

La Lettre

Pluralité de collaborateurs,
comment ça marche ?

p. 28

Agrément de l'Ordre :
gare aux fraudes !

p. 18

Pas de délégation
d'actes à un infirmier

p. 12



LES ASSISES ORDINALES À LYON





4

L'ÉVÉNEMENT

Les assises ordinaires à Lyon

ACTUALITÉS

- 12** PROTOCOLES DE COOPÉRATION
Pas de délégation
d'actes à un infirmier
- 14** COLLECTIONS
Le réel succès du Musée virtuel
de l'art dentaire
- 15** CARCDSF
La caisse de retraite en 2018
- 16** DROITS DES PATIENTS
Partage d'informations
entre professionnels : mode d'emploi
- 18** MISE EN GARDE
Agrément de l'Ordre :
gare aux fraudes !
- 19** EUROPE
La directive « qualifications »
n'est toujours pas transposée
- 20** PUBLICATIONS JUDICIAIRES
- 21** LOI SANTÉ
Des « class actions » à la française
- 22** DÉMOGRAPHIE
Vers une stabilisation du numerus clausus
- 24** EN BREF
- 25** INSTANCES ORDINALES
Comment fonctionnent
les juridictions de l'Ordre ?



28 DOSSIER

Pluralité de collaborateurs : comment ça marche ?

JURIDIQUE

- 34** DROITS DES PATIENTS
Partage d'informations :
la protection du patient,
l'embarras des professionnels...



- 37** CONSEIL D'ÉTAT
Invoquer l'urgence pour suspendre
une radiation du tableau l'Ordre
- 39** COUR DE CASSATION
La non-concurrence
est-elle compatible
avec la collaboration libérale ?

PORTRAIT

- 42** JÉRÉMY GLOMET
Régénération

LA LETTRE EXPRESS

- 43** Ce qu'il faut retenir
pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

Unité

L'ordre rassemble tous les chirurgiens-dentistes autorisés à exercer sur le territoire français quel que soit leur statut.

Au rang des missions ordinales définies par le législateur, dont la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, figure la capacité à « *organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit* ».

De fait, l'Ordre a créé la caisse de retraite en participant à son financement initial et en hébergeant, pendant de nombreuses années, ladite institution (*lire aussi l'article p. 15*).

Or, aujourd'hui, certains, au motif d'une diminution imposée par le législateur du nombre de membres au conseil d'administration, verraient d'un bon œil

« La caisse de retraite et l'Ordre procèdent d'une approche universelle qui ne peut être contestée. »

la remise en cause de la présence ordinale à la caisse de retraite...

Bien évidemment, cette hypothèse

ne saurait en aucun cas être acceptable ni pour la caisse ni pour l'Ordre. En effet, ces deux institutions procèdent d'une approche universelle qui ne peut être contestée. Leur indépendance ne peut faire l'objet de débats partisans, politiques et polémiques.

Au moment où l'unité professionnelle doit prévaloir, il est inutile d'ajouter des divergences aux difficultés actuelles.

Un juste équilibre doit être trouvé entre toutes les parties prenantes. Aussi l'Ordre tient-il à conserver sa représentation au sein de l'institution de retraite qu'il a créée.

Les assises ordinales

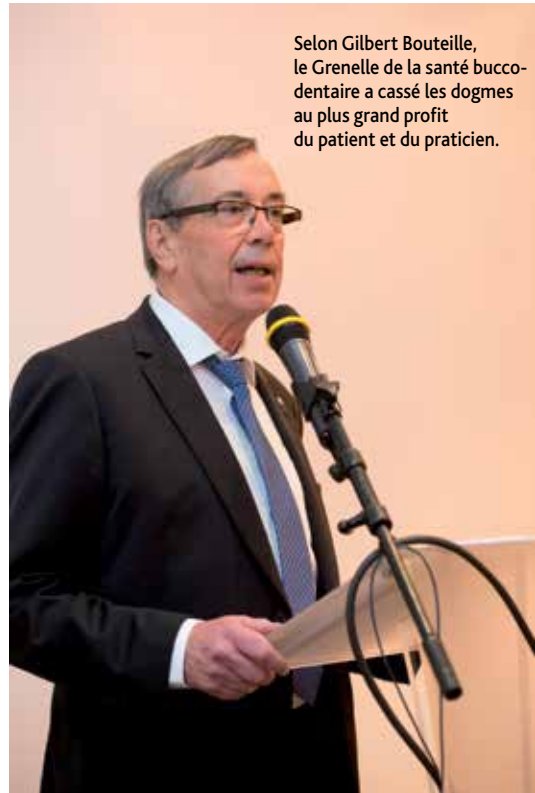


Les 21 et 22 octobre derniers, plus de 240 conseillers ordinaires se sont réunis à Lyon pour deux jours de formations et d'échanges sur l'actualité de la profession.

à Lyon



Extrait d'un court-métrage produit par le conseil régional de Rhône-Alpes sur la formation des étudiants à la déontologie.



Selon Gilbert Bouteille, le Grenelle de la santé bucco-dentaire a cassé les dogmes au plus grand profit du patient et du praticien.

C'est devant plus de 240 conseillers départementaux et régionaux réunis à Lyon que Gilbert Bouteille a ouvert l'édition 2016 des assises ordinaires. Ces assises de deux jours ont débuté, le 21 octobre, par une session de formations animées par les conseillers nationaux. La seconde journée a été consacrée à la diffusion d'un court-métrage produit par le conseil régional de Rhône-Alpes sur la formation des étudiants à la déontologie et à la présentation des résultats du sondage réalisé par l'Ordre auprès de trois cibles : les chirurgiens-dentistes, les acteurs du système de santé et le grand public ⁽¹⁾. Elle s'est conclue par l'intervention du P^r André Grimaldi sur la prise médicamenteuse (*lire l'article « Les clés pour comprendre l'inobservance des patients », pp. 9-11*). En préambule des assises, le président, Gilbert Bouteille, a évoqué l'impact de la loi de modernisation de notre système de santé sur notre profession. Promulguée en janvier dernier, elle introduit trois mesures qui auront une incidence sur notre pratique, à commencer bien sûr par l'inscription au Code de la santé publique des assistants dentaires. Deuxième disposition : la reconnaissance du rôle du chirurgien-



»» dentiste «dans la lutte contre le tabagisme avec la prescription des substituts nicotiques désormais remboursés par l'assurance maladie». Enfin, «une série d'ordonnances à venir concernant la réforme du Code de la santé implique la médecine bucco-dentaire», a rappelé Gilbert Bouteille. Le président de l'Ordre a ensuite relevé trois motifs de satisfaction concernant le Grenelle de la santé bucco-dentaire, et d'abord une «collégialité sans précédent organisée sous forme d'ateliers et d'une session plénière rassemblant l'ensemble des acteurs de la sphère dentaire». Deuxième point : un «dialogue ouvert, constructif et riche qui a donné naissance au livre blanc de la santé bucco-dentaire, véritable feuille de route de la profession compilant 23 propositions concrètes pour garantir l'accès aux soins bucco-dentai-

res de qualité pour tous». Enfin, a relevé Gilbert Bouteille, tous les participants ont souscrit à «une revalorisation des soins de prévention et conservateurs. En ce sens, le Grenelle a cassé les dogmes en rassemblant les parties prenantes au profit du patient et du praticien. Le livre blanc propose donc des pistes pour l'ensemble de la profession, et il appartient aux autorités de tutelle, aux syndicats, à l'université et à l'industrie de mener les réformes nécessaires». Naturellement, le président de l'Ordre a évoqué l'affaire Dentexia, qui a particulièrement touché la région lyonnaise. «Plus de 2 000 patients sont lésés dans cette affaire. L'Ordre n'est pas hostile à la diversité de l'offre de soins. Mais elle doit se développer en faveur du progrès, au profit des patients et dans le respect

de nos règles professionnelles», a-t-il martelé. D'autre part, Gilbert Bouteille a insisté sur un point qui touche notre capacité professionnelle. En effet, le Conseil national milite depuis des années pour que les praticiens spécialistes en chirurgie orale puissent faire valoir leur spécialité dans les autres pays de l'UE. «Techniquement, l'inscription de cette spécialité à l'annexe 5.3 de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles doit en être la traduction concrète. L'Ordre y travaille avec énergie», n'a-t-il pas manqué de rappeler. Animés par l'ensemble des conseillers nationaux, les ateliers qui ont précédé cette séance plénière sont présentés ci-après. ■

(1) Lire l'article «Les praticiens et les Français ont une bonne image de l'Ordre», *La Lettre* n° 152, pp. 4-9.



ATELIER A
Les actualités juridiques
 Animé par Gilbert Bouteille et Gilbert Lagier-Bertrand, cette formation proposait de dresser un état des lieux des textes parus, dont la loi Santé promulguée en janvier dernier et notamment ses textes d'application. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (mesure de conventionnement sélectif) et les textes en projet tels que le PLFSS 2017 ont également été examinés.



ATELIER B

Conseils de l'Ordre et juridictions ordinaires : les connexions

Animé par Paul Samakh, Alain Scohy, Michel Dubois, Serge Fournier et Jean Molla, cet atelier avait pour but de rappeler le rôle de chaque échelon ordinal : départemental, régional et national.

Les procédures telles que les inscriptions au tableau, les transmissions et dépôts de plainte vers la Chambre disciplinaire de première instance (CDPI) ou encore les conciliations ont fait l'objet d'un rappel.



ATELIER C

Les contrats

Animé par André Micouveau et Jean-Marc Richard, cet atelier visait à identifier les différences essentielles entre les sociétés (SCM et sociétés d'exercice) avant de s'engager. Au-delà de ce thème principal ont notamment été abordées : la démographie des divers types de sociétés et des praticiens qui y exercent, la pluralité des collaborateurs ou encore l'incidence fiscale de la collaboration libérale sur les sociétés.



>>>



ATELIER D

Les missions du conseil départemental

Animé par Myriam Garnier, Pierre Bouchet, Alain Copaver, Jean-Baptiste Fournier et André Richard Marguier, cette formation proposait un rappel complet sur le périmètre des compétences des conseils départementaux : gestion du tableau, enregistrement des diplômés et des étudiants, modalités d'inscription des praticiens étrangers diplômés dans l'UE et hors de l'UE, connaissance de la langue, gestion des litiges, etc.



ATELIER E

La déontologie commentée

Animé par Geneviève Wagner, Dominique Chave, Guy Naudin et Christian Winkelmann, cet atelier proposé sous forme de jeu de rôle, présentait des argumentaires appliqués à notre pratique dans le cadre déontologique. Il a été question des amalgames dentaires, des dérives sectaires, du contrôle des cabinets, d'information et de publicité, du secret professionnel, des référents Handicap, et de la réforme du Code.

Les clés pour comprendre l'inobservance des patients

Professeur émérite d'endocrinologie à la Pitié-Salpêtrière, **André Grimaldi** a donné une conférence remarquée sur l'observance ou plutôt l'inobservance des patients atteints de maladies chroniques. Résumé.



Pour André Grimaldi, ancien chef de service de diabétologie à l'hôpital de la Salpêtrière, les maladies chroniques constituent «*LE grand sujet des systèmes de santé*». C'est dans ce contexte des pathologies chroniques qu'il faut placer la problématique de «*l'inobservance des patients*». Pour donner la mesure

du problème posé, André Grimaldi a évoqué une étude française du Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique (Crip) menée en 2014 auprès de 170 000 patients porteurs de l'une des six pathologies chroniques (diabète de type 2, hypertension artérielle, asthme, hypercholestérolémie, ostéoporose,

insuffisance cardiaque) et suivis par 6 400 pharmacies. Selon cette étude, le taux moyen de patients observants est de l'ordre de 40 %⁽¹⁾. Conséquence : le coût global pour la sécurité sociale du défaut d'observance (calculé sur la base d'une complication) s'élève à 9,3 milliards d'euros par an!



»» COMMENT FAVORISER L'OBSERVANCE DES PATIENTS?

André Grimaldi identifie onze facteurs («*parfois évidents*») qui contribuent à l'observance :

- Ce que l'on a compris;
- Ce dont l'importance nous convainc;
- Ce qui est facile (ritualisé);
- Ce qui marche;
- Ce qui soulage rapidement;
- Ce qui n'a pas ou peu d'effets secondaires;
- Ce qui est gratuit;
- Ce que l'on se procure facilement (d'où l'intérêt des délivrances pour une durée prolongée);
- Ce que l'on vous rappelle (entourage, mails, SMS);
- Ce que prescrit ou conseille quelqu'un en qui l'on a confiance;
- Surtout, ce que l'on décide soi-même.

Le diabétologue a expliqué que, dans le cas des maladies chroniques, «*l'observance ne peut pas avoir la signification qu'elle revêt dans l'armée : "Tu ne discutes pas, tu obéis", ou dans la religion : "Tu ne discutes pas, c'est une règle"*». Il a par ailleurs établi une distinction entre l'observance et l'auto-observance. «*Être observant, c'est respecter des normes externes qui vous sont imposées. Il faut obéir. Être auto-observant, c'est respecter certaines normes qui sont comprises, adaptées, personnalisées, négociées et acceptées. Mais ces normes n'en restent pas moins externes*».

L'auto-observance peut alors être interprétée comme un défi à la raison : «*Le patient sait. Il sait faire. Il est convaincu qu'il devrait faire, et pourtant il ne fait pas!*». Pour étayer ses propos, André Grimaldi a évoqué l'exemple des méde-

cins qui souffrent d'une pathologie dont ils sont eux-mêmes spécialistes : «*Un professeur de radiologie d'un grand CHU parisien, spécialiste des pathologies ostéo-articulaires qui publie sur le pied de Charcot (une neuropathie diabétique), se présente dans mon service pour un mal perforant plantaire en me précisant ne pas être diabétique. Par précaution, je procède à un fond d'œil avant son opération. Résultat : rétinopathie diabétique proliférante, qui a nécessité une chirurgie au laser d'urgence...*»

COMPRENDRE LES PATIENTS «INOBSERVANTS»

Pour comprendre les patients inobservants, André Grimaldi avance une réponse d'ordre «*psychophilosophique*», selon laquelle «*l'être humain est un être de raison tendant à l'universel, régi par des règles et par des normes. C'est aussi un être d'émotion à l'irréductible singularité, déterminé par la loi d'optimisation du bien-être. En effet, l'homéostasie psychique est sa priorité dès lors que ses besoins primaires (la faim, la soif, l'absence de douleur, la sécurité, etc.) sont satisfaits*». Et d'ajouter : «*L'auto-observance rationnelle est favorisée par l'adoption de normes collectives. Car l'être humain est un être social qui veut être différent, mais qui ne veut pas être anormal. Il veut être dans la norme*».

André Grimaldi a expliqué que la maladie chronique frappe «*toujours deux fois. Elle frappe une fois dans le réel (les cellules B, le pancréas, la glycémie, etc.), et une seconde fois dans la représentation du réel*». En annonçant le diagnos-

tic, le médecin ne fait pas que révéler la dysfonction d'un organe. Il annonce deux ruptures dans la vie du patient :

1. Ce ne sera jamais plus comme avant, pour toujours.
2. Désormais, le patient atteint d'une maladie chronique sera différent des autres.

Conséquence : «*L'angoisse menaçant de dépression, voire d'effondrement psychique, un travail de deuil ou d'acceptation est nécessaire*». Toujours selon le diabétologue, l'aptitude à faire face dépend des traits de personnalité innés et modulés par l'empreinte parentale, l'éducation, la culture, les événements de la vie antérieure, la capacité à donner du sens et à relever les défis, le sentiment de maîtrise (et donc de maîtrise du traitement), l'existence de projets de vie, le sentiment social perçu (compter au moins pour une personne). «*C'est ainsi que l'on n'échappe pas aux lois du deuil selon lesquelles tout nouveau deuil ravive les deuils antérieurs. Et tout deuil inachevé rend difficile un nouveau deuil*», indique-t-il avant de poursuivre : «*Chez les patients atteints d'une maladie chronique, la dépression est deux fois plus importante que dans la population générale. Mais ce qu'on ne calcule pas, ce sont les patients qui mettent en œuvre des stratégies pour éviter la dépression*».

Face au risque d'effondrement ou de dépression, le patient peut se défendre par :

- Le déni (refoulement profond de la conscience de son diabète, par exemple);
- La dénégation : le refus de la maladie qui est vécue



comme un défi («il faut bien mourir un jour»);

- La minimisation (la méthode Coué);
- La pensée magique : «Je suis sûr que je peux guérir si...»;
- Le clivage : deux personnes cohabitent en une seule. Le «moi diabétique» clandestin, un tyran qui fait souffrir en secret et peut être caché au sein de la famille.
- Les conduites compensatoires : hyperactivité, créativité, conduites à risque, addictions;
- L'hypercontrôle (phobie de l'hyperglycémie ou faire de la maladie son identité : «patient expert versus patient ressources»).

Selon André Grimaldi, «la chronicisation de ces mécanismes de défense peut devenir une seconde maladie» : le patient est «malade

d'être malade, parfois au risque de sa vie».

COMMENT GUÉRIR DE LA SECONDE MALADIE INDUITE?

Le patient doit prendre conscience de ces processus et déjouer «les ruses de la raison». Il doit ensuite accepter d'en parler. En tant que thérapeute, il s'agit d'aider le patient à intérioriser une motivation extrinsèque, c'est-à-dire à accepter les contraintes pour un bénéfice secondaire lointain, à transformer ces contraintes en routine et, «mieux, à y trouver un intérêt, voire du plaisir. L'espèce humaine est capable d'intérioriser une motivation extrinsèque et inversement d'extérioriser une motivation intrinsèque. La motivation extrinsèque peut être réjouissante. Elle est puissante, mais fragile. La vraie motivation, c'est la motivation intrinsèque».

Pour que le patient puisse intérioriser une motivation extrinsèque, il faut l'aider à «intégrer les projets de soins à ses projets de vie, l'encourager à négocier le compromis optimal entre son moi rationnel et son moi émotionnel en se faisant l'avocat des deux parties et en facilitant l'expression de son moi identitaire (dans un groupe de parole, le dessin, l'écriture, le théâtre du vécu, etc.)».

André Grimaldi a conclu sa conférence, très appréciée, sur l'importance pour le soignant de développer une réelle empathie. «Il faut être capable de ressentir ce que ressent l'autre et le lui exprimer tout en renonçant à la volonté d'emprise ou de manipulation.» ■

(1) Selon les standards internationaux, un patient est considéré comme «observant» s'il achète plus de 80 % des médicaments qui lui sont prescrits.

Pas de délégation d'actes à un infirmier

L'Ordre se félicite que la HAS ait émis un avis défavorable sur la possibilité de déléguer à un infirmier le dépistage et la prise en charge précoce de pathologies orales chez les personnes en situation de handicap et/ou « institutionnalisées ».

Un infirmier peut-il dépister et prendre en charge des pathologies orales précoces chez les personnes en situation de handicap et/ou en institution ? La question a de quoi faire sourire. Elle a pourtant été posée dans le cadre d'un protocole de coopération entre un chirurgien-dentiste et un infirmier soumis à la Haute autorité de santé (HAS). La HAS a été sollicitée pour donner ou non une autorisation à ce protocole. Également sollicité pour avis, l'Ordre, quant à lui, était bien entendu fermement opposé à une telle délégation.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ?

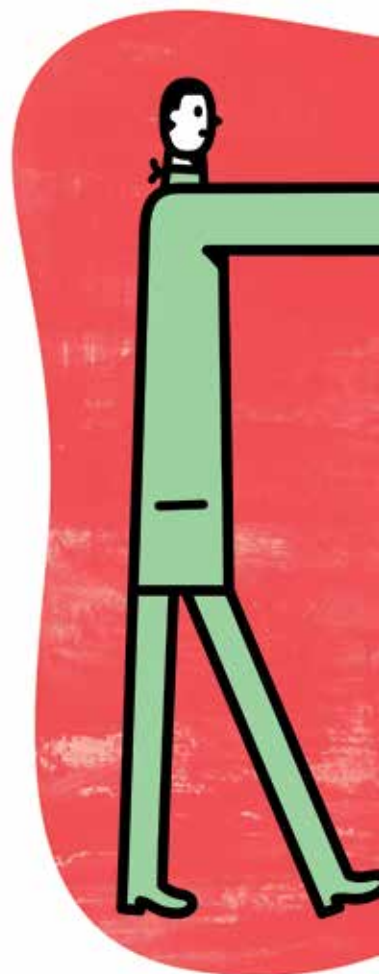
En pratique, ce protocole était supposé déléguer à un(e) infirmier(e) les actes de diagnostic, de prescription et certains actes de soin dans la cavité buccale de patients

en situation de handicap ou de perte d'autonomie dans le but d'améliorer leur accès aux soins bucco-dentaires. Toujours selon le protocole, le chirurgien-dentiste déléguant n'exerce pas sur le site où l'acte est réalisé et ne se trouve pas en présence du patient. De plus, aucun lien préalable n'est établi entre le déléguant

(le praticien) et le délégué (l'infirmier) pour la prise en charge des patients. Enfin, la formation du délégué a été jugée insuffisante par la HAS pour garantir les compétences nécessaires à la réalisation des actes et à la prise en compte des risques associés⁽¹⁾.

Un avis pleinement partagé par le Conseil nation-

nal qui, dans ses observations, a rappelé que les coopérations entre professionnels de santé ayant pour objet la délégation d'actes relevant de notre



profession à d'autres professionnels n'ayant pas la capacité professionnelle pour les réaliser ne sont pas envisageables dès lors que le professionnel de santé déléguant est un chirurgien-dentiste.

Tel que rédigé, le protocole ne prévoyait aucun lien avec un chirurgien-dentiste à quelque moment que ce soit. Du reste, aucun chirurgien-dentiste n'exerçait dans les structures dans lesquelles le protocole était supposé s'appliquer. Or, et c'est ce que l'Ordre a signifié, la lecture des

autres protocoles autorisés démontre l'existence d'un lien entre les professionnels délégués et un ou des professionnels déléguants. Ce qui est logique s'il devient nécessaire de pallier les situations urgentes auxquelles le délégué ne saurait pas faire face. Il y va de la sécurité des patients et des professionnels concernés.

L'Ordre rappelle également qu'en l'état actuel des textes, l'infirmier peut assumer pleinement la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de

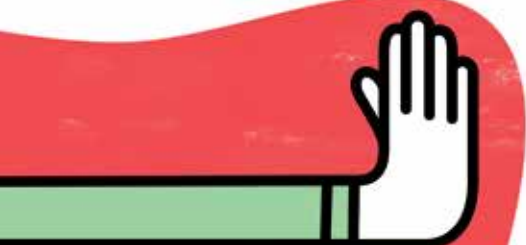
La formation de l'infirmier a été jugée insuffisante pour garantir les compétences nécessaires à la réalisation des actes et à la prise en compte des risques associés.

handicap et/ou en institution, sans qu'un protocole de coopération soit nécessaire, mais avec un examen initial à l'entrée par un chirurgien-dentiste.

Pour finir, l'Ordre estime prématurée la création de protocoles de ce type, à l'heure où le ministère de la Santé et l'Ordre ont mis en place des réunions de concertation et de tra-

vail réunissant l'ensemble de la profession pour réfléchir aux modalités de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et/ou en institution, et à leur uniformisation sur le territoire national. ■

(1) Avis n° 2016.0050/AC/SA3P du 6 juillet 2016 du collège de la Haute Autorité de santé.

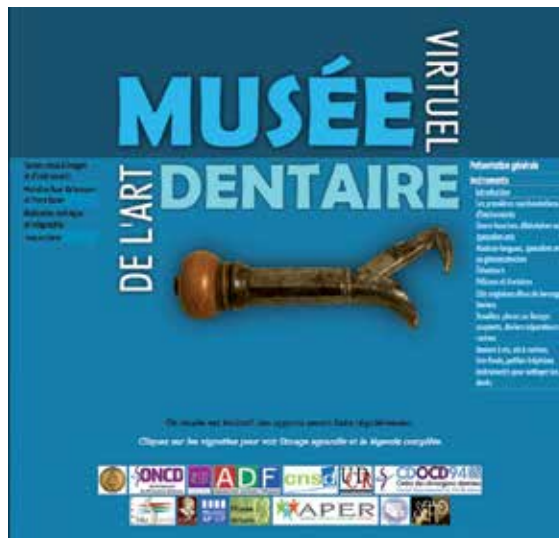


Le réel succès du Musée virtuel de l'art dentaire

Avec un taux de fréquentation cinq fois plus important en 2015 qu'en 2014, le Musée virtuel de l'art dentaire connaît un véritable succès. Il propose, pour chaque instrument ou catégorie d'instruments, une étude historique détaillée suivie d'une exposition virtuelle. Un concept novateur qui séduit.

1 541 835.

«Ce score représente un mixte du nombre de visiteurs et du nombre de clics enregistrés sur le site Internet du Musée virtuel de l'art dentaire, en 2015», se réjouit Pierre Baron, secrétaire général du MVAD. Un taux de fréquentation élevé puisque le musée virtuel, créé sous l'impulsion de son actuel président, Guy Robert, n'existe que depuis 2013. Depuis lors, le MVAD s'est beaucoup enrichi, selon une méthodologie originale expliquée par Pierre Baron : «Pour chaque rubrique, une par type d'instruments, une étude historique précède une exposition virtuelle. La partie historique montre l'évolution de l'instrument depuis sa création à l'aide de gravures et de commentaires tirés d'ouvrages anciens de chirurgie et de dentisterie. Les



recherches s'étalent sur cinq siècles, de 1450 à 1950 environ.»

L'exposition virtuelle qui suit propose des photographies en haute définition des instruments, tous classés par type et par date de fabrication. Ces photographies sont issues de l'immense collection de l'ancien musée Pierre-Fauchard, aujourd'hui propriété du musée de

l'AP-HP, de l'Association de sauvegarde du patrimoine de l'art dentaire (Aspad), du musée dentaire de Lyon, de divers musées médicaux et de collections privées ou universitaires (Madrid et Turin). «Cette nouvelle façon de présenter des collections est dans l'air du temps, et nous sommes fiers d'être parmi les tout premiers au monde à

l'avoir adoptée», se félicite Pierre Baron.

En pratique, chaque internaute peut accéder depuis la page d'accueil à dix chapitres :

- Une présentation générale;
 - Les premières représentations d'instruments;
 - Ouvre-bouches;
 - Abaisse-langues;
 - Élévateurs;
 - Pélicans et tiretoires;
 - Clés anglaises dites «de Garengot»;
 - Daviers;
 - Tenailles, pinces, daviers séparateurs de racines;
 - Daviers à vis, vis à racines, tire-fonds, petites tréphines.
- À venir prochainement, un premier chapitre consacré aux instruments à détacher, suivi d'un chapitre sur les instruments rotatifs. ■

(1) Site Internet du MVAD : www.biusante.parisdescartes.fr/mvad/

La caisse de retraite en 2018

Un décret de juillet 2015 modifie le nombre d'administrateurs dans les sections professionnelles des caisses de retraite des professions libérales. Pour regarder vers l'avenir, il est parfois utile de se remémorer d'où l'on vient...

ORDRE ET RETRAITE : UNE LONGUE HISTOIRE

L'article L. 4121-2 du Code de la santé publique définit les missions « régaliennes » des Ordres, qui « peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit ».

Cet alinéa figure déjà dans l'ordonnance de 1945 portant création de l'Ordre : « C'est l'Ordre qui est chargé d'établir un projet de retraite » (J. Marandas, *Bulletin de l'Ordre*, janvier 1948). Il organise alors plusieurs référendums. La profession se prononce dans sa quasi-unanimité pour la création de « la section professionnelle » et une retraite par répartition.

Le Comité provisoire des chirurgiens-dentistes est constitué de dix membres, désignés par le Conseil national de l'Ordre.

En 1949, l'Ordre avance les fonds de premier établissement et est chargé à l'unanimité du fonctionnement de la caisse de re-

traite, dont le siège est celui du Conseil national.

Le premier conseil d'administration élu en 1952 porte à la présidence Maurice Proteaux.

En 2009, les caisses des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes fusionnent pour donner naissance à la CARCDSF.

UN CONSEIL D'ADMINISTRATION RESSERRÉ

Les 28 administrateurs actuels sont élus au suffrage universel par trois collèges pour les chirurgiens-dentistes (23 administrateurs pour 37 258 cotisants et 22 739 allocataires directs en 2015) :

- cotisants (17 administrateurs);
- allocataires (6 administrateurs);
- Ordre (2 administrateurs).

Deux administrateurs élus par les 4 980 cotisants et un administrateur élu par les 254 allocataires représentent les sages-femmes.

Les sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse



Cofondateur de la caisse de retraite, l'Ordre a assuré son fonctionnement pendant des années.

des professions libérales sont gérées par le Code de la sécurité sociale (CSS).

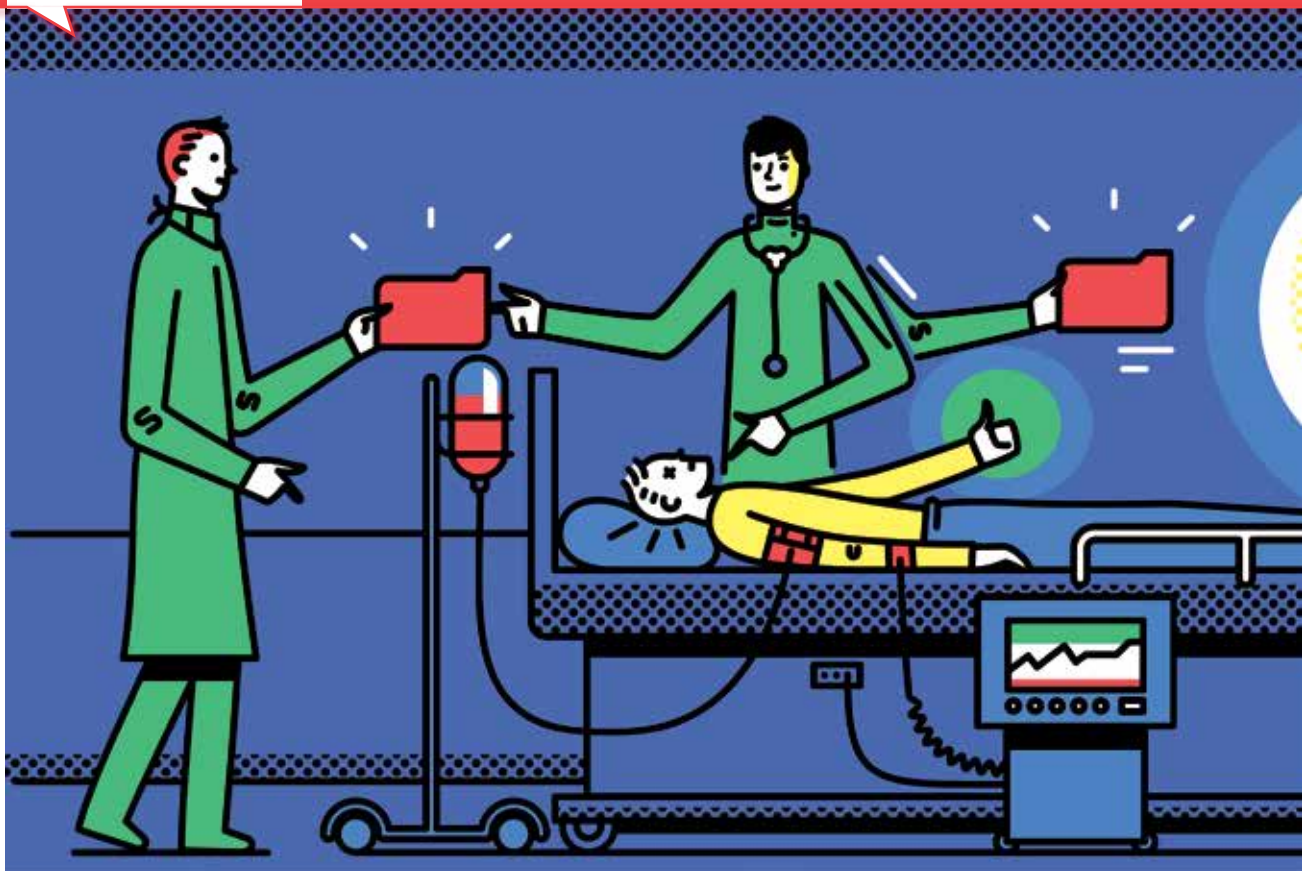
L'article R. 641-II du CSS prévoit même la possibilité que tous les membres du conseil d'administration soient élus par l'Ordre pour les professions régies par un Ordre.

Le décret n° 2015-889 du 22 juillet 2015 modifiant l'article R. 641-13 du CSS

détermine le nombre d'administrateurs en fonction du nombre de cotisants : il est de 20 pour les sections comptant de 10 001 à 100 000 cotisants.

Les élections prévues en 2018 à la CARCDSF devront intégrer cette réduction et répartir harmonieusement les administrateurs entre les trois collèges. ■

Jean-Marc Richard,
vice-président de l'Ordre



Partage d'informations entre professionnels : mode d'emploi

Désormais, les échanges d'informations entre professionnels de santé, en dehors de l'équipe de soins, sont encadrés. Le patient doit donner son consentement préalable aux professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins afin qu'ils puissent échanger les informations nécessaires à sa prise en charge.

Un décret publié au JO le 12 octobre dernier précise les conditions selon lesquelles le consentement du patient doit être recueilli en vue du partage, entre des profession-

nels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ⁽¹⁾. Désor-

mais, un professionnel peut échanger des informations avec un ou plusieurs professionnels identifiés, à la condition d'être strictement nécessaires à la prise en charge du patient.

Ainsi, le patient et, le cas échéant, son représentant légal, est «*dûment informé, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être par-*



tagées, des catégories de professionnels fondés à [les] connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès».

Le consentement préalable du patient est recueilli par «tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après qu'il a reçu les informations. Un support écrit représentant cette information, précisant les modalités effectives d'exercice de ses droits et les éléments relatifs à la loi Informatique et Libertés doit être remis par le professionnel qui a informé l'intéressé».

En cas d'urgence et d'impossibilité d'informer le

patient en vue de recueillir son consentement, les professionnels procèdent au recueil du consentement lorsque le patient est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations le concernant.

Enfin, le consentement demeure valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge du patient. ■

(1) Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins. Ce décret est introduit par la loi Santé promulguée en janvier 2016.

Qu'est-ce qu'une équipe de soins ?

Selon le Code de la santé publique, l'équipe de soins est un « ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes », qui :

- Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale ;
- Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la Santé.

L'ESSENTIEL

- ✓ Lorsqu'un patient est pris en charge par un professionnel ne faisant pas partie de l'équipe de soins, ce dernier doit recueillir le consentement du patient pour partager les informations nécessaires à sa prise en charge.
- ✓ Le consentement est recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.
- ✓ Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne.

Agrément de l'Ordre : gare aux fraudes !

L'Ordre ne délivre ni aval ni agrément pour les produits ou prestations proposés par des sociétés commerciales aux chirurgiens-dentistes. De la même façon, le logo de l'Ordre ne peut être utilisé sans son consentement préalable.

« Une plateforme de prise de rendez-vous en ligne chez un chirurgien-dentiste peut-elle recevoir un agrément de l'Ordre ? » Non, et l'Ordre tient à le répéter. Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ne peut, en aucun cas, approuver une société – quel qu'en soit le type. L'Ordre ne met en place aucune procédure pour délivrer d'agrément ni d'aval, ni même encore de « label de qualité ». Si l'Ordre est régulièrement sollicité par des sociétés qui s'enquerraient du caractère déontologique de leurs prestations, cette démarche n'aboutit en aucun cas à la délivrance d'un agrément ou d'une « labellisation » des produits ou des prestations qu'elles proposent. Répétons-le, en application du Code de la santé publique, l'Ordre a pour mission de veiller au respect de la déontologie par



les chirurgiens-dentistes et non de délivrer ou de refuser un agrément aux prestations proposées par des sociétés commerciales aux praticiens ⁽¹⁾. Dans le cas contraire, l'Ordre sortirait de ses missions de service public pour intervenir dans une activité de services concurrentielle en favorisant une société en particulier. Ce genre d'agissements est passible de poursuites administratives par l'Autorité de la concurrence. Par ailleurs, certains praticiens ont peut-être été étonnés de voir apposer

sur des documents affichés dans certains centres *low cost* ou remis aux patients (des passe-

ports implantaires notamment) le logo de l'Ordre. Il s'agit évidemment là d'une démarche éminemment frauduleuse destinée à abuser les patients. L'Ordre le répète : son logo est protégé par le droit d'auteur, en application du Code de la propriété intellectuelle, et ne saurait être utilisé sans son consentement préalable. ■

(1) Article L. 4121-2 du Code de la santé publique.

L'ESSENTIEL

- ✓ L'Ordre ne délivre aucun agrément ni label de qualité pour des produits ou prestations émanant de sociétés commerciales, quelle qu'en soit la nature.
- ✓ Il n'entre pas dans les missions de l'Ordre d'agréer ou d'avaliser les produits ou les prestations commercialisés par des sociétés.
- ✓ Le logo de l'Ordre est protégé et ne peut en aucune manière être utilisé sans son consentement, comme tel est le cas de documents affichés dans certains centres *low cost* ou de passeports implantaires non édités par l'Ordre.

La directive « qualifications » n'est toujours pas transposée

Depuis le 29 septembre, la France dispose d'un délai de deux mois pour communiquer sa transposition de la directive révisée sur la reconnaissance des qualifications professionnelles à la Commission européenne. À défaut, une procédure de sanction sera lancée à son encontre devant la Cour de justice européenne.

Le 29 septembre dernier, la Commission européenne a accordé un délai de deux mois à la France pour lui communiquer sa transposition de la directive révisée sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (directive 2013/55/UE). À défaut, une procédure de sanction sera lancée à son encontre devant la Cour de justice européenne. La France n'est pas la seule retardataire en la matière : 13 autres pays – à l'instar de l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Finlande, l'Allemagne, la Grèce, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, le Portugal, la Slovénie, l'Espagne et le Royaume-Uni – n'ont pas encore notifié à la Commission la transposition intégrale de la directive dans leur droit national. Or, les États



devaient s'acquitter de cette obligation le 18 janvier 2016 au plus tard. S'agissant spécifiquement de la France, rien n'a encore été transposé, même partiellement.

AUCUNE ALERTE IMI POUR LA FRANCE

Rappelons que la directive 2013/55/UE apporte trois modifications : une simplification de la reconnaissance des qualifications à travers une nouvelle carte professionnelle européenne (notamment pour les infirmières

et les masseurs-kinésithérapeutes) ; la possibilité, très complexe et très contestée, d'accéder partiellement à une profession réglementée et d'en exercer certains actes ; la création, enfin, d'un réseau d'alerte pour contrer les professionnels indelicats qui se jouent des frontières nationales. Ce réseau met en relation toutes les autorités compétentes des 28 pays européens. Il utilise le système d'information sur le marché intérieur (IMI). Un portail doit servir de sup-

port pour le mécanisme d'alerte qui a pour objectif de faire connaître de façon proactive, à toutes les autorités compétentes de la profession dans tous les pays européens, les sanctions portant restriction ou suspension d'activité d'un professionnel prises dans un État membre.

Cependant, avec le retard qu'a pris sa transposition, la France ne reçoit aucune alerte, à la différence d'autres pays qui en reçoivent déjà depuis janvier dernier (le Royaume-Uni a envoyé plus de 1 000 alertes, toutes professions de santé confondues). Notons que le système IMI est déjà utilisé par l'Ordre des chirurgiens-dentistes pour vérifier les qualifications et la moralité des praticiens européens. ■

Publications judiciaires ordonnées par les arrêts de la Cour d'appel de Versailles du 27 septembre 2016

«Les accusations publiques diffusées le 5 février 2010 par Philippe BESSIS sur son blog “véritésdentaires.fr” à l’encontre des membres du Conseil National de l’Ordre des Chirurgiens Dentistes, de bénéficier d’indemnités excessives, abusives, sans fondement légal, constituant des revenus occultes et illicites, non déclarés au fisc, prélevés sur les cotisations des membres de la profession pour satisfaire des besoins personnels, sans base factuelle suffisante, selon un mode d’expression dénuée de toute prudence dans un contexte de conflit personnel illustrant une animosité certaine, caractérisent des propos diffamatoires et justifient sa condamnation à verser la somme de 1 000 euros de dommages-intérêts à chacune des parties civiles.»

«Les accusations publiques diffusées le 2 septembre 2010 par Philippe BESSIS sur son blog “véritésdentaires.fr” à l’encontre du Conseil National de l’Ordre des Chirurgiens Dentistes, d’utiliser “hors la loi” les cotisations ordinaires, d’avoir mis en place un système judiciaire et juteux permettant de tirer profit des condamnations disciplinaires en prélevant des dépens excessifs et en évoquant une condamnation amnistiée, sans base factuelle suffisante, selon un mode d’expression dénuée de toute prudence dans un contexte de conflit personnel illustrant une animosité certaine, caractérisent des propos diffamatoires.»



Des « class actions » à la française

Les victimes d'accidents de santé peuvent désormais se regrouper et agir en justice en mutualisant les procédures et les frais de contentieux par le biais des associations d'usagers agréées.

Introduite par la loi Touraine, l'action de groupe fait son entrée dans le monde de la santé. En effet, un décret d'application de la loi ⁽¹⁾, publié le 27 septembre dernier au *JO*, instaure l'action de groupe en santé. Elle permet désormais aux victimes d'accidents d'agir collectivement en justice.

Avec cette mesure en effet, les patients peuvent mutualiser les procédures et les frais de contentieux par le biais des associations d'usagers agréées. Les tribunaux ont donc d'ores et déjà la possibilité de statuer sur la responsabilité

d'un produit, tout en prenant en compte les spécificités des dommages subis par chacune des victimes.

Concrètement, une association d'usagers du système de santé agréée peut engager une procédure pour faire reconnaître la responsabilité dans la survenue de dommages corporels occasionnés par une même cause. Elle pourra ainsi éviter la multiplication des procédures individuelles, particulièrement lourdes pour les victimes. À l'issue de la procédure, les indemnisations resteront déterminées de manière individuelle en fonc-

tion du préjudice réel de chacun.

Une association d'usagers du système de santé qui tente une action de groupe peut s'adjoindre, avec l'autorisation du juge, le concours d'un avocat et d'un huissier de justice. En revanche, l'action n'est pas ouverte aux associations ayant pour activité annexe la commercialisation des produits de santé. L'utilisateur doit adresser sa demande de réparation à la personne reconnue responsable soit directement, soit par l'association requérante, qui reçoit ainsi mandat aux fins d'indemnisation ⁽²⁾.

Enfin, un médiateur entre les deux parties intervenir, si le juge donne son accord. En effet, ce dernier peut donner mission à un médiateur de proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages qui font l'objet de l'action. La mission du médiateur est limitée dans le temps à trois mois renouvelables une fois. ■

(1) Le décret n° 2016-1249 du 26 septembre 2016 relatif à l'action de groupe en matière de santé est venu en préciser les conditions.

(2) Articles L. 1143-4, R. 1143-7, R. 1143-8, R. 1143-9 et R. 1143-10 du Code de la santé publique.

Vers une stabilisation du numerus clausus

Une projection réalisée par l'ONDPS prévoit une stabilisation du numerus clausus en odontologie sur les cinq années à venir. En revanche, le nombre de postes d'internat tendrait à augmenter dans nos trois formations qualifiantes.

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a réalisé une projection du numerus clausus en odontologie sur les cinq années à venir et du nombre de postes d'internes dans nos trois spécialités. Pour la rentrée universitaire 2017, alors que l'arrêté devrait paraître en décembre, on devrait enregistrer un numerus clausus identique à celui de 2016, c'est-à-dire 1199 postes. *Quid des prochaines rentrées universitaires ?* On s'oriente vers une stabilisation du numerus clausus à l'exception des régions Rhône-Alpes, Bourgogne, Bretagne,



Nord – Pas-de-Calais et Haute-Normandie qui privilégient une baisse du nombre de postes sur la durée. À l'inverse, la région Midi-Pyrénées demande une hausse progressive (voir le tableau « Projections du numerus clausus de 2017 à 2021 »).

PROJECTIONS DU NOMBRE DE POSTES D'INTERNAT

| | ODF | MBD | DESCO |
|-----------|-----|-----|-------|
| 2016-2017 | 53 | 41 | 15 |
| 2017-2018 | 55 | 42 | 16 |
| 2018-2019 | 57 | 45 | 19 |
| 2019-2020 | 53 | 48 | 18 |
| 2020-2021 | 58 | 47 | 20 |
| 2021-2022 | 58 | 50 | 20 |

Bien entendu, il s'agit pour l'heure de projections qui seront, chaque année, réévaluées. Elles tendent néanmoins vers une stabilisation du numerus clausus national sur les cinq années à venir : 1199 postes (2017-2018), 1198 postes (2018-2019), 1195 postes (2019-2020), 1996 postes (2020-2021), 1195 postes (2021-2022).

L'ONDPS s'est également penché sur l'évolution, sur cinq ans, du nombre de postes dans nos trois formations qualifiantes : orthopédie dento-faciale (ODF), médecine bucco-dentaire

(MBD) et DES chirurgie orale (Descos). « Les propositions quinquennales sont en évolution croissante (due à Toulouse notamment) bien qu'irrégulière (due à une baisse ponctuelle en 2019 demandée par Clermont-Ferrand), ce qui conduirait à augmenter la part des postes d'internes par rapport aux numerus clausus correspondants », avance l'Observatoire (voir le tableau « Projections du nombre de postes d'internat »).

S'agissant du nombre de postes à pourvoir pour l'année 2017, l'ONDPS prévoit 55 postes en ODF (+ 2 par rapport à 2016), 42 en MBD (+ 1 par rapport à 2016) et 16 en Descos (+ 1 par rapport à 2016). L'Ordre suit, globalement, les projections de l'ONDPS. Il a néanmoins demandé à retirer quelques postes en MBD puisque certains d'entre eux n'ont pas été pourvus en 2016 (l'ONDPS prévoyait initialement 46 postes en MBD pour la rentrée prochaine). ■

PROJECTIONS DU NUMERUS CLAUSUS DE 2017 À 2021

| Numerus clausus Odontologie | | Arrêté | Projection ONDPS | Projection ONDPS | Projection ONDPS | Projection ONDPS | Projection ONDPS |
|---|--------------------------------|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Nouvelles régions | Anciennes régions | 2016-2017 | 2017-2018 | 2018-2019 | 2019-2020 | 2020-2021 | 2021-2022 |
| Alsace – Champagne- Ardenne – Lorraine | Alsace | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 |
| | Champagne- Ardenne | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| | Lorraine | 59 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| Antilles- Guyane | Antilles- Guyane | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Aquitaine – Limousin – Poitou- Charentes | Aquitaine | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 |
| | Limousin | 14 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | Poitou-Charentes | 15 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Auvergne – Rhône-Alpes | Auvergne | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 |
| | Rhône-Alpes | 82 | 78 | 76 | 76 | 76 | 74 |
| Bourgogne – Franche- Comté | Bourgogne | 30 | 27 | 27 | 23 | 23 | 23 |
| | Franche-Comté | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Bretagne | Bretagne | 73 | 71 | 71 | 70 | 70 | 70 |
| Centre-Val de Loire | Centre | 29 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 |
| Corse | Corse | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Île-de-France | Île-de-France | 176 | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| Languedoc – Roussillon – Midi- Pyrénées | Languedoc- Roussillon | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| | Midi-Pyrénées | 72 | 76 | 80 | 84 | 88 | 92 |
| Nord – Pas- de-Calais – Picardie | Nord – Pas-de-Calais | 92 | 91 | 89 | 87 | 85 | 83 |
| | Picardie | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| Normandie | Basse-Normandie | 22 | 23 | 24 | 25 | 25 | 25 |
| | Haute- Normandie | 33 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 |
| Océan Indien | Océan Indien | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Pays de la Loire | Pays de la Loire | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| Provence- Alpes-Côte d'Azur | Provence-Alpes- Côte d'Azur | 115 | 115 | 115 | 115 | 115 | 115 |
| TOTAL | | 1 199 | 1 199 | 1 198 | 1 195 | 1 196 | 1 195 |

NOMINATIONS à l'Agence nationale du DPC

Par décision n° 2016/05/DG du 12 octobre 2016 de la direction générale de l'Agence nationale du DPC portant nomination des membres de la Commission scientifique indépendante (CSI) des chirurgiens-dentistes sont nommées, pour une durée de trois ans, au titre de représentant du Conseil national de l'Ordre :

- **Geneviève Wagner** (titulaire);
- **Myriam Garnier** (suppléante).

LE BUREAU de l'ASN-CDCR

Le nouveau bureau de l'Association syndicale nationale des chirurgiens-dentistes concernés par la retraite (ASN-CDCR) se compose comme suit :

Présidente : Christiane Colzi-Vitel.

Vice-présidents : Guy Laurent, Jean-Claude Pilandon, Jacques Praddaube, Jean-Pierre Trotebas.

Secrétaires généraux : Philippe Dejouhanet, Xavier Mingasson.

Trésorier : Jean-Pierre Maurice.

ÉLECTIONS régionales et interrégionales

Suite des résultats des élections aux conseils régionaux et interrégionaux de l'Ordre.

Antilles-Guyane :
D^r Jean Paul LETUR (réélu)

Aquitaine : D^r Louis-Pierre CLOUTÉ
(nouvellement élu)

Franche-Comté :
D^r Jean-Pierre PERIN
(nouvellement élu)

Languedoc Roussillon :
D^r Philippe GIBERT (réélu)

Limousin : D^r Lionel MOREAU
(réélu)

Lorraine : D^r Michel PASDZIERNY
(nouvellement élu)

Basse-Normandie :
D^r Richard BREDÈCHE (réélu)

Picardie : D^r Daniel MIRISCH
(nouvellement élu)

DISTINCTIONS honorifiques

Par décret des 4 et 14 novembre 2016 portant promotion et nomination ont été nommés au grade de chevalier dans l'ordre national du Mérite :

Vincent Vetter,
chirurgien-dentiste en chef,
20 ans de services
(service de santé des armées,
4 novembre).

François Loze,
chirurgien-dentiste en chef
(service de santé des armées,
4 novembre).

Xavier Riaud, chirurgien-
dentiste, chercheur et historien
de la médecine et odontologie
médico-légale, 19 ans
de services (14 novembre).

Par décret du 14 novembre 2016 portant promotion et nomination, a été nommé au grade d'officier dans l'ordre national du Mérite :

Dominique Berger,
ancien chirurgien-dentiste
en chef du service de santé
des armées.

*Le Conseil national
leur adresse ses félicitations
les plus vives.*

Disparitions

Jean-Pierre Nguyen nous a quittés à l'âge de 59 ans. Il exerçait à Saint-Jean-Cap-Ferrat depuis 1985. Très apprécié pour sa gentillesse et investi profondément dans l'aide humanitaire, il était depuis 2012 le président de l'Association du lac Rose. Chaque année, il partait avec son équipe au Sénégal pour prodiguer des soins aux habitants démunis. Il ne manquait jamais de promouvoir dans nos congrès les actions humanitaires avec une passion communicative. Son engagement pour les autres n'a pas connu de limite puisque c'est en essayant de sauver de la noyade une infirmière de l'association qu'il a trouvé la mort. Nous garderons toujours de lui l'image d'un confrère souriant, dévoué et dynamique.

Nous avons appris le décès brutal d'**Antoine Vincenti**, 35 ans, chirurgien-dentiste exerçant dans les Bouches-du-Rhône. Il est le fils de Vincent Vincenti, chirurgien-dentiste et président du conseil interrégional de l'Ordre Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, exerçant en Corse-du-Sud, le frère de Joseph-Louis Vincenti, chirurgien-dentiste exerçant en Corse-du-Sud et l'époux de Constance Toy-Riont, chirurgien-dentiste spécialiste qualifiée ODF, exerçant dans le Var.

À leur famille, le Conseil national présente ses plus sincères condoléances.



Comment fonctionnent les juridictions ordinales ?

Comment fonctionnent les juridictions ordinales ?

La Chambre disciplinaire nationale et la Section des assurances sociales sont des juridictions disciplinaires souvent méconnues des praticiens. En voici une présentation générale dans la nouvelle rubrique de La Lettre consacrée à la jurisprudence des juridictions ordinales.

Le rôle des juridictions disciplinaires est souvent méconnu des chirurgiens-dentistes qui, pour l'immense majorité d'entre eux, ne seront jamais appelés à les côtoyer. Les décisions rendues par les juridictions permettent cependant de relever les aspects qui peuvent poser problème dans notre exercice. C'est pourquoi une nouvelle rubrique nommée « *Juridictions ordinales* » viendra compléter certains numéros de *La Lettre*. Elle abordera les thèmes relatifs à notre exercice, vus à travers les décisions de jurisprudence des juridictions ordinales. Avant d'étudier cette jurisprudence, une présentation générale des juridictions disciplinaires est proposée ci-après.

La Chambre disciplinaire nationale et la Section des assurances sociales : deux juridictions nationales

Présidées par un conseiller d'État, deux juridictions siègent auprès du Conseil national de l'Ordre. Ce sont des juridictions d'appel.

• **La Chambre disciplinaire nationale (CDN)** connaît les appels formés à l'encontre des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance (CDPI) qui siègent auprès des conseils régionaux de l'Ordre ⁽¹⁾. En 2015, elle a enregistré 147 nouvelles requêtes, en a jugé 109.

Elle est constituée de deux collègues d'assesseurs :
– trois assesseurs titulaires et trois suppléants élus au sein du Conseil national ;
– trois assesseurs titulaires et trois suppléants élus par le Conseil national parmi des ordinaires ou anciens ordinaires.

• **La Section des assurances sociales (SAS)** du Conseil national est la juridiction d'appel du contentieux de la sécurité sociale. La procédure est régie par le Code de la sécurité sociale ⁽²⁾. En 2015, elle a enregistré 58 nouvelles requêtes, en a jugé 74.

Y siègent :

– deux assesseurs représentant l'Ordre (2 titulaires et 10 suppléants) ;
– deux assesseurs représentant l'assurance maladie (praticiens-conseils) : un pour le régime général, un pour les autres régimes (Régime social des indépendants [RSI] et Mutualité sociale agricole [MSA]).

Les assesseurs des deux chambres sont des juges, qui décident en leur âme et conscience. Ils ne siègent pas lorsque l'affaire intéresse leur région d'origine.

Les principes de l'appel

Lorsqu'une des parties (ou les deux) considère que la décision rendue en première instance est trop clémentine (c'est souvent le cas du plaignant) ou trop sévère (c'est le cas du mis en cause), elle peut saisir la juridiction d'appel.

Le conseil départemental de l'Ordre (CDO) peut interjeter appel en matière disciplinaire, et, seulement s'il est plaignant, en matière de sécurité sociale.

Si le plaignant seul fait appel, la décision de première instance peut être soit maintenue, soit aggravée par la juridiction d'appel. Si le mis en cause fait seul appel, la décision peut être soit maintenue, soit atténuée. Lorsque les deux parties interjettent appel, la décision de première instance peut être soit maintenue, soit aggravée, soit diminuée.

Le délai d'appel court à compter de la réception de la notification de la décision de la juridiction de première instance. En discipline générale, il est de 30 jours francs ; en SAS, il est de deux mois. Sauf cas particuliers ⁽³⁾, l'appel suspend l'exécution d'une sanction. Il existe enfin le recours devant le Conseil d'État, qui juge en droit et non au fond. Le recours n'est, sauf décision du Conseil d'État, pas suspensif. ■

Jean-Marc Richard,
vice-président du Conseil national

(1) Article L. 4122-3 du Code de la santé publique.

(2) Articles R. 145-5 et suivants.

(3) Par exemple, un praticien estimé dangereux : article L. 4113-14 du CSP.

L'essentiel

- **La nouvelle rubrique « Juridictions ordinaires » proposera, dans certains numéros de *La Lettre*, l'étude de la jurisprudence des juridictions ordinaires afin de relever les aspects qui peuvent poser problème dans notre exercice.**
- **La Chambre disciplinaire nationale (CDN) a enregistré, en 2015, 147 nouvelles requêtes et en a jugé 109.**
- **La Section des assurances sociales (SAS) du Conseil national a enregistré, en 2015, 58 nouvelles requêtes et en a jugé 74.**

Pluralité de



collaborateurs

COMMENT ÇA MARCHE ?

Quelles sont les conditions d'obtention d'un ou de plusieurs collaborateurs ?
De quelle façon doit-on formuler la demande ?
Conseil national, départemental :
qui est compétent pour quelles demandes ?
Quels sont les délais d'instruction ?
Nous proposons, pages suivantes,
un rappel des règles qui régissent la pluralité
de collaborateurs.

Confronté à l'évolution de la pratique, à la mutation de la relation avec le patient et surtout à la raréfaction du nombre de praticiens en exercice, notre Code de déontologie était devenu archaïque, voire, dans certains cas, obsolète. C'est pourquoi un certain nombre de ses articles ont été mis à jour, en particulier ceux qui visent les contrats d'exercice.

Les objectifs de l'Ordre – qui a participé activement à la réécriture du Code de déontologie – s'attachaient à :

- faciliter l'exercice et libérer les confrères de certaines contraintes sclérosantes ;
- harmoniser les textes en termes d'équité et de justice afin de pouvoir accorder à la personne physique ce qui avait déjà été obtenu par la personne morale et réciproquement ;
- renforcer le pouvoir décision-

naire des conseils départementaux de l'Ordre (CDO) dans un souci de plus grande efficacité.

C'est bien la perspective de favoriser un maillage territorial des chirurgiens-dentistes plus resserré qui a motivé la modification du Code de déontologie sur le volet « *Contrats d'exercice* ».

Un assouplissement des conditions d'exercice a donc été obtenu et participe à la réponse, certes partielle, aux difficultés posées par la démographie professionnelle.

Il n'en reste pas moins que, bien utilisée et plus approfondie, cette approche pourrait constituer une solution concrète aux problèmes démographiques et serait une alternative crédible au conventionnement sélectif (voire au *numerus clausus* d'installation), mesures qui surgissent régulièrement comme des serpents de mer et qui sont loin de faire l'unanimité.





»»» QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OBTENTION D'UN OU DE DEUX COLLABORATEURS ?

En premier lieu, le Code de la santé publique (CSP), dans son article R. 4127-276-I, rappelle les conditions d'obtention d'un collaborateur et intègre la possibilité, pour les sociétés d'exercice, de contracter elles aussi avec un collaborateur libéral ou salarié :

«Le chirurgien-dentiste ou la société d'exercice peut, sur autorisation, s'attacher le concours d'autres collaborateurs, salariés ou libéraux, ou étudiants adjoints. Cette autorisation est donnée par le conseil départemental au tableau duquel le titulaire du cabinet ou la société est inscrit :

- 1° Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, pour une durée de trois ans ;*
- 2° En cas d'afflux exceptionnel de population, pour une durée de trois mois ;*
- 3° Lorsque l'état de santé du titulaire ou d'un associé exerçant*

le justifie, pour une durée de trois mois.

*Si le titulaire du cabinet ou la société souhaite s'attacher le concours de plus de deux praticiens ou étudiants adjoints, l'autorisation est donnée par le **Conseil national de l'Ordre**, après avis du conseil départemental, dans les conditions et pour les durées prévues précédemment.*

Pour tout autre motif, l'autorisation est également donnée par le Conseil national de l'Ordre, après avis du conseil départemental au tableau duquel le titulaire du cabinet ou la société est inscrit pour une durée qu'il détermine compte tenu des situations particulières. L'autorisation est donnée à titre personnel au titulaire du cabinet ou à la société. Elle est renouvelable. Le silence gardé par le conseil départemental ou par le Conseil national à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation ou de renouvellement vaut autorisation implicite.»

QUI PEUT SE FAIRE ASSISTER ?

Peut se faire assister tout chirurgien-dentiste qui exerce à titre individuel :

- Titulaire de cabinet, associé d'une société civile de moyens (SCM), associé d'une société en participation, associé d'un contrat d'exercice professionnel à frais communs ou autres associations.

- De même peuvent se faire assister les sociétés d'exercice inscrites au tableau : les sociétés civiles professionnelles (SCP) et les sociétés d'exercice libéral (SEL). Les associés de ces sociétés ne peuvent pas, en revanche, recourir à la collaboration à titre personnel.

À noter : aucune autorisation n'a besoin d'être donnée par le CDO pour le premier collaborateur. En effet, les praticiens exerçant à titre individuel et les sociétés d'exercice peuvent s'attacher le concours :

- Soit d'un seul étudiant ayant satisfait en France à l'examen de cin-

quième année, qui ne peut être que salarié;

– Soit d'un seul chirurgien-dentiste collaborateur, la collaboration pouvant être salariée ou libérale.

Les praticiens restent toutefois soumis à l'obligation de communiquer au CDO le contrat de collaboration ⁽¹⁾.

Par exception au principe d'unicité de collaborateur, le praticien ou la société d'exercice peut, sur autorisation, s'attacher le concours d'autres collaborateurs, salariés, libéraux ou étudiants adjoints.

DEMANDE DE COLLABORATEUR(S) SUPPLÉMENTAIRE(S) : MODE D'EMPLOI

ÉTAPE 1. LA DEMANDE DU PRATICIEN

Toute demande d'un collaborateur supplémentaire doit être motivée. En pratique, le praticien doit donc :

– Rédiger un courrier au CDO dans lequel il explique et justifie sa demande (sur papier à en-tête conforme);

– Indiquer, si possible, à quel motif prévu à l'article R. 4127-276-1 du CSP sa demande se rattache, c'est-à-dire aux besoins de la santé publique, à l'afflux exceptionnel de population, à l'état de santé, ou, le cas échéant quel autre motif justifie sa démarche;

– Adresser les pièces qui attestent de la réalité du motif allégué.

ÉTAPE 2. LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE DU PRATICIEN

La demande adressée par le praticien au CDO doit impérativement faire l'objet d'un accusé de réception. Ainsi, à réception

de la demande du praticien, le CDO doit lui adresser un courrier simple comportant les mentions suivantes :

– La date de réception de la demande et la date à laquelle, à défaut de décision expresse, celle-ci sera réputée acceptée;

– Le service (ou bien la personne) chargé de traiter la demande, son adresse postale et éventuellement électronique ainsi que son numéro de téléphone;

– Le prénom, le nom et la qualité de la personne chargée d'instruire le dossier;

– Ce courrier doit également indiquer que la demande est susceptible de donner lieu à une décision implicite d'acceptation et que, par conséquent, le demandeur a la possibilité de se voir délivrer ultérieurement (ou à sa demande) une attestation relative à cette décision.

Important : la décision du CDO doit intervenir dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation. À défaut, le silence gardé par le CDO dans ce délai vaut autorisation implicite.

ÉTAPE 3. LA QUALIFICATION DE LA DEMANDE

Le CDO doit qualifier la demande qu'il a reçue du praticien, c'est-à-dire déterminer à quel motif prévu à l'article R. 4127-276-1 du CSP la demande reçue se rattache. Il s'agit donc de savoir si la demande est liée aux besoins de la santé publique, à l'afflux exceptionnel de population, à l'état de santé du titulaire ou d'un associé ou à un autre motif. Le CDO n'est pas lié par la qualification éven-

tuellement retenue par le praticien dans sa demande.

• La demande justifiée par les besoins

de la santé publique ⁽²⁾

D'une façon générale, les besoins de la santé publique peuvent être définis en fonction de « *l'exigence éprouvée par une population qui souhaite maintenir ou améliorer son état de santé, prévenir une maladie ou la soigner* ». Concrètement, pour apprécier les besoins de la santé publique, doivent notamment être pris en compte :

– La densité des praticiens au sein d'un territoire donné qui peut être comparé à la densité nationale, ces chiffres pouvant être obtenus sur le service de cartographie du Conseil national mis à disposition des CDO;

– Les conditions d'accès, notamment géographiques, aux cabinets dentaires de ce territoire.

Pour apprécier la réalité des besoins de la santé publique, le CDO procède, s'il y a lieu, à une « enquête » auprès des praticiens qui ont établi leur exercice sur le territoire concerné.

Rappelons que les besoins de la santé publique ne sauraient se confondre avec les besoins d'un cabinet dentaire donné. Ainsi, deux types de demande ne sont pas justifiés par les besoins de la santé publique :

– Les demandes visant à intégrer au sein du cabinet dentaire un praticien ayant une habileté particulière dans un champ d'activité donné, alors que l'offre de soins n'est pas déficiente dans le territoire considéré;



»» – Les demandes visant à compléter par un second collaborateur le temps partiel d'un premier, alors que l'offre de soins n'est pas déficiente dans le territoire considéré.

• **La demande justifiée par un afflux exceptionnel de population** ⁽³⁾

Le motif de «*l'afflux exceptionnel de population*» concerne essentiellement les zones touristiques dont les populations peuvent croître fortement en période estivale ou hivernale.

• **La demande justifiée par l'état de santé du titulaire ou d'un associé** ⁽⁴⁾

À l'appui de leur demande, le titulaire ou l'associé doivent communiquer au CDO un certificat médical ⁽⁵⁾.

• **La demande justifiée par un autre motif** ⁽⁶⁾

Les demandes qui n'entrent pas dans les trois cas énoncés ci-dessus sont nécessairement des demandes pour autre motif. La demande doit alors systématiquement être communiquée au Conseil national par le CDO, accompagnée des éventuels justificatifs produits par le praticien et de l'avis du CDO. Le prati-

cien est informé par le CDO que sa demande est communiquée au Conseil national.

• **La demande de plus de deux collaborateurs**

La même procédure doit être appliquée aux demandes de collaborateurs supplémentaires lorsque le praticien a déjà deux collaborateurs. Le Conseil national apprécie, au cas par cas, les demandes pour autre motif.

À titre d'exemples, et sans que cette liste soit exhaustive, un collaborateur supplémentaire pourrait être accordé pour cause de poursuites d'études d'un praticien du cabinet dentaire, pour cause de mandat électif d'un praticien du cabinet, etc.

ÉTAPE 4. LA DÉCISION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Après avoir «instruit» le dossier, le CDO statue sur la demande. La décision d'acceptation ou de refus est notifiée au praticien par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La décision est également motivée. Le courrier notifiant la décision indique le recours possible devant le Conseil national ⁽⁷⁾.

Important : la décision du CDO doit intervenir dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation. À défaut, le silence gardé par le CDO dans ce délai vaut autorisation implicite.

LE CAS DES SPÉCIALISTES

Un chirurgien-dentiste spécialiste en ODF, chirurgie orale ou médecine bucco-dentaire ne peut s'attacher le concours que d'un confrère lui-même spécialiste qualifié ou d'un interne ayant satisfait à l'examen de fin de première année de spécialisation.

LES CAS INSTRUITS UNIQUEMENT PAR LE CONSEIL NATIONAL

Il existe deux cas bien précis pour lesquels l'autorisation d'accorder ou non un collaborateur supplémentaire relève uniquement de la compétence du Conseil national de l'Ordre ⁽⁸⁾:

– Lorsque le titulaire ou la société souhaite s'adjoindre le concours d'un troisième collaborateur, la demande est transmise au CDO qui devra émettre un avis avant de communiquer le dossier complet au Conseil national qui statuera sur la demande.

DURÉE D'AUTORISATION D'UN COLLABORATEUR SUPPLÉMENTAIRE

| Motifs | Conseil de l'Ordre compétent | Durée de l'autorisation |
|-----------------------------------|---|---|
| Besoins de la santé publique | Conseil départemental* | 3 ans |
| Afflux exceptionnel de population | Conseil départemental* | 3 mois |
| État de santé | Conseil départemental* | 3 mois |
| Autre motif | Conseil national, après avis du conseil départemental | Durée déterminée par le Conseil national en fonction du motif |

* Compétence du conseil départemental pour les demandes d'un deuxième collaborateur uniquement. Les demandes de plus de deux collaborateurs, quel qu'en soit le motif, relèvent de la compétence du Conseil national qui statue, après avis du conseil départemental, dans les mêmes conditions et pour les durées prévues ci-dessus.



– Lorsque le titulaire ou la société souhaite s'adjoindre un collaborateur pour un autre motif que ceux prévus par le CSP, c'est-à-dire les besoins de la santé publique, l'afflux exceptionnel de population et l'état de santé du titulaire ou d'un associé. Dans cette situation, le CDO, une fois qu'il a relevé que le motif invoqué par le demandeur ne relève pas de l'un des trois motifs cités plus haut, devra émettre un avis avant de communiquer le dossier complet au Conseil national qui statuera sur la demande (voir le tableau récapitulatif «Durée d'autorisation d'un collaborateur supplémentaire»). Pour exemple, tel qu'est rédigé l'article, l'état de santé du collaborateur ne pourrait justifier l'octroi d'un deuxième collaborateur par le CDO... La décision incombera donc au Conseil national. La décision d'acceptation ou de refus est notifiée au praticien ainsi qu'au CDO par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La décision est motivée. Le courrier notifiant la décision indique le recours possible devant le tribunal administratif du ressort du département. Soulignons que la décision

du Conseil national doit intervenir dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation par le CDO. À défaut, le silence gardé par le Conseil national dans ce délai vaut autorisation implicite.

SITES DISTINCTS, FRANCHISE DE TVA, IMPÔT SUR LES SOCIÉTÉS...

– Les durées d'autorisation, citées dans le texte, pour exercer avec un ou plusieurs collaborateurs sont, au besoin, renouvelables.

– L'interdiction d'assistantat liée à l'existence d'une activité annexe ayant disparu, le titulaire de divers sites d'activité pourra exercer dans n'importe lequel de ces sites, au même titre que son ou ses collaborateurs, ce qui a conduit à la disparition du «remplacement partiel». Ainsi, un praticien titulaire ayant un collaborateur peut être lui-même collaborateur.

– Le paragraphe de l'article 4127-276 du CSP concernant les praticiens liés par un contrat de location d'un local aménagé pour l'exercice de l'art dentaire sous le même toit ayant disparu dudit article, les praticiens concernés pourront désormais s'adjoindre un praticien ou un étudiant.

– À noter qu'en cas de multiplicité de collaborateurs, la totalité des contrats sera prise en compte pour apprécier la franchise, puisqu'en l'espèce les redevances ont le caractère de recettes commerciales. Par conséquent, en cas de multiplicité de collaborateurs, il existe de fortes probabilités que la franchise soit dépassée, ce qui entraînera de fait l'assujettissement du titulaire du cabinet à la TVA gratifiée aujourd'hui d'un taux à 20 %.

– Il en va de même pour les sociétés d'exercice dont l'ensemble des rétrocessions, outre la TVA, risque de les faire basculer définitivement vers l'impôt sur les sociétés (jusqu'à leur liquidation!) si elles excèdent 10 % du chiffre d'affaires hors taxe de la société. ■

André Micouveau,
vice-président de l'Ordre

(1) Conformément à l'article L. 4113-9 du Code de la santé publique.

(2) Article R. 4127-276-1 du CSP, 1^{er}.

(3) Article R. 4127-276-1 du CSP, 2^e.

(4) Article R. 4127-276-1 du CSP, 3^e.

(5) Sur le fondement du 2^o de l'article R. 4127-276-1 du CSP.

(6) Article R. 4127-276-1 du Code de la santé publique, 7^e alinéa.

(7) Conformément à l'article R. 4127-283 du CSP.

(8) En vertu des dispositions de l'article R. 4127-276-1 du CSP.

Partage d'informations : la protection du patient, l'embarras des professionnels...

En résumé

Un décret du 10 octobre 2016 traite du partage d'informations entre professionnels de santé « *ne faisant pas partie de la même équipe de soins* ». Telle sera la situation susceptible d'être rencontrée par un chirurgien-dentiste. Dans ses lignes directrices, le décret impose, avant tout partage, de recueillir le consentement du patient (ou de son représentant légal). Au préalable, le praticien devra satisfaire à un devoir d'information très précis. Si, juridiquement, le consentement ne fait pas l'objet d'un écrit, les informations délivrées devront, elles, être attestées par un document imprimé ou dématérialisé. En outre, le patient peut « *retirer* » son consentement. Le formalisme protecteur du patient est loin d'être négligeable.

Le contexte

Le décret n° 2016-1349 relatif au partage d'informations entre professionnels de santé est paru le 10 octobre dernier. Il vise uniquement le partage d'informations entre professionnels de santé « *ne faisant pas partie de la même équipe de soins* ». Que signifie cette formule, qui vient réduire, limiter le champ d'application de cet acte réglementaire ? L'équipe de soins est définie par législateur à l'ar-

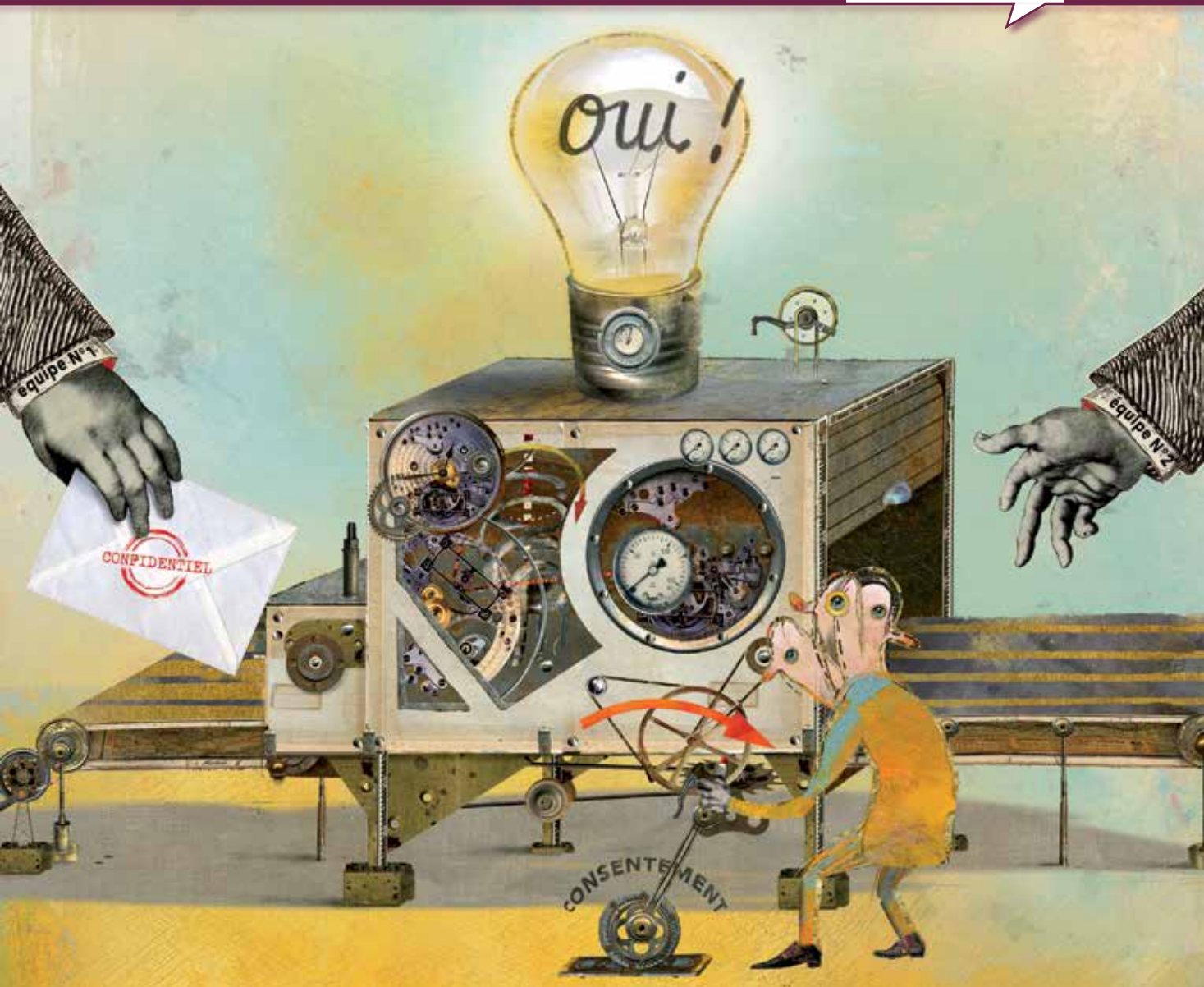
ticle L. 1110-12 du Code de la santé publique : elle est constituée d'un « *ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :*

1° *Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein*

du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social [...];

2° *Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge;*

3° *Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présen-*



tant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la Santé».

Le plus fréquemment en pratique, le chirurgien-dentiste ne sera pas membre d'une telle équipe. Aussi, pour partager des informations avec d'autres praticiens, si une telle hypothèse devait se présenter, devra-t-il respecter le décret précité. Quels enseignements pouvons-nous en retirer ?

L'analyse

Tout d'abord, la personne qui prend en charge le patient, par exemple le chirurgien-dentiste, doit recueillir le consentement de celui-ci ⁽¹⁾ avant de partager des informations le concernant avec un autre professionnel. Le décret entend ainsi protéger l'individu. Dans le prolongement, ce consentement n'est susceptible d'être

donné qu'en présence d'un patient éclairé; d'où une obligation d'information – nécessairement préalable à l'expression du consentement – pesant sur le praticien qui entend partager des informations.

Sur quoi porte-t-elle ? Selon l'article D. 1110-3-1 du Code de la santé publique, le praticien doit indiquer « *les catégories d'informations ayant vocation à être partagées, les catégories de professionnels fondés à [les] connaître, la nature* >>>

»» des supports utilisés pour les partager et les mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès». En outre, il doit être pédagogique et adapter l'information au degré de réceptivité du patient : le décret prévoit, en effet, que l'information est délivrée «*en tenant compte de ses capacités*». Quant à la preuve du consentement, l'écrit n'est pas juridiquement imposé : l'article D. 1110-3-1 énonce que «*le consentement [...] est recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée [...]*». En revanche, s'agissant cette fois de la preuve de l'information transmise au patient, elle est établie par écrit : «*L'information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, d'un support écrit, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information [...] (2).*» En définitive, le partisan de l'écrit préférera rédiger un document détaillant les informations communiquées, qu'il fera signer au patient, lequel y apposera en outre une formule manuscrite exprimant son consentement éclairé.

Ce n'est pas tout : le document présente «*les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne*», sans que l'on sache exactement ce qu'elles recouvrent. Il mentionne également les droits «*qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 jan-*



vier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés (3)». Ce formalisme, dont on ne doute pas du caractère protecteur, ne risque-t-il pas d'être dissuasif? Le partage d'informations entre professionnels de santé est-il à ce point frappé de la suspicion d'être attentatoire aux droits de la personne? Convient-il de craindre que les premiers l'utilisent dans un but étranger à l'intérêt de la seconde?

Quoi qu'il en soit, une nouvelle précision s'impose : il y a autant de consentements du patient que de professionnels de santé impliqués (4), ce qui ne sera pas simple à mettre en œuvre. Par exemple, si trois professionnels, dont un chirurgien-dentiste, sont en relation, alors trois consentements sont nécessaires, «*sauf impossibilité ou urgence*», selon les termes du décret. Dans ces deux cas cependant, le praticien recueille le consentement *a posteriori* (ce qui ne manque pas d'étonner) «*lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant*». Il doit en être fait mention dans le dossier médical de la personne. Par ailleurs,

le patient peut changer d'avis et «*retirer*» son consentement (5), le partage d'informations devenant alors impossible. On imagine que le retrait n'est pas rétroactif. Autrement dit, s'il y a eu consentement, et donc partage d'informations, puis retrait, ce dernier ne sera effectif que pour l'avenir, et n'empêchera tout partage qu'à partir de la date de sa notification. Concluons sous la forme d'une interrogation : la protection du patient, au demeurant légitime, n'est-elle pas poussée à un point tel qu'elle implique l'absence de confiance? ■

David Jacotot

(1) Le décret prend soin d'ajouter : «*la personne et, le cas échéant, son représentant légal*», ce qui est le cas en présence, par exemple, d'un patient mineur.

(2) Art. D. 1110-3-2 inséré par le décret dans le Code de la santé publique.

(3) Schématiquement, les fichiers contenant des données personnelles qui sont soumis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

(4) Aux termes de l'article D. 1110-3-3, «*le consentement est recueilli par chaque professionnel mentionné à l'article D. 1110-3-1, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence*».

(5) «*Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne [...] La matérialisation du recueil des modifications ou du retrait du consentement est faite selon les modalités décrites à l'article D. 1110-3-2.*»

Invoquer l'urgence pour suspendre une radiation du tableau de l'Ordre ?

En résumé

L'urgence et la radiation du tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, tels sont les mots-clés d'un arrêt rendu par le Conseil d'État le 13 octobre 2016. Un conseil départemental a en effet décidé de radier un praticien à compter du 21 novembre 2016. Cette décision a été contestée devant le conseil régional, qui statuera, en application du Code de la santé publique, au plus tard le 6 décembre de la même année. Dans l'attente, le chirurgien-dentiste ne peut pas exercer pendant la période précitée. Il a donc décidé d'invoquer l'urgence afin d'obtenir la suspension de la décision du conseil départemental, et la rendre non applicable. Le Conseil d'État, quant à lui, refuse de considérer que l'absence de ressources et les effets collatéraux (personnels et professionnels) d'une radiation durant une période qu'implicitement il juge courte caractérisent l'urgence.

Le contexte

L'urgence vue par les uns ne coïncide pas toujours avec l'urgence regardée par d'autres, pense-t-on bien souvent. Mieux, méditons cette pensée d'Edgar Morin : «*À force de sacrifier l'essentiel pour l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel.*» Cela dit, en droit, l'urgence reçoit une acception particulière, ainsi que l'illustre

l'arrêt rendu récemment par le Conseil d'État ⁽¹⁾, signification qui ne manquera pas de surprendre.

En l'espèce, la présentation des données factuelles est laconique : il est principalement mentionné dans l'arrêt qu'un chirurgien-dentiste a été l'objet d'une décision, rendue le 14 septembre 2016 par un conseil départemental, «*le radiant du tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, à compter du 21 novembre 2016*»; bref, le contexte >>>

» et les raisons qui motivent une telle décision ne sont pas précisés, ce qui est regrettable. En outre, l'on apprend que le praticien a formé un appel devant le conseil régional reçu par ce dernier le 6 octobre 2016, et ce en application de l'article R. 4112-5 du Code de la santé publique. Les particularités de cet appel sont les suivantes : le conseil régional statue dans les deux mois à compter de la réception de la demande ; l'appel n'est au demeurant pas suspensif. Aussi, tant que ledit conseil n'a pas statué, le praticien ne pourra pas exercer, soit du 21 novembre (date de la radiation fixée par le conseil départemental) au 6 décembre 2016 (date à laquelle le conseil régional devra au plus tard se prononcer). C'est pourquoi le praticien a saisi « *le juge de l'urgence* » (en l'occurrence le juge des référés du Conseil d'État) afin qu'il ordonne la suspension de l'exécution de la décision critiquée, qui l'a radié du tableau de l'Ordre, et qu'il mette à la charge de ce même conseil le versement d'une somme de 1500 euros. Il agit sur le fondement de l'article L. 521-1 du Code de justice administrative visant l'urgence. Mais cette dernière est-elle effectivement caractérisée ?

L'analyse

L'article précité fixe le cadre juridique : « *Quand une décision administrative, même de rejet, fait l'objet d'une re-*

quête en annulation ou en réformation, le juge des référés, saisi d'une demande en ce sens, peut ordonner la suspension de l'exécution de cette décision, ou de certains de ses effets, lorsque l'urgence le justifie et qu'il est fait état d'un moyen propre à créer, en l'état de l'instruction, un doute sérieux quant à la lé-

sanction prononcée est disproportionnée eu égard aux faits qui fondent la décision attaquée ».

Cette argumentation n'a pas convaincu le Conseil d'État. Il considère en effet qu'il n'y a pas urgence puisque le recours formé par le chirurgien-dentiste devant le conseil régional sera

La suspension de l'exécution d'une décision peut être ordonnée par le juge des référés à la double condition que l'urgence le justifie et qu'il existe un doute sérieux sur la légalité de la sentence.

galité de la décision. » Ce texte pose deux conditions cumulatives parmi lesquelles l'urgence. Celle-ci n'est, toutefois, pas définie. Ce texte la laisse ainsi à l'appréciation des tribunaux au gré des situations qui leur sont exposées.

Selon le praticien, la suspension doit être ordonnée : il prétend, d'une part, que « *la condition tenant à l'urgence est remplie dès lors que sa radiation administrative du tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes emporte des conséquences financières et juridiques graves pour son cabinet dentaire et sur sa situation personnelle* ». Il ajoute, d'autre part, que « *la condition tenant à l'existence d'un doute sérieux quant à la légalité de la décision attaquée est également remplie dès lors que la décision du conseil départemental est insuffisamment motivée et méconnaît l'article R. 4112-1 du Code de la santé publique* », sans oublier d'affirmer que « *la*

rendu au plus tard le 6 décembre ; l'absence de ressources professionnelles et l'impact sur la patientèle d'un cabinet non ouvert pendant 13 jours calendaires, ou plutôt 11 jours ouvrables, n'établissent pas l'urgence. Il juge – de manière implicite – que le court délai d'attente exclut l'urgence. En revanche, le Conseil d'État ne dit mot sur la deuxième condition posée par l'article L. 521-1, soit la légalité – jugée douteuse par le praticien – de la décision de radiation. Il est vrai que les deux conditions sont cumulatives, l'absence de l'une empêchant nécessairement le prononcé de la suspension de la décision du conseil départemental. En conclusion, ici point d'urgence, et sur la légalité de la radiation, il faudra attendre l'intervention du conseil régional. ■

David Jacotot

(1) CE, 13 octobre 2016, n° 404147, inédit au Recueil Lebon.

La non-concurrence est-elle compatible avec la collaboration libérale ?

En résumé

Peut-on insérer une clause de non-concurrence dans un contrat de collaboration libérale conclu entre professionnels de santé ? En l'absence de tout texte législatif sur ce point, l'incertitude dominait. D'aucuns soutiennent qu'une telle clause est incompatible avec la faculté laissée au collaborateur libéral de se « *constituer une clientèle personnelle* » (article 18 de la loi du 2 août 2005). Telle est la position d'une cour d'appel. Mais son arrêt est cassé par la Cour de cassation qui admet qu'une clause de non-concurrence peut être stipulée si elle est « *limitée dans le temps, dans l'espace et proportionnée aux intérêts légitimes à protéger* ». La portée de cet arrêt est cependant débattue. Aussi peut-il apparaître préférable, ainsi que le suggère le modèle de contrat proposé par l'Ordre, de rappeler certaines règles déontologiques dans le contrat, et de prévoir la mise à jour régulière de la liste des patients de chacun des praticiens.

Le contexte

La clause de non-concurrence dans un contrat de collaboration libérale fait débat. Il est, cependant, des hypothèses où la loi la prohibe expressément : la clause de non-concurrence est, en effet, interdite dans le contrat de collaboration libérale conclu entre

avocats, et ce en application de l'article 7 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. Ce dernier texte concerne exclusivement les avocats, il est donc audacieux de l'interpréter de telle manière qu'une telle clause soit impossible dans le cadre de contrats noués par d'autres professionnels. D'autant plus que l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août >>>

»» 2005 (en faveur des petites et moyennes entreprises), qui traite de la collaboration libérale, ne contient aucune disposition relative à cette clause; il ne dit mot, ni pour la déclarer nulle, ni pour l'autoriser. Néanmoins, il a été soutenu qu'une telle clause serait illégale car incompatible avec l'idée que le collaborateur libéral puisse se constituer une clientèle personnelle : rappelons que l'article 18 II, alinéa 2, de la loi de 2005 dispose que le collaborateur «peut se constituer une clientèle personnelle». Du reste, l'on évite ainsi le risque de requalification du contrat en contrat de travail, à ce titre soumis au Code du travail : le salarié ne saurait avoir de clientèle.

La Cour de cassation a été saisie de la validité d'une clause de non-concurrence dans un contrat de collaboration libérale entre orthophonistes ⁽¹⁾. L'arrêt qu'elle a rendu est «non publié au Bulletin»; il ne porte donc pas les traces d'un arrêt de principe dont on dit qu'il «fait jurisprudence»; sa portée n'est dès lors pas totalement certaine, ce qui invite à la prudence. Il n'en demeure pas moins intéressant.

L'analyse

Le pourvoi formé devant la Cour de cassation critique un arrêt rendu par une cour d'appel, laquelle a «pri-

vé d'effet» une clause aux termes de laquelle, «à l'expiration ou en cas de rupture du contrat, M^{me} Y s'interdit d'exercer la profession d'orthophoniste sous toutes ses formes dans un rayon de deux kilomètres autour du cabinet, pendant trois ans». La clause est donc non applicable, dépourvue de force obligatoire. Pourquoi? Selon la cour d'appel, la clause «reviendrait à priver le collaborateur du droit de se constituer une clientèle et de pouvoir continuer à la suivre une fois la convention de collaboration terminée». Il y aurait en quelque sorte une incompatibilité entre clause de non-concurrence et faculté d'avoir une clientèle personnelle.

La Cour de cassation casse l'arrêt d'appel : «Sans rechercher si la clause, limitée dans le temps et dans l'espace, était proportionnée aux intérêts légitimes à protéger, la cour d'appel a privé sa décision de base légale.» Il semble bien que la Cour de cassation rejette toute incompatibilité par nature. Une telle clause semble pouvoir être stipulée si trois conditions sont réunies : d'une part, une limitation dans l'espace; d'autre part, une limitation dans le temps; enfin, l'appréciation judiciaire – toujours délicate – de la proportionnalité de la non-concurrence aux intérêts légitimes à protéger. À noter que l'exigence d'une contrepartie financière n'est pas une condition de validité de la clause de non-concurrence insérée dans un contrat de collaboration libé-



rale; elle ne l'est qu'en présence d'un contrat de collaboration salariée ⁽²⁾. Il n'est pas certain qu'à l'avenir les choses restent en l'état...

Cela dit, il nous apparaît impossible que la clause de non-concurrence porte sur les patients du collaborateur (sa «clientèle personnelle», pour reprendre l'expression de l'article 18 de la loi du 2 août 2005). Elle ne peut viser que la clientèle du titulaire du cabinet.

Reste à savoir s'il est opportun d'intégrer une telle clause. Les règles déontologiques, figurant aux articles R. 4127-277 et R. 4127-278, ne sont-elles



pas suffisantes ? Aux termes du premier de ces deux textes, « le chirurgien-dentiste ou l'étudiant en chirurgie dentaire qui a été remplaçant ou adjoint d'un chirurgien-dentiste pour une durée supérieure à trois mois consécutifs ne doit pas exercer avant l'expiration d'un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence avec ce chirurgien-dentiste, sous réserve d'accord entre les parties contractantes ou, à défaut, d'autorisation du conseil départemental de l'Ordre donnée en fonction des besoins de la santé publique » ; il protège bel

et bien le titulaire du cabinet. L'on comprend dès lors que le modèle de contrat proposé par l'Ordre reprenne les deux articles précités, et ajoute que « le collaborateur s'interdit tout acte de concurrence déloyale à la cessation de sa collaboration et s'engage à transmettre au titulaire dans les trois mois de la cessation de la collaboration la liste de ses patients [...] ». À l'évidence, cela suppose que la liste des patients de l'un (le titulaire du cabinet) et celle de l'autre (le collaborateur libéral) aient été établies – au mieux – au fur et à mesure de l'exécution du contrat, pour éviter les

tensions toujours possibles au moment de la rupture de la collaboration ; cela implique également d'avoir retenu dans le contrat de collaboration un « critère de distinction de la patientèle »⁽³⁾. ■

David Jacotot

(1) Chambre com., 11 mars 2014, n° 13-12503, non publié au *Bulletin*.

(2) En ce sens également, cour d'appel de Versailles, 13 novembre 2014, n° 12/05208.

(3) Voir la suggestion de l'Ordre selon laquelle « le patient du titulaire s'entend comme celui avec lequel le collaborateur aura été mis en relation par le titulaire pendant l'exécution du contrat ».

Régénération

Jérémy Glomet, 23 ans, nouveau président de l'UNECD, est un jeune homme pressé : «*Ma journée type commence dès six heures du matin en relevant mes mails tout en buvant mon café. Le matin, je suis à la faculté. J'avale ensuite un sandwich pendant la pause déjeuner pour travailler sur les dossiers de l'UNECD. L'après-midi, si je n'ai pas de vacation, je continue de plancher sur les dossiers de l'association jusqu'en début de soirée*», détaille-t-il.

Ce Nantais se caractérise par son dynamisme et sa volonté d'entreprendre, comme en témoigne son CV déjà bien étoffé. En 2014, il est élu président de l'Association des étudiants en chirurgie dentaire de Nantes. En 2015, il endosse plusieurs fonctions : il représente les étudiants au conseil de gestion de

met s'est dit «*très honoré de la confiance accordée par [ses] pairs pour représenter les étudiants*» et a souhaité «*pérenniser les bases solides construites par [ses] prédécesseurs, sans jamais perdre de vue [son] objectif premier : défendre les étudiants*».

Trois grands chantiers portés par l'UNECD attendent Jérémy Glomet et son équipe. À commencer par la réforme du troisième cycle des études en odontologie : «*Nous participerons à la prochaine conférence des doyens pour avancer sur ce dossier avec le syndicat des internes en odontologie*», précise-t-il. Deuxième grand sujet, la démographie : à ses yeux, «*l'UNECD est invitée, pour la première fois, à la table des négociations conventionnelles et compte bien participer aux débats sur cette thématique*». Enfin, le troisième

L'UNECD prévoit d'établir un plan de communication sur les CESP pour inciter les étudiants à exercer dans les zones sous-dotées.

son UFR, devient vice-président en charge de la Pédagogie et des Affaires universitaires et fait son entrée à l'UNECD en tant que vice-président en charge des Affaires académiques et sociales. Lors de sa prise de fonctions, le 22 octobre dernier, Jérémy Glo-

met s'est dit «*très honoré de la confiance accordée par [ses] pairs pour représenter les étudiants*» et a souhaité «*pérenniser les bases solides construites par [ses] prédécesseurs, sans jamais perdre de vue [son] objectif premier : défendre les étudiants*».



JÉRÉMY GLOMET

1993 : naissance à Nantes.

2010 : baccalauréat, série scientifique.

2014-2015 : président de l'Association des étudiants de chirurgie dentaire de Nantes.

2015-2016 : vice-président en charge des Affaires académiques et sociales à l'UNECD.

2016 : président de l'UNECD.

«*ciens exerçant dans ces zones afin qu'ils partagent leur expérience avec les étudiants*». Et d'ajouter : «*À côté de ces trois dossiers, nous continuons à développer de nombreux projets, dont des opérations de solidarité internationale au Népal et au Maroc.*»

En sixième année à la fac de Nantes, Jérémy Glomet souhaite orienter son exercice vers la parodontologie : «*Tout ce qui touche à la régénération me fascine. C'est un principe extraordinaire*», explique-t-il. Après une première expérience en libéral, il n'exclut pas, à l'avenir, une carrière hospitalo-universitaire tant la transmission est une valeur qui lui tient à cœur. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ PARTAGE D'INFORMATIONS

Lorsqu'un patient est pris en charge par un praticien ne faisant pas partie de l'équipe de soins, ce dernier doit recueillir son consentement pour partager les informations nécessaires à sa prise en charge. Le consentement est apporté ou retiré par tout moyen, y compris de façon dématérialisée. Il demeure valable tant qu'il n'a pas été annulé et se limite strictement à la durée de la prise en charge du patient.



✓ PLURALITÉ

DES COLLABORATEURS

Trois conditions peuvent justifier l'obtention d'un deuxième collaborateur : les besoins de la santé publique, pour une durée de trois ans, l'afflux exceptionnel de population, pour une durée de trois mois, ou l'état de santé du titulaire ou d'un associé exerçant, pour une durée de trois mois. L'autorisation peut être accordée par le conseil départemental. Elle est renouvelable. Pour tout autre motif ou pour une demande de plus de deux praticiens ou étudiants adjoints, l'autorisation est donnée par le Conseil national de l'Ordre, après avis du conseil départemental.



✓ LOGO

L'Ordre ne délivre ni aval ni agrément pour les produits ou prestations proposés par des sociétés commerciales aux chirurgiens-dentistes. De même, le logo de l'Ordre ne peut être utilisé sans son consentement préalable, notamment sur les documents affichés dans certains centres *low cost* ou remis aux patients (comme les passeports implantaires). Il s'agit là d'une démarche frauduleuse destinée à abuser les patients.

✓ ACTIONS DE GROUPE

Les patients victimes d'accidents de santé peuvent désormais se regrouper et agir en justice en mutualisant les procédures et les frais de contentieux par le biais des associations d'usagers agréées. La multiplication des actions individuelles, particulièrement lourdes pour les victimes, pourra ainsi être évitée. Les tribunaux ont donc d'ores et déjà la possibilité de statuer sur la responsabilité d'un produit, tout en tenant compte des spécificités des dommages subis par chacune des victimes.



La Lettre n° 153 – Décembre 2016

Directeur de la publication : Gilbert Bouteille/Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16

Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 / www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

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

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

Photos : Philippe Delacroix : pp. 3. Fotolia : pp. 2, 18, 22, 28-29, 30, 33, 43. DR : pp. 14, 15, 42.

Laurence Danière : p.p 1, 2, 4-11.

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

Toute l'information pratique en ligne



Contrats, petites annonces, actualités, réglementation... Le site Internet de l'Ordre met à disposition des confrères tous les outils pour sécuriser et améliorer leur exercice.