée, située au fond du local a été affec-

tée à un usage professionnel à un autre praticien, et ce antérieurement à la conclusion du bail. Particularité de la situation : pour accéder à la pièce, il est nécessaire de passer par l'intérieur du local professionnel. C'est certainement la raison pour laquelle le bail stipule à l'article 8 : le « *bailleur* [le propriétaire du local] *s'engage à louer en priorité au docteur X* [le chirurgien-dentiste] *ladite pièce, occupée actuellement par Monsieur Y dans le cas éventuel où il* [Mon-



sieur Y] *le libérerait* ». Monsieur Y est décédé en 2014, le praticien sollicite alors la mise en œuvre de l'article 8. Le bailleur manifesta l'intention de louer cette pièce, puis se ravisa 10 jours plus tard (le 16 février 2015) souhaitant « *recupérer ladite pièce pour ses propres besoins* » ; sachant qu'il ne pourra pas facilement y accéder dès lors qu'elle est située au fond du local professionnel⁽²⁾.

Une action en justice est intentée. Au-delà des faits ainsi résumés, la « petite leçon » de droit des contrats porte sur deux points. Tout d'abord, chacun aura remarqué que le chirurgien-dentiste occupait le local professionnel après l'expiration du bail, celui-ci devant prendre fin au 31 mars 2012. Partant, aurait-il été reconduit ? Dans l'affirmative, la reconduction emporte-t-elle avec elle l'article 8 du contrat qui traitait du sort de la pièce litigieuse ? Ensuite, que signifie cet article ? À quelle notion juridique fait-il appel ? De là, quelles conséquences en tirer ?

ANALYSE

S'agissant de la première question, il est nécessaire de qualifier juridiquement le bail. Il s'agit d'un bail professionnel régi par les articles 57 A et B de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986. Ces deux textes forment ce que l'on dénomme un « mini-statut » tant ils renferment peu de dispositions ; ils définissent la durée du bail, les modalités du congé et la nécessité d'un état des lieux.

Ce corpus est regardé par la Cour de cassation comme étant d'ordre public,

aucune clause contraire ne pouvant être stipulée⁽³⁾ ; toutefois, la liberté contractuelle n'est pas exclue, bien au contraire, ce qui ouvre aux parties la faculté de prévoir des avantages en faveur du preneur (le chirurgien-dentiste) notamment celui de stipuler une durée de bail plus longue (par exemple 9 ans, l'article 57 A précisant que la durée est « *au moins égale à 6 ans* ») voire d'ajouter une clause tel l'article 8. Pour en revenir à la poursuite du bail après son expiration, l'article 57 A dispose qu'à l'échéance, si aucun congé n'a été délivré, le bail est reconduit tacitement pour la même durée. À juste titre, les juges concluent à la reconduction du bail !

Une remarque complémentaire : un chirurgien-dentiste et son bailleur peuvent opter pour le statut des baux commerciaux, la Cour de cassation a statué en ce sens, et la loi du 4 août 2008 a consacré cette option à l'article L. 145-2, 7° du Code de commerce⁽⁴⁾ ; ce n'était pas le cas en l'espèce. Précisons qu'il est exigé des parties qu'elles manifestent de façon univoque – par une clause expresse – leur volonté de se placer sous le régime des baux commerciaux⁽⁵⁾. Le bail étant reconduit, l'article 8 l'était-il également ? Le bailleur soutenait que non ! De manière convaincante, les juges observent les clauses du bail et recherchent l'intention des parties. Rien ne permet de croire que la reconduction tacite du bail excluait l'article 8, d'où cette stipulation n'avait pas disparu.

S'agissant de la deuxième question – à quelle notion juridique est rattachable l'article 8 ? –, deux notions ont été soulevées : d'une part, la promesse unilatérale de bail (de la seule pièce) et, d'autre part, le pacte de préférence. C'est cette dernière qualification qui a été retenue (admise, en définitive, par le bailleur et le chirurgien-dentiste) bien qu'elle ne nous convainque pas. Aux termes de l'article 1123, al. 1^{er}, du Code civil, ce pacte est un « *contrat par lequel une partie s'engage à proposer prioritairement à son bénéficiaire de traiter avec lui pour le cas où elle déciderait de contracter* ». Cela signi-



fié que l'article 8 est compris de la manière suivante : si le bailleur décide de louer ladite pièce – c'est la référence à l'expression « *au cas où elle* [ici, le propriétaire] *déciderait de contracter* » –, il s'engage à proposer en tout premier lieu la location au chirurgien-dentiste, d'où l'idée de priorité. Les juges constatent la volonté du bailleur de louer, la preuve étant rapportée par des échanges de SMS. Notons que le pacte de préférence ne fixait pas le prix de la location de la pièce, ce qui n'est juridiquement pas exigé ⁽⁶⁾, mais possible ⁽⁷⁾. Concrètement, le propriétaire ne proposa aucun prix ; le praticien en suggéra un, qui fut refusé... Le propriétaire *in fine* décida de ne plus louer.

Promesse unilatérale versus pacte de préférence

À ce stade de l'analyse, il est essentiel d'évoquer la différence entre la promesse unilatérale (du propriétaire) de louer, et le pacte de préférence : par le premier acte juridique, le promettant s'engage à louer son bien (le bail se forme alors si le bénéficiaire de la promesse y consent) ; par le second, il est libre de ne pas louer ! **Logiquement, les juges auraient dû ne pas donner satisfaction au chirurgien-dentiste, dévoilant ainsi l'idée défendue par certains d'une protection « assez illusoire » du bénéficiaire du pacte de préférence, ce à quoi d'autres répondent que c'est la liberté du promettant** (louer ou ne pas louer). Le pacte

offre simplement une primauté à une personne, comme l'exprime l'article 1123 du Code du civil « *pour le cas où elle déciderait de contracter* ».

Et pourtant, la cour d'appel condamne le propriétaire à verser des dommages-intérêts évalués à 20 000 € au praticien, motif pris du « *manquement du propriétaire à ses obligations résultant du pacte de préférence* ». La solution apparaît dès lors critiquable. Elle ne pourrait pas être justifiée par référence à un arrêt de la Cour de cassation qui reproche à un propriétaire de s'être « *mis volontairement dans l'impossibilité d'exécuter le pacte de préférence* » ⁽⁸⁾ ; le propriétaire, dans ce cas, avait bel et bien conclu un contrat, alors qu'en l'espèce, le propriétaire entendait conserver ladite pièce. Cette « petite leçon » de droit des contrats laisse sur ce dernier point un goût amer sur le plan juridique. À moins de considérer que la particularité des faits – une pièce au fond d'un local professionnel inutilisable sans passer par l'intérieur du local – ait pu pousser les juges à tordre le régime du pacte de préférence... ●

David Jacotot

(1) Cour d'appel, Paris, 16 février 2021, RG: 18/15705.

(2) Précision factuelle: le propriétaire aurait été dans cette pièce en entrant dans le local professionnel sans prévenir le chirurgien-dentiste, lequel aurait alors changé les serrures du local pour empêcher les visites imprévisibles du propriétaire.

(3) Cass. civ., 7 nov. 2001, n° 99-20976.

(4) « 7° Par dérogation à l'article 57 A de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 [...] aux baux d'un local affecté à un usage exclusivement professionnel si les parties ont conventionnellement adopté ce régime. »

(5) Cass. civ., 3^e, 20 oct. 2016, n° 15-20285.

(6) Cass. civ., 3^e, 15 janvier 2003, Revue de droit des contrats, 2003, p. 45, obs. D. Mazeaud.

(7) Cass. civ., 3^e, 23 septembre 2009, n° 08-18187; cass. com., 6 novembre 2012, n° 1124730.

(8) Cass. civ., 3^e, 1^{er} avril 1992, Revue Trim. Droit civil, 1993, p. 346, obs. J. Mestre.



JURIDIQUE : **RESPONSABILITÉ CIVILE**

Responsabilité du praticien : une condamnation qui ne convainc pas

RÉSUMÉ. L'arrêt rendu en date du 18 février 2021 illustre un différend relatif à la responsabilité civile d'un chirurgien-dentiste engagée en raison d'une prothèse ne donnant pas satisfaction. L'arrêt ne convainc pas totalement : il laisse entendre que la condamnation du praticien résulte d'un défaut de la prothèse, sans que les juges évoquent clairement la faute. Il n'est pas inutile de rappeler que le fondement légal de la responsabilité est la faute. Celle-ci aurait pu être considérée comme établie à en croire l'expert judiciaire.

LE CONTEXTE

La responsabilité civile du chirurgien-dentiste et de son assureur est au cœur d'un arrêt récent ⁽¹⁾. Les faits, exposés par les juges dans leur décision, sont les suivants. Après remplacement d'une prothèse en 2013, le patient s'est plaint de « *plusieurs fêlures ou cassures de cette prothèse, la première 28 jours après la pose, et sept autres durant deux ans, toujours au même endroit, malgré des réparations* [est-il écrit] ». Il a saisi en 2015 le conseil départemental de l'Ordre, indiquant dans sa lettre que son objectif était « *d'obtenir le remplacement de sa*

prothèse ayant une durée de vie de plusieurs années ».

Ce dernier a organisé une conciliation – sans que l'on en connaisse le fondement juridique : l'article R4127-233 du Code de la santé publique ⁽²⁾ ou l'article L. 4123-2 de ce même code – au terme de laquelle le chirurgien-dentiste s'est engagé à se rapprocher de son assureur, ce qu'il fit concrètement. Ce dernier proposa au patient une indemnisation de 500 € au titre des souffrances endurées. Refus puis action en justice, telle est la suite donnée à ce différend. Les questions sont les suivantes : le praticien



a-t-il commis une faute? dans l'affirmative, quel(s) préjudice(s) ont été causé(s) par la faute?

L'ANALYSE

S'agissant de la preuve de la faute, comme souvent, le rôle de l'expert judiciaire est important. Il est d'avis que: « Seule peut être reprochée au docteur D. une mauvaise appréciation de l'épaisseur de la prothèse, laquelle a présenté une fragilité qui peut aussi être rapportée à un hypothétique manquement du prothésiste, non décelable par le chirurgien-

dentiste, par défaut de sablage de l'intrados de la dent prothétique qui aurait affaibli la liaison chimique entre celle-ci et la résine de l'appareil. La relative fragilité de la prothèse aurait dû conduire le praticien à la faire modifier, par exemple en la renforçant par des grilles ou à la remplacer par un appareil avec une plaque métallique ou des renforts. Il est acquis que le patient présente un phénomène inconscient de bruxisme qui participe à la réalisation du dommage et doit être anticipé par le praticien. Il n'y a pas eu d'aggravation de la santé dentaire du patient en lien direct et certain avec les



soins prodigués par le docteur D. »
Et de conclure que le chirurgien-dentiste « a prodigué des soins attentifs, consciencieux mais non conformes aux données acquises de la science ». Le praticien et son assureur contestent principalement l'avis concernant l'épaisseur insuffisante de la prothèse. L'expert rétorque : « L'épaisseur du matériau était insuffisante non pas en tant que telle, mais au regard de la situation clinique ». Qu'en pensent les juges ? Selon eux, « quelle qu'en soit la cause, l'appareil prothétique présentait une fragilité certaine manifestée par des fractures et fêlures. À

supposer que l'épaisseur de la résine n'en soit pas la cause mais que celle-ci se trouve dans un manquement du prothésiste – envisagé par l'expert mais non démontré – la responsabilité contractuelle du docteur D. est néanmoins engagée, la prothèse étant posée dans le cadre du contrat passé entre le praticien et son patient, sans lien contractuel entre le patient et le prothésiste. ».

Si l'on comprend bien, un défaut de la prothèse est jugé établi lequel est imputé au contractant du patient, soit le chirurgien-dentiste ; celui-ci l'assume, et le cas échéant, il lui appartient d'en-

EN BREF

RGPD : LA CNIL SANCTIONNE SÈVÈREMENT UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

L'article 32 du RGPD (règlement général des données personnelles) est la source d'une obligation, celle de « mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté au risque ». C'est sur ce fondement que la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) a décidé d'infliger à un professionnel de santé une « amende administrative d'un montant de 6 000 € » et de rendre publique sa décision sur le site Légifrance (le nom du professionnel n'étant toutefois pas diffusé ; Délib. SAN-2020-015, 7 déc. 2020). Quelles étaient, sommairement, les circonstances ? Tout débute par une enquête d'une société de sécurité informatique, relayée par

un site Web, qui a signalé l'accès libre à des serveurs informatiques d'imagerie médicale permettant la consultation et le téléchargement d'images médicales (IRM, radios, scanners, etc.) suivies notamment des nom, prénoms, date de naissance et date de consultation des patients. La CNIL a opéré un contrôle qui a confirmé, d'une part, le caractère librement accessible de ces données, exploitables par l'intermédiaire d'un simple logiciel de consultation d'images médicales et, d'autre part, qu'il s'agissait bien de l'adresse IP du serveur du professionnel de santé. L'on ne développera pas l'argumentaire de ce praticien qui invoquait notamment ne pas être à l'origine de la violation des données car le paramétrage de la box

Internet avait été réalisé par un prestataire externe au cabinet, sachant qu'a été constatée « l'ouverture des ports réseaux de la box [...] couplée au paramétrage de la fonction serveur du logiciel d'imagerie ». Il est souligné l'existence d'un guide : *La sécurité des données personnelles*, qui offre un éclairage utile pour garantir la sécurité. Il est recommandé également de prévoir un chiffrement des postes nomades et supports de stockage mobiles (disque dur externe, etc.). Il est relevé enfin que la « nature médicale des informations appelait une vigilance toute particulière afin d'éviter une violation de données », l'identité des patients étant identifiable de surcroît. La méconnaissance de l'obligation a été jugée caractérisée.



gager la responsabilité de son prothésiste... Si tel est le sens de cette expression, elle nous paraît en contradiction avec la jurisprudence de la Cour de cassation fondée sur le droit de l'Union européenne : « *la responsabilité des prestataires de services de soins, qui ne peuvent être assimilés à des distributeurs de produits ou dispositifs médicaux et dont les prestations visent essentiellement à faire bénéficier les patients des traitements et techniques les plus appropriés à l'amélioration de leur état, ne relève pas, hormis le cas où ils en sont eux-mêmes les producteurs, du champ d'application de la directive et ne peut dès lors être recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical, pourvu que soit préservée leur faculté et/ou celle de la victime de mettre en cause la responsabilité du producteur sur le fondement de ladite directive lorsque se trouvent remplies les conditions prévues par celle-ci.* »

Ce faisant, **la haute juridiction ne retient pas (ou plus) l'existence « d'une obligation de sécurité de résultat quant aux choses qu'un professionnel de santé utilise dans la pratique de son art »**⁽³⁾. Le défaut ne suffit pas à engager la responsabilité du chirurgien-dentiste, une faute doit être prouvée.

S'agissant, ensuite, du lien de causalité entre le manquement (reconnu comme tel par la cour d'appel) et le préjudice, les juges l'admettent : la fragilité de la prothèse est la cause des interventions successives du praticien. Une nouvelle fois, le raisonnement contient un biais : la causalité doit être appréhendée au regard de la faute, et non du défaut de la prothèse. Il eut été alors juridiquement plus exact de partir « *des soins non conformes* » évoqués par l'expert, à les supposer effectivement établis...

S'agissant, enfin, des préjudices réparables, les juges condamnent le praticien et son assureur à verser la somme de 179,80 € correspondant au coût du reste à charge du nouvel appareillage posé en 2019 par un autre praticien, en sus 33,25 € au titre du reste à charge à la suite du « *recollement de deux dents pratiqué par un autre chirurgien-dentiste* ». Ils ajoutent 500 € en raison du préjudice esthétique subi, ainsi que 2 000 € pour les « *souffrances psychiques générées par les problèmes induits par la fragilité de la prothèse (l'inquiétude pendant plusieurs années quant aux risques de défaillance de la prothèse après le traumatisme de l'incident de Noël 2015, les contraintes inhérentes aux interventions médicales après chaque bris de prothèse)* ». Au total, un peu plus de 2 700 € ! ●

David Jacotot

(1) Cour d'appel, Lyon, 18 février 2021, RG: 18/05485.

(2) « *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : 3° À se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient* ».

(3) Cass. civ. I^{re}, 12 juillet 2012, n° 11-17510, Bull. civ., I, n° 165; cass. civ. I^{re}, 26 février 2020, n° 18-26256, à paraître au Bull.

BENOÎT VARENNE,

responsable du Programme
de santé bucco-dentaire de l'OMS



Le 21 janvier 2021, la 148^e session du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une résolution sur la santé bucco-dentaire. Cette résolution sera soumise pour adoption finale à l'Assemblée mondiale de la santé en mai prochain mais nous savons d'ores et déjà qu'elle orientera les politiques de santé des États membres, dont celle de la France, pour les dix prochaines années. En effet, les résolutions de l'OMS renforcent le propre mandat de l'OMS mais surtout engagent les États membres à agir. Comment en est-on arrivé là ?

Les dernières décennies ont marqué un tournant dans notre compréhension de la santé orale grâce aux progrès réalisés dans la surveillance des maladies et l'analyse des facteurs de risques et des déterminants démographiques, socio-économiques et commerciaux qui leur sont associés – sans évoquer les avancées notoires en matière de traitements conservateurs et ceux à visée préventive.

Cependant, le constat est là et difficile à entendre : plus de 3,5 milliards de personnes souffrent d'affections bucco-dentaires, sans que la situation se soit réellement améliorée depuis près de 30 ans. Aujourd'hui, les caries dentaires non traitées constituent l'affection la plus

courante chez l'homme à l'échelle mondiale. La charge de morbidité des affections bucco-dentaires révèle de plus d'importantes inégalités, dans la mesure où les populations marginalisées et les personnes qui ont le moins de moyens sont touchées de façon disproportionnée.

Dans l'ensemble, la charge mondiale de morbidité liée aux affections bucco-dentaires non traitées, l'absence persistante de couverture en soins bucco-dentaires essentiels pour de vastes segments de la population mondiale, ainsi que les inégalités croissantes, sont des symptômes révélateurs du faible niveau de priorité accordé jusque-là à la santé bucco-dentaire.

Il était donc temps d'agir et de faire face à cette situation. C'est ce qu'ont décidé une poignée de pays menés par le Sri Lanka à partir de décembre 2019. Ils ont été rapidement rejoints par un grand nombre d'États membres dont la France. Un an plus tard, au moment de l'adoption par consensus de la résolution

par le Conseil exécutif de l'OMS, 41 pays ont parrainé le texte et de nombreux autres États ont fait des déclarations de soutien remarquées. La résolution demande aux États membres d'intégrer la santé bucco-dentaire dans leurs politiques nationales de santé, de réorienter l'approche curative traditionnelle, d'investir dans des stratégies préventives et de promotion de la santé bucco-dentaire à l'échelle de la population, et de renforcer les soins bucco-dentaires dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

La résolution historique de l'OMS appelle à un changement de paradigme dans le domaine de la santé orale.

Par ailleurs, la résolution demande au directeur général de l'OMS d'élaborer une stratégie mondiale de lutte contre les maladies bucco-dentaires d'ici 2022 et de traduire cette stratégie en plan d'action mondial d'ici 2023. L'OMS est aussi chargée d'élaborer des documents techniques sur une dentisterie moins invasive, basée sur les preuves et respectueuse de l'environnement afin de soutenir la mise en œuvre de la convention de Minamata sur le mercure dans les pays.

Cette résolution historique appelle à un changement de paradigme dans le domaine de la santé orale. Elle doit devenir un document de plaidoyer pour tous les acteurs de la santé afin de communiquer sur la place et la valeur de la santé bucco-dentaire pour chaque individu sans laisser personne de côté. Son succès va dépendre de la mobilisation de chacun d'entre nous. ●



Mon DPC

Certains praticiens connaissent des difficultés pour ouvrir leur compte « Mon DPC », et l'Ordre s'est rapproché de l'ANDPC. Le Conseil national tiendra compte de ces difficultés. Les praticiens, quel que soit leur mode d'exercice, doivent ouvrir ce compte pour y alimenter les pièces justifiant de leurs actions de DPC et ses autres actions de formations. Afin que le praticien puisse justifier de son engagement dans le dispositif sans démarche contraignante, il est fortement recommandé qu'il autorise l'ANDPC à communiquer à l'Ordre les éléments qu'il aura déposés sur son compte « Mon DPC ».

Forfait Covid

Pour la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), le fait pour un professionnel de santé, dont le chirurgien-dentiste, d'exiger du patient le versement d'un forfait Covid au titre des surcoûts entraînés par l'utilisation de produits désinfectants ou en raison de la perte de temps causée par la ventilation de la salle de consultation est considéré comme un « acte de facturation abusive ».



Burn out : 0 805 23 23 36

Le Conseil national vient de signer un partenariat avec SPS, dont les services d'accompagnement et l'appel sur son numéro vert sont gratuits. Ce nouveau numéro vert renforce l'accompagnement des chirurgiens-dentistes et des étudiants en odontologie, que le Conseil national a mis en place depuis plusieurs années. L'association SPS met à la disposition des praticiens toutes les informations utiles sur son site Internet www.asso-sps.fr.

JE SUIS CHIRURGIEN-DENTISTE J'AI AUSSI BESOIN D'ÊTRE SOUTENU·E

J'APPELLE **LE NUMÉRO VERT SPS 24H/7J**

0 805 23 23 36

Service & appel
gratuits

100 psychologues de la plateforme  **PROS-CONSULTE**

JE TÉLÉCHARGE **L'APPLICATION
MOBILE : ASSO SPS**



JE CONSULTE **LE RÉSEAU NATIONAL
DU RISQUE PSYCHOSOCIAL** ET RETROUVE
TOUTES LES INFORMATIONS SUR :
www.asso-sps.fr

Un dispositif de
association
SPS
Soins aux Professionnels de la Santé

En partenariat avec



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES