

#ONCD

la lettre

ACTU. Loi sécurité : ce qui change pour les soignants

ACTU. En finir avec les avis Google

N° 224/25
SEPT-OCT

Approuvé

DIPLÔMÉS UE

**Vérifier
les compétences**



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

ACTU

4

- 4. Réforme du 3^e cycle : l'Ordre écouté et entendu
- 4. En finir avec les avis Google



- 5. L'interview de Françoise Gaillard-Fourcade – Diplômés UE : la question de l'insuffisance de la formation clinique
- 8. Infographie : Le parcours d'inscription du diplômé UE via les CRAUE
- 9. L'Ordre met en place une vérification des diplômes UE et des compétences
- 10. Diplômés hors UE : Bruxelles à tâtons



- 11. 58 plaintes pour refus de soins en 2024
- 12. Loi sécurité : ce qui change pour les professionnels de santé
- 14. En Occitanie, un directeur d'ARS très imagiatif
- 15. Détournement du logo : l'Ordre hausse le ton
- 16. Code de déontologie : allo Bercy ?
- 16. La disparition de René Garnier

TERRITOIRE

17



Dans le Puy-de-Dôme, une prise en charge du handicap au cœur du territoire

PRATIQUE

20

JURIDICTIONS ORDINALES

- 20. Deux cas de non-respect des règles d'hygiène et d'asepsie

JURIDIQUE

- 22. La CPAM doit prouver l'indu !



- 26. Des CDD pour les centres de santé en zone sous-dotée, vraiment ?

ÉLECTIONS

28

Scrutins régionaux et interrégionaux de l'Ordre : les conseillers élus

TRIBUNE

30

Pr VICTORIN AHOSSI
Vice-doyen odontologie,
Université Bourgogne-Europe (Dijon)

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

Restons connectés   
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

#ONCD La Lettre n° 224 – septembre-octobre 2025
Directeur de la publication : Alain Durand.

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

Direction artistique : Ewa Roux-Biejat – Secrétariat de rédaction : Texto Éditions

Illustrations : Dume – Couv. : Ewa Roux-Biejat

Photos : Alexis Harnichard : pp. 3, 16.

Shutterstock : pp. 1, 2, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 21, 31.

DR : pp. 5, 15, 18, 19, 30, 32.

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° 2744 – 0753 (en ligne).



Réponse de la profession à l'insuffisance de certaines formations



Nous sommes confrontés chaque jour à des doléances et des plaintes de patients nous signalant des actes techniques mal réalisés par certains praticiens.

Force est de constater un manquement important de formation clinique (quand elle n'est pas inexistante) dans bon nombre de facultés au sein de l'Union européenne.

Il n'est pas question d'être une passoire incontrôlable où, au nom de la bien-pensance, on laisserait des patients aux mains de praticiens qui n'ont pas été formés aux règles et aux obligations en vigueur dans notre pays.

En conformité avec les textes européens et français, notre solution est simple. Elle consiste à permettre à ces praticiens souhaitant s'inscrire en France de pouvoir exercer dans le respect des données acquises de la science en suivant, à leurs frais, des formations complémentaires.

Cette mise en place de contrôles des formations permettra de dénombrer les facultés délivrant des formations cliniques insuffisantes, de les répertorier, de les signaler aux instances européennes qui, à leur tour, pourront exiger un quota précis d'actes professionnels à réaliser avant tout exercice professionnel.

Dans les pays de l'Union européenne, nos homologues ordinaires font le même constat de facultés privées ne formant pas les étudiants aux actes que nous devons accomplir dans nos cabinets. Informer les jeunes qui voudraient s'inscrire dans ces structures, où la rentabilité prime sur l'enseignement d'une médecine bucco-dentaire digne de ce nom, est aussi un enjeu.

**Votre dévoué,
Alain Durand, président du Conseil national**

DERNIÈRE MINUTE

Réforme du 3^e cycle : l'Ordre écouté et entendu

Création d'un DES d'odontologie générale, mise en place d'une année probatoire pour tous les diplômés, y compris ceux de l'Union européenne, renforcement du stage actif, création d'un statut de maître de stage universitaire : un rapport, rendu public fin août, sur la réforme du 3^e cycle des études en odontologie reprend la totalité ou presque des propositions formulées par le

Conseil national. Cosigné par l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) et par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), ce rapport a été commandité par les ministres de l'Enseignement supérieur, du Travail, de la Santé. Nous reviendrons plus en détail, dans le prochain numéro de *La Lettre*, sur le constat et les propositions formulées par les auteurs. ●

En finir avec les avis Google

D'une fiabilité douteuse, parfois diffamatoires et violents, les avis Google nuisent souvent davantage qu'ils ne bénéficient au choix éclairé d'un praticien par les patients. Ils peuvent aussi, bien sûr, stigmatiser individuellement tel ou tel praticien sans qu'aucune possibilité de droit de réponse n'existe et sans que Google n'accepte de les retirer. Le Conseil national plaide pour leur suppression pure et simple. Il vient de solliciter

le ministère de la Santé pour qu'il intercède en ce sens auprès du géant d'internet. La démarche n'est pas sans précédent puisque, depuis la fin du mois d'avril, à la demande du ministère de l'Éducation nationale, Google procède à la suppression systématique de tout avis publié sur les fiches Google des établissements d'enseignement général. L'objectif de cette mesure : « protéger l'institution et les personnels [contre des] avis qui pouvaient servir de tribune [...] sans possibilité de contradictoire ou de réponse ».

Il en va de même pour les professionnels de santé qui, contraints par le secret médical, ne peuvent apporter leur point de vue. Rappelons aussi que le contenu de ces publications, tout comme l'identité de leurs auteurs, restent invérifiables. Lors de sa session de juin 2025, le Conseil national a recueilli l'avis favorable de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur ce dossier, désormais entre les mains de l'administration de la santé. À suivre. ●

**D^r Geneviève Wagner,
Élisabeth Vicent-Davaut
(juriste)**

FRANÇOISE GAILLARD-FOURCADE,
vice-présidente du Conseil national

Diplômés UE : la question centrale de l'insuffisance de la formation clinique

L'une de vos priorités en tant que présidente de la commission Europe du Conseil national est l'harmonisation de la formation au sein de l'Union européenne. Dans un contexte où, chaque année, près de 1300 diplômés UE s'inscrivent en France, comment analysez-vous la situation ?

La question centrale est l'insuffisance de la formation clinique, avec des conséquences, hélas, très sensibles pour les patients. En effet, et au-delà des enquêtes académiques publiées par les étudiants ou les enseignants européens qui, depuis des années, documentent cette insuffisance, nos propres remontées de terrain, en France, confirment ce phénomène. De manière très concrète, nous l'observons via les conciliations (organisées par les conseils départementaux) entre patients et praticiens. Et



nous l'observons aussi, malheureusement, via les affaires traitées dans les chambres disciplinaires ordinaires (au niveau régional). Nous devons désormais aller plus loin que la simple observation pour documenter ce phénomène, chiffres à l'appui, afin de mieux le cerner et d'en saisir l'étendue. C'est ce que nous avons commencé à faire en ➡

➔ lançant une étude auprès des conseils départementaux et des chambres disciplinaires régionales.

Bruxelles ignore-t-elle ce problème de l'insuffisance de la formation clinique ?

Non, bien sûr. Pour la bonne raison que cela pose la question de la confiance dans la reconnaissance automatique des diplômes européens. Dès 2009, ce manque de confiance était d'ailleurs rapporté au Parlement européen... Bruxelles ignore d'autant moins ce problème que les ordres européens réunis au sein de la Fedcar – avec le Conseil national – n'ont jamais cessé de plaider pour une harmonisation des études. Récemment encore, c'est une intégration pleine et entière des volets cliniques et pratiques, partout où est enseignée l'odontologie, qui a été demandée. Nous sommes une profession médicale : ici, le principe du plus petit dénominateur commun à tous les pays n'est pas la seule option.

À côté de l'insuffisance clinique, quid de la question des tests de langue organisés par les conseils départementaux pour les praticiens UE allophones ?

C'est la deuxième grande question car elle touche à l'information du patient et au consentement éclairé. Au total en 2024, 283 tests de langue se sont soldés par des refus d'inscription, charge aux candidats de se former pour présenter de nouveau leur demande. On voit l'importance de ce test qui, il faut le préciser, ne nous a pas été accordé gentiment par Bruxelles en 2016. Il a été obtenu de haute lutte par

les ordres européens, dont le nôtre. Insistons ici sur un point : le test de langue n'est pas un test de compétence. Il s'agit de vérifier que le praticien a un niveau de français suffisant pour, conformément au texte officiel, obtenir un consentement éclairé du patient et pour échanger avec les autres professionnels de santé.

Si on lit correctement les textes, le candidat UE à l'inscription en France n'a pas besoin de connaître les règles de l'exercice ou encore la CCAM...

Absolument. On marche sur la tête. La reconnaissance automatique des qualifications ne peut pas être l'alpha et l'oméga de l'installation de nos jeunes confrères et consœurs qui font leurs études dans l'UE. Par définition, ils ignorent tout de la CCAM, de son fonctionnement. Idem pour les règles d'exercice. Un stage, une formation professionnelle continue, quel que soit son nom, devrait être obligatoire pour les primo-inscrits à diplôme européen pour les familiariser au système dans lequel ils viennent exercer. Je reviens de Berlin où nous avons travaillé avec nos homologues d'outre-Rhin. En Allemagne, la durée requise du stage pour être conventionné afin de comprendre la nomenclature, le fonctionnement administratif et économique d'un cabinet est de deux ans. On rêverait d'avoir l'équivalent en France.

Beaucoup de diplômés UE exercent en tant que salariés dans des centres de santé.

Oui. Et je trouve affligeant de voir des recruteurs – extérieurs à la profession

ou lui appartenant, ne nous voilons pas la face – vendre du rêve à des futurs praticiens en fin d'études dans les pays « exportateurs » de diplômés en France. En échange du confort apparent du salariat, ils risquent de ne pas pouvoir contrôler les actes facturés par manque de connaissance de la CCAM ou par excès de confiance puisqu'il n'est pas rare que leurs CPS soient confiées aux services administratifs du centre. Et c'est ainsi que de jeunes confrères se retrouvent devant les chambres disciplinaires...

On sait par ailleurs que ces centres ne s'installent pas dans les territoires en tension... Sur ce point des déserts médicaux, les autres pays européens ont-ils les mêmes problèmes ?

Oui. La situation n'est pas propre à la France et nos homologues européens connaissent les mêmes problématiques. Comme en France, on se creuse la tête, on crée des bourses d'études, des aides à l'installation. Mais personne en Europe n'a trouvé la solution miracle.

Quel est votre regard sur l'exil des jeunes français qui partent étudier dans les pays de l'UE ?

C'est une tendance massive et structurale qui touche de nombreux étudiants en France. Le diagnostic est connu : entravés par le système PASS/LAS et PARCOURS-SUP, ils partent suivre leurs études hors de France. Nous devons apporter des réponses : la suppression envisagée du PASS/LAS et la création de six nouvelles UFR en France en sont deux possibles. Deux solutions

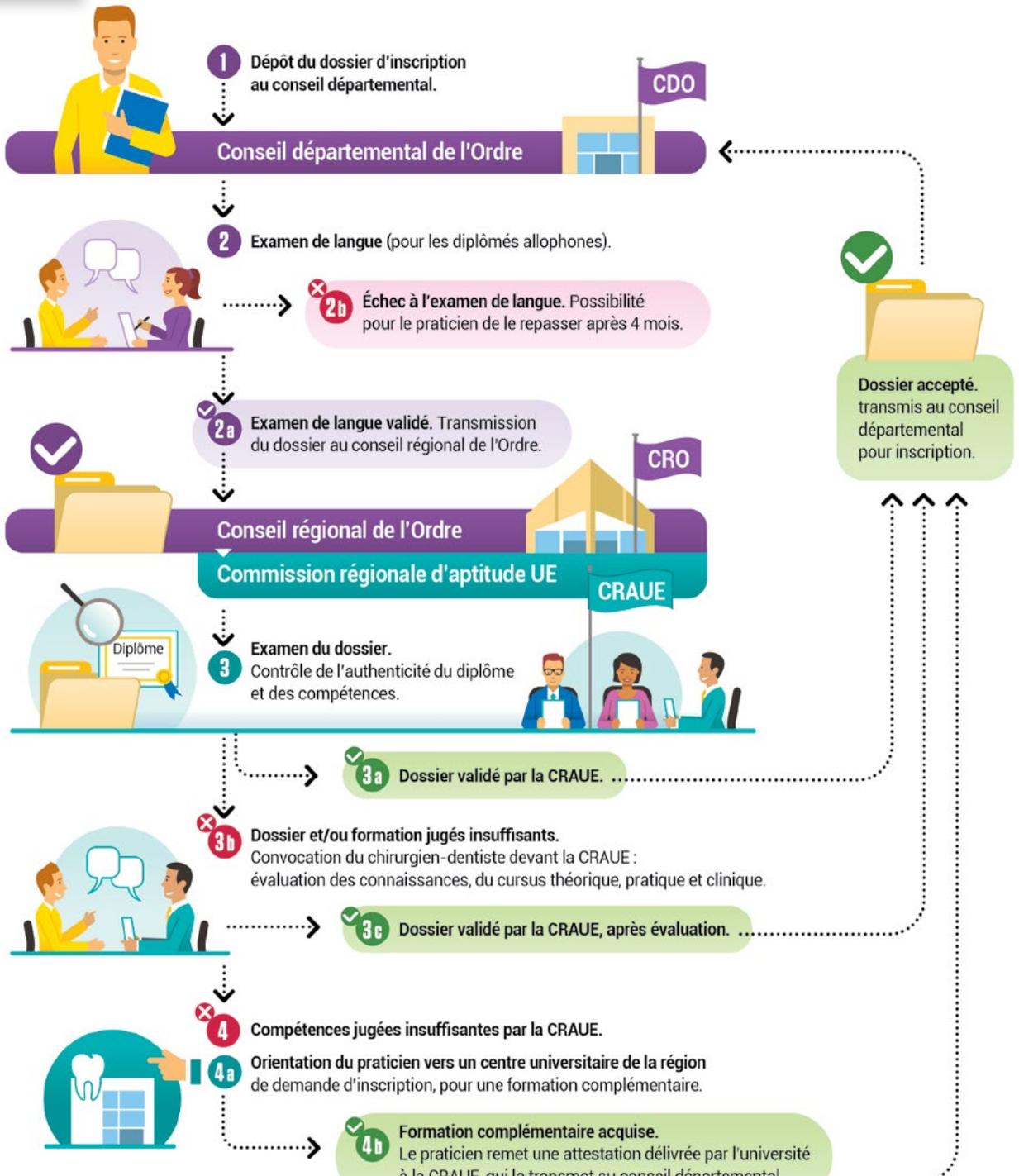
qui mettent aussitôt en face des responsabilités nationales, à savoir la difficulté de recruter de nouveaux enseignants et le manque de budgets universitaires nécessaires pour former plus d'étudiants en France.

Quels sont les grands dossiers sur lesquels il existe une identité de points de vue au sein de la Fedcar – qui réunit les régulateurs ordinaires européens – ou d'autres institutions comme le Bzaek, votre homologue allemand avec qui vous discutez régulièrement ?

Il existe une unanimité sur la question de la reconnaissance automatique des qualifications. Dans un contexte où la confiance mutuelle dans le niveau des formations n'est pas au rendez-vous, ce caractère automatique de la reconnaissance pose un problème. Idem sur la question de la « financiarisation » de notre exercice. Elle prend des formes très diverses. J'en connais quatre : les chaînes dentaires en Irlande, Espagne ou Norvège, un statut associatif en France, des annexes hospitalières en Allemagne ou, plus franchement, comme en Croatie, en Italie ou au Portugal, des sociétés d'exercice avec accès direct ouvert à 100 % aux investisseurs. La manière dont nous, régulateurs, abordons cette complexité, est très claire : il s'agit de garantir l'indépendance professionnelle des praticiens. D'ailleurs, dans une décision récente, la Cour européenne de justice a validé cet enjeu ordinal de l'indépendance de jugement du professionnel de santé, au nom de la protection du patient. ●



Le parcours d'inscription du diplômé UE via les Commissions régionales d'aptitudes UE (CRAUE)





L'Ordre met en place une vérification des diplômes UE et des compétences

L'Ordre met en place un dispositif clair, simple et cohérent permettant de s'assurer de l'authenticité des diplômes UE présentés par les candidats à l'inscription en France, et de s'assurer du niveau de compétence de ces candidats. Tels sont les deux grands axes sur lesquels va reposer le dispositif, dont le mécanisme est explicité dans l'infographie ci-contre.

L'objectif est simple : il s'agit de garantir l'égalité de l'accès à des soins de qualité pour tous les patients soignés en France, quelle que soit l'origine du diplôme. Précisons ici que, par « diplômés UE », l'Ordre entend tous les diplômés venant de l'Union européenne, ce qui inclut bien évidemment les diplômés en France.

Précisons aussi que, s'agissant des diplômés hors UE candidats à l'inscription en France, le même dispositif s'appliquera, mais avec une procédure légèrement différente que nous ne détaillerons pas ici. Concrètement, voici les points à retenir.

Les Commissions régionales d'aptitude Union européenne (CRAUE)

Dans chaque région de France, seront mises en place des commissions chargées d'étudier toutes les demandes de primo-inscription : les Commissions régionales d'aptitude Union européenne (CRAUE) pour les diplômés UE, et les

Commissions régionales d'aptitude hors Union européenne (CRAHUE) pour les diplômés hors UE.

Composition des CRAUE, délai de réponse

Les CRAUE seront composées d'un chirurgien-dentiste universitaire, d'un chirurgien-dentiste conseiller ordinal et d'un chirurgien-dentiste libéral, qui examineront les dossiers dans un délai maximal de deux mois. Ces trois membres seront respectivement désignés à partir d'une liste établie par les UFR, les conseils de l'Ordre régionaux et départementaux et, enfin, pour les praticiens libéraux, choisis sur une liste soumise aux conseils départementaux des régions concernées.

Mission des CRAUE

Les missions et prérogatives sont les suivantes : contrôler l'authenticité du diplôme ; convoquer, si nécessaire, le praticien pour confirmer ou infirmer son niveau de compétence ; rédiger un rapport transmis au praticien et au conseil départemental de l'Ordre pour inscription ou refus d'inscription immédiate ; en cas de refus d'inscription immédiate, réexaminer le dossier une fois validée la formation supplémentaire du candidat. ◆

**D^r Alain Durand,
président du Conseil national**

Diplômés hors UE : Bruxelles à tâtons

A lors qu'en France, la question des Padhue continue de susciter le débat, la Commission européenne prépare le terrain pour une approche plus « commune » de la reconnaissance des qualifications des professionnels hors UE. Bruxelles doit réaliser un grand écart. En effet, d'un côté, cette reconnaissance des professionnels hors UE est une compétence nationale (par exemple, si réforme des Padhue il doit y avoir, elle sera mise en œuvre par la France). Mais d'un autre côté, certains pays et/ou secteurs d'activité en tension (y compris dans la santé) frappent à la porte de la Commission européenne pour obtenir davantage de fluidité et d'harmonisation des règles de recrutement.

Sans entrer dans le détail, on relèvera qu'un

récent rapport soumis à la Commission sur cette question a le mérite de souligner la « méfiance » des ordres de santé à l'égard du système de reconnaissance (non automatique) aujourd'hui en vigueur s'agissant des professionnels hors UE. La balle est dans le camp de la Commission qui devrait rendre publiques ses propositions fin 2026. Ces dernières, sous le contrôle des États, devraient être, quoi qu'il en soit, non contraignantes, puisque la Commission, n'ayant pas de compétence sur ce sujet, ne pourra pas actionner le levier législatif.

QUALIFICATIONS : DU BON ET DU MOINS BON

S'agissant de la reconnaissance des qualifications, au sein de l'UE cette fois, signalons qu'un rapport parlementaire sur la « *rationalisation des règles du marché unique de l'UE* » est en cours de rédaction. Les députés européens exigent une évaluation de l'application de la directive sur les qualifications professionnelles destinée à remédier aux incohérences dans les processus de reconnaissance. Autre bonne nouvelle, pour les députés, toute simplification du marché intérieur doit être entreprise sans remettre en cause les « *objectifs politiques fondamentaux* » de protéger les consommateurs, l'environnement et les travailleurs. La mauvaise nouvelle étant que l'objectif du Traité de viser « *un niveau élevé de santé publique* » dans toute initiative de l'UE est omis du rapport alors qu'il s'applique aussi au fonctionnement du marché intérieur. ◆

**Cédric Grolleau,
juriste affaires européennes**



58 plaintes pour refus de soins en 2024

Deux actualités récentes ont replacé le dossier des refus de soins discriminatoires à l'ordre du jour : un échange de courriers avec le Défenseur des droits (DDD) à propos de la doctrine de l'Ordre sur les éléments gênant l'accès « tête et cou » lors de soins, d'une part, et, d'autre part, la présentation au ministère de la Santé du bilan 2024 des refus de soins enregistrés par l'Ordre.

Sur le premier point, le Conseil national maintient son avis émis en mai 2023 (*voir le lien ci-dessous* « Pour aller + loin »). **Pour l'Ordre, il appartient au chirurgien-dentiste, s'il estime qu'un élément gêne l'accès à la tête ou au cou lors des soins, de demander au patient de le retirer.** Lors d'un nouvel échange de courriers avec le DDD, le Conseil national a renouvelé sa position, qui prend en compte les textes fondamentaux et législatifs, y compris dans leur dimension de protection de la santé⁽¹⁾. L'Ordre l'a redit au DDD : l'avis du Conseil national vise à assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Très impliquée sur les questions de discrimination, l'autorité ordinaire estime sa position juridiquement et scientifiquement étayée et éclairée⁽²⁾.

Sur le deuxième point, le Conseil national a transmis à la Direction de la sécurité sociale (DSS – ministère de la Santé) le bilan 2024 des refus de soins discriminatoires enregistrés par l'Ordre au sein de sa Commission refus de soins. Au total, le Conseil national fait état de 58 plaintes pour refus de soins discriminatoires en

2024. **Les plaignants sont très majoritairement des patients bénéficiaires de la CSS ou de l'AME, point sur lequel le Conseil national reste (et restera) très vigilant, la discrimination économique et/ou sociale n'étant pas tolérable.** On relèvera enfin qu'un travail de « consolidation » des données entre l'Ordre et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) devra être entrepris. En effet, la Cnam, membre à part entière de la Commission refus de soins du Conseil national (aux côtés, entre autres, de représentants de patients)⁽³⁾, dénombre quant à elle 80 plaintes (contre 58 pour le Conseil national, comme indiqué ci-dessus). Une nécessaire harmonisation des données aura lieu, c'est en tout cas le souhait exprimé par l'ensemble des membres de la Commission refus de soins. ◆

**D^{rs} Alain Durand
et Geneviève Wagner,
Victor Viguerard (juriste)**

(1) *Et notamment : Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, art. 9, 10 et 11 garantissent la liberté religieuse ; Code de la santé publique, art. L. 1110-1.*

(2) *Lire La Lettre n° 213, pp. 16-20.*

(3) *Code de la santé publique, art. D. 4122-4-2.*

POUR ALLER + LOIN

« Soins dentaires et éléments gênant l'accès tête et cou », : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-documentaire/?dln_download_category=5-chirurgien-dentiste-patient

Loi sécurité : ce qui change pour les professionnels de santé

Enfin ! Le 10 juillet dernier, après plus de deux ans d'échanges et de travaux entre les acteurs du monde de la santé, le ministère de la Santé et le Parlement, la loi renforçant la sécurité des professionnels de santé est parue au Journal officiel⁽¹⁾. Ce texte, très attendu, recoupe en grande partie les demandes du Conseil national et des autres ordres de santé. Dans le détail, voici ci-dessous les principales dispositions à retenir.

L'AGGRAVATION DE LA PEINE EN CAS DE VIOLENCE ÉLARGIE À TOUT PERSONNEL D'UNE STRUCTURE DE SOINS

Toute personne commettant des violences envers tout personnel d'une structure de soins verra sa peine aggravée. Jusqu'alors, l'aggravation ne concernait que les seuls professionnels de santé. À présent, le texte vise tous les statuts et tous les métiers, que l'on soit chirurgien-dentiste, personnel d'accueil ou assistant dentaire, par exemple. La loi mentionne ces professionnels comme suit : « *une personne exerçant au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé, d'une maison de naissance, d'un cabinet d'exercice libéral d'une profession de santé, d'une officine de pharmacie, d'un prestataire de santé à domicile, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un*

établissement ou d'un service social ou médico-social »⁽²⁾.

L'ÉLARGISSEMENT DU DÉLIT D'OUTRAGE À TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

À la demande des ordres, le délit d'outrage est élargi à tous les professionnels de santé, quel que soit le métier ou le statut d'exercice. Ce délit est passible d'une peine d'amende de 7 500 €.

Sont concernés : les « *membres du personnel d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé, d'une maison de naissance, d'un cabinet d'exercice libéral d'une profession de santé, d'une officine de pharmacie, d'un prestataire de santé à domicile, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement ou d'un service social ou médico-social, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à [sa] fonction* »⁽³⁾.

Autre point important concernant le délit d'outrage : les ordres pourront se constituer partie civile en cas d'outrage visant un de leurs professionnels⁽⁴⁾.

LA PEINE AGGRAVÉE EN CAS D'AGRESSION SEXUELLE

Lorsqu'elle est commise sur un professionnel de santé durant son exercice, toute agression sexuelle autre



que le viol est passible de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende ⁽⁵⁾, contre cinq ans et 75 000 € auparavant. (Le viol commis sur toute personne majeure entraîne une peine allant jusqu'à 20 ans d'emprisonnement.)

LES VOLS PLUS LOURDEMENT PUNIS

Le texte prévoit l'aggravation de la peine lorsque le vol porte sur du matériel médical ou paramédical, lorsqu'il est commis dans un établissement de santé ou au préjudice d'un professionnel de santé à l'occasion de l'exercice ou en raison de ses fonctions. La sanction encourue est de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende ⁽⁶⁾.

DÉPÔT DE PLAINTÉ : POSSIBILITÉ DE DÉCLARER L'ADRESSE PROFESSIONNELLE

Désormais, et pour d'évidentes raisons de sécurité, le professionnel de santé victime de violence peut déclarer son adresse professionnelle plutôt que celle de son domicile personnel ⁽⁷⁾.

LES ORDRES, PARTIE CIVILE EN LIEU ET PLACE DES VICTIMES

C'était, là encore, une demande des ordres pour d'évidentes raisons de sécurité. Les professionnels de santé victimes de violence qui en font la demande peuvent être représentés par leur ordre. Ce point devra être précisé par décret ⁽⁸⁾. ◆

D^{rs} Alain Durand et Geneviève Wagner, Stéphanie Ferrand (juriste)

(1) Loi n° 2025-623 du 9 juillet 2025 visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé.

(2) Code pénal, art. 222-8, 222-10, 222-12, 222-13.

(3) Code pénal, art. 433-5.

(4) Code pénal, art. L. 4122-1, L. 4123-1 et L. 4124-11.

(5) Code pénal, art. 222-8.

(6) Code pénal, art. 311-4.

(7) Code de procédure pénale, art. 10-2 et 89.

(8) Code de procédure pénale, art. 15-3-4.

RETROUVEZ LE TEXTE EN INTÉGRALITÉ SUR :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051871545>

En Occitanie, un directeur d'ARS très imaginatif

Des détartrages ou encore des sutures simples réalisés par des infirmiers ? Sur la base de quels textes légaux, réglementaires et déontologiques ? Avec quelle couverture assurantielle ? Quelle mouche a donc piqué le directeur de l'ARS Occitanie ? Ce dernier propose ni plus ni moins de redéfinir la frontière des capacités des professionnels médicaux et de santé pour résoudre les problèmes d'offre de soins dans la région. En effet, les propositions citées ci-dessus (détartrages ou sutures réalisés par des infirmiers) ne se limitent pas à notre seule profession : elles impactent

tous les métiers médicaux et de santé (par exemple la réalisation de plâtres par les aides-soignants en lieu et place des médecins).

Certes, le directeur de l'ARS, une fois établie sa liste à la Prévert d'actes hors capacité, a invité par courriel les représentants régionaux des professions de santé, dont les ordres, à « échanger ». Pour le Conseil national, il n'est pas question que l'Ordre prenne la peine de discuter à partir de cette liste qui enfile comme des perles des cas d'actes relevant de l'exercice illégal, comme si l'Occitanie était une zone expérimentale de non-droit.

C'est ce que le président du Conseil national, Alain Durand, a expliqué au directeur de l'ARS, lui enjoignant de suspendre ses velléités d'enjamber les textes légaux et réglementaires pour résoudre à lui seul, comme dans un claquement de doigts et par magie, les problèmes d'offre de soins. Prenant acte du silence du directeur de l'ARS, le Conseil national a saisi, début juin, le ministère de la Santé.

Car au-delà de la capacité des professionnels de santé, battue en brèche par les propositions de notre imaginatif directeur de l'ARS Occitanie, c'est la question de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients qui est ici posée. Et avec elle, celle de l'égalité des chances de recevoir des traitements appropriés donnés par des professionnels diplômés et formés pour cela. ◆

**D^{rs} Alain Durand
et Françoise Gaillard-Fourcade**



Détournement de logo : l'Ordre hausse le ton

Une plainte pénale, une injonction de se mettre en conformité avec la loi. Face aux utilisations frauduleuses de son logo par des sociétés commerciales, le Conseil national hausse le ton. L'Ordre a eu connaissance de deux cas récents d'usage abusif de son logo, qui est une marque déposée. Il a déposé une plainte au pénal contre une entreprise étrangère pour publicité trompeuse et concurrence déloyale⁽¹⁾. Cette société commercialise des prothèses dentaires en usant dans ses communications du logo de l'Ordre, laissant croire à l'existence d'un partenariat (commercial et institutionnel) avec ce dernier. Pour la petite histoire, précisons que la société en question utilise l'ancien logo de l'Ordre dans sa communication trompeuse.

Dans la seconde affaire, une entreprise commercialisant (entre autres) de la signalétique à destination des cabinets dentaires (des enseignes, notamment) use du logo de l'Ordre précédé de la mention (évidemment trompeuse) : « *Recommandé par* ». Le Conseil national a mis en demeure la société, sous peine de poursuites pénales⁽²⁾, de cesser ces agissements qui violent les règles de la propriété intellectuelle⁽³⁾, et accessoirement le règlement d'usage du logo de l'Ordre⁽⁴⁾. Une plainte sera déposée sans délai si cette société ne prouve pas qu'elle a cessé ces tromperies et informé ses clients. Rappelons-le avec force : le Conseil natio-



nal ne concède à quiconque, personne morale ou physique, le droit d'utiliser son logo institutionnel, d'autant moins à des fins commerciales. Il en va de la confiance de la profession et du public à son égard. ◆

**D^r Geneviève Wagner,
Élisabeth Vicent-Davaut (juriste)**

(1) Code de commerce, art. L. 442-1 à L. 442-8.

(2) Code pénal, art. 444-3 et 313-1.

(3) Code de la propriété intellectuelle, art. 713-2, L. 716-4 et L. 716-10.

(4) <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-le-chirurgien-dentiste/communication-professionnelle-des-chirurgiens-dentistes/>

Code de déontologie : allo Bercy ?

Début juillet, Alain Durand, président du Conseil national, et Geneviève Wagner, vice-présidente, ont relancé le dossier de la réforme de notre Code de déontologie auprès du ministère de la Santé. Depuis plus de 12 ans en effet – *La Lettre* s'en est d'ailleurs maintes fois fait l'écho ⁽¹⁾ –, l'Ordre travaille sur la très nécessaire actualisation d'un Code datant, rappelons-le, de 1967, et dont la désuétude et l'incomplétude (l'essor du numérique en est un exemple) entravent aujourd'hui un exercice ancré dans l'ici et maintenant. Au premier semestre 2024, le dossier avait connu une avancée significative avec une validation par l'administration de la Santé des nouveaux articles et

actualisations proposés par le Conseil national. Puis il a été transmis à l'automne 2024, pour examen, à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) avant saisine de l'Autorité de la concurrence. Mais depuis, silence radio de Bercy...

Les services du ministre de la Santé, Yannick Neuder, ont réaffirmé à l'autorité ordinaire, le 2 juillet dernier, leur soutien plein et entier à cette réforme appelée de leurs vœux par l'Ordre et toute la profession. ●

**D^{rs} Alain Durand
et Geneviève Wagner,
Élisabeth Vicent-Davaut (juriste)**

(1) Lire *La Lettre* n° 214, pp. 16-20.

LA DISPARITION DE RENÉ GARNIER

Le Conseil national a l'immense tristesse de vous faire part du décès du D^r René Garnier, conseiller national représentant les Antilles et la Guyane. Homme de convictions et d'engagements, sa voix était très écoutée au Conseil national car elle relayait avec force les problématiques et les solutions trouvées pour notre profession. Il coprésidait le pôle ultramarin et s'investissait dans toutes ses responsabilités. Diplômé en 1982 de l'université d'Aix-Marseille, il exerçait en libéral en Guyane, à Montjoly. Président du conseil départemental de la Guyane de 2017 à 2022, il était conseiller national depuis 2018. Nous perdons un ami et un défenseur de la santé publique. À sa famille, à ses proches, nous présentons nos plus sincères condoléances.



Dans le Puy-de-Dôme, une prise en charge du handicap au cœur du territoire



En Auvergne, l'équipe de soins adaptés Handiconsult prend en charge des patients sortis du circuit classique des soins du fait de leur handicap.

« **T**ous les patients, quelle que soit leur situation, devraient pouvoir accéder à une prise en charge de qualité. L'ambition de l'équipe est de lever l'obstacle que peut constituer le handicap en proposant des soins adaptés et en cherchant constamment à les améliorer », expose le Pr Pierre-Yves Cousson, responsable de l'Handiconsult ARA-Ouest. Créé en 2016 par la puissance publique, cet Handiconsult, financé par la région Auvergne Rhône-Alpes, est un dispositif de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap. Ses activités sont réparties entre le CHU de Clermont-Ferrand (ser-

vice de soins spécifiques MBD, créé en 1997 par le Pr Hennequin), le centre hospitalier de Riom (depuis 2006) et celui de Brioude (depuis 2017). Professeur des universités – praticien hospitalier, Pierre-Yves Cousson, spécialisé en MBD, affiche un engagement de longue date autour des soins adaptés.

Clermont et Riom assurent la prise en charge bucco-dentaire des enfants et adultes à besoins spécifiques grâce à un plateau technique de soins adaptés sous sédation consciente par Meopa, Midazolam ou sous anesthésie générale. L'objectif : « adapter et développer les prises en charge hospitalières ➡



➔ pour certaines populations, précaires et invisibilisées et qui, du fait d'une déficience mentale et/ou physique, d'un contexte médical ou d'ordre psychosocial, n'ont pas accès au circuit classique de soins bucco-dentaires », explique le D^r Valérie Collado, praticien hospitalier, membre de l'équipe Handiconsult, spécialisée en MBD avec une orientation en pédiatrie. « Ici, on soigne des personnes en situation de handicap au sens large du terme, poursuit-elle, c'est-à-dire moteur, psychique, mais aussi socioculturel ou économique. »

Le service repose sur trois piliers : la prise en charge, la recherche et le développement des procédures de soins adaptés, et l'enseignement. L'équipe de Clermont a été pionnière dans l'utilisation du Meopa à l'hôpital (2002), avant que le Midazolam et l'anesthésie générale viennent s'adjoindre à l'arsenal thérapeutique. « Notre approche est très conservatrice, y compris sous anesthésie générale », explique le D^r Collado. L'équipe recourt à des procédures facilitatrices pour améliorer leur acceptation et leur vécu par ces patients à besoins spécifiques, afin de réaliser des soins dont l'objectif et le résultat sont les mêmes qu'au fauteuil. « La MBD vise ici à la réhabilitation orale fonctionnelle pour des popula-



Dans ce service de soins adaptés, l'équipe pluridisciplinaire Handiconsult veille à réaliser un maximum de soins lors des anesthésies générales des patients en situation de handicap.

tions qui ne peuvent être prises en charge par l'odontologie générale, poursuit le D^r Collado. La conservation des dents, fondamentale pour la fonction orale, l'est d'autant plus ici que pour ces populations, le recours à la prothèse n'est pas toujours possible. »

Les praticiens partagent leur temps entre Clermont et Riom. Les patients sont ventilés en fonction de leur âge, leur type de handicap et/ou la nécessité de recourir à une sédation ou une anesthésie générale. « Concrètement, détaille le P^r Cousson, les premières consultations à l'état vigile ou sous Meopa se font à Clermont. Si l'usage d'un plateau technique complémentaire s'avère nécessaire, le patient est orienté à Riom. »

La pluridisciplinarité et la prise en charge globale sont le maître-mot. Aux soins dentaires peuvent ainsi s'ajouter, en cas de besoin, des actes d'ophtalmologie, de radiologie ou de gynécologie. Durant l'anesthésie générale, sont réalisés un maximum de soins pour réduire le nombre d'interventions. Les soins s'inscrivent sur le long cours : « Nous sommes dans une démarche de suivi longitudinal, de prévention et d'interception, de guidage parental sur l'hygiène bucco-dentaire ou l'alimentation, notamment », explique le D^r Collado, insistant sur l'importante activité de formation et d'information des publics sur les prises



Le projet pour Riom : un plateau technique étendu et cinq fauteuils pour élargir l'offre de soins dentaires adaptés.



en charge adaptées.

Le nombre de patients ne cesse d'augmenter. Le plateau technique de Riom ne désemplit pas. Idem pour les soins au fauteuil à Clermont ou Brioude, avec un carnet de rendez-vous complet pour des mois. Au cœur de ce territoire, les deux établissements, Clermont et Riom, ont cumulé plus de 3 500 passages dans leurs services de soins adaptés en 2024. L'hôpital de Brioude en a recensé 197.

Comment l'avenir à court terme va-t-il s'écrire à Riom? L'équipe du Pr Cousson milite pour l'agrandissement du plateau technique avec, entre autres, cinq fauteuils pour les soins de MBD, contre un seul aujourd'hui. « *Ce projet pourra aussi – c'est notre ambition – permettre au centre hospitalier de Riom de devenir terrain de stage hospitalier périphérique pour les étudiants de 6^e année* », enchaîne le Pr Cousson. Restera en suspens la question, prégnante ici comme ailleurs, du recrutement des ressources humaines nécessaires à la mise en place d'un tel projet...

Autre point d'achoppement: la coordination et l'harmonisation des pratiques de la MBD, qui doit être promue tant au sein de la formation initiale que continue. Les étudiants en odontologie clermontois ont le grand avantage d'être sensibilisés au handicap assez tôt dans leur formation initiale. « *Néanmoins, précise le Pr Cousson, cela ne remplace pas un enseignement de spécialité au travers de l'internat en MBD, même si cela aide au développement de certaines compétences et à l'agilité nécessaire à ces prises en charge adaptées.* » La fac permet aussi aux étudiants de 4^e année d'effectuer deux demi-journées de stage d'observation des activités de MBD à l'hôpital, et le Dr Collado se réjouit de l'investissement dont font preuve les étudiants qui choisissent les soins spécifiques et intègrent ainsi l'équipe Handiconsult. « *Et parmi nos*



De dr. à g. : Le Dr Collado et le Pr Cousson travaillent à une amélioration constante des prises en charge bucco-dentaires sans contrainte adaptées aux patients en situation de handicap.

anciens étudiants, ajoute-t-elle, certains ont monté des exercices analogues, en combinant parfois pratique libérale et hospitalière. »
Avis aux volontaires. ●

Cet article s'inscrit dans la démarche générale de la commission démographie et permanence des soins du Conseil national, présidée par Catherine Eray-Decloquement. La commission prône depuis quatre ans la mise en place obligatoire d'activités de soins spécifiques mais aussi généralistes dans les régions. Un enjeu particulièrement important pour les régions abritant les UFR d'odontologie récemment créées. L'objectif : mettre en place un écosystème avec ces UFR, les centres hospitaliers, les étudiants, les praticiens libéraux pour développer l'offre de soins dans les territoires sous-dotés.

Deux cas de non-respect des règles d'hygiène et d'asepsie

Deux affaires récentes ont pour dénominateur commun le non-respect des règles d'hygiène et d'asepsie. Dans la première affaire, à la suite d'une visite confraternelle dans un cabinet, suivie d'une inspection par l'ARS, est constatée une non-maîtrise totale des procédures de stérilisation du matériel par le praticien. Ce dernier ne respecte pas davantage les règles élémentaires d'hygiène et d'asepsie, exposant ainsi ses patients à un danger de contamination. Parmi le florilège de manquements constatés : aucune pré-désinfection n'est réalisée ; les dispositifs médicaux ne sont lavés ni automatiquement ni manuellement ; le chirurgien-dentiste ne traite pas les circuits d'eau de l'aspiration chirurgicale. Le conseil départemental de l'Ordre de ce praticien attire ce dernier devant la chambre disciplinaire de première instance (CDPI). On verra plus bas quelle peine sera prononcée. Dans le deuxième cas, plus grave encore, le praticien réalise nombre de soins non-conformes – et sou-

vent injustifiés –, sans aucun respect des règles d'hygiène ou sans réaliser les radios nécessaires. De nombreux cas de surtraitements et de mutilations sont constatés. Pour ajouter au sordide, le chirurgien-dentiste incriminé complète son triste palmarès par la facturation d'actes non réalisés. C'est l'une de ses patientes – et victime – qui a informé le conseil départemental de l'Ordre de ces méfaits, ce dernier portant l'affaire devant la CDPI.

Plusieurs principes légaux et déontologiques – sur lesquels d'ailleurs, dans les cas d'espèce ci-dessus évoqués, le juge va se fonder – sont à rappeler ici.

- « **Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.** »⁽¹⁾
- Toute personne a le droit de recevoir « *les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapies* » conformes aux données acquises de la science. De plus, les « *traitements et [les] soins*



ne doivent pas [faire courir au patient] de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté »⁽²⁾.

- Le praticien veille « à prévenir toutes les infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins »⁽³⁾.

- « **Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit.** »⁽⁴⁾

- Enfin, pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients, le praticien doit prendre toutes les dispositions nécessaires à « l'élimination des déchets provenant de l'exercice de la profession doivent répondre aux règles en vigueur concernant l'hygiène »⁽⁵⁾.

Fort logiquement, dans ces deux cas particulièrement graves, le juge conclut à un manquement manifeste au respect des règles d'hygiène et d'asepsie, et à la

mise en danger des patients. La sanction prononcée est la même : la radiation du tableau de l'Ordre. Notons toutefois que dans la seconde affaire, la CDPI constate que les agissements du praticien sont de nature à déconsidérer la profession, ce que condamne notre déontologie⁽⁶⁾, tout comme, d'ailleurs, le fait d'exercer la profession de chirurgien-dentiste comme un commerce⁽⁷⁾. La CDPI condamne donc le praticien, dans la seconde affaire, au surplus, au paiement de 1500 € au titre des frais de justice à la plaignante et au conseil départemental de l'Ordre. ◆

**D^r Geneviève Wagner,
Cassandra Banet et
Victor Viguerard (juristes)**

(1) Code de la santé publique, art. R. 4127-202.

(2) Code de la santé publique, art. L. 1110-5 et art. R. 4127-233.

(3) Code de la santé publique, art. L. 3114-6.

(4) Code de la santé publique, art. R. 4127-204.

(5) Code de la santé publique, art. R. 4127-269.

(6) Code de la santé publique, art. R. 4127-203.

(7) Code de la santé publique, art. R. 4127-2.

La CPAM doit prouver l'indu !

RÉSUMÉ. Un arrêt récent d'une cour d'appel contient, selon nous, une analyse rigoureuse à propos d'un contentieux technique relatif à des indus réclamés à un chirurgien-dentiste par une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En définitive, les juges écartent nombre d'indus, faute d'être prouvés. Affirmer avec autorité : non ; prouver avec rigueur : oui.

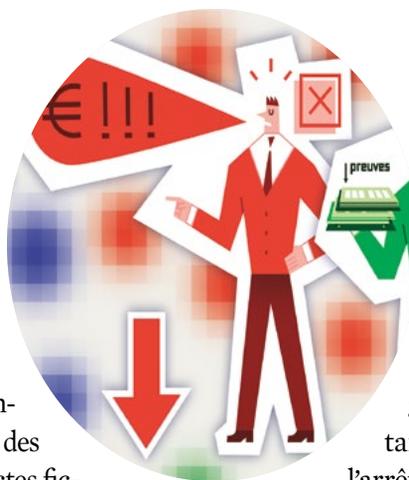
CONTEXTE.

Une cour d'appel s'est livrée à un travail méthodique pour écarter les indus sollicités par une CPAM à un chirurgien-dentiste⁽¹⁾. Le 22 décembre 2017, cette CPAM notifie à un chirurgien-dentiste les résultats d'une analyse d'activité couvrant la période du 1^{er} février 2015 au 15 août 2017. Elle lui communique diverses anomalies. Le 8 mars 2018, un entretien entre ce praticien et le service du contrôle médical de la caisse a lieu. Quatre mois plus tard, le 9 juillet, la caisse l'informe de l'engagement de deux procédures distinctes : l'une a pour objet l'indu, chiffré à hauteur de 18 222 €, réclamé au chirurgien-dentiste en date du 20 août 2018, et ce sur le fondement de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale (CSS). L'autre, fondée sur l'article L. 114-17-1 de ce même code, se solde par un avertissement infligé par le directeur de la CPAM au praticien. Ce dernier conteste l'indu, mais pas l'avertissement.

Deux questions sont alors soulevées devant les juges, celle relative à la prescription applicable et celle ayant trait au bien-fondé de l'indu.

ANALYSE.

Premièrement, pourquoi cette question de la prescription est-elle posée ? Car, en application de l'article L. 133-4 du CSS, **l'action en recouvrement de l'indu est prescrite par trois ans sauf en cas de fraude.** L'indu peut donc être bien-fondé en droit, mais une fois le délai dépassé, l'indu n'est... pas dû ! Dit autrement, les indus établis dans la période de trois (ou cinq) ans sont dus, ceux qui sont antérieurs ne le sont pas. La CPAM a tout intérêt à se prévaloir de la fraude pour bénéficier de la règle des cinq ans, et le praticien de l'absence de fraude pour limiter l'indu à trois ans, sachant que la période contrôlée s'étire, en l'espèce, du 1^{er} février 2015 au 15 août 2017, et que l'indu total a été notifié le 20 août 2018.



Alors, trois ou cinq ans? La CPAM plaide la fraude pour plusieurs raisons conjuguées: le praticien facture beaucoup plus d'actes, sur une même période, que la moyenne de ses confrères, ce qui a justifié (est-il écrit) une analyse d'activité; le montant total de l'indu montre l'ampleur des anomalies, incluant la cotation d'actes fictifs; l'avertissement prononcé par le directeur de la CPAM n'a pas été contesté. Le praticien, en défense, soutient que son « *activité correspond à trois fois celle d'un cabinet médian, avec une patientèle vieillissante et âgée* », que l'indu réel (voir ci-dessous) est modeste (aucun acte fictif notamment). Il argue du fait que l'avertissement est la sanction la plus faible, d'où l'absence de contestation, ce qui ne vaut pas reconnaissance implicite d'une fraude.

Que conclut la cour d'appel? Elle rappelle la définition donnée à la fraude par le CSS: « *sont qualifiés de fraude [...] les faits commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée au préjudice d'un organisme d'assurance maladie [...]. Est également constitutive d'une fraude au sens de la présente section la facturation répétée d'actes ou prestations non réalisés, de produits ou matériels non délivrés.* » Selon les juges, **il ne résulte pas des dispositions du CSS que le prononcé d'un avertissement suppose nécessairement la commission d'une fraude, de sorte que sa non-contestation « ne signifie pas, contrairement à ce que soutient la caisse [...] qu'il aurait admis avoir commis de tels faits ».**

Ils soulignent l'absence d'actes fictifs. En conséquence, la fraude n'est pas retenue, la prescription applicable est de trois ans (et non cinq). Aussi l'action en recouvrement est-elle prescrite pour les indus antérieurs au 22 août 2015, date de réception du courrier de notification de l'indu. Sont donc prescrits les indus couvrant la période du 1er février 2015 au 21 août 2015 (bien que cette période ait été contrôlée); ne le sont pas ceux constatés au cours

de la période du 22 août 2015 au 15 août 2017 (date de fin de l'analyse d'activité).

Deuxièmement, à notre humble avis, malgré la technicité de l'affaire, d'autant plus pour des magistrats non spécialistes du dentaire et du système des cotations, l'arrêt montre que la juridiction a rais-

onné de manière rigoureuse, sans se contenter des affirmations de l'un ou de l'autre, ou céder à la tentation de l'apparence, voire à la facilité. Certaines conclusions pourront peut-être surprendre, mais la méthode adoptée et la volonté des juges, non seulement de statuer au regard de données précises mais aussi de vérifier la solidité des argumentations, nous semblent stimulantes.

Tout d'abord, la cour d'appel énonce les règles de preuve. **Il appartient à l'organisme social qui engage une action en répétition de l'indu de prouver l'existence du paiement et son caractère indu.** La preuve peut être rapportée par tout moyen. La cour d'appel considère que la production d'un « *tableau synthétique difficilement lisible et peu explicite sur la nature précise des griefs retenus, et qui ne vise par exemple aucune violation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), ne permet pas d'établir suffisamment la nature et le montant de l'indu.* ». Ce seul point en lui-même rend l'arrêt intéressant: la rigueur est exigée. La cour ne s'arrête pas là, elle s'attache à étudier chaque grief selon une méthodologie définie afin de déterminer le bien fondé de l'indu notifié au professionnel de santé. Elle rend un arrêt motivé. Évoquons le raisonnement retenu pour les principaux griefs.

La CPAM constate le remboursement de consultations en plus des actes réalisés précédemment, et ce, en contradiction avec l'article 15 de la NGAP qui précise que la consultation ne peut être facturée lorsqu'il s'agit des suites d'un acte réalisé. Selon ➡➡



➔ les juges, la CPAM établit suffisamment la nature et le montant de l'indu; ce faisant, il appartient au praticien d'apporter des éléments sur chaque patient pour contester le grief. Le chirurgien-dentiste soutient qu'il ne s'agit que de quelques cotations réalisées en dehors des séquences de séries de soins précédentes, tout en ajoutant que la nouvelle convention intègre désormais dans la CCAM une « consultation d'urgence », applicable même pour un patient en cours de soins. Pour la cour d'appel, il n'en demeure pas moins que le chirurgien-dentiste ne conteste pas qu'il a revu en consultation certains patients quelques semaines après une première consultation et série d'actes. Il ne démontre pas non plus qu'il s'agissait d'interventions en urgence pour traiter exclusivement de difficultés nouvelles. Aussi les indus sont-ils, pour les dossiers concernés, établis. Toutefois, pour un cas, le praticien justifie de la survenance d'un incident distinct des suites des actes réalisés précédemment (dent cassée); partant l'indu, ici, est écarté.

La CPAM reproche également ce qu'elle dénomme être une « *cotation abusive de couronne/ prothèse plurale/ prothèse plurale (pilier) ne respectant pas les conditions de prise en charge* ». Retenant la même méthode, les juges examinent les règles applicables, principalement celle relative aux « couronnes ». Ils en rappellent la substance selon laquelle la cotation n'est pas possible « *quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation* ». S'agissant des prothèses plurales, la Classification commune des actes médicaux (CCAM) impose « *qu'au moins une dent pilier ne puisse être reconstituée de façon durable par une obturation* »⁽²⁾. Les juges évoquent la disposition qui prévoit que les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient. Fort de l'étude des textes, ils concluent que la CPAM établit suffisamment la nature et le montant de l'indu. Cependant, **il appartient au chirurgien-dentiste d'apporter des éléments sur chaque patient pour contester la décision**



de la caisse. En l'espèce, pour certains dossiers, le praticien « *fournit des clichés de l'état délabré de la dent, nécessitant une couronne* ». En réplique, la caisse se borne à soutenir que les conditions de prise en charge d'une couronne ne sont pas réunies. **Affirmer n'est pas prouver. La CPAM n'explicitant pas sa position, l'indu n'est pas retenu.**

Ce n'est pas tout. Un autre grief est relevé, qualifié de « *réalisation de soins non conformes* ». La CPAM précise les fondements juridiques mobilisés, en l'occurrence les articles R. 4127-233 et suivants du Code de la santé publique (les règles déontologiques) et l'article 1.6 du livre premier des dispositions générales de la CCAM. Elle produit un tableau avec la liste des soins qu'elle estime non conformes. Pour autant, l'insuffisance de rigueur est mise en exergue par les juges, qui lui reprochent de ne pas s'être appuyé pour chacun d'eux sur une quelconque référence précise ni sur des sources médicales de référence. La conclusion est claire : « *les informations communiquées par la caisse ne permettent pas d'établir suffisamment la nature et le montant des indus* ». Ils ne sont pas caractérisés ! La cour d'appel poursuit l'analyse, étudiant cette fois-ci le grief « *cotation : évacuation d'abcès parodontal* ». La CPAM conteste la matérialité des actes cotés HBJB001, soutenant que l'acte exécuté ne correspond pas à l'évacuation d'un abcès parodontal, et ce « *eu égard au recours à l'antibiothérapie et*



aux actes à suivre ». La caisse semble considérer qu'une telle cotation n'est pas envisageable dans l'hypothèse d'une « prescription d'antibiotique sans mention de signes généraux suivie d'une avulsion de la dent traitée, dès lors qu'il s'agirait d'un geste inclus dans un acte global ». À tort, selon les juges : la CPAM « ne produit aucun élément susceptible d'établir que l'évacuation d'un abcès parodontal ne nécessiterait pas le recours à l'antibiothérapie et elle n'a pas précisé la cotation que le chirurgien-dentiste était tenu d'utiliser en cas d'extraction d'une dent suivant l'évacuation d'un abcès ». Là encore, pas d'indu !

Ce n'est pas fini... La CPAM critique le remboursement de « couronnes prothétiques facturées sans cliché préalable à la pose ». Selon elle, il est nécessaire « pour vérifier les structures non visibles (racine, parodonte, etc.), en s'appuyant sur les dispositions de la CCAM⁽³⁾ qui prévoit que la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient ». Qu'en pensent les juges ? Aucun texte ne pose une telle contrainte. Il ne peut donc pas être déduit des dispositions de la CCAM que la réalisation d'un cliché récent préalablement à la pose d'une couronne s'impose systématiquement. Cependant, les juges exigent du praticien qu'il établisse par tout moyen que les conditions de pose d'une couronne étaient bien réunies. Pour certains

dossiers, le chirurgien-dentiste produit de « nouveaux clichés » qui justifient du respect des conditions fixées à la nomenclature. Bilan : pas d'indu. En revanche, pour d'autres dossiers, aucun élément n'est présenté, l'indu est alors validé.

Pour terminer, la CPAM critique la « cotation d'un acte non durable ou non opportun ou non cohérent avec l'état initial ». La caisse affirme que s'agissant des « réparations, une réparation de prothèse qui dure quelques semaines ne peut être considérée comme un acte durable et que concernant les autres actes non durables, il s'agit d'actes qui ont dû être refaits ou la dent extraite après des actes de prothèse ». Pour les juges, l'affirmation manque de fondement juridique : « aucune violation de la CCAM ou de la NGAP, aucune référence de littérature médicale n'est communiquée ». La cour d'appel étudie le raisonnement du praticien, lequel explique que « lorsqu'une reconstruction est réalisée pour une dent au cabinet, si elle casse dans la période des quelques mois suivants, elle est refaite gracieusement ; sont cotées uniquement les reconstructions refaites en raison d'un élément nouveau intervenu (fracture d'un morceau dentaire, dégradation pulpaire sous-jacente nécessitant une intervention sur celle-ci, de manière générale tous les aléas thérapeutiques, etc.) ». Les juges soulignent également un argument du praticien : « la notion de durabilité n'est pas inscrite dans la CCAM ». En définitive, pas d'indu...

Force est de constater que la cour d'appel a écarté nombre d'indus, à tel point que l'on ne sait plus à combien l'indu effectivement dû s'élève. La cour d'appel ordonne à la CPAM de procéder à un « nouveau chiffrage du montant total de l'indu conforme à la présente décision dans les trois mois de sa notification ». Elle ordonne également « la réouverture des débats à cet effet à l'audience du mardi 21 octobre 2025 ». ●

P^r David Jacotot

(1) CA, Poitiers, 20 mars 2025, n° 21/03445.

(2) CCAM, chapitre 07.02.03.04.

(3) CCAM, chapitre 07.02.03.02.



CONTRAT DE TRAVAIL

Des CDD pour les centres de santé en zone sous-dotée, vraiment ?

Un décret est récemment paru concernant les centres de santé⁽¹⁾. Il modifie l'article D. 1242-1 du Code du travail, lequel énumère la liste des secteurs pour lesquels il est possible de conclure un contrat de travail à durée déterminée dit d'usage. Il ajoute un nouveau secteur, ouvrant un tel contrat à « *l'exercice de la médecine dans les structures mentionnées à l'article L. 6323-1 [visant les centres de santé] du Code de la santé publique et situées dans une zone prévue au 1^o de l'article 1434-4 du même code* ». Sachant que la relation entre un centre et un praticien prend la forme d'un contrat de travail, **l'idée est simple : permettre au centre, non pas de formaliser un contrat à durée indéterminée (CDI), mais un contrat à durée déterminée (CDD), souvent dénommé « contrat précaire ».**

Trois remarques : d'abord, ce nouveau texte emploie le substantif « médecine ». Convient-il de retenir une conception restrictive ou extensive, donc d'exclure ou inclure les chirurgiens-dentistes ? Ensuite, son champ d'application est limité, car **ce CDD ne peut être conclu qu'avec un praticien recruté par un centre localisé**

dans une zone où « l'offre de soins est insuffisante », ou bien là où existent « des difficultés dans l'accès aux soins »⁽²⁾. Belle démonstration à prévoir ! À défaut, le risque est le suivant : le praticien pourrait agir en justice contre le centre devant le conseil de prud'hommes pour solliciter la requalification de son CDD en CDI, avec toutes les conséquences que cela emporte. Troisièmement, sur le plan juridique, ce décret pourrait s'avérer être un « cadeau empoisonné ». Dans certains secteurs d'activité, l'on a assisté à un mouvement jurisprudentiel de requalification de CDD dit d'usage en CDI. La Cour de cassation, pour ce faire, s'appuie sur les décisions rendues par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE). Cette dernière exige, pour lutter contre le recours abusif au CDD, la preuve de « *raisons objectives entendues comme visant des circonstances précises et concrètes caractérisant une activité déterminée et, partant, de nature à justifier dans ce contexte particulier l'utilisation de contrats de travail à durée déterminée successifs. Ces circonstances peuvent résulter, notamment, de la nature particulière des tâches pour l'accomplisse-*



ment desquelles de tels contrats ont été conclus et des caractéristiques inhérentes à celles-ci ou, le cas échéant, de la poursuite d'un objectif légitime de politique sociale d'un État membre »⁽³⁾. En outre, la Cour de cassation, de façon constante, pour prévenir les abus résultant de l'utilisation de CDD successifs, considère qu'il est nécessaire de justifier de « raisons objectives qui s'entendent de l'existence d'éléments concrets établissant le caractère par nature temporaire de l'emploi »⁽⁴⁾. **Il n'est pas certain qu'il soit aisé de prouver que l'exercice d'un praticien,**

dans une zone par hypothèse sous-dotée (donc en présence d'un besoin récurrent), soit effectivement un emploi par nature temporaire... et non un emploi par nature permanente relevant du CDI. ◆

Pr David Jacotot

(1) Décret n° 2025-552 du 18 juin 2025.

(2) Le décret du 18 juin 2025 renvoie à CSP, art. L. 1434-4, 1°.

(3) CJUE, « Mascolo », 26 nov. 2014, C-22/13, C-61/13 et C-448/13.

(4) Cass. soc., 23 janv. 2008, n° 06-43.040, Bull. V, n° 16 ; cass. soc., 17 déc. 2014, n° 13-23.176, Bull. V, n° 295 ; cass. soc. 4 déc. 2019, n° 18-11.989 ; cass. soc., 13 oct. 2021, n° 18-21.232, B ; cass. soc., 21 sept. 2022, n° 21-12.590, FS-B.



Scrutins régionaux et interrégionaux de l'Ord

| CONSEIL RÉGIONAL AUVERGNE – RHÔNE-ALPES | |
|---|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Rhône | 1 binôme : D ^r Dominique BILLET D ^r Charlotte FARGES |
| Savoie et Haute-Savoie | 1 binôme : D ^r Nathalie DITER D ^r Patrick RENARD |
| Ardèche et Drôme | 1 binôme : D ^r Justine DRENCOURT D ^r Thierry RENEVIER |
| Cantal et Puy-de-Dôme | 1 binôme : D ^r Françoise MOINS D ^r Hervé SIMONDET |
| Élection complémentaire Rhône | 1 membre de sexe féminin : pas de candidat |

| CONSEIL RÉGIONAL BOURGOGNE – FRANCHE-COMTÉ | |
|--|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Doubs et Territoire-de-Belfort | 1 binôme : D ^r Léa TAPPERT-HUG D ^r Damien VEVAUD |
| Côte d'Or et Haute-Saône | 2 binômes : D ^r Cécile BRIN-DOUCET D ^r Patrick LARRAS 2 ^e binôme : pas de candidat |
| Yonne et Jura | 1 binôme : D ^r Florence GIROD D ^r Fabrice SIBERT |
| Élection complémentaire Saône-et-Loire et Nièvre | 1 membre de sexe masculin : D ^r Philippe RAULLINE |

| CONSEIL RÉGIONAL BRETAGNE | |
|---------------------------|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Côtes d'Armor | 1 binôme : D ^r Guy LE TOUX D ^r Caroline PARADIS |
| Morbihan | 2 binômes : D ^r Marie-Anne BOSSÉ-COHC D ^r Mikael DARCHEN D ^r Émilie GAMBAUD D ^r Jean-François JOSSO |
| Ille-et-Vilaine | 1 binôme : D ^r Lydie APIOU-BOULÉ D ^r Hugues COLOMBEL |

| CONSEIL RÉGIONAL CENTRE – VAL-DE-LOIRE | |
|--|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Cher | 1 binôme : D ^r Christine BARON D ^r Mehdi OUADGHIRI-BERTHIER |
| Loiret | 2 binômes : D ^r Thierry ARNAUD D ^r Catherine BARRE-FIOCRE D ^r Éric VALETTE D ^r Nicole VINOT |
| Indre-et-Loire | 1 binôme : pas de candidat |

| CONSEIL RÉGIONAL CORSE | |
|-------------------------|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Haute-Corse | 1 binôme : D ^r Frédéric HOFNER D ^r Anne-Lise RAFFALLI |
| Corse-du-Sud | 1 binôme : D ^r Jonathan ECHINARD D ^r Françoise MILLELIRI |

| CONSEIL RÉGIONAL GRAND-EST | |
|----------------------------|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Meurthe-et-Moselle | 1 binôme : D ^r Serge BARONE D ^r Sophie CAROLUS |
| Moselle | 1 binôme : D ^r Jean Michel ANDRE D ^r Nathalie BARETH |
| Aube et Haute-Marne | 1 binôme : D ^r Etienne AUBRIOT D ^r Emmanuelle PAUPE-ROYER |
| Marne et Ardennes | 1 binôme : D ^r Laurence GELU BOUVY D ^r Philippe TRICOTTEUX |

| CONSEIL RÉGIONAL HAUTS-DE-FRANCE | |
|----------------------------------|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Nord | 1 binôme : D ^r André-François DUCHATELET D ^r Camille GHESQUIER |
| Pas-de-Calais | 1 binôme : D ^r Claire DUPAYAGE D ^r Xavier HEGO |
| Aisne | 1 binôme : D ^r Sophie GROSGEORGE D ^r Jean-François SERET |
| Oise | 1 binôme : D ^r Marie-Clotilde PREVOST D ^r Bernard TRIOLET |

| CONSEIL RÉGIONAL ÎLE-DE-FRANCE | |
|--------------------------------|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Paris | 1 binôme : D ^r Baya BOUZERARD-PUTOUD D ^r Laurent PINTO |
| Yvelines | 1 binôme : D ^r Hélène MARTINEZ D ^r Antoine MIDA |
| Essonne | 1 binôme : D ^r Olivier MARTIN CLERC D ^r Stéphanie MOUTON PONSAILLE |
| Val-de-Marne | 1 binôme : D ^r Christine DUFAUR D ^r Olivier PINEAU |



ire : les conseillers élus

SPÉCIAL ÉLECTIONS

| CONSEIL RÉGIONAL NORMANDIE | |
|---|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Seine-Maritime | 1 binôme : D ^r Marianne BAUVIN D ^r Daniel VERDEGAL |
| Calvados | 1 binôme : D ^r Éric DORNOIS D ^r Héroïse PREVEL |
| Manche | 1 binôme : D ^r François CORBEAU D ^r Laurence WIHLM |
| Orne | 1 binôme : D ^r Isabelle DE MANEVILLE D ^r Teodor POPESCU |
| Élection complémentaire Seine-Maritime | 1 membre de sexe masculin : D ^r Hervé MOIZAN |

| CONSEIL RÉGIONAL PAYS-DE-LA-LOIRE | |
|-----------------------------------|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Loire-Atlantique | 1 binôme : D ^r Stéphane DIAZ D ^r Nathalie POPULU-TRICOT |
| Maine-et-Loire | 1 binôme : pas de candidat |
| Sarthe | 1 binôme : D ^r Wafaa BOUZEM D ^r Philippe BROUSTE |
| Mayenne | 1 binôme : D ^r Maxime AUPIED D ^r Anne LACHAZE |

| CONSEIL RÉGIONAL PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR | |
|---|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Alpes-de-Haute-Provence | 1 binôme : D ^r François JACQUET D ^r Christine MARIN-DEMARCO |
| Alpes-Maritimes | 1 binôme : D ^r Frédérique BALLY-GENET D ^r Lionel SELAM |
| Bouches-du-Rhône | 2 binômes : D ^r Olga COHEN D ^r Annick LARMY D ^r Philippe ROLLAND D ^r Philippe VIRIOT |

| CONSEIL INTERRÉGIONAL ANTILLES-GUYANE | |
|---------------------------------------|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Guyane | 1 binôme : D ^r Thomas BRETON D ^r Régine HILAIRE |
| Martinique et Guadeloupe | 1 binôme : D ^r Catherine POULIN D ^r David VINGADASSALON |

| CONSEIL INTERRÉGIONAL LA RÉUNION – MAYOTTE | |
|--|--|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| La Réunion | 2 binômes : D ^r Marion BOUCHER D ^r Delphine BRASQUIE D ^r Maxim DEBEL D ^r Stéphane VIGNERON |
| Élection complémentaire La Réunion | 1 membre de sexe masculin : D ^r Pierre REY |

| CONSEIL RÉGIONAL NOUVELLE-AQUITAINE | |
|-------------------------------------|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Gironde | 1 binôme : D ^r Claudine KHOURY D ^r Alain MANSEAU |
| Dordogne et Corrèze | 1 binôme : D ^r Christine PEYROU D ^r Marc PILOT |
| Vienne et Deux-Sèvres | 1 binôme : D ^r Mbaye BEYE D ^r Dominique DEHAIL-BOURGAUX |
| Haute-Vienne et Creuse | 1 binôme : D ^r Victoria MARTIN-DUBOIS D ^r Dominique RAYNAUD |

| CONSEIL RÉGIONAL OCCITANIE | |
|----------------------------|---|
| Conseils départementaux | Conseillers élus |
| Hérault | 1 binôme : D ^r Françoise GAILLARD-FOURCADE D ^r Jean-Louis JOURNET |
| Gard | 1 binôme : D ^r Marc BOUZIGES D ^r Christine KELLER-MAURINES |
| Lozère et Aveyron | 1 binôme : D ^r Mariannick DELMAS D ^r Jean-François LAFONT |
| Tarn et Aude | 1 binôme : D ^r Jacques FABRE D ^r Sylvie VERDIN |

P^r VICTORIN AHOSSI

Vice-doyen odontologie,
Université Bourgogne-Europe (Dijon)



Les nouvelles formations en odontologie apportent un dynamisme prometteur pour les régions françaises. Reste à relever le défi dans le recrutement des personnels enseignants. La France a connu un véritable essor dans le domaine de la formation en odontologie, avec la mise en place de huit nouvelles filières destinées à répondre à la demande croissante en soins bucco-dentaires et à renforcer l'attractivité de cette profession. L'implantation de ces nouvelles formations représente une véritable accélération dans le développement des régions. En accueillant de nouveaux centres de formation, ces territoires voient leur attractivité renforcée, attirant étudiants, jeunes praticiens et acteurs de la santé.

libéraux permettant d'assurer la qualité de l'enseignement et la supervision clinique. Le déficit actuel, dans ces catégories, est un obstacle majeur, qui risque de ralentir la montée en puissance des programmes.

En pratique, les enseignants en odontologie sont souvent très sollicités, notamment dans un contexte où leur charge de travail est déjà importante, ce qui limite leur disponibilité pour l'enseignement et la formation pratique. De plus, la concurrence entre les régions et les établissements pour attirer ces profils qualifiés complique la situation.

Le recrutement de praticiens libéraux souhaitant encadrer la formation pratique est également un défi. Ces professionnels,

La question du recrutement des enseignants constitue un frein à la réussite des nouvelles structures universitaires dans les régions.

essentiels pour assurer une formation de proximité de qualité, rencontrent des

Cela contribue à leur revitalisation, à la création d'emplois locaux et, bien sûr, à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires, notamment dans les zones rurales ou peu densément peuplées.

De plus, ces formations permettent un resserrement du maillage territorial, facilitant l'installation de praticiens. Elles favorisent aussi la diversification des parcours professionnels avec l'émergence de filières spécialisées ou innovantes, bénéfiques pour le tissu économique local.

Reste à résoudre la question des ressources humaines. Elle constitue un frein à la réussite. Nous parlons du recrutement des enseignants qualifiés et des praticiens

difficultés liées à la charge d'exercice, aux contraintes administratives ou encore à la pratique libérale elle-même.

Les nouvelles formations ouvrent de nombreuses perspectives pour renforcer la profession, améliorer la santé bucco-dentaire des populations et dynamiser le tissu régional. Il faut relever les défis liés au recrutement des enseignants et praticiens libéraux. Cela passe par une coopération accrue entre les établissements, les autorités sanitaires et les professionnels. Cette coopération est essentielle pour lever cet obstacle et garantir un avenir prometteur à la formation odontologique dans l'Hexagone. ●

Le rapport d'activité 2024 en téléchargement sur

[www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/
presse/rapport-dactivite-2024/](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/presse/rapport-dactivite-2024/)

2024

RAPPORT D'ACTIVITÉ

UNE ÉQUIPE

DES PRIORITÉS

DES ACTIONS



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES