

#ONCD la lettre

ACTUALITÉ. Handicap : grille
Apecs : mode d'emploi

TERRITOIRE. En Creuse,
Tel-e-dent se renforce

N° 187/21
DÉC. JANV.

REFUS DE SOINS

Ce que dit le législateur



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

ACTU

4

4. Publication judiciaire
5. Le Conseil national fait appel de la décision de l'Autorité de la concurrence
6. Patients en situation de handicap : grille Apecs, mode d'emploi
7. Pourquoi la cotisation n'augmente pas
8. Refus de soins : la nouvelle donne
10. Les comptes 2019 du Conseil national de l'Ordre
12. Des outils pour prendre en charge les patients avec handicap
14. L'élimination complète du mercure entre 2023 et 2030 ?
14. Bonne navigation sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr !

FOCUS

12

Europe : formation dentaire, la fin du statu quo



TERRITOIRE

19

En Creuse, Tel-e-dent se renforce pour faire entrer les soins dans les Ehpad



PRATIQUE

22

EN QUESTION

22. SPFPL : quelles sont les erreurs à ne pas commettre ?



JURIDIQUE

24. Refus de soins discriminatoires : l'analyse juridique



TRIBUNE

30

JOSEPH JOHN BARANES,
secrétaire général
du collectif de lutte contre
la dénutrition

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

Restons connectés   
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

#ONCD La Lettre n° 187 – décembre-janvier 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, 6, 14, 18. Adobestock : p. 23. Alexis Harnichard : p. 3, 7.

Olivier Jacquinet : pp. 19, 20, 21. DR : pp. 14, 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).

Reprendre le fil

2020 fut une année qui marquera l'histoire. Elle fut exécration mais des enseignements positifs en ont été tirés. Si, face à la pénurie des équipements de protection, l'Ordre a demandé aux praticiens de fermer leur cabinet dentaire, toute la profession en a compris les enjeux. Elle a, de plus, pris ses responsabilités en s'investissant dans la permanence des soins bucco-dentaires ou en se portant volontaire dans les services hospitaliers qui manquaient de bras. Elle a repris son exercice en appliquant des protocoles qui, aujourd'hui encore, freinent son activité. Elle saura en tirer les leçons. Car malgré tout, notre profession a su s'adapter et rester pragmatique. Elle apprendra de cette période. **Avec sérénité, nous pouvons donc réaffirmer ici qu'il n'y aura plus de fermeture des cabinets dentaires. La parenthèse est définitivement fermée.** Nous devons aller de l'avant et penser à l'avenir. L'avenir proche, d'abord. Par exemple, de manière très concrète, celui des étudiants de 6^e année qui s'inquiètent de leur année de clinique tronquée ou qui n'ont pu soutenir leur thèse avant la date butoir. Des réponses leur seront apportées. Elles sont d'autant plus nécessaires que beaucoup de praticiens, devant les événements inouïs qui se sont déroulés, ont anticipé leur départ à la retraite. Il n'est pas question que l'offre de soins bucco-dentaires s'affaiblisse. Il n'est pas question de laisser sur le bord du chemin ces étudiants et les praticiens en exercice. L'Ordre y prendra sa part.



SERGE FOURNIER
Président du Conseil national

Très bonne année 2021 à toutes et à tous.

Décision de l'Autorité de la concurrence n° 20-D-17 du 12 novembre 2020 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la chirurgie dentaire

« L'Autorité de la concurrence a sanctionné des pratiques anticoncurrentielles mises en œuvre par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes du 7 février 2013 au 18 décembre 2018, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Isère, et la FSDL du 8 octobre 2013 au 18 décembre 2018, et, enfin, les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Bouches-du-Rhône, de Dordogne, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin pour des périodes plus courtes d'une part, et par la CNSD devenue les CDF de novembre 2014 au 18 décembre 2018 d'autre part. Ces pratiques visaient à entraver l'activité des réseaux de soins dentaires.

Les pratiques du Conseil national de l'ordre, des conseils départementaux des Bouches-du-Rhône, de Dordogne, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin et la FSDL

Ces pratiques ont consisté en la mise en place d'une campagne de plaintes par le Conseil national, le conseil départemental isérois et la FSDL, destinée à encourager les chirurgiens-dentistes à porter plainte contre leurs confrères adhérents au réseau Santéclair, dans le seul but de les conduire à résilier leurs affiliations à Santéclair.

Ces trois organismes ont également, et individuellement, mis en œuvre diverses actions complémentaires visant à soutenir cette action concertée contre Santéclair et, plus généralement, à entraver l'activité de l'ensemble des réseaux de soins dentaires. À cet égard, le conseil national a notamment adressé aux conseils départementaux une circulaire « protocoles » datée du 7 novembre 2013 leur laissant entendre que ces réseaux méconnaissaient le code de déontologie. En ce qui les concerne, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Isère et la FSDL ont, par le biais de diverses communications professionnelles, encouragé les praticiens à se détourner des réseaux de soins. Les actions de la FSDL ont plus particulièrement visé les réseaux de Santéclair, Kalivia et Itélis, mais également le réseau des assurances du Crédit Mutuel, alors en cours de constitution, ainsi que l'un de ses partenaires commerciaux, la société GACD.

Quant aux conseils départementaux des Bouches-du-Rhône, de Dordogne, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, ils ont, par diverses communications professionnelles, également déconseillé à leurs ressortissants d'entrer ou de demeurer en relation contractuelle avec des réseaux, au risque de méconnaître le code de déontologie. Certaines de leurs actions de communication étaient d'autant plus dissuasives qu'elles précisaient que de tels manquements aux règles déontologiques étaient passibles de sanctions disciplinaires.

Les pratiques de la CNSD

La CNSD a, par diverses actions de communication, appelé les praticiens à refuser ou à cesser toutes relations contractuelles avec de tels réseaux. Elle a également mis en place une campagne de communication visant à dissuader les patients de s'orienter vers les praticiens recommandés par ces réseaux et fait pression sur le groupe des assurances du Crédit Mutuel et sur ses partenaires potentiels pour lutter contre l'émergence d'un nouveau réseau de soins.

Le caractère anticoncurrentiel de ces pratiques et leur sanction

L'ensemble de ces pratiques s'analyse comme des actions de boycott dirigées contre les réseaux de soins et destinées à entraver leur fonctionnement.

Elles constituent, par leur objet même, des infractions au droit de la concurrence au sens des articles L. 420-1 du code de commerce et 101 du TFUE.

Bien qu'elle n'y soit pas tenue, l'Autorité de la concurrence a relevé que ces pratiques infractionnelles avaient également eu des effets anticoncurrentiels puisqu'elles ont notamment conduit plusieurs chirurgiens-dentistes à résilier leur contrat d'adhésion aux réseaux Santéclair et Itélis.

Elle a souligné que ces pratiques étaient d'autant plus graves qu'elles ont été mises en œuvre par des instances ordinales, qui disposent d'une autorité morale importante, et des syndicats professionnels, investis d'une responsabilité particulière en matière de respect de la légalité et de diffusion du droit applicable.

Après avoir pris en compte le fait que le Conseil national de l'ordre et le conseil départemental de l'ordre du Bas-Rhin avaient déjà été sanctionnés pour des pratiques similaires par la décision n° 09-D-07 du 12 février 2009 relative à une saisine de la société Santéclair à l'encontre de pratiques mises en œuvre sur le marché de l'assurance complémentaire santé du Conseil de la concurrence, l'Autorité de la concurrence a décidé d'infliger les sanctions pécuniaires suivantes :

- 3 000 000 euros au Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ;*
- 57 000 euros au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Isère ;*
- 23 000 euros au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Bouches-du-Rhône ;*
- 4 000 euros au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Dordogne ;*
- 22 000 euros au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Bas-Rhin ;*
- 11 000 euros au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Haut-Rhin ;*
- 216 000 euros à la FSDL ;*
- 680 000 à la CNSD, devenue les CDF.*

Le texte intégral de la décision de l'Autorité de la concurrence est accessible sur le site www.autoritedelaconcurrence.fr »

Le Conseil national et les conseils départementaux ont décidé de former un recours contre cette décision de sanction.

Patients en situation de handicap : grille Apecs, mode d'emploi

Appliquer l'échelle des adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie (Apecs) pour la prise en soins des patients en situation de handicap. Par **Éric Magnier**, président de l'association Santé orale et soins spécifiques (SOSS).

Depuis le 1^{er} avril 2019, la tarification favorisant la prise en soins des personnes en situation de handicap a évolué avec l'introduction d'un supplément à l'acte (lire aussi *La Lettre n° 186*, novembre 2020, p. 5). Une tarification qui restait encore problématique puisqu'elle n'était accessible qu'à certains patients en fonction des allocations ou compensations dont ils bénéficiaient.

Depuis le 8 février 2020 (complété au 8 août 2020), ces suppléments concernent :

- Le supplément à l'acte de 100 € YYYY183 ;
- Le supplément à l'acte réalisé en plusieurs séances de 200 € YYYY185 ;
- Le supplément à l'examen bucco-dentaire (EBD) de 23 € ;
- La consultation complexe de 46 €.

Ces suppléments sont désormais liés, dans leur application, à la grille Apecs (échelle des Adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie). Elle permet de mieux couvrir le public visé par cette nouvelle tarification.

La grille Apecs, conçue et proposée par notre association, Santé orale et soins spécifiques (SOSS), et reprise dans l'avenant n° 3 de la Convention nationale des chirurgiens-den-



tistes, permet d'évaluer très rapidement la situation de la personne lors de la séance de consultation ou de soins.

Elle couvre sept domaines : communication, procédures facilitatrices, coopération, état de santé général, état de santé bucco-dentaire, autonomie, gestion médico-administrative. Elle doit être renseignée à l'issue de chaque séance, pour chaque patient. En effet, le patient concerné peut avoir des difficultés, qui s'expriment de façon différente selon le contexte du soin.

Un seul critère d'adaptation de la prise en charge « modérée » ou « majeure » dans un seul des domaines permet de déclencher l'application du supplément de

l'acte (YYYY183 et YYYY185), de l'examen bucco-dentaire ou de la consultation complexe. Cette grille est maintenant intégrée dans les outils métiers utilisés par la majorité des professionnels. Cela permet de réaliser plus rapidement la cotation et de la conserver pour d'éventuels contrôles par l'Assurance maladie.

À noter que la prise en charge de ces suppléments s'élève à 100 % pour le patient. Ce n'est à ce jour pas le cas pour la consultation complexe, qui s'élève à 70/30 %, et est donc à la charge majorée pour le patient.

Éric Magnier

**➕ D'INFOS : www.soss.fr
ou www.soss.fr/documents**

**JEAN-BAPTISTE FOURNIER
ET GUY NAUDIN,**

trésoriers du Conseil national

La cotisation n'augmente pas en 2021

Pour 2021, la cotisation ordinale ne change pas et reste à son niveau de 2017 ?

Oui. Les membres du bureau élus en juin 2018 ont maintenu et même amplifié cette politique. Le montant de la cotisation 2021 restera à 422 €. Sur proposition du bureau du Conseil national adoptée en session de décembre 2018, la cotisation des praticiens retraités a été minorée à 115 € à partir de 2019. Nous parlons ici de ceux qui veulent maintenir le lien avec l'Ordre et/ou qui veulent conserver la possibilité de prescription – strictement limitée à notre capacité professionnelle, et à la condition de conserver une RCP. C'est d'un mouvement à la baisse dont il faut parler, plutôt que de stabilité. Ajoutons à cela que cette politique s'accompagne d'une maîtrise des équilibres financiers de l'institution, ce qui implique des arbitrages.

C'est-à-dire ?

L'institution nationale élabore chaque année un budget prévisionnel, qui fait l'objet d'évaluations trimestrielles. Nos ressources sont encadrées, des choix doivent donc être faits. Ils se font d'ailleurs dans un contexte d'augmentation des charges qui pèsent sur tous les échelons de l'Ordre (départementaux, régionaux et national). À cet égard, les « petits » départements font face à des charges incompressibles qui augmentent d'année en année. Leurs

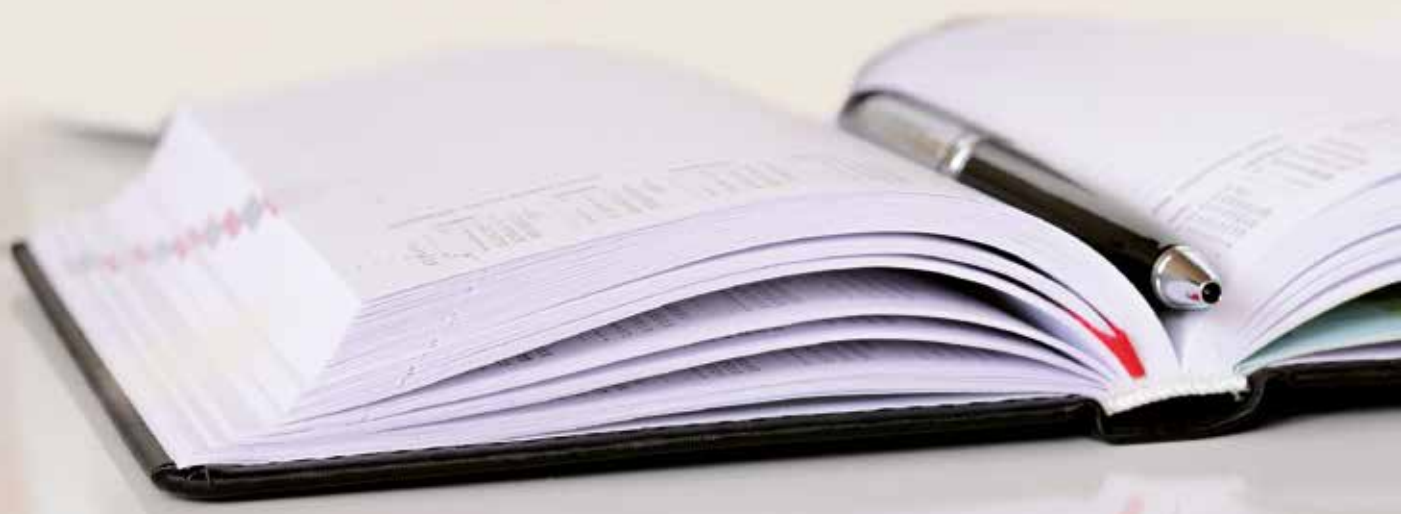


ressources (réversions, aides diverses du Conseil national) sont principalement basées sur le nombre de praticiens inscrits à leur tableau. Nous étudions actuellement la mise en place d'une méthode de réversion plus équitable qui prendrait en compte l'activité réelle des conseils départementaux et régionaux et non plus seulement le nombre de praticiens inscrits.

Quels sont vos messages aux praticiens ?

Le législateur a missionné l'Ordre en tant qu'autorité d'enregistrement des praticiens des professions réglementées. Ceux-ci doivent s'inscrire auprès de leur conseil départemental et, durant tout leur exercice, signaler toutes modifications d'adresse, de mail, et de téléphone. Quant au paiement de la cotisation, nous préconisons de l'effectuer en ligne. C'est une procédure sécurisée, rapide, qui permet d'obtenir immédiatement le justificatif fiscal. Le traitement des chèques bancaires est plus chronophage, coûteux, et nécessite un protocole d'enregistrement par nos services plus complexe (paiements multiples pour la même inscription). De ce fait, un délai de plusieurs jours est nécessaire pour obtenir le justificatif. À ce jour, seulement 27 % des règlements sont effectués en ligne. C'est trop peu, compte tenu des moyens de paiement actuels qui sont à privilégier.

Refus de soins : la nouvelle donne



Depuis la loi HPST de 2009, tout patient s'estimant victime d'un refus de soins, quelle que soit la forme de sa saisine de l'Ordre départemental ou de la CPAM – doléances, signalement ou plainte – voit son dossier traité comme une plainte formelle. Cette disposition a pour conséquence l'organisation obligatoire d'une tentative de conciliation. Cependant, la loi prévoyait une coopération entre l'Ordre départemental et la CPAM dans le traitement de ces plaintes, avec notamment la création d'une commission mixte de conciliation. Or, le texte qui en prévoyait les contours n'était pas encore paru. C'est désormais chose faite avec la parution récente du décret « refus de soins », au *Journal officiel* (1). Nous détaillons

ci-dessous cette nouvelle procédure. Elle se veut une réponse du législateur face aux refus de soins discriminants opposés à des patients par des professionnels médicaux et de santé.

Qu'est-ce qu'un refus de soins ?

Sur le principe, le Code de la santé publique (2) rappelle que « *personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins* ». Concrètement, sont considérées comme des refus de soins discriminatoires toutes pratiques « *tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit [...]* ». Pour autant, le texte valide les refus de soins qui sont fondés sur une exigence person-

nelle ou professionnelle « *essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* ». Autrement dit, par exemple, un praticien qui estime ne pas avoir les compétences suffisantes peut refuser un soin. Mais dans ce cas, il doit assurer la continuité des soins (en adressant le patient à un autre confrère, par exemple).

Toute saisine de patient vaut plainte

Le dispositif ne préjuge pas de l'existence d'un refus de soins, mais il laisse la porte ouverte au ressenti des patients. Ainsi, « *toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime* » peut saisir l'Ordre départemental ou la CPAM. Et, surtout, cette « *saisine vaut dépôt de plainte* ». Peu importe qu'il s'agisse d'un signa-

lement, de doléances, d'une plainte: toutes les saisines doivent être traitées comme s'il s'agissait d'une plainte. Il est important de savoir que la saisine peut émaner d'une association de patients agréée expressément mandatée par une personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire.

L'information au praticien incriminé

La plainte est systématiquement transmise au professionnel concerné. Si elle l'estime nécessaire, l'autorité qui a reçu la plainte (lire le paragraphe ci-dessous) peut auditionner le professionnel de santé concerné dans le mois qui suit la réception de la plainte, en l'absence du plaignant. Dans ce cas, un procès-verbal d'audition est rédigé par l'autorité, et transmis à la commission de conciliation (lire ci-dessous).

La compétence de l'Ordre et de la CPAM

L'Ordre départemental et la CPAM sont les acteurs-clés du dispositif. Le patient s'estimant victime d'un

refus de soin « peut saisir » le directeur de la CPAM ou le président du conseil de l'Ordre. De plus, le Code de la santé publique organise une véritable coopération entre ces deux institutions, puisque ces deux personnes vont conduire ensemble une conciliation entre le patient et le praticien incriminé. Chacun de ces organismes doit désigner deux membres titulaires et deux membres suppléants, nommés pour une durée de trois ans, chargés de les représenter au sein de la commission mixte compétente pour le département concerné.

La conciliation

Que la plainte du patient soit adressée à l'Ordre ou à la CPAM, ces deux organismes vont organiser la conciliation. En pratique, une conciliation est conduite « dans les trois mois de la réception de la plainte » par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil de l'Ordre départemental et de la CPAM. La commission peut recourir à toute personne qualifiée ou tout expert extérieur pour éclairer ses travaux. Le praticien peut se faire

assister ou représenter par toute personne de son choix, de même que le plaignant, qui peut également se faire assister ou représenter par une association de patients agréée. À noter que, s'il s'agit d'une récidive du praticien, il n'y a pas de conciliation: la plainte est directement transmise à la juridiction ordinaire régionale. La récidive est caractérisée lorsque le professionnel mis en cause a déjà fait l'objet, dans les six ans précédant la réception de la plainte, d'une sanction pour refus de soins discriminatoire prononcée par la juridiction ordinaire ou par la CPAM.

En cas d'échec de la conciliation

À l'issue de la conciliation et en cas d'échec, le conseil départemental de l'Ordre transmet dans les trois mois la plainte à la juridiction ordinaire régionale (chambre disciplinaire de première instance). Le conseil départemental de l'Ordre doit dûment y porter un avis motivé. Il peut aussi s'associer à la plainte. Il informe le directeur général de l'organisme local d'Assurance maladie de cette transmission, et par la suite, de la décision rendue par la juridiction ordinaire.

À noter que, en cas de carence du conseil départemental de l'Ordre d'organiser la tentative de conciliation ou de transmettre la plainte à la chambre disciplinaire de première instance en cas d'absence de conciliation, le directeur général de la CPAM prononce une pénalité contre le professionnel de santé. ●

(1) Décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020. Ce décret a pour objectif la mise en œuvre des dispositions des articles L. 1110-3 du Code de la santé publique relatif aux refus de soins illégitimes et discriminants, issus de la loi HPST de 2009.

(2) Article L.1110-3 du CSP.

UN BILAN ANNUEL

Le Code de la santé publique (article R. 1110-16) prévoit que les conseils nationaux des ordres et le directeur de l'Uncam adressent chaque année au ministre en charge de la santé un bilan des actions menées dans le cadre du dispositif « refus de soins ». Ce rapport est également transmis au Défenseur des droits ainsi qu'aux commissions d'évaluation des pratiques de refus de soins. Doivent figurer dans ce rapport, entre autres, le nombre de plaintes reçues, le nombre de professionnels ayant fait l'objet d'une plainte, le nombre de conciliations menées, le nombre de plaintes transmises aux juridictions ordinaires, le délai moyen de transmission aux juridictions, le nombre de sanctions prononcées.

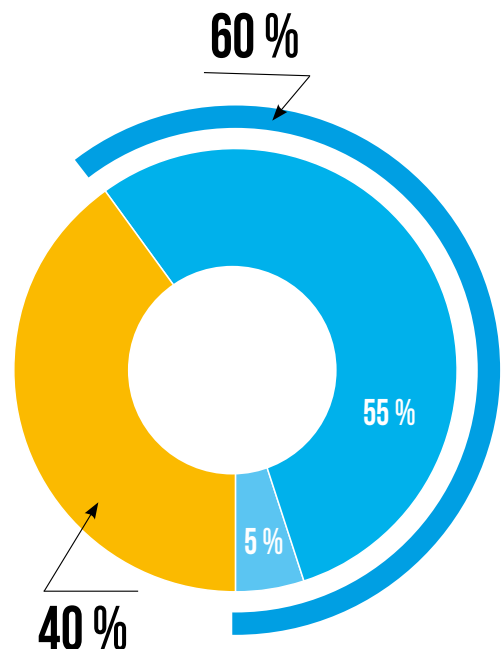
Les comptes 2019 du Conseil national de l'Ordre

Cette année encore, les comptes du Conseil national de l'Ordre sont équilibrés avec un solde d'exploitation positif de 211 K€ et un résultat financier de 1055 K€ et ce malgré une cotisation ordinaire inchangée depuis 3 ans. Cependant, un événement exceptionnel est venu grever le résultat de l'exercice. Il s'agit de l'affaire qui

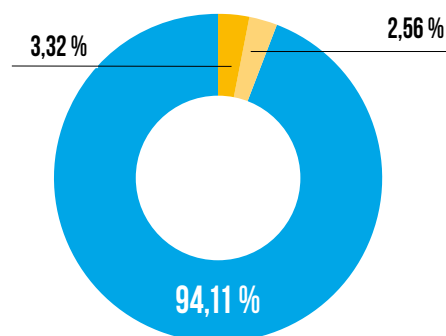
oppose le Conseil national à l'Autorité de la concurrence depuis plusieurs années, et qui arrive au terme de la procédure. Elle a contraint le Conseil national à passer une provision évaluée, selon les principes de prudence, à un montant de 2160 K€, expliquant un bilan déficitaire sur l'année écoulée de 929 K€.

VENTILATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ENTRE LES INSTANCES ORDINALES

- **60 %** : réversion aux conseils régionaux et départementaux, aides directes et indirectes (13 579 521 €) dont :
 - **55 %** : réversion des cotisations aux conseils régionaux et départementaux (12 376 412 €)
 - **5 %** : aides directes et indirectes aux conseils régionaux et départementaux (1 203 109 €)
- **40 %** : frais de fonctionnement du Conseil national (9 039 124 €)



RÉPARTITION DES PRODUITS DU CONSEIL NATIONAL 24 386 K€



- Cotisations (94,11 %)
- Produits financiers et exceptionnels (3,32 %)
- Reprises sur amortissements et provisions (2,56 %)

FRAIS DE FONCTIONNEMENT DE L'INSTITUTION : 22 618 K€

La ventilation 2019 des frais de fonctionnement de l'institution ordinale s'établit comme suit :

- > **12 376 K€** : quote-part des cotisations revenant aux conseils départementaux et régionaux
- > **1 203 K€** : aides versées par le Conseil national aux conseils départementaux et régionaux, ventilées comme suit :
 - 728 K€** : aides aux conseils à faible démographie, de gestion ; péréquation ;
 - 250 K€** : honoraires d'avocat reversés aux conseils départementaux et régionaux ;
 - 225 K€** : abonnement connexion au réseau et à la base de données ordinale.
- > **9039 K€** : quote-part des cotisations revenant au Conseil national

| ACTIF NET (en milliers d'euros) | 31/12/19 | 31/12/18 |
|------------------------------------|---------------|---------------|
| Immobilisations incorporelles | 718 | 577 |
| Immobilisations corporelles | 7 533 | 4 604 |
| Immobilisations financières | 1 770 | 1 796 |
| Créances et valeurs mobilières | 12 161 | 13 270 |
| Disponibilités | 5 971 | 6 810 |
| Compte de régularisation | 96 | 106 |
| TOTAL ACTIF | 28 249 | 27 163 |

| PASSIF NET (en milliers d'euros) | 31/12/19 | 31/12/18 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|
| Capitaux propres | 24 781 | 24 113 |
| Résultat de l'exercice | -929 | 667 |
| Provisions pour risques et charges | 2 160 | 147 |
| Dettes financières | 3 | 8 |
| Dettes d'exploitation | 1 040 | 971 |
| Autres dettes | 1 194 | 1 257 |
| TOTAL PASSIF | 28 249 | 27 163 |

| COMPTE DE RÉSULTAT (en milliers d'euros) | 31/12/19 | 31/12/18 |
|--|----------------|---------------|
| Produits d'exploitation – financiers et exceptionnels | 24 386 | 23 239 |
| Charges d'exploitation | 22 618 | 21 556 |
| Autres achats et charges externes | 5 185 | 4 436 |
| Impôts et taxes | 368 | 348 |
| Frais de personnel | 2 740 | 2 703 |
| Autres charges | 13 286 | 13 025 |
| Dotations aux amortissements et provisions | 1 039 | 1 044 |
| Résultat d'exploitation | 211 | 910 |
| Résultat financier | 1 056 | -230 |
| Résultat exceptionnel | - 2 178 | 7 |
| Impôts sur les bénéfices | 18 | 20 |
| Excédent de l'exercice | -929 | 667 |

Des outils pour prendre en charge les patients avec handicap*

Des « savoirs être » simples et des outils pédagogiques adaptés facilitent les soins bucco-dentaires aux personnes avec handicap.

L'association CoActis Santé, via ses deux sites Internet ressources handiconnect.fr et santebd.org, développe ce type de solutions en accès libre.



Consulter un chirurgien-dentiste génère chez bon nombre de patients une anxiété, un refus de coopération voire des réactions violentes. Pour les personnes vivant avec un handicap, et particulièrement les adultes et enfants avec une déficience intellectuelle ou des troubles du spectre de l'autisme (TSA), les conséquences sur la santé sont graves. Il existe pourtant des approches comportementales et des outils de communication adaptés qui permettent de lever les freins aux soins bucco-dentaires.

Prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous est un moment clé pour identifier les difficultés d'un patient

SantéBD :
des bandes dessinées personnalisées pour préparer les rendez-vous médicaux.

et anticiper la consultation. La personne en charge du secrétariat doit être formée et en capacité de :

- demander si le patient a des besoins spécifiques ;
- interroger l'aidant sur le rôle qu'il joue en consultation et comment se sont déroulés les soins par le passé ;
- proposer une heure de rendez-vous adaptée aux besoins du patient.

Parfois, une consultation blanche sera nécessaire, au cours de laquelle la personne viendra au cabinet uniquement pour rencontrer le chirurgien-dentiste et découvrir les locaux, les instruments, l'environnement sonore et les odeurs.

Dans tous les cas, il est pertinent de :

- mettre en ligne sur son site professionnel une photo de l'équipe et du cabinet dentaire ;
- conseiller de préparer la consultation en amont avec des supports adaptés et faciles à comprendre comme SantéBD ;
- insérer un lien vers les supports SantéBD dans l'email ou le SMS de confirmation du rendez-vous.

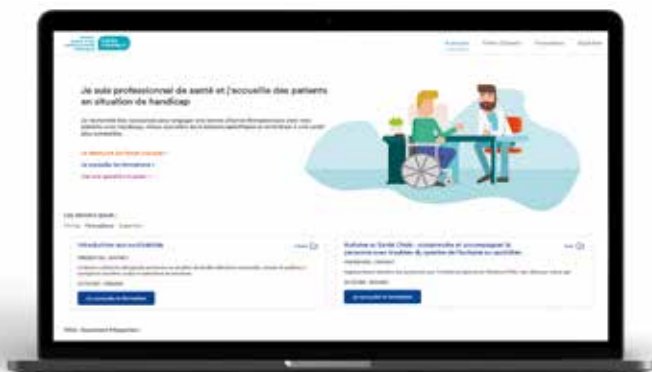
Salle d'attente

Il convient d'assurer une circulation aisée dans le cabinet avec une signalétique adaptée. Des posters, des bandes dessinées SantéBD et des flyers peuvent être disposés en salle d'attente. Des tablettes peuvent être mises à disposition.

Consultation

Une prise en charge de la douleur doit être, bien sûr, systématiquement anticipée et mise en place. Pendant l'examen, c'est non seulement le chirurgien-dentiste mais aussi l'assistant dentaire et la (ou le) secrétaire médicale qui doivent être mobilisés. Les fiches conseils HandiConnect permettent d'avoir les bons réflexes pour faciliter la consultation :

- établir le contact avec le patient en lui demandant son âge, où il habite... y compris auprès des patients « non verbaux » ;
- s'adresser au patient tout en s'appuyant sur l'expertise de l'aidant (alterner les regards...);
- employer des mots simples ou des images (« Le bruit fait comme un train »);



L'arbre décisionnel HandiConnect permet de décider ou non une réorientation du patient dans un service ou un cabinet ad hoc.

- proposer des distracteurs si c'est adapté : musique, vidéos, jeux ;
- toujours garder son calme. Citons le Dr Abbe-Denizot, chirurgien-dentiste : « Chaque séance et chaque patient est différent, c'est pourquoi la prise en charge doit continuellement s'adapter. J'ai un patient qui n'accepte les soins qu'à condition que je chante sa chanson favorite avec lui ! »
- Pour conclure, l'équipe dentaire doit avoir trois réflexes :
 - anticiper les besoins spécifiques du patient ;
 - s'appuyer sur l'aidant ;
 - anticiper et assurer systématiquement une prise en charge de la douleur.

* Cet article a été rédigé par CoActis Santé à l'issue d'une enquête auprès de chirurgiens-dentistes ayant une pratique régulière auprès de patients vivant avec un handicap.

L'élimination complète du mercure entre 2023 et 2030 ?



Dans un avis paru en août dernier, la Commission européenne recommande l'élimination progressive mais complète du mercure dans les amalgames dentaires.

Cet avis est la traduction, sans surprise, de la convention Minamata relative à l'élimination ou la réduction des usages du mercure dans le monde. Après enquête, la Commission programme la disparition du mercure dans les amalgames dentaires entre 2023 et 2030. Courant 2022, elle présentera une proposition législative visant l'abandon, étalé sur plusieurs années, de l'utilisation des amalgames dentaires.

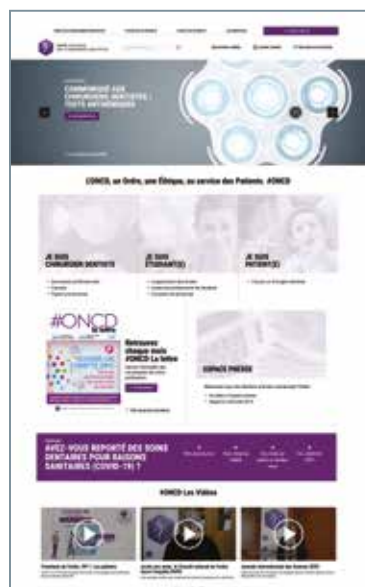
Des travaux préparatoires en 2021 présenteront une évaluation des matériaux d'obturation dentaire sans mercure. Sur ce point important, les conclusions des évaluations précédentes (notamment une étude de 2015) étaient prudentes. La Commission rapporte à ce propos la position de la profession en Europe sur le sujet et indique que les « organisations représentatives des [chirurgiens-]dentistes ont toutefois exprimé des préoccupations concernant le manque d'informations disponibles sur les matériaux sans mercure ainsi que sur le profil de sécurité et la biocompatibilité de certains matériaux, dont une partie contient du bisphénol A (BPA) et des nanoparticules ». Pour la Commission, si « les études scientifiques disponibles ont conclu que les rejets de BPA issus de certains matériaux dentaires ne comportent que des risques négligeables » pour la santé, elle sait néanmoins, grâce à l'enquête qui a nourri son avis, que « les impacts potentiels directs et indirects des matériaux sans mercure restent incertains ». Cela, toujours selon la Commission, en raison du manque de preuves scientifiques complètes, que les travaux préparatoires de 2021 devront combler. ●

PROFESSIONS LIBÉRALES

Sollicité dans le cadre d'une mission de l'Inspection générale des finances (IGF) consacrée aux mesures de simplification pour les professions libérales, le Conseil national a formulé plusieurs propositions. Il plaide ainsi pour que des dispositions relatives aux sociétés soient alignées sur celles applicables aux personnes physiques, notamment avec un régime d'autorisation ordinaire qui soit le même pour tous, quelle que soit la forme d'exercice et, bien entendu, dans le respect du code de déontologie. Ensuite, entre autres sujets abordés, et face à la progression importante, pour notre profession, du nombre de sociétés de participation financière de professions libérales (SPFPL), il en appelle à la parution du décret sur les SPFPL concernant les professions médicales et de santé (lire aussi l'article p. 22).

Bonne navigation sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr !

Le nouveau site Internet du Conseil national est en ligne. Au-delà de son approche graphique et de son ergonomie, totalement revues, la priorité du Conseil national est de mettre à la disposition des praticiens des services et des ressources pratiques pour faciliter leurs démarches et leurs besoins d'informations. Ainsi, un espace documentaire est désormais ouvert, qui s'enrichira au fil de l'eau, et propose d'ores et déjà des fiches téléchargeables pour les praticiens. Ces fiches sont ventilées dans cinq grandes rubriques : Ordre/Institution, Chirurgien-dentiste/Cabinet, Chirurgien-dentiste/Exercice et diplômes, Chirurgien-dentiste/Organismes, Chirurgien-dentiste/Patients. Par ailleurs, tous les contrats et toutes les affiches (qu'elles soient obligatoires ou non) sont désormais téléchargeables sur le site. Les praticiens ont aussi la possibilité de s'inscrire pour recevoir les newsletters du Conseil national. Le site propose, bien sûr, des vidéos d'information ainsi que des actualités. Enfin, un service d'annonces gratuites est mis à la disposition des praticiens. Bonne navigation sur : www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr !





FOCUS



EUROPE

**Formation dentaire,
la fin du statu quo**





Pandémie oblige, c'est sous forme de visioconférence que la réunion d'automne des ordres européens, réunis au sein de la Fedcar, s'est tenue le vendredi 27 novembre. Une réunion organisée par le Conseil national et animée par Christian Winkelmann, président de la commission Législation et Europe du Conseil national. Parmi les thèmes qui ont marqué la réunion, la formation en Europe s'est taillée la part du lion car s'ouvre désormais une période de transition.

Plusieurs annonces laissent présager la fin du statu quo en Europe s'agissant de la formation, avec un basculement dans une période où Commission européenne et Fedcar poursuivent leur agenda respectif mais complémentaire sur cette question cruciale.

Annoncée à Paris en exclusivité lors de la Fedcar de l'automne 2018, la mise à jour (1) de la formation dentaire a pris du retard. Le processus a enfin commencé en septembre dernier, comme l'a confirmé le représentant de la Commission européenne aux membres de la Fedcar réunis en visioconférence le 27 novembre 2020.

L'étude préparatoire à cette mise à jour de la formation dentaire est en cours, conduite par un cabinet de consultants. Cette étude durera 18 mois. Toutes les parties prenantes seront consultées. À l'issue de cette étude, le cabinet transmettra ses recomman- ➔

SUIVI DES SANCTIONS, QUALIFICATIONS : OÙ EN EST-ON ?

Dans le cadre de la réunion de la Fedcar du 27 novembre dernier, lors des échanges, avec le représentant de la Commission européenne, Christian Winkelmann, président de la commission Législation et Europe du Conseil national, n'a pu que regretter la défaillance de l'État français dans la mise en œuvre du mécanisme d'alerte des sanctions professionnelles (lire aussi *La Lettre n° 186*, page 4). Une défaillance unique dans l'Union européenne, et qui expose les patients au risque qu'un praticien condamné s'installe sur le territoire national ou s'expatrie dans un pays de l'UE. Les confrères italiens ont tenu à mettre la suite de cette discussion à l'agenda de la réunion de printemps de la Fedcar, au Luxembourg.

Christian Winkelmann a également regretté que, en France, dans certains cas exceptionnels, le Conseil d'État ait contraint l'Ordre français à reconnaître des parcours d'études de praticiens qui, en pratique, n'ont pas suivi cinq années d'étude complètes ni 5 000 heures de formation. Ces praticiens ont reçu, via différentes passerelles, un diplôme délivré par une formation privée. Le caractère automatique de la reconnaissance empêche, dans ce cas, l'Ordre d'exercer ses prérogatives de vérification des diplômes et de protection du patient.



➔ dations à la Commission européenne. Des recommandations basées sur des propositions ayant fait le consensus de toutes les parties prenantes en matière médico-biologique et odonto-stomatologiques.

Enseigner en temps de Covid-19

Il n'est pas interdit de penser que cette étude prendra en compte l'impact qu'a eu l'épidémie sur les modes d'enseignement de la médecine bucco-dentaire. Un impact majeur puisque, selon une étude des enseignants européens réunis au sein de l'ADEE (2), 80 % des facultés de chirurgie dentaire européennes ont dû revoir leurs enseignements pendant la première vague, comme l'a exposé le Pr Tubert-Jeannin, de l'Université Clermont Auvergne. Certes, la digitalisation a pris le relais (cours en ligne, voire passage d'examens à distance, accès aux services universitaires, etc.), mais les facultés ont aussi cherché des solutions pour développer la participation des étudiants à distance. Plus profondément, ces facultés envisagent désormais de mettre l'accent sur des domaines jusqu'à présent périphériques comme la santé publique ou la gestion de risque. La future formation européenne en prendra peut-être acte.

Étudier en temps de Covid-19

Mais d'un point de vue plus pratique, quid du regard des étudiants sur l'enseignement virtuel de notre métier médical ? James Caghan, représentant les étudiants européens au sein de l'EDSA, a détaillé les trois points principaux de l'enquête interne conduite par son association. En premier lieu, les étudiants déclarent qu'ils travaillent moins en temps de confinement. En deuxième lieu, ils s'inquiètent de leur niveau de formation globale compte tenu des travaux pratiques et du temps de pratique clinique manqués (92 % des établissements d'enseignement dentaires ont fermé lors du premier confinement). Enfin et peut-être surtout, deux cinquièmes des répondants disent éprouver de l'épuisement moral et/ou un besoin de soutien psychologique. ➔

Quel est le niveau de préparation des primo-inscrits ?

Brexit ou pas, la Fedcar maintiendra ses liens avec l'Ordre britannique, le General Dental Council, dont les retours d'expérience sont toujours instructifs. Il en est ainsi d'un audit, dont les résultats ont été présentés lors de la réunion de la Fedcar par le Dr Hannah Pugh, qui a mesuré l'état de préparation des primo-inscrits à l'exercice. Des confrères d'outre-Manche émettaient en effet des doutes sur ce niveau de préparation, et le General Dental Council a voulu en avoir le cœur net. L'audit conclut à une bonne préparation des nouveaux inscrits. Il souligne l'avantage du « stage de proximité » facultatif, récemment mis en place, qu'un jeune praticien peut suivre afin de mieux se préparer aux aspects pratiques du métier. L'audit relève aussi les domaines où progresser, tels :

- un accroissement de l'expérience clinique lors de la formation initiale ;
- la multiplication des « stages de proximité » permettant aux étudiants de mieux comprendre les soins primaires ;
- une clarification des attentes des nouveaux praticiens lors de leur inscription ;
- la nécessité d'un soutien tant clinique que confraternel pendant la (ou les) première année de pratique.

À noter que le General Dental Council, toujours orienté par le besoin de garantir « la sécurité du patient » et d'agir « dans l'intérêt du public », a également conduit une enquête sur le professionnalisme des primo-inscrits. Une première, avec des résultats globalement positifs. Parmi les menaces croissantes « pesant sur le professionnalisme » ont été repérées : les médias sociaux, les demandes de dentisterie esthétique et, enfin, le temps/financement limité. L'ordre britannique poursuivra son travail sur ces résultats en 2021. ●

➔ Le futur de la formation odontologique

Nous avons évoqué plus haut l'agenda de la Commission européenne pour mettre à jour la formation en chirurgie dentaire. Mais à côté de cet agenda législatif, il y a l'agenda de la Fedcar, qui poursuit son travail sur le futur de notre formation. Le Pr Tubert-Jeannin a présenté l'avancement du projet européen Erasmus + « O-Health-Edu », dont les recommandations sont attendues en 2023 pour former « les professionnels de santé orale, acteurs de santé publique ». Un projet ambitieux qui s'articule autour de trois objectifs : mieux connaître les modalités de formation des professionnels, aboutir à une compréhension partagée des enjeux entre les acteurs et décideurs européens et, enfin, développer une vision pour l'avenir de la formation des professionnels de la santé orale en définissant des priorités stratégiques. Un premier bilan des informations disponibles a déjà été établi à propos de la formation en odontologie en Europe (3). O-Health-Edu a procédé également à une consultation des parties prenantes à propos de sept priorités de formation qu'il met en avant. Enfin, un document de consensus reflétera la position des partenaires sur l'état actuel de la formation des professionnels de la santé bucco-dentaire en Europe. ●



(1) Mise à jour minimale prévue au droit européen, annexe V de la directive 2005/36 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

(2) Quinn B., Field J., Gorter R., Akota I., Manzanares M.C., Paganelli C., Davies J., Dixon J., Gabor G., Amaral Mendes R., Hahn P., Vital S., O'Brien J., Murphy D., Tubert-Jeannin S. COVID-19: The immediate response of european academic dental institutions and future implications for dental education. *Eur J Dent Educ.* 2020 May 11:10.1111/eje.12542.

(3) Dixon J., Manzanares-Cespedes C., Davies J., Vital S., Gerber G., Paganelli C., Akota I., Greiveldinger A., Murphy D., Quinn B., Roger-Leroi V., Tubert-Jeannin S., Field J. O-HEALTH-EDU: A scoping review on the reporting of oral health professional education in Europe. *Eur J Dent Educ.* 2020 Aug 20: 10.1111/eje.12577.

PARODONTOLOGIE : TOUJOURS PAS D'ACCORD

Il manque une majorité entre États de l'Union européenne pour permettre à la parodontologie de devenir la troisième spécialité dentaire à reconnaissance automatique dans le « marché intérieur ». Les deux réunions de travail sur ce sujet en 2020 n'ont pas réussi à faire bouger les lignes. L'association européenne de parodontologie est en train de se rapprocher des États opposés à cette reconnaissance pour mieux comprendre leur position. Une première tentative avait déjà été conduite courant 2014 pour aboutir au même résultat négatif en 2015.



En Creuse, Tel-e-dent se renforce pour faire entrer les soins dans les Ehpad



Le matériel nécessaire à Fanny Lecorguillé pour la prise de vue en Ehpad tient dans un sac de voyage : endoscope ORL avec son optique, ordinateur portable, petit matériel.

La carence de soins bucco-dentaires des résidents des Ehpad est une problématique de santé publique parfaitement identifiée. Tel-e-dent, dispositif innovant de télé-expertise bucco-dentaire mis en place au centre hospitalier de Guéret, en 2018, constitue une alternative intéressante pour pallier cette pénurie et proposer un accès aux soins dentaires aux résidents entrant en institution. « J'ai toujours été sensibilisé par les patients en situation de vulnérabilité, plus particulièrement les personnes âgées en perte d'autono-

mie », explique Bernard Saricassapian qui, après une vingtaine d'années d'exercice libéral en région parisienne et à l'institut Gustave Roussy, a opté pour une carrière hospitalière à temps plein. Après un poste de praticien hospitalier au CHU de Limoges, il intègre en 2007 le centre hospitalier de Guéret, où il crée l'Unité fonctionnelle d'odontologie, dédiée à la prise en charge des patients à besoins spécifiques. « La Creuse, département sous-doté en chirurgiens-dentistes, compte 2 610 résidents répartis sur 37 Ehpad dont la plupart ne bénéficient pas de soins ➤



➔ dentaires ». En 2013, il propose, en partenariat avec Alain Queyroux, chirurgien ORL, une procédure de télé-expertise faisant appel à une délégation de tâches: sur demande de l'Ehpad, une infirmière formée à cette mission et munie d'un endoscope d'ORL, se rend dans l'établissement afin d'enregistrer des vidéos de la cavité buccale des résidents. Ces vidéos sont analysées à distance et de manière asynchrone par un chirurgien-dentiste afin d'établir un primo-diagnostic et proposer au résident un parcours personnalisé de soins (PPS).

Une procédure validée par une recherche clinique soutenue par le centre d'investigation clinique du CHU de Limoges, conduite en 2014-2015 auprès de 237 patients dans cinq Ehpad de Creuse et trois autres à Cassel, en Allemagne, afin de comparer la qualité de l'examen visuel en présentiel et sur écran. Convaincants, les résultats ont été publiés en 2016 sous l'égide du Pr Achille

Pour l'examen à l'Ehpad, une salle équipée d'un point d'eau est nécessaire ainsi que l'aide d'un agent, ce qui est parfois difficile à obtenir compte tenu des problèmes d'effectif.

Tchalla (département de gérontologie du CHU de Limoges) dans le *Journal of American Medical Directors Association (JAMDA)*. Dès lors, un financement pour le déploiement du dispositif est octroyé par l'ARS. « La mission de l'infirmière est prépondérante », souligne le Dr Saricassapian. Un rôle assumé avec enthousiasme par Fanny Lecorguillé qui, selon un protocole précis, enregistre de manière non invasive l'ensemble de la cavité buccale avec un endoscope d'ORL. Elle assure également le recueil auprès de l'équipe soignante de toutes les informations médicales et administratives nécessaires ainsi que les doléances éventuelles exprimées par le résident ou ses proches. Autant d'informations complémentaires qui, avec la vidéo, permettent au chirurgien-dentiste d'établir un primo-diagnostic et une éventuelle proposition de parcours de soins transmis au médecin requérant qui informe le résident. Le Dr Saricassapian poursuit: « Si le



Dans la semaine qui suit la prise de vue, Bernard Saricassapian interprète la vidéo et rédige un rapport transmis au médecin requérant. Une visite en présentiel à l'hôpital permet ultérieurement d'établir un plan de traitement avant que ne débute véritablement la prise en charge.



Après avoir créé Tel-e-dent en 2016, Bernard Saricassapian se réjouit de transmettre le relais à de jeunes praticiens.

résident accepte la proposition de soins, un rendez-vous est programmé, soit chez le chirurgien-dentiste habituel, soit sur le plateau technique de l'hôpital pour une consultation initiale en présentiel. Le parcours personnalisé de soins est alors initié par un plan de traitement adapté ».

En 2018, 450 patients ont bénéficié du dispositif Tel-e-dent, dont l'intérêt majeur est de limiter les déplacements intempestifs des résidents. Actuellement, dix Ehpad ainsi qu'un centre Apajh (adultes handicapés) ont passé une convention avec le centre hospitalier pour bénéficier du dispositif Tel-e-dent, et deux établissements sont en attente. L'Unité de Guéret verra dès 2021 son effectif médical s'étoffer avec l'arrivée d'un spécialiste en médecine bucco-dentaire, dont l'exercice sera principalement orienté vers les jeunes patients en situation de handicap, et un autre praticien qui prendra en charge les adultes et personnes âgées. Ainsi, le service d'odontologie aura pour vocation de devenir un centre de référence dans la prise en charge des patients à besoins spécifiques. ●

LE MOT DE DOMINIQUE RAYNAUD,

VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE NOUVELLE-AQUITAINE



Tel-e-dent est une réponse innovante et pertinente dans notre département sous-doté dont la densité s'élève à 36 praticiens pour 100 000 habitants, la moyenne nationale s'établissant à 66 praticiens pour 100 000 habitants. Le dispositif permet de réguler l'offre de soins en fonction de la demande, dans un contexte où

les cabinets dentaires sont souvent débordés. Il a aussi et surtout permis de casser une situation où la rareté des soins bucco-dentaires pour les résidents en Ehpad était considérée comme un fait acquis. Tel-e-dent s'inscrit dans la logique du plan quinquennal d'action du conseil régional de l'Ordre, qu'a initié Bernard Placé, son président, en collaboration avec l'URPS, l'UFSBD et l'UFR de Bordeaux, et avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Outre la mise en place des référents « Dépendance, Handicap, Précarité » dans tous les ordres départementaux de la région, l'objectif de ce plan consiste à soutenir et pérenniser les initiatives orientées sur l'accès aux soins pour tous. Citons Oasis, dans la Vienne, à l'initiative de Pierre Fronty, ou encore Epadhent, dont Jean-Baptiste Fournier, trésorier du Conseil national et représentant l'ex-région Limousin, fut l'un des concepteurs.

EN QUESTION : FISCALITÉ ET DÉONTOLOGIE

SPFPL : quelles sont les erreurs à ne pas commettre ?

Depuis plusieurs années, dans le sillage du développement des SEL, les sociétés en participation financière des professions libérales (SPFPL) ont le vent en poupe auprès des chirurgiens-dentistes. Ce statut juridique est regardé comme un moyen d'alléger les charges fiscales. De fait, les principaux avantages d'une SPFPL résident dans la réduction des intérêts d'emprunt, dans l'entrée dans le régime des sociétés mères et filiales et celui de l'intégration fiscale. Autre avantage : le régime des plus-values réalisé sur cession de titres de SEL pourra bénéficier d'abattements en cas de départ à la retraite selon la durée de leur détention.

Ces avantages ne doivent pas faire oublier que nous exerçons une profession médicale régie par le Code de la santé publique et un code de déontologie dont la vocation est d'encadrer notre exercice. L'aspect économique, faut-il le rappeler, n'est qu'une dimension de notre métier. Le respect de principes fondamentaux demeure, et notamment l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce et l'indépendance professionnelle, comme on va le voir plus bas.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA SPFPL

Concrètement, la société de participations financières de profession libérale de chirurgiens-dentistes est une société « holding » qui a pour objet la détention d'actions ou de parts d'une SEL de chirurgiens-dentistes ou tout groupement étranger

ayant pour objet l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.

Une SPFPL de chirurgiens-dentistes possède deux grandes caractéristiques énumérées ci-après.

- Ce n'est pas une société d'exercice. La SPFPL de chirurgien-dentiste n'exerce pas la profession de chirurgien-dentiste par l'intermédiaire de ses membres.

- C'est une société mono-professionnelle. Cela signifie qu'une SPFPL de chirurgiens-dentistes ne pourra détenir des parts ou des actions que dans des SEL de chirurgiens-dentistes.

Outre ces deux grandes caractéristiques, il convient aussi de distinguer deux types de SPFPL.

- La SPFPL composée uniquement d'associés exerçant au sein de la SEL cible*.

Dans cette situation, la SPFPL est autorisée à détenir plus de la moitié du capital et des droits de vote de la SEL cible*.

- La SPFPL composée de chirurgiens-dentistes non exerçant au sein de la SEL cible*.

Dans cette situation, la SPFPL peut uniquement détenir un complément de capital dans la SEL cible, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas avoir plus de la moitié du capital et des droits de vote de la SEL.

Voilà pour les grands traits de la SPFPL, dont la profession attend d'ailleurs toujours un décret d'application la concernant spécifiquement. En attendant la parution de ce texte, la loi du 31 décembre 1990 pose des règles quant à la constitution d'une SPFPL de chirurgiens-dentistes et l'association de cette dernière avec une SEL de chirurgiens-dentistes.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

Quelles sont les erreurs les plus fréquentes commises par les praticiens? En soi, la constitution d'une SPFPL de chirurgiens-dentistes ne pose pas de difficultés majeures. C'est l'intégration de cette dernière au sein d'une SEL de chirurgiens-dentistes qui est source d'erreurs. Ainsi, il est fréquent de voir un associé céder l'ensemble des parts de sa SEL de chirurgiens-dentistes à sa future SPFPL. Or, une SEL ne peut pas être uniquement composée d'une SPFPL. La raison en est simple: une SPFPL n'est pas une société d'exercice. En d'autres termes, une SEL, privée d'associé mais exerçant la profession de chirurgien-dentiste, ne

remplit plus son objet social qui, pour rappel, est l'exercice de la profession par l'intermédiaire de ses membres. La SEL n'est donc plus conforme aux dispositions de la loi du 31 décembre 1990. Ajoutons à cela la nécessité de veiller à ce que les statuts de la SEL soient mis à jour afin de permettre l'intégration d'une SPFPL de chirurgiens-dentistes.

Ensuite, la SPFPL peut exercer toute autre activité, mais sous réserve d'être destinée exclusivement aux sociétés dont elle détient des participations.

Autre point important: une SPFPL de chirurgiens-dentistes ne peut détenir des parts ou actions que dans deux SEL de chirurgiens-dentistes et ce, afin de respecter les principes déontologiques qui régissent la profession de chirurgien-dentiste, c'est-à-dire, répétons-le, l'interdiction de pratiquer la profession comme un commerce et le respect de l'indépendance professionnelle. Fort logiquement et de la même manière, une même personne physique et morale exerçant la profession de chirurgien-dentiste ne peut détenir des participations que dans deux SPFPL de chirurgiens-dentistes.

LE DOSSIER AU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Parmi les pièces obligatoires à communiquer au conseil départemental lors du dépôt du dossier de constitution de la SPFPL, il est important de ne pas omettre la note d'information désignant la (ou les) SEL de chirurgiens-dentistes dont les parts sociales ou actions seront détenues par la SPFPL. Il conviendra d'y préciser la répartition du capital qui résulte de ces participations pour chacune d'entre elles. Attention: en l'absence de ce document, le dossier ne sera pas étudié. ◆

André Micouleau

**La « SEL cible » est une SEL dont une partie des parts ou des actions est détenue par une SPFPL.*

Refus de soins discriminatoire : l'analyse juridique



La loi du 22 décembre 2018, codifiée à l'article L. 1110-3 du Code la santé publique, prohibe le refus de soins discriminatoires. Le décret d'application de cette loi a vu le jour récemment, plus exactement le 2 octobre 2020. La présente chronique est divisée en trois temps, chacune reprenant les apports de ce décret. Signalons dès à présent que le Conseil national de l'ordre et le directeur de l'UNCAM sont tenus d'établir un bilan quantitatif (1) portant sur les données suivantes : nombre de plaintes reçues, de praticiens concernés, de conciliations menées (délai moyen entre la réception de la plainte et la conciliation), de plaintes transmises à la juridiction disciplinaire, de sanctions prononcées. Ce bilan est communiqué aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ainsi qu'au défenseur des droits et aux commissions d'évaluation des refus de soins (2).

(1) Article R. 1110-16 du Code de la santé publique.

(2) Article D. 4122-4-2.



La question centrale de la preuve

RÉSUMÉ. Le refus de soins est juridiquement licite, mais uniquement sous certaines conditions posées à la fois par le Code de déontologie et par l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique. Ainsi, le refus de soins reposant sur un motif discriminatoire est-il interdit... L'on recense plus d'une vingtaine de raisons prohibées parmi lesquelles le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé, du dispositif d'aide médicale ou encore le handicap, l'appartenance à une ethnie (etc.). Ce dernier texte, issu de la loi du 22 décembre 2018, vient d'être complété par un décret du 2 octobre 2020 qui précise les contours du refus de soins discriminatoire.

LE CONTEXTE

Nul n'ignore que le Code de déontologie régit le refus de soins. L'article R. 4127-232 est la source juridique d'un « droit au refus de soins » pour des raisons professionnelles ou personnelles; ce même texte, cependant, encadre un tel refus par trois règles. Tout d'abord, il prescrit une exception au droit au refus: « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité (...)* ». Ensuite, il pose deux conditions à ce droit: d'une part, « *ne jamais nuire de ce fait à son patient* »; d'autre part, « *s'assurer de la continuité des soins et fournir à cet effet tous renseignements utiles* ». Enfin, il rappelle un principe de non-discrimination par un renvoi à l'article R. 4127-211.

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, codifiée à l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, est venue apporter des éléments supplémentaires relativement au refus de soins. Aussi ce dernier est-il licite s'il est « *fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de*

l'efficacité des soins ». Si le code de déontologie évoque les raisons professionnelles ou personnelles, la loi ajoute qu'elles doivent revêtir les caractères « *essentiel et déterminant (...)* ». En outre, l'article L. 1110-3 interdit le refus de soins reposant sur un motif discriminatoire (notamment l'origine, le sexe, la situation de famille, l'état de grossesse, l'apparence physique, la perte d'autonomie, le handicap, etc.) y incluant les bénéficiaires de la « *protection complémentaire en matière de santé* » ou du « *dispositif d'aide médicale* ». Soulignons que la loi n° 2018-1203 du 22 décembre contient une disposition aux termes de laquelle les modalités d'application de l'article L. 1110-3 sont fixées par « *voie réglementaire* ». Le décret d'application n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 vient de paraître, plus de vingt mois après la publication de la loi... Le nouvel article R. 1110-8 du Code de la santé publique revient sur ce qui constitue un refus de soins discriminatoire.





➔ L'ANALYSE

Ce dernier texte vise « toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination (évoqués ci-dessus) ».

Chacun aura pu constater l'extrême généralité de la formulation retenue. En bref, aucune « pratique » (acte, geste par commission voire par omission) ayant pour finalité de refouler un patient n'y échappe. Encore faut-il qu'elle soit prouvée. Les articles L. 1110-3 et R. 1110-8 ne contiennent aucune règle relativement au droit de la preuve. Tout moyen de preuve licite est susceptible d'être

utilisé (témoignage, écrit – ce qui sera rare). Un rapport du défenseur des droits, daté du 1^{er} octobre 2019, présente une analyse notamment sur les résultats du « testing téléphonique », méthode dont il est écrit (p. 11) qu'elle « est largement utilisée dans la littérature sur les discriminations et est reconnue comme étant l'une des seules permettant d'apporter une preuve objective et directe d'une différence de traitement entre des candidats à une offre ». La preuve est effectivement un point à la fois crucial et délicat. L'absence de rendez-vous après un ou plusieurs appels téléphoniques en lui-même n'établit pas un refus de soins pour un motif illégal. Assistera-t-on à une forme d'enquête fine basée sur des indices concordants? La commission de conciliation qui sera saisie n'a pas un tel rôle (lire l'article ci-après). ●

David Jacotot



La conciliation spécifique

RÉSUMÉ. Le décret du 2 octobre 2020 vient compléter l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique ; il précise non seulement la procédure de conciliation mais aussi l'organisation de la commission de conciliation, légalement mixte (deux représentants du conseil départemental, et deux représentants de l'organisme local d'Assurance maladie).

LE CONTEXTE.

L'article L. 1110-3 du Code de la santé publique prévoit la faculté pour la personne « *qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire* » de déposer une plainte soit auprès du directeur de l'organisme local d'Assurance maladie, soit auprès du « *président de l'ordre territorialement compétent* ». Si le second est saisi, il en informe le premier ; et vice versa. Le destinataire de la plainte en accuse réception à l'auteur et prévient le professionnel de santé mis en cause, et « *peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.* »

Chacun l'aura remarqué en l'état de cette phase préalable, ne sont pas acquis ni l'existence d'un refus de soins, ni a fortiori son caractère discriminatoire ; une personne, est-il écrit, « *s'estime victime* ». Cette dernière en quelque sorte déclenche une procédure, et ce par une « *saisine* » dont il est dit qu'elle « *vaut dépôt de plainte* ». Même si le mot plainte n'est pas mentionné dans la lettre de saisine, même si la volonté de la personne est incertaine, le courrier qui évoque ledit refus doit être regardé comme une plainte.

L'article L. 1110-3 pose ensuite le principe (1) d'une « *conciliation* » qui est menée dans les trois mois à compter de la réception de la plainte par une « *commission mixte* » ; mixte en ce

sens qu'elle est composée de représentants à la fois de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'organisme local d'Assurance maladie. En cela, c'est une conciliation spécifique, distincte de celle classiquement mise en œuvre dans le cadre d'un différend patient / praticien. Quel est son objet ? L'on doute que le praticien avouera un refus de soins discriminatoires, donc une illégalité... S'agit-il de convaincre de l'absence d'un refus illégal (refus, il n'y a pas ; refus certes mais pour un motif licite) ? Est-il envisageable que les parties conviennent d'un rendez-vous pour que soit réalisé un traitement ?

Quoi qu'il en soit, en cas de conciliation, l'affaire est terminée... Elle peut résulter du retrait de la plainte, décidé par son auteur.

ANALYSE.

L'article R. 1110-11, issu du décret de 2020, traite de la procédure de conciliation, laquelle est spécifique. Seront ici présentées les données nouvelles. L'on y apprend que la personne adresse sa saisine au président du conseil départemental des chirurgiens-dentistes (ou au directeur de l'organisme local d'Assurance maladie). Sans que cela soit clairement dit, la saisine prend la forme d'un courrier, donc d'un écrit, recommandé avec accusé réception (2) qui mentionne son identité (donc pas de « *plainte* » ➡



➔ *anonyme* »), ses coordonnées, une description des faits reprochés ainsi que tout élément permettant de déterminer le praticien mis en cause. Le décret autorise la plainte déposée par une association d'usagers, laquelle doit avoir reçu un mandat exprès de la part de la personne s'estimant victime.

Le destinataire de la plainte dispose d'un délai de 8 jours pour en accuser réception auprès de son auteur et informer le professionnel de santé visé. Ce dernier peut être convoqué pour une audition – ce n'est pas une obligation – par le conseil départemental ou le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie dans le délai d'un mois à compter de la réception de la plainte.

La conciliation, quant à elle, intervient dans un délai de 3 mois

à compter de la réception de la plainte; c'est le secrétariat de la commission de conciliation qui convoque les parties 15 jours au moins avant la séance de conciliation. Le lieu où ladite séance se déroulera est fixé d'un commun accord entre l'organisme local d'Assurance maladie et le conseil départemental, à défaut elle se fera dans les locaux de l'autorité qui a reçu la plainte (3). Les parties peuvent être assistées ou représentées (4) par la personne de leur choix (5). La commission a la faculté de faire appel « à toute personne qualifiée ou tout expert extérieur ».

Le secrétariat de la commission de conciliation rédige un « relevé de séance, signé en séance par les parties ». Quatre exemplaires au total, un pour chaque partie, un pour le conseil de l'ordre et un



pour l'organisme local d'Assurance maladie, remis dans les 8 jours à compter de la séance de conciliation.

L'article R. 1110-9 concerne la composition de la commission de conciliation: deux conseillers ordinaires départementaux et deux représentants de l'organisme local d'Assurance maladie sont désignés pour 3 ans (6); sachant que la commission peut siéger uniquement si au moins un représentant de chaque autorité est présent. Les membres ordinaires de la commission doivent être désignés dans un délai maximal de 3 mois à compter de la publication du décret du 2 octobre 2020 (7). L'article R. 1110-9 ajoute que le secrétariat est assuré par l'instance qui reçoit la plainte. Bien évidemment, les membres de la commission sont soumis au secret. ●

David Jacotot

(1) *Sauf en cas de récidive qui est comprise comme le prononcé d'une sanction définitive pour refus de soins discriminatoire dans un délai de 6 mois avant le dépôt de la nouvelle plainte – article R. 1110-13..*

(2) *Ou permettant d'attester la date de sa réception.*

(3) *Article R. 1110-12.*

(4) *Un mandat dans ce cas est exigé.*

(5) *En cas d'impossibilité d'être assistée ou représentée, chaque partie peut présenter ses observations uniquement par écrit. La visioconférence est envisagée mais à titre exceptionnel en cas d'impossibilité de se réunir.*

(6) *Autant de suppléants pour la même durée.*

(7) *Article 4 du décret. Celui-ci est paru le 4 octobre au Journal officiel, donc le délai maximal est le 4 janvier 2021.*

L'échec de la conciliation

En cas d'échec de la conciliation, la plainte est transmise, dans un délai de 3 mois à compter de la séance de conciliation, à la juridiction disciplinaire, laquelle sanctionnera le praticien si le refus de soins discriminatoire est avéré.

Si la plainte n'est pas transmise dans le délai requis, le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie pourra déclencher la procédure dite de la pénalité financière.

L'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, en l'hypothèse d'un échec de la conciliation, impose au conseil départemental de l'ordre de transmettre la plainte, dans un délai maximal de 3 mois à compter de la séance de conciliation, avec son avis motivé, et le cas échéant en s'y associant, à la chambre disciplinaire de première instance. Celle-ci sera donc chargée de vérifier d'une part l'existence d'un refus de soins, d'autre part de son caractère discriminatoire. Si tel est le cas, elle infligera certainement une sanction disciplinaire au praticien. Ce même texte prévoit que si la plainte n'est pas transmise à la juridiction disciplinaire dans le délai de 3 mois précité, alors une sanction peut être prononcée par le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie. Encore faut-il que le refus de soins illégal soit établi, prouvé; précision non mentionnée à l'article L. 1110-3 mais qui, selon nous, semble évidente. Le décret du 2 octobre complète la loi sur ce point.

Tout d'abord, en cas de récidive, la plainte est directement transmise à la juridiction disciplinaire sans qu'une conciliation soit mise en œuvre (article R. 1110-14). Ensuite, l'article R. 1110-15 précise l'hypothèse où le conseil départemental ne respecte pas le délai de transmission de 3 mois. Le directeur de l'organisme local d'Assurance maladie déclenche la « *procédure de sanction visée à l'article L. 114-17-1 (et R. 147-14) du Code de la sécurité sociale* ». Il s'agit de la procédure dite de la pénalité financière. Quant à son montant, il est au maximum (donc il est peut-être inférieur) de « *deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale* », soit 3 428 € (pour l'année 2020) multiplié par 2, soit 6 856 €. En cas de récidive, une peine complémentaire, en sus de la pénalité précitée, peut être infligée: le retrait temporaire du droit au dépassement, la suspension de la participation au financement des cotisations sociales (article R. 147-15 de la sécurité sociale).

En outre, la sanction peut être affichée en zone d'accueil de l'organisme local d'Assurance maladie pour une durée de 1 à 3 mois suivant la notification de la sanction (article R. 147-16 de la sécurité sociale).

JOSEPH JOHN BARANES,

secrétaire général du Collectif de lutte contre la dénutrition



La dénutrition est un problème de santé publique touchant près de deux millions de personnes en France, enfants, adultes et personnes âgées. Sa prévention et son dépistage sont l'affaire de tous, particulièrement dans ce contexte de crise sanitaire. Le Collectif de lutte contre la dénutrition, créé fin 2016, associe des acteurs venus de tous horizons : professionnels et établissements de santé, associations, élus, patients, familles. Il a pour principale ambition de faire connaître cette pathologie silencieuse afin d'organiser au mieux sa prévention, son dépistage précoce et son traitement. Car cette maladie est curable !

Depuis sa création, notre collectif met à la disposition des professionnels comme du grand public une information sur la dénutrition, dans ses volets préventif et curatif. La santé bucco-dentaire a, bien sûr, été immédiatement identifiée comme un axe majeur de prévention de la dénutrition. Il

n'est à cet égard pas anodin qu'un chirurgien-dentiste, par ailleurs cofondateur de ce collectif – le modeste auteur de ces lignes –, en assure le

secrétariat général à côté d'autres fonctions dans la profession (trésorier du conseil départemental de l'Ordre de Paris, membre associé de l'Académie de chirurgie dentaire).

Outre l'organisation d'un colloque annuel sur la dénutrition, notre collectif a publié en 2016 un manifeste, a réalisé

un film de sensibilisation, «L'Avion», et a formulé 14 propositions pour lutter contre la dénutrition, la première étant consacrée à l'amélioration de l'état bucco-dentaire. À la demande des pouvoirs publics, nous avons contribué à l'élaboration du nouveau Programme national nutrition santé (PNNS) 2019-2023, paru en 2019. Un travail qui a, entre autres, débouché sur la création d'une semaine nationale de la dénutrition, dont l'édition 2020 s'est tenue du 12 au 19 novembre dernier.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a en effet souhaité confier au collectif l'organisation et la coordination de cette semaine. Elle a pour principal objectif l'amélioration de la connaissance de cette pathologie par l'ensemble de la population : grand public, acteurs associatifs, de la restauration collective, mais également professionnels de santé du secteur médico-social.

Une sensibilisation à la dénutrition articulée

Le Collectif de lutte contre la dénutrition a formulé 14 propositions, la première d'entre elles étant consacrée à l'amélioration de l'état bucco-dentaire

autour d'événements organisés sur tout le territoire français : ateliers formation, webinaires, ateliers cuisine, ateliers d'éducation thérapeutique du patient, conférences.

+ D'INFOS :
www.luttecontreladenutrition.fr



Refus de soins discriminatoires

Tout patient s'estimant victime d'un refus de soins, quelle que soit la forme de sa saisine de l'Ordre départemental ou de la CPAM – doléances, signalement ou plainte – voit son dossier traité comme une plainte formelle. Cette disposition a pour conséquence l'organisation obligatoire d'une tentative de conciliation qui, en cas d'échec, voit la plainte du patient transmise à la juridiction ordinaire régionale.



Cotisation ordinaire

Pour 2021, le Conseil national maintient sa politique de stabilité de la cotisation ordinaire, qui reste inchangée depuis 2017, à 422 €. Le Conseil national invite les praticiens à privilégier le règlement en ligne de leur cotisation, et rappelle que les praticiens doivent signaler tout changement d'adresse ou de mail à leur conseil départemental.



Patients en situation de handicap

La tarification favorisant la prise en soins des personnes en situation de handicap a évolué avec l'introduction de suppléments à plusieurs actes. Pour leur application par le praticien, la grille Apecs (échelle des Adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie) permet d'évaluer très rapidement la situation de la personne lors de la séance de consultation ou de soins.

Le nouveau site Internet de l'Ordre

POUR LES CHIRURGIENS DENTISTES POUR LES ÉTUDIANTS POUR LES PATIENTS LES SERVICES MAGAZINE

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES MÉDIAS LIÉS DASH BOARD TROUVER UN PRATICIEN

ACTUALITÉS: COMMUNIQUÉ AUX CHIRURGIENS-DENTISTES: TESTS ANTIGÉNIQUES
→ EN SAVOIR PLUS

→ VOIR TOUTES LES ACTUALITÉS

L'ONCD, un Ordre, une Éthique, au service des Patients. #ONCD

JE SUIS CHIRURGIEN DENTISTE
→ Documents professionnels
→ Contrats
→ Passer une annonce

JE SUIS ÉTUDIANT(E)
→ Engagement des études
→ Carnet professionnel de l'étudiant
→ Consulter les annonces

JE SUIS PATIENT(E)
→ Trouver un chirurgien-dentiste

#ONCD la lettre
Retrouvez chaque mois #ONCD La lettre
Suivez l'actualité, les nouveautés de notre profession.
→ TÉLÉCHARGER
→ Voir tous les numéros

ESPACE PRESSE
Retrouvez tous les derniers articles concernant l'Ordre
→ Accéder à l'espace presse
→ Rapports d'activité 2019

SONDAGE
AVEZ-VOUS REPORTÉ DES SOINS DENTAIRES POUR RAISONS SANITAIRES (COVID-19) ?

• Non, pas du tout • Non, mais j'ai hésité • Oui, mais j'ai repris un rendez-vous • Oui, j'attends 2021

#ONCD Les Vidéos

COVID-19
Télévote de l'Ordre, FN 1, Les patients
Le Conseil National de l'Ordre accompagne les patients dans le cadre d'urgence.

Accès aux soins, le Conseil national de l'Ordre lance l'enquête DSDS
Une enquête DSDS pour recenser les actions menées sur le territoire.

Journée internationale des femmes 2020
Cette journée est l'occasion de rappeler que le Conseil National est à l'écoute d'une profession.

→ Voir les autres vidéos

Tous les outils, toutes les informations pour vous accompagner
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr