

# la Lettre

L'Ordre et la défense des valeurs de la profession

p. 12

Europe : quelle formation dentaire pour demain ?

p. 4

Attentat de Nice : retour sur la mobilisation des praticiens

p. 22



## RETOUR SUR LE STAND DE L'ORDRE À L'ADF



## 4

### L'ÉVÉNEMENT

## Europe : quelle formation dentaire pour demain ?

### ACTUALITÉS

- 11** VACCINATIONS  
Le vaccin contre la grippe fortement recommandé
- 12** TRIBUNE LIBRE  
L'Ordre et la défense des valeurs de la profession
- 14** TAUX MACSF  
Une sinistralité à la hausse en implantologie
- 18** VIOLENCES  
Repérer les violences faites aux femmes
- 19** CONGRÈS DE L'ADF  
Riches échanges entre les praticiens et l'Ordre à l'ADF
- 20** CONGRÈS DE L'ADF  
L'Ordre, vigilant sur la question de l'accès partiel
- 22** ODONTOLOGIE MÉDICO-LÉGALE  
Attentat de Nice : retour sur la mobilisation des praticiens
- 25** ODONTOLOGIE MÉDICO-LÉGALE  
« Les attentats de Paris ont modifié nos protocoles à Nice. »
- 26** EN BREF

### JURIDIQUE

- 27** RESPONSABILITÉ MÉDICALE  
Acte fautif : quand le doute profite aux praticiens



- 31** COUR DE CASSATION  
Prestation de retraite : le texte le plus récent s'applique



### PORTRAIT

- 34** DOMINIQUE MANOUTCHERI  
De l'ouverture et de l'humain

### LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

[www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)





Gilbert Bouteille  
Président  
du Conseil national

# Fierté

Le dernier Congrès de l'ADF, où l'Ordre tenait son stand, aura fait la démonstration que notre profession est à la pointe de l'innovation et de la recherche tout en témoignant de son engagement collectif dans sa formation continue.

Nous l'ignorons trop souvent, parce que nous ne nous regardons évidemment pas tous les jours dans un miroir, mais notre profession, à travers ce congrès, donne l'image d'une communauté médicale pleine de force et de vitalité. Nous avons réellement de quoi être fiers d'appartenir à ce corps médical qui s'engage chaque jour pour la santé orale des patients. Par ailleurs, en toutes circonstances, les chirurgiens-dentistes se sont toujours engagés pour de nobles causes : la prévention, les soins aux plus démunis, la formation continue ou encore, plus récemment, les violences commises contre les femmes...

Malgré les tracasseries et les obligations de tous ordres, la profession soigne en moyenne chaque jour 800 000 patients, parce qu'elle est consciente que la santé orale est l'une des conditions fondamentales d'une bonne santé générale.

Et il serait temps que nos interlocuteurs en prennent acte.

Il ne s'agit bien sûr pas de livrer de notre réalité une vision angélique. Nous avons d'ailleurs d'importants défis à relever, à commencer par la manière que nous avons aujourd'hui d'exercer

**« Consciente que la santé orale détermine une bonne santé générale, notre profession soigne chaque jour 800 000 patients. »**

notre pratique.

C'est cette modernité que le Conseil national de l'Ordre veut accompagner, avec une vision résolument ouverte,

dans le cadre, bien entendu, d'une pratique soucieuse d'éthique et des règles déontologiques, pour le plus grand bénéfice du patient : d'une pratique placée loin de toute dérive commerciale car il s'agit là de l'honneur et de l'indépendance de la profession.

En cette année de discussions conventionnelles, l'Ordre réaffirme son souhait – qui pour lui n'est pas une revendication syndicale – d'une meilleure prise en compte de la prévention et des soins conservateurs en ce qu'ils touchent à une valeur essentielle de l'intégrité de la personne.

*À toutes et à tous, nous vous souhaitons une excellente année 2017.*





# Europe : quelle formation dentaire pour demain ?

Quelles sont les solutions pour garantir une formation initiale de qualité sur tout le territoire européen à l'heure de la libre circulation des biens et des personnes ?

C'est sur cette question cruciale que se sont penchés les membres de la Fedcar lors de la réunion organisée à Paris en novembre dernier. Compte rendu. >>>

**L'**enquête qui a révélé que 10 % des étudiants diplômés en UE n'auraient jamais soigné un patient au cours de leur cursus initial a été au cœur des débats de la dernière réunion d'automne de la Fedcar, en novembre dernier à Paris, qui a réuni les régulateurs dentaires de l'UE. En marge de l'ADF, le Conseil national a piloté cette réunion, avec, à l'ordre du jour cette année, la question cruciale de l'enseignement de l'art dentaire, de sa qualité et des moyens d'accréditer cette formation dans l'Union européenne. Car son talon d'Achille, en France comme en Europe, tient à l'absence de garantie de la qualité de l'enseignement du professionnel qui doit conduire à cette expertise. Pourtant chaque année, de Brest à Cluj (Roumanie), 12 000 nouveaux diplômés de l'art dentaire prennent place dans l'UE et bénéficient d'une reconnaissance automatique de leur qualification. Cette anomalie a occupé les débats de la réunion des régulateurs dentaires européens mais aussi canadiens, invités par la Fedcar le 25 novembre dernier au Conseil national de l'Ordre.

### LE PAVÉ DANS LA MARE

L'an passé, l'Association européenne des étudiants en chirurgie dentaire (Edsa) tirait la sonnette d'alarme : selon son estimation, 10 % des étudiants sondés regrettaient de ne pas avoir pratiqué une trentaine d'actes cliniques au cours de leur formation universitaire <sup>(1)</sup>. Les jeunes représentants de l'Edsa ont été invités par la Fedcar à venir présenter leur recherche.



**En cours d'élaboration, un guide international d'accréditation de l'enseignement dentaire devrait voir le jour en 2017.**

Des exceptions sont à noter, en Belgique notamment, où la sixième année, qui suit la remise du diplôme, consiste en un stage obligatoire pour lequel le jeune diplômé travaille sous supervision et termine sa formation clinique. Mais une fois divulgué, le constat ressemble au sparadrap du capitaine Haddock. Auprès des 200 formations publiques et, de plus en plus, privées de l'art dentaire en Europe, comment s'assurer de la qualité de l'enseignement ? L'insuffisance de la formation clinique aurait-elle pu exister si un système homogène d'accréditation des enseignements dentaires avait existé ?

### LA SOLUTION CANADIENNE

Le D<sup>r</sup> Peter Trainor de la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire est venu présenter à la Fedcar la rigueur du système canadien. Le principe : aucune école ne peut se reposer sur ses lauriers. L'accréditation des écoles dentaires qui délivrent leur formation (en

quatre ans) est conduite par une commission <sup>(2)</sup> dont les missions sont définies en partenariat avec les doyens, les Ordres et les examinateurs nationaux. Elle accrédite aussi d'autres activités bucco-dentaires : les spécialités dentaires de même que les enseignements pour les assistants et les hygiénistes.

Le programme, l'administration, le corps professoral, les services de l'enseignement, les soins cliniques, la recherche ainsi que les relations externes constituent les sept familles des critères d'agrément vérifiés par la commission nationale. La liste des facultés accréditées est publique, et l'accréditation court sur trois ans pour un nouveau programme ou sur sept ans pour un programme établi. D'une province à l'autre, la confiance règne quant à la qualité de l'enseignement dispensé.

En résulte-t-il que la concurrence est rude entre les écoles dentaires et qu'elle repose sur une course au financement privé ? Ce risque est évité. Dans la province canadienne de l'Ontario, le gouverne-

ment provincial accorde aux écoles dentaires une subvention qui s'élevait en 2015 à 25 000 dollars canadiens par étudiant (18 000 euros environ). À l'université de Toronto, l'investissement totalise environ 12 millions de dollars. L'école de médecine dentaire reçoit en outre une subvention spécifique de 2,5 millions de dollars canadiens (1,8 million d'euros) pour permettre la formation clinique et le remboursement des soins prodigués. En bref, le gouvernement de l'Ontario finance les frais de fonctionnement des écoles de médecine dentaire à hauteur du tiers de leur budget total. À l'évidence, le renouvellement de l'accréditation conditionne le maintien de la subvention.

### LA SITUATION EUROPÉENNE

Quid de l'Europe ? Le seul organisme indépendant de contrôle concerne les sciences vétérinaires. Il ne connaît pas encore d'équivalent en odontologie ni en médecine. On notera pourtant qu'il ne procède pas d'une décision imposée par le législateur de l'UE, mais d'une initiative des écoles et d'un consensus universitaire au sein de l'Association européenne des établissements d'enseignement vétérinaire. L'AEVEV – dont sont membres les universités d'Auvergne, de Nantes, de Paris V et de Paris VII – peut certes accréditer des formations. Elle l'a fait en Jordanie, au Liban et auprès des pays candidats à l'UE. Mais son accréditation est volontaire.

Il n'existe pas d'équivalent européen du système fédéral canadien et l'accréditation, pour l'instant, relève de l'organisation de chaque

État. En Irlande, par exemple, elle est du ressort de l'Ordre qui valide régulièrement l'enseignement des trois universités nationales dentaires. Au Portugal, elle incombe à une agence publique. Dans la plupart des pays, l'accréditation relève du ministère de l'Éducation qui consulte les Ordres. En somme, dans les 28 pays, tous les systèmes de validation cohabitent, y compris celui qui consiste à ne jamais réévaluer la qualité du diplôme décerné aux futurs professionnels une fois notifié aux États et à la Commission.

### UNE INITIATIVE INTERNATIONALE D'ACCREDITATION

Et puisque la mobilité professionnelle n'est pas seulement un phénomène européen – elle est aussi nord-américaine, pacifique et asiatique –, la récente Société internationale des régulateurs dentaires (ISDR) a décidé de ne pas la laisser livrée à elle-même. La Fedcar

a rappelé avoir rédigé en 2015, avec l'aide des Ordres français et néo-zélandais et la plume d'enseignants canadiens et australiens, un projet de guide international d'accréditation de l'enseignement dentaire. Le projet devrait quitter la table de travail en 2017. Il a pour ambition de guider les États dans leur système d'accréditation en répertoriant cinq familles de critères minimaux qui seraient appliqués à toute école :

- La santé publique et les soins apportés au patient;
- La gouvernance de l'institution et la garantie de sa qualité;
- Le contenu, la durée et les objectifs du programme;
- Le recrutement et le cursus de l'étudiant;
- Le système d'évaluation de l'enseignement reçu.

Autant de critères à méditer à la lumière du regret de certains étudiants européens de sortir de leur préparation sans avoir bénéficié d'une formation clinique.



## Le blanchiment dentaire est un soin

Les régulateurs de l'art dentaire réunis dans la Fedcar ont jugé nécessaire de rappeler que le blanchiment dentaire est un soin qui ne peut être laissé sans surveillance médicale dans les centres de beauté ou les cliniques de blanchiment qui se développent en Europe. Au contraire, les implications de santé de ce soin requièrent le contrôle du chirurgien-dentiste et, lors de sa réunion de novembre, la Fedcar a souhaité formellement en faire le rappel pour toutes ses juridictions.

La déclaration est disponible sur son site <http://fedcar.eu/fr/>

### >>> LA RÉPONSE DE LA COMMISSION EUROPÉENNE

L'enseignement clinique est pourtant une obligation. Le législateur européen, dans sa sagesse, en répète la demande auprès des États dans l'article 34 de la directive 2005/36 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles : «*La formation de base de praticien de l'art dentaire donne la garantie que l'intéressé a acquis les connaissances et les compétences suivantes : [...] e) expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée* <sup>(3)</sup>.»

Que faire quand les étudiants soulignent que l'obligation n'est pas respectée? Le président du Conseil national, Gilbert Bouteille, a pris contact avec la commissaire du marché intérieur, et deux députés européens ont jugé bon de faire de même.

Délivrée au mois de novembre dernier, la réponse de la commissaire a été savante dans l'art de ne pas se mouiller. La Commission européenne prend bien acte des exigences : «*[...] Les États membres doivent veiller à ce que tous leurs programmes de formation dentaire de base comprennent au moins les matières exigées, qu'ils aient au moins la durée minimale requise et qu'ils donnent la garantie que les diplômés acquièrent au moins les connaissances et les compétences requises. Les exigences prévoient également une expérience clinique adéquate sous surveillance appropriée et des études pharmacologiques.*» Elle rappelle sa mission de s'assurer de la bonne exécution des lois européennes : «*La Commission en-*



### Ceta : où en sont les accords UE-Canada ?

L'encre de la signature de l'accord commercial entre le Canada et l'UE n'est pas encore sèche qu'une première réunion entre régulateurs dentaires lui a été consacrée le 25 novembre, lors de la réunion de la Fedcar. Homologues canadiens (de l'Ontario, du Québec, de la Commission nationale des régulateurs dentaires) et européens (du Benelux, baltiques, balkaniques, ibériques, etc.) se sont ensemble intéressés à la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles que le nouvel accord permet de négocier. Le Canada et d'autres pays ont marqué leur intérêt moins pour une reconnaissance générale au bénéfice des 28 pays de l'UE que pour une reconnaissance limitée à certains d'entre eux. Le Canada n'a signé qu'un accord de reconnaissance avec l'Irlande, qui s'ajoute à l'entente Québec-France.



tend veiller à ce que les États membres transposent correctement les exigences de la directive, y compris les dispositions de sa révision récente, et prendra le cas échéant les mesures qui s'imposent pour garantir la conformité au droit de l'Union», mais elle se refuse visiblement à un engagement plus net tant qu'aucune formation ni aucun État défaillant n'auront été précisément portés à sa connaissance.

### UNE ÉTUDE PILOTÉE PAR LES ENSEIGNANTS

L'Ordre, ses homologues et les députés européens réagissent à la situation décrite par les étudiants. Et les concernés ? Partenaires de travail des régulateurs dentaires, les représentants des universités regroupées dans l'Association pour l'enseignement dentaire en Europe (ADEE) étaient présents à la réunion de la Fedcar. L'ADEE a choisi de ne pas être en reste et a conduit pendant un an une enquête avec son homologue des États-Unis sur les défis rencontrés par la formation dentaire dans le monde. Les conclusions sont encore sur la table de travail. Ce n'est qu'au printemps prochain qu'elles seront rendues publiques (les 8 et 9 mai à Londres sur le thème «*Shaping the future of dental education*»). L'accréditation ne devrait pas être ignorée.

### UN INVENTAIRE DE COMPÉTENCES ?

Parallèlement, la Fedcar a tenu à se concentrer sur un autre aspect de la formation. En octobre dernier, après des années de travail, le réseau des 28 Ordres des infirmières a déposé auprès de la

Commission européenne sa proposition de mise à jour du minimum commun de l'enseignement théorique et clinique infirmier (listé lui aussi dans la directive) pour toute l'UE. Les Ordres ont estimé nécessaire de mettre à jour les exigences de cet enseignement décidé en 2005. Sa modernisation est importante : après tout, il débouche lui aussi sur une reconnaissance automatique des diplômes. Cette proposition a désormais rejoint le programme de travail de la Commission pour 2017.

Qu'en est-il de l'enseignement dentaire en Europe ? Selon la directive, son minimum européen consiste en cinq années et 5000 heures de «*formation théorique et pratique à temps plein*». Mais faut-

ment <sup>(4)</sup>. Ces compétences sont ainsi énumérées :

- «*Professionnalisme*» ;
- Relations interpersonnelles, communication et société ;
- Sciences fondamentales, information et culture informatique ;
- Recueil des informations cliniques ;
- Diagnostic et élaboration du plan de traitement ;
- Thérapeutique : assurer et maintenir la santé bucco-dentaire ;
- Prévention et promotion de la santé.

Le jargon administratif remplace la «*parlure*» médicale et scientifique. Mais la proposition n'est pas inédite. Des écoles en Europe pro-

## La mise en avant de la compétence dans la formation universitaire suit sans doute la marche du monde vers un nouvel horizon de marché où l'univers du sachant serait remplacé par celui du prestataire.

il mieux spécifier sa formation clinique ? Mettre à jour et détailler plus précisément les 15 matières spécifiquement odontostomatologiques avec de nouvelles références ? Le consensus manque encore entre les parties. Universités (ADEE) et étudiants (Edsa) privilégieraient en effet une autre approche : remplacer les matières d'enseignements théoriques, pratiques et cliniques actuellement prévues par une tout autre liste dans la directive. Elle se traduirait par un inventaire des compétences professionnelles que le jeune diplômé aurait acquis à la fin de sa formation et desquelles découleraient les matières d'enseigne-

ment de la sorte pour baliser les enseignements. S'inspirant des approches anglo-saxonnes et de l'ADEE, l'ISDR a également dressé une liste minimale et internationale de ce que devraient être de telles compétences. Mais la proposition doit-elle être généralisée à toute l'Europe à travers un texte de loi obligatoire ?

### DE LA CONNAISSANCE À LA COMPÉTENCE

Cette mise en avant de la compétence dans la formation universitaire suit sans doute la marche du monde. Elle a aussi ses implications : accompagner le mouvement de la profession vers un



»»» nouvel horizon de marché. En remplaçant en Europe la liste des enseignements par celle des compétences, on passerait en effet du monde absolu de la connaissance – réputée acquise et validée par un diplôme –, au monde relatif de la compétence – validée par une qualification et dont le maintien dépend d'une formation continue. On accentuerait un peu plus le passage de l'univers du sachant à celui du prestataire. On faciliterait la comparaison des savoirs pratiques entre professionnels et leur distribution au sein des différents métiers du soin dentaire (en imagerie médicale, en radiographie, en pose d'implants, etc.). Aux États-Unis, on estime trop nombreuses les 66 écoles dentaires compte tenu du nombre croissant de professions paramédicales.



La réunion des régulateurs dentaires européens et canadiens invités par la Fedcar s'est tenue le 25 novembre au Conseil national.

des soins l'on trie plus facilement des compétences qu'une expertise. Peut-être la santé publique européenne, si variable dans les 28 pays, gagnerait-elle à garder l'exigence précise d'un enseignement odontologique théorique,

Quand la Commission préparera ses recommandations, elle s'appuiera sur une étude préalable qu'elle s'est engagée à lancer en 2017 et sur une consultation publique de toutes les parties prenantes.

États, Ordres, syndicats, universités et étudiants pourront y répondre chacun de leur côté, et en ordre dispersé s'ils le souhaitent. Ou bien, s'ils s'en donnent les moyens pour se faire mieux entendre du législateur, ils pourront promouvoir ensemble une même qualité de l'art dentaire en mettant en avant le type d'enseignement qu'ils auront préalablement choisi de défendre. Il leur reste deux ans pour se décider. ■

### En matière de santé, une nouvelle distinction entre auxiliaires mineurs (nombreux) et auxiliaires majeurs (aux compétences plus rares) est-elle en train d'éclorre ?

La Renaissance mit fin à la hiérarchie entre arts mineurs mécaniques et arts majeurs libéraux (arithmétique, astronomie, musique) fondée sur le recours avilissant à la main : l'art du soin pouvait gagner ses lettres de noblesse. La marche du monde tendrait-elle aujourd'hui à une nouvelle distinction en matière de santé entre les auxiliaires mineurs (en nombre abondant) et les auxiliaires majeurs (aux compétences plus rares) de la technique ? Au Danemark, un hygiéniste est diplômé après quatre ans d'études, ce qui lui vaut le surnom national de « mini-dentiste ». Il est vrai que sur le marché

pratique et clinique, quitte à lui ajouter une référence à des compétences dont le monde du travail voudrait s'assurer.

#### DEUX ANS POUR DÉCIDER

En 2019, il est déjà prévu que la Commission européenne adresse aux États ses recommandations relatives à « la mise à jour des aptitudes, connaissances et compétences » des enseignements prévus dans la directive. L'enseignement des infirmières, des sages-femmes, des pharmaciens, des médecins et donc celui des chirurgiens-dentistes est concerné, a rappelé la Fedcar.

(1) <http://www.edsaaweb.org/news/39-press-release-edsa-statement-on-clinical-practice-in-eu-dental-schools>

(2) La Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC) : [https://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/Au\\_sujet\\_de\\_la\\_CADC/](https://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/Au_sujet_de_la_CADC/)

(3) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>.

(4) « Profil et compétences du futur odontologiste européen » in [http://www.adee.org/documents/taskforces/fr\\_profil\\_et\\_compétences\\_propositions\\_de\\_corrections.pdf](http://www.adee.org/documents/taskforces/fr_profil_et_compétences_propositions_de_corrections.pdf)

# Le vaccin contre la grippe fortement recommandé

Un récent avis du Haut Conseil de la santé publique rend obligatoire ou non la vaccination des professionnels de santé contre des maladies infectieuses ciblées.

**D**ans un avis en date du 27 septembre dernier, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) émet des recommandations concernant la vaccination des professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, contre l'hépatite B, la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, la grippe et la typhoïde <sup>(1)</sup>.

Si le HCSP recommande fortement la vaccination des professionnels de santé contre la grippe, l'instance n'est pourtant pas favorable à une stricte obligation en la matière. Cette vaccination pourrait «*éventuellement être obligatoire en situation de pandémie [...]. Cette position devra être reconsidérée quand des vaccins plus efficaces seront disponibles*», précise l'autorité.

## L'OBLIGATION MAINTENUE POUR L'HÉPATITE B

D'autre part, le HCSP est en faveur de la suppression de l'obligation vaccinale contre le tétanos, toujours



pour les professionnels de santé. Concernant la diphtérie et la poliomyélite (actuellement obligatoires pour les professionnels de santé), il est en faveur d'une «*forte recommandation*», au même titre que pour la population générale adulte. Il demande cependant «*qu'une obligation de rappel puisse être prise, en cas de modification inattendue de l'épidémiologie de ces infections*».

Le HCSP se prononce également pour la suppression de l'obligation vacci-

nale contre la typhoïde, actuellement en vigueur pour les personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination. S'agissant de l'hépatite B, le HCSP recommande le maintien de la vaccination obligatoire pour les professions médicales et pharmaceutiques (médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens) et paramédicales (infirmiers, infirmiers spécialisés, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures po-

dologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, techniciens en analyses biomédicales, assistants dentaires).

Enfin, le HCSP rappelle que la coqueluche, la rougeole et la varicelle «*remplissent les critères pouvant conduire à une obligation vaccinale pour les professionnels de santé*». ■

(1) L'avis relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé du HCSP est consultable sur <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=577>

# L'Ordre national des chirurgiens-dentistes et la défense des valeurs de la profession

**Jean-Noël Cabanis**, consultant, maître de conférences à l'université de Paris II (Panthéon-Assas)

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a traversé une année 2016 marquée par de nombreux événements, parmi lesquels la publication d'un livre blanc de la santé bucco-dentaire faisant suite à ses états généraux et aux propositions de toutes les parties prenantes, et sa mise en cause au printemps par un certain nombre de médias à l'occasion de la publication prématurée d'un projet de rapport de la Cour des comptes concernant les soins dentaires. Ce rapport dresse un constat extrêmement sévère sur la politique publique en matière de santé bucco-dentaire, mettant explicitement en cause les pouvoirs publics, l'assurance maladie et nos institutions professionnelles. Si l'on ajoute à ces marqueurs la déroute judiciaire de l'association Dentexia, l'action intense conduite par l'Ordre national et certains conseils départementaux en faveur de la continuité des soins bucco-dentaires de plusieurs milliers de patients abusés, on peut considérer et mesurer le travail ac-



compli par les représentants de la profession.

Ces actions vont bien au-delà de la défense et de la promotion de la déontologie professionnelle. Elles touchent à la défense de valeurs que partagent les chirurgiens-dentistes.

---

**Dès lors que les questions sociales et de santé s'invitent dans le débat public, on assiste à un déchaînement de passions qui n'épargne pas la profession.**

---

Mais ce combat pour les «valeurs» n'est pas toujours justement circonscrit et risque donc de ne pas être compris. L'Ordre national participe ainsi à de nom-

breux travaux, à la demande des services ministériels : soins aux personnes fragilisées et âgées, mise en place de la profession d'assistant dentaire, violences faites aux femmes, lutte contre le tabagisme, préparation de la réforme de l'Ordre

mation continue et mise en place du développement professionnel continu, réflexion sur les flux migratoires... Ces travaux ne se font pas dans l'ombre et mobilisent de nombreux représentants élus au Conseil national de l'Ordre.

Pourtant, les médias ne sont pas indulgents avec les professions réglementées, c'est-à-dire «protégées» aux yeux du plus grand nombre; dès lors que les questions sociales et de santé s'invitent dans le débat public, on assiste à un déchaînement des passions, où l'opprobre le dispute aux plus acerbes critiques. On le voit avec les

différents scandales de santé publique, au-delà du tristement célèbre Mediator, plus récemment la Dépakine, la vaccination contestée, etc. Toutes les professions de santé sont concernées.

S'agissant de la médecine bucco-dentaire, c'est une enquête de l'institut Élab

Pour être précis, l'article L. 4121-2 du CSP définit les missions de l'Ordre, de même que celui des médecins et des sages-femmes : « *Veiller au maintien des principes de probité, moralité, indépendance et honneur.* » Il a été complété par le législateur depuis la loi du

### **L'Ordre dénoncera avec constance les activités mercantiles menées au prétexte de l'accès aux soins prothétiques et implantaires des plus démunis.**

pour RMC qui a fait état des pratiques tarifaires excessives des chirurgiens-dentistes pour les soins prothétiques, pénalisant ainsi l'accès aux soins de certains patients. Tout cela est vrai, même s'il est toujours possible de contester l'échantillonnage, les biais statistiques et le recueil des données de l'enquête; contrairement aux soins conservateurs, le renoncement aux soins prothétiques est une réalité. L'Ordre en est bien conscient; cette situation renvoie aux valeurs de la profession.

Tous ces faits, événements ou non événements, ont donc marqué l'année qui vient de s'achever, conduisant l'Ordre à réfléchir à la mise en œuvre de ses obligations juridiques et en particulier déontologiques, issues de l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique (CSP).

4 mars 2002 par le terme de « *compétence* ». Ces missions de service public sont intemporelles certes, mais leur environnement change : nouvelles techniques, nouvelles pratiques, nouveaux modes d'exercice, nouvelles exigences des patients... Les principes de probité, de moralité, d'indépendance et d'honneur préexistaient à la création de l'Ordre; ils sont bien inscrits dans le CSP, et sont donc aujourd'hui complétés par la notion de « *compétence* », cheval de bataille de l'Ordre. Cette évolution s'impose à toute une profession et, partant, aux actions entreprises par l'Ordre. Nous voici éloignés des traditionnelles missions de service public, attribuées par la loi et définies progressivement par la jurisprudence du Conseil d'État. Le CSP reflète donc une vraie stabilité et son article L. 4121 est toujours en vigueur, fort heureuse-

ment! Mais il ne doit pas occulter que l'environnement a changé.

La voie professionnelle est compliquée pour les chirurgiens-dentistes : il n'y a pas deux modèles d'organisation universels, tels, d'un côté, celui des centres dentaires associatifs de type « *low cost* » mettant en avant l'amélioration de l'accès aux soins pour exercer, pour certains, des actes de mauvaise qualité, voire inutiles, et, de l'autre, celui des cabinets spécialisés dans les activités prothétiques et pratiquant des tarifs élevés. Il existe au contraire une multitude de situations intermédiaires (activités généralistes ou spécialisées, soins aux adultes ou aux enfants, exercice individuel ou de groupe, libéral ou sa-

pect de la déontologie : il dénonce donc les dérives mercantiles et les pratiques abusives. Les propositions faites à partir du livre blanc témoignent de ce tournant essentiel dans les domaines de la formation, de la prévention, de la démographie et, enfin, des rapports avec les pouvoirs publics, avec une démarche de soin orientée vers la conservation tissulaire. C'est un combat pour le respect de l'intégrité physique des patients. Mais jamais l'Ordre ne se substituera aux syndicats dentaires, ce n'est ni son rôle ni sa volonté. Les relations avec l'assurance maladie ne le concernent que dans la mesure où l'évolution des pratiques peut être en rupture avec la déontologie et les valeurs.

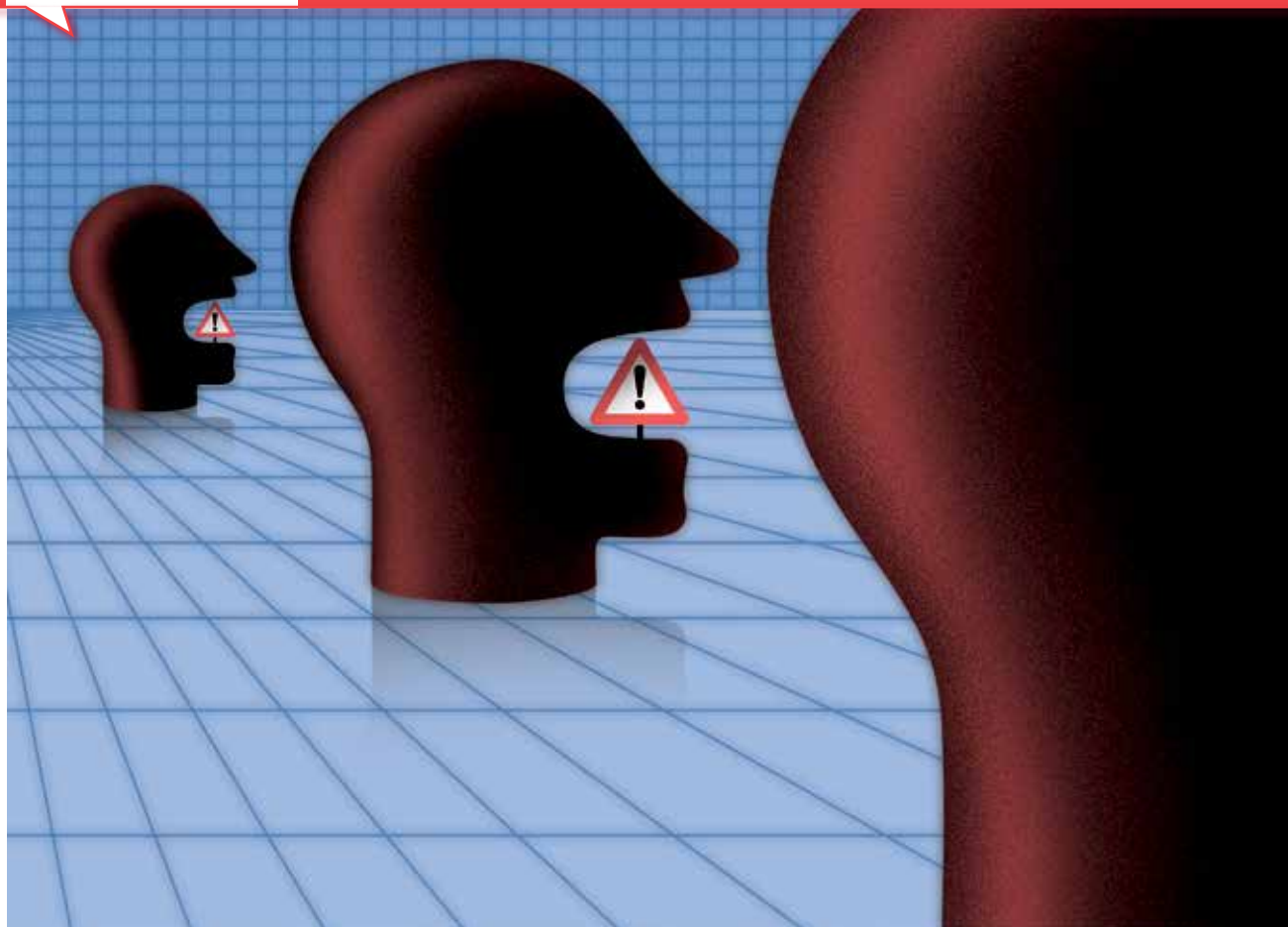
### **La démarche de soin doit être orientée vers la conservation tissulaire dans un combat pour l'intégrité physique des patients.**

larié, de ville ou à la campagne etc.). Mais il est facile pour les médias de stigmatiser certaines pratiques au nom de l'inégalité d'accès aux soins prothétiques et d'implantologie, entraînant toute une profession dans un maelström confus, accusée de s'arc-bouter sur les privilèges d'une profession réglementée.

Le Conseil national de l'Ordre a rappelé, en 2016, que son combat est celui des valeurs et du res-

En toutes circonstances, l'Ordre défendra les principes fondateurs de la profession, les obligations déontologiques qui concernent l'ensemble des praticiens, et dénoncera ce qu'il considère comme des activités mercantiles, fût-ce au prétexte de l'accès aux soins en faveur des plus démunis.

L'Ordre est donc sur cette ligne en ce début d'année 2017, à l'écoute de près de 45 000 professionnels. ■



# Une sinistralité à la hausse en implantologie

Le rapport annuel 2015 d'un assureur pointe une augmentation de la sinistralité pour les actes d'implantologie, les traitements prothétiques et la fracture des instruments endodontiques.

**C**haque année, la MACSF et son entité juridique Le Sou médical établissent un rapport qui présente et analyse les risques professionnels en matière de responsabilité médicale, notamment les déclarations de sinistre consécutives à des réclamations de pa-

tients mécontents de leur traitement. Le rapport 2015 est récemment paru. Il énumère différents chiffres et statistiques ; mais, comme bien souvent, la prudence s'impose : il ne faut pas leur faire dire trop (ou pas assez), prévenir des dangers d'une généralisation qui ne reflète pas exactement

la réalité, etc. Par exemple, est-il vraiment possible de comparer la fréquence du nombre de déclarations de sinistre d'un professionnel de santé à l'autre ? Elle est pour les médecins de 1,49 % (sur 100 médecins sociétaires, un peu plus d'une plainte de patient est enregistrée), et de 5,61 %

pour les chirurgiens-dentistes (sur 100 praticiens sociétaires, un peu plus de cinq réclamations).

Le pourcentage de l'un est incontestablement plus élevé que celui de l'autre. Est-il néanmoins possible de les comparer dès lors que les pratiques de ces deux catégories de professionnels



ne se ressemblent pas vraiment? Par ailleurs, ne serait-il pas intéressant de connaître (ce qui n'est pas simple, il est vrai) le nombre d'actes réalisés par les chirurgiens-dentistes et de vérifier leur degré de difficulté? Bref, exposons les données chiffrées, tout en invitant le lecteur à les relativiser.

La MACSF – Le Sou médical affichent près de 29 000 sociétaires chirurgiens-dentistes en 2015 pour quelque 1 600 déclarations de sinistre cette même année, soit une très légère baisse par rapport à 2014. L'on apprend l'existence de principalement 1 183 réclamations amiables (avant tout conten-

tieux), 149 procédures ordinaires, 125 procédures civiles (actions devant les tribunaux civils pour obtenir des dommages-intérêts) et une action pénale; un peu moins de

### **L'essentiel des réclamations porte sur les actes pour lesquels le reste à charge est important : le recours à l'implant ne doit avoir lieu qu'en cas de nécessité...**

150 réclamations seraient restées sans suite (sans indemnisation).

Quels sont les actes donnant lieu à réclamation <sup>(1)</sup>? S'agissant des actes que l'on dira classiques, les réclamations sont en baisse de 4 % environ par rapport à 2014. Pour les trai-

tements prothétiques, le nombre de déclarations se porte à près de 700 sur un total de 1 600, soit donc un peu moins de la moitié. Ce sont davantage les «*prothèses conjointes*»

qui sont l'objet de mécontentements (536 sur 698). Les restaurations contestées car inadaptées sont au nombre de 155 <sup>(2)</sup>. Concernant l'orthopédie dento-faciale, une baisse de 10 % environ par rapport à 2014 est à noter, avec un total de 74 déclarations.

En revanche, la hausse de la fréquence des réclamations touche la fracture des instruments (121 en 2015), et surtout les actes d'implantologie pour lesquels une progression de 31 % est relevée en comparaison de l'année 2014.

M. Nicolas Gombault, directeur du Sou médical, livre ses enseignements <sup>(3)</sup>. En cette période de crise économique, l'essentiel des réclamations porte sur les actes pour lesquels le reste à charge est important. Il conseille au praticien en implantologie d'être vigilant, rigoureux et de ne recourir à l'implant qu'en cas de nécessité...

Il précise également que le traitement des sinistres est géré à l'amiable et donne lieu à indemnisation lorsqu'une faute a été commise. Quant aux affaires dont les tribunaux sont saisis, les décisions de justice aboutissent à une réparation des préjudices subis par les patients dans 60 % à 70 % des cas. Il conclut en ces termes : «*Il faut encourager à la formation continue, mais aussi initiale.*» ■

**David Jacotot**

(1) Voir aussi *Le Chirurgien-dentiste de France (CDF)*, n° 1729, 17 novembre 2016, p. 24.

(2) Voir aussi *CDF*, préc., p. 24. Les critiques portent sur l'insuffisance des points de contact, des occlusions ou de l'étanchéité périphérique.

(3) *CDF*, préc., p. 25.

## 1 618 DÉCLARATIONS DE SINISTRES EN 2015

Par catégorie d'actes et de domaines, le détail ci-dessous  
des déclarations de sinistre enregistrées par la MACSF – Le Sou médical

- **Actes bucco-dentaires hors implantologie : 1 144 déclarations dont :**
  - Prothèses conjointes : 536 déclarations ;
  - Prothèses adjointes : 114 déclarations ;
  - Prothèses mixtes : 48 déclarations.
- **Complications suite à des actes de soins et de chirurgie : 344 déclarations dont :**
  - Fracture d'instrument (avant réalisation d'une phase prothétique éventuelle) : 121 déclarations ;
  - Faux canal et perforation radiculaire (hors préparation prothétique) : 34 déclarations ;
  - Conséquences d'anesthésie (3) et suites d'extraction (29) : 32 déclarations ;
  - Contestations portant sur la qualité de soins conservateurs : 32 déclarations ;
  - Effraction et lésion du sinus maxillaire (hors suite d'actes implantaires) : 27 déclarations ;
  - Diagnostic non établi : 23 déclarations alléguant des retards ou des insuffisances ;
  - Allégation de prise en charge thérapeutique inadaptée : 14 déclarations ;
  - Dépassement apical lors d'une obturation canalaire, sans incidence sinusienne : 12 déclarations (dont 10 rapportant une lésion du nerf alvéolaire inférieur) ;
  - Erreur d'extraction : 11 déclarations ;
  - Lésion d'une dent autre que la dent soignée : 10 déclarations ;
  - Actes de parodontologie contestés : 10 déclarations
  - Suspicion d'allergie ou d'intolérance aux matériaux : 5 déclarations ;
  - Complications médicales générales majeures alléguées après intervention dentaire : 4 déclarations ;
  - Actes d'occlusodontologie contestés : 3 déclarations ;
  - Blanchiment : 1 déclaration (algies persistantes après traitement).
- **Litiges en orthodontie : 74 déclarations.**
- **Groupe des dommages divers : 28 déclarations.**
- **Actes d'implantologie, soulevé et comblement de sinus : 305 déclarations dont :**
  - Groupe mettant en cause exclusivement la chirurgie implantaire : 150 déclarations ;
  - Groupe mettant en cause exclusivement la prothèse implanto-portée : 107 déclarations ;
  - Groupe avec mise en cause « mixte », à la fois chirurgicale et prothétique : 39 déclarations ;
- **Déclarations diverses : 3 déclarations.**
- **Sinistres matériels : 19 déclarations.**
- **Dossiers actuellement sans suite : 147 déclarations.**



# « Implantologie : une augmentation de sinistres spécifiques »

Entretien avec **Patrick Marchand**

**Vous êtes directeur du comité dentaire au groupe MACSF – Le Sou médical, quelle lecture faites-vous des chiffres de la sinistralité dans le domaine de l'odontologie en 2015 ?**

La situation est nuancée. Nous observons une baisse relative (- 4 %) du nombre total de déclarations liées aux actes bucco-dentaires par rapport aux statistiques de 2014. 1114 déclarations de patients ont été comptabilisées. Hors implantologie, les litiges les plus nombreux ont été enregistrés dans le domaine prothétique, notamment dans la catégorie des prothèses conjointes qui représentent 536 déclarations. À côté de cette amélioration, nous avons enregistré, en 2015, une augmentation de 31 % des déclarations en implantologie (305).

**À quel facteur attribuez-vous cette forte augmentation ?**

C'est effectivement un pourcentage important,

mais il faut relativiser ce bond statistique. En effet, de plus en plus de chirurgiens-dentistes développent une pratique implantaire et, corollairement, un nombre de plus en plus important de patients s'orientent désormais vers ce type de réhabilitations qui représentent une avancée majeure dans nos capacités thérapeutiques. Ainsi, l'augmentation des déclarations de sinistre enregistrées l'année dernière était malheureusement prévisible mathématiquement. Cependant, le taux constaté doit nous sensibiliser.

**Quelles pistes permettraient de diminuer la sinistralité en implantologie ?**

Il convient d'alerter les praticiens sur la balance bénéfice-risque qui reste élevée (ratio risque) dans le domaine très exigeant qu'est l'implantologie. Pour limiter les sinistres, il s'agit avant tout d'établir les bonnes indications,

de respecter strictement les recommandations de bonnes pratiques, d'instituer une bonne synergie entre les différents intervenants – si ce cas de figure existe au titre de la réhabilitation implantaire globale – et de ne pas hésiter à demander un avis, quand le cas semble trop complexe, à un confrère référent plus expérimenté.

D'autre part, il serait intéressant de réaliser un travail d'harmonisation des formations en implantologie, très disparates, tant sur le plan initial que complémentaire. Dans un contexte médico-légal exigeant, il faudrait évoquer la pertinence de l'élaboration d'un consensus autour d'un socle élémentaire, proposé aux praticiens par l'ensemble des diverses structures de formation, en fonction des critères rationnels qui seraient retenus (nature, contenu, durée). Enfin, et c'est un point clé : il est essentiel de bien informer le patient avant tout



traitement (consentement éclairé) pour éviter une mauvaise interprétation de sa part.

**S'agissant de l'ODF, le nombre de déclarations (74) a connu une baisse de 10 %...**

L'année 2015 est certes une année plutôt favorable, mais je veux rester prudent : la diminution du nombre de déclarations survient après un pic enregistré en 2014, sachant que nous retrouvons le nombre moyen des déclarations ODF des années précédentes, et donc une stabilisation dans ce domaine d'exercice. ■

# Repérer les violences faites aux femmes

Une première réunion de formation de formateurs sur le thème des violences faites aux femmes a rassemblé plus d'une centaine de chirurgiens-dentistes au ministère de la Santé.



Depuis deux ans, la profession et la Miprof conduisent des travaux visant à faciliter la prise en charge des patientes victimes de violences.

**F**ormer des formateurs pour leur permettre, à leur tour, de délivrer les informations nécessaires, de sensibiliser et d'informer les chirurgiens-dentistes dans le cadre de la lutte contre les violences faites aux femmes : tel était l'objectif de la journée du 7 décembre dernier organisée par la Mission in-

terministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) au ministère de la Santé. Plus de 100 chirurgiens-dentistes ont répondu à l'appel de la Miprof, du Conseil national de l'Ordre et des organisations professionnelles (l'Association française d'identifica-

tion odontologique [AfiO], la Confédération nationale des syndicats dentaires [CNSD], le Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes [SFCD], l'Union fédérale des assistants dentaires [Ufad] et l'Union dentaire [UJCD]).

Rappelons que l'Ordre s'est engagé auprès de la Miprof qui conduit depuis deux ans des travaux avec

les chirurgiens-dentistes visant à faciliter le repérage et la prise en charge des patientes victimes de violences.

## UN RÉFÉRENT DANS CHAQUE DÉPARTEMENT

Dans ce cadre particulier des violences faites aux femmes, la loi a institué une obligation de formation pour tous les professionnels de santé, y compris, bien sûr, les chirurgiens-dentistes <sup>(1)</sup>. L'Ordre a donc sollicité les conseils départementaux pour désigner un référent départemental concernant les violences faites à autrui, qui aura, entre autres, la charge du dossier des violences faites aux femmes.

Cette première journée de formation a été riche d'enseignements, et *La Lettre* publiera un dossier complet sur ce sujet dans un prochain numéro. ■

**Geneviève Wagner**

(1) Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.



# Riches échanges entre les praticiens et l'Ordre à l'ADF

Le stand de l'Ordre au Congrès de l'ADF, qui s'est tenu du 22 au 26 novembre 2016, a permis à de nombreux praticiens d'exposer leurs diverses interrogations à l'Ordre, qui ont notamment porté sur le contrat de collaboration.

**A**u cours des cinq jours du Congrès de l'ADF à Paris, en novembre dernier, de nombreux confrères et consœurs ont été accueillis par les conseillers nationaux, les juristes et les

collaborateurs de l'Ordre. Les échanges directs qui caractérisent cet événement contribuent à entretenir le lien indispensable entre l'instance ordinaire et les praticiens. Pour l'Ordre, c'est aus-

si l'occasion de connaître plus précisément les préoccupations de ses ressortissants.

Les contrats ont occupé une place de choix dans ces échanges. Dans le détail, les questions posées

concernaient les contrats de collaboration et les formes d'exercice accessibles aux chirurgiens-dentistes <sup>(1)</sup>. Les publicités des praticiens sur Internet et la concurrence déloyale ont également



» fait l'objet de nombreuses interrogations et remarques de la part des praticiens.

Cette année encore, le stand de l'Ordre aura permis à beaucoup de confrères de vérifier l'adéquation de leur exercice avec les textes et de poser des questions quant aux démarches à suivre pour une première installation. Des outils pratiques étaient proposés en libre-

service tels que le *Guide pratique à destination des praticiens à diplômés européens*. Par ailleurs, la rencontre avec l'Ordre a donné aux praticiens la possibilité de mieux connaître les démarches pour exercer en UE. Autres préoccupations qui ont donné l'occasion aux praticiens d'échanger avec les conseillers ordinaires tout au long du Congrès : les difficultés liées à l'ac-

cessibilité des cabinets dentaires.

Comme l'an passé, un représentant de l'Asip Santé avait fait spécialement le déplacement pour proposer aux praticiens de créer en direct et avec eux leur messagerie sécurisée sur le stand de l'Ordre.

D'autre part, le Bus dentaire y disposait, cette année encore, d'un espace réservé. Rappelons que cette association gère un

cabinet dentaire ambulatoire avec pour objectif de soigner les plus démunis, le plus souvent sans papiers ni couverture sociale. Grâce à sa présence sur le stand, les praticiens ont pu s'informer sur l'actualité de l'association et les actions qu'elle met en œuvre. ■

(1) Lire le dossier « Pluralité de collaborateurs : comment ça marche ? », La Lettre n° 153, décembre 2016, pp. 28-33.

# L'Ordre, vigilant sur la question de l'accès partiel

Au cours de l'émission *C'est ma santé* diffusée dans le cadre du Congrès de l'ADF, le président de l'Ordre, Gilbert Bouteille, a plaidé pour une évaluation des études en Europe.

Les représentants de la profession étaient invités à l'émission *C'est ma santé* sur le thème « Libre circulation en Europe et ubérisation : la profession dentaire est-elle en danger ? », diffusée dans le cadre du Congrès de l'ADF. Gilbert Bouteille, président du Conseil national de l'Ordre, Catherine Mojaïsky, présidente de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), Marco Mazevet,

ancien président de l'Association européenne des étudiants en chirurgie dentaire (Edsa), Bernadette Vergnaud, députée socialiste au Parlement eu-

**La libre circulation des praticiens ne doit pas se faire à n'importe quel prix. Il faut tirer vers le haut la formation européenne.**

ropéen et Yves Charpak, médecin et spécialiste Européen de l'Organisation mondiale de la santé, ont débattu

sur ce sujet. Pour Gilbert Bouteille, en soi, la libre circulation des praticiens « n'est pas gênante, mais elle ne doit pas se faire à n'importe quel prix ». Le

principe consiste, selon lui, à « tirer vers le haut la formation européenne pour que nos patients puissent

être soignés le mieux possible ». Hélas, « on a voulu aller trop vite en harmonisant les qualifications professionnelles avant d'être certain que les formations soient équivalentes dans tous les pays membres », a-t-il poursuivi.

Gilbert Bouteille s'est ainsi montré préoccupé par les résultats d'une enquête réalisée par l'Edsa selon laquelle 10 % des diplômés européens en odontologie n'auraient pratiqué



aucun acte sur un patient durant leur cursus initial. «Ce score crée un sentiment de méfiance par rapport à l'Europe qui freine l'esprit de construction. Les contrôles apparaissent encore défailants», a-t-il expliqué.

Et d'ajouter : «En 2015, 500 praticiens sur les 1700 nouveaux inscrits au tableau ont obtenu leur diplôme hors de France. Avec le mécanisme de reconnaissance des diplômes, l'Ordre est dans l'obligation d'enregistrer ces nouveaux praticiens, sans discrimination.» L'Ordre suggère ainsi que tous

les États membres procèdent à une évaluation de leurs facultés afin de vérifier que le minimum requis de formation soit appliqué, c'est-

---

**La délégation de certains actes bucco-dentaires ne peut s'envisager hors d'un contexte de subordination, sous le contrôle des chirurgiens-dentistes.**

---

à-dire cinq années d'études avec un minimum de 5000 heures.

Autre sujet qui fâche : l'accès partiel à notre profession. Le grand danger qui pourrait découler de cet accès partiel, nous le savons,

consiste en un transfert de tâches à des professionnels sans le niveau de formation des chirurgiens-dentistes. Il est donc impératif de «fixer le contexte

de subordination sous le contrôle du chirurgien-dentiste. C'est d'ailleurs pourquoi l'Ordre a milité pour inscrire les assistants dentaires au Code de la santé publique afin d'envisager, à terme, la délégation

de certains actes à cette nouvelle profession», s'est ainsi exprimé Gilbert Bouteille.

De plus, «sous couvert de transposer la directive sur les qualifications professionnelles de 2013, le gouvernement français va au-delà de ce qui était prévu. Il souhaite surtransposer, avec pour conséquence probable l'arrivée des hygiénistes et des denturologues en France. Il est donc impératif que cette directive soit bien transcrite et bien appliquée. L'Ordre reste particulièrement vigilant sur l'évolution de ce dossier», a-t-il conclu. ■

# Attentat de Nice : retour sur la mobilisation des praticiens

En novembre, la Commission d'odontologie médico-légale de l'Ordre a réuni l'ensemble des acteurs qui ont participé à la mission d'identification des victimes de l'attentat du 14 juillet dernier à Nice. L'objectif : réaliser un débriefing des actions menées et se préparer aux événements futurs.

**D**ans les premières heures qui ont suivi l'attentat de Nice, le 14 juillet 2016, sur la promenade des Anglais, le Conseil national de l'Ordre a déployé tous ses moyens pour aider les autorités judiciaires à identifier les victimes. Pour la petite histoire, à deux heures du matin, Steve Toupenay, chirurgien-dentiste réquisitionné par les autorités judiciaires pour coordonner le dispositif d'identification odontologique, appelle Serge Fournier, conseiller national en charge de l'Unité d'identification odontologique (UIO). Il s'agit d'obtenir la liste des praticiens intégrés à l'UIO prêts à intervenir sur le lieu de la catastrophe. Le service informatique du Conseil national est également sollicité pour fournir les coordonnées des praticiens exerçant dans l'agglomération niçoise, mais

aussi sur l'ensemble du territoire français. L'objectif : recueillir le plus rapidement possible les informations *ante mortem* des victimes potentielles.

«À 2h30 du matin, Serge Fournier me demande si je suis disponible pour intervenir à Nice. J'ai fait ma valise et suis parti en voiture de Nancy», explique Hugues Thomas, chirurgien-dentiste membre de la mission d'identification. «J'ai fait un arrêt dans le Haut-Rhin pour récupérer Steve Toupenay et, 1300 kilomètres plus tard, nous étions à Nice. Nous avons commencé à travailler à 14 heures, le 15 juillet», poursuit-il.

**13 PRATICIENS RÉQUISITIONNÉS EN DEUX HEURES**

«En deux heures, l'équipe odontologique était constituée. Au total, 13 chirurgiens-

dentistes ont été réquisitionnés pour faire partie de la mission d'identification odontologique», explique Serge Fournier qui poursuit : «Cette rapidité d'exécution et d'organisation a

été favorisée par les multiples réunions organisées par la Commission d'odontologie médico-légale du Conseil national qui ont favorisé en amont les rencontres entre les différents



intervenants.» Et Steve Toupenay d'ajouter : «L'un des enjeux a été de retrouver très rapidement ces praticiens en France, mais aussi à l'étranger par l'intermédiaire d'Interpol. Le rôle de l'Ordre, sur le plan national et départemental, a été déterminant.»

«Alertés dès 2h14, nous avons en effet ouvert le service informatique du Conseil national dans la nuit du 14 au 15 pour avoir accès au répertoire des praticiens susceptibles de livrer des informations sur les victimes», confirme de son côté Jean-Marc Richard, conseiller national représentant la région Paca, avant d'adresser «un grand merci à MM. Marcadet

## Essentiel schéma dentaire

L'intérêt du schéma bucco-dentaire est multiple : l'identification de victimes, comme ce fut malheureusement le cas pour les attentats de Paris et de Nice, mais aussi lorsqu'un litige survient entre un praticien et un patient. Rappelons que remplir un schéma dentaire initial n'est plus une contrainte grâce aux outils numériques dont 90 % des cabinets dentaires sont équipés. Les logiciels de schéma dentaire numérique permettent au praticien de renseigner les données du patient une seule fois, à sa première visite. Une mise à jour automatique a lieu après chaque acte réalisé.

et Luppino du service informatique».

Cette synergie entre les différents intervenants a permis d'identifier formellement 15 victimes grâce aux seuls schémas dentaires. L'implication du conseil départemental de l'Ordre des Alpes-Maritimes a également

facilité les recherches des contacts des praticiens de la région. Son président, Olivier Comte – en soulignant le traumatisme vécu par les Niçois qui connaissaient chacun, directement ou indirectement, une ou plusieurs victimes – se souvient : «C'était un week-end pro-

longé. De nombreux praticiens étaient partis en vacances. J'ai passé la journée du 15 au téléphone pour obtenir les coordonnées personnelles des confrères afin d'ouvrir les cabinets dentaires. Ceux que j'ai réussi à joindre ont fait montre d'une grande réactivité et de solida-

»»



Les multiples réunions organisées en amont par la Commission d'odontologie médico-légale ont favorisé la rapidité d'organisation de la mission d'identification désignée à la suite de l'attentat.



Les odontologues médico-légaux ont un savoir-faire et la volonté de faire. Leur action à Nice en est la preuve.

»»» *rité. La coopération dont a fait preuve la profession est exemplaire.»*

S'agissant des experts odontologiques, ils travaillent 24 heures sur 24 afin de ne pas freiner la chaîne d'identification. Steve Toupenay confie : «*Nous avons dormi, chacun notre tour, trois heures par jour pendant quatre nuits. L'examen post mortem odontologique ne devait pas freiner la chaîne du processus d'identifica-*

*tion avec l'ADN et les empreintes digitales.»*

#### L'IMPLICATION NÉCESSAIRE DE TOUTE LA PROFESSION

Lors de la réunion de la Commission d'odontologie médico-légale, les membres de la mission ont relevé certaines difficultés dont la capacité d'accueil de l'institut médico-légal de Nice, qui n'était évidemment pas conçu pour recevoir autant de victimes à la fois. Autre difficulté :

l'accès aux documents des cabinets dentaires n'a pas été facilité par le pont du 14 juillet (*lire l'encadré ci-dessous*).

Pus largement, des pistes d'amélioration ont été évoquées, notamment la création de listes régionales de l'UIO afin de créer une dynamique territoriale. Du fait de l'importance du réseau local, a nomination d'un coordinateur régional permettrait à tous les odontologues médico-lé-

gaux de se connaître et de travailler ensemble pour répondre positivement en cas de catastrophe. En terre niçoise, remercions pour leur disponibilité le P<sup>r</sup> Medioni et les enseignants de l'UFR de Nice.

Du côté du Conseil national, l'enjeu vise à faire «*connaître le travail des odontologues médico-légaux. Ils ont un savoir-faire et la volonté de faire. La performance des chirurgiens-dentistes intervenus à Nice en est la preuve. Pour les aider au mieux dans leur mission, nous appelons à l'implication de l'ensemble de la profession, qui passe, entre autres, par la réalisation et la mise à jour systématique des schémas dentaires (lire l'encadré p. 23) et la communication à l'Ordre des numéros de téléphone portable des praticiens*», explique Serge Fournier. ■

### Communiquer son numéro de portable

L'attentat de Nice a mis en lumière certaines difficultés dans le travail d'identification des victimes. En effet, il n'a pas toujours été évident de contacter les praticiens de la région niçoise et de la France entière pour avoir accès aux dossiers médicaux de leurs patients.

L'Ordre fait donc appel à l'esprit civique des confrères et des consœurs en les priant de lui fournir, via leur conseil départemental, leur numéro de téléphone portable et leur adresse mail personnelle afin d'être en mesure de les joindre en cas de catastrophe.

Bien entendu, ces données strictement confidentielles ne sauraient être divulguées dans un autre contexte.



# « Les attentats de Paris ont modifié nos protocoles à Nice »

Interview d'**Hugues Thomas**, chirurgien-dentiste, vice-président de l'Afio



**En tant que membre de la mission d'identification qui est intervenue à Nice, pouvez-vous expliquer votre travail ?**

Notre travail a consisté à identifier des victimes dans des conditions d'urgence : il fallait répondre au plus vite, de façon rigoureuse et scientifique à des familles en détresse. Très rapidement, il a fallu rassembler une équipe efficace. Il n'a pas été facile de trouver des praticiens disponibles un 14 juillet. Je tiens à rappeler que, lorsque l'on s'engage au sein de l'UIO, il faut être prêt à quitter ses activités sur-le-champ, que l'on soit au fauteuil ou en vacances. C'est un engagement fort, avec les responsabilités afférentes. À trois heures du matin, sur la route pour Nice avec Steve Toupenay, le

coordinateur de l'équipe IVC Odonto, les autorités nous ont livré une première approximation du nombre de victimes : 80 personnes. Steve Toupenay, avec l'aide du Conseil national de l'Ordre, a alors mis en place une équipe adaptée au nombre important de victimes. Au total, 13 praticiens ont intégré la mission. Le dispositif était complètement opérationnel en moins de 24 heures.

**Étiez-vous déjà intervenu dans le cadre d'un acte lié au terrorisme ?**

Je participe à l'identification de victimes depuis 20 ans et j'interviens habituellement sur des cadavres isolés. C'était la première fois que je participais à une mission d'une telle envergure. D'habitude, les missions d'identification de grande ampleur s'inscrivent dans le cadre de catastrophes naturelles ou aériennes (avec un acte volontaire mais isolé pour le crash de la Germanwings). Ici, ce 14 juillet 2016, il s'agissait d'un attentat. L'approche a été différente avec une pression supplémentaire sur la rapidité avec laquelle nous devons identifier les corps pour les rendre

à leurs familles. À Nice, nous avons dû travailler en urgence plus que partout ailleurs. Au total, j'ai fait 24 heures d'autopsie en 36 heures.

**Comment s'est déroulée la mission ?**

La priorité a été donnée aux enfants. Nous avons fait un travail de comparaison, ce qui n'est pas simple puisqu'il y a peu de travaux dentaires chez les enfants, d'où l'importance d'intégrer un orthodontiste. Mais nous avons cependant réussi à identifier formellement un enfant avec nos méthodes. D'autre part, le débriefing des attentats de Paris a modifié nos protocoles et ceux des pays voisins, comme la Belgique. Qu'ils soient reconnaissables ou non, tous les corps, sans exception, ont été systématiquement placés sous X pour éviter des erreurs d'identification. Le choc de l'émotion peut, en effet, induire des erreurs de reconnaissance de la part des proches des victimes. Nous n'avions pas le droit à l'erreur malgré l'urgence. Enfin, les équipes *post mortem* sont venues ren-

forcer l'équipe *ante mortem*. Démarche assez innovante puisque, d'habitude, les deux équipes *ante et post mortem* sont bien scindées.

**Un mot sur l'équipe ?**

Soudée, solidaire, efficace. Chacun savait ce qu'il avait à faire dans un but commun : rendre le plus rapidement possible l'identité des victimes à leur famille. Les directives claires de l'Ordre ont favorisé notre travail. Je tiens à remercier l'Ordre et tout son personnel pour le rôle primordial qu'ils ont joué, sur le plan national et départemental, dans l'orchestration des événements et la recherche des praticiens traitants pour les données *ante mortem*. Notre efficacité est le fruit du travail de sensibilisation de notre profession que nous produisons depuis des années par des réunions avec l'instance ordinales, la publication des avis de recherche dans *La Lettre* et les congrès annuels de l'Afio dans une ville différente depuis plus de 25 ans. Plus largement, toute la profession s'est mobilisée de A à Z. Nous pouvons en être fiers. ■

## DENTEXIA : le dispositif de reprise des soins

« *Le dispositif de reprise des soins des anciens patients de Dentexia est désormais prêt à être mis en œuvre* », annonce la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Trois éléments sont à retenir, détaillés ci-dessous.

1. Le dispositif d'aide financière exceptionnelle de l'assurance maladie pour les anciens patients de Dentexia qui connaissent des difficultés à assumer les frais de reprise des soins, en raison de leur importance et de leurs ressources, est ouvert depuis le 17 novembre 2016. L'intégralité des informations sur le dispositif est accessible sur le site Ameli à partir du lien suivant : [http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-avez-ete-victime-des-centres-dentexia\\_rhone.php](http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-avez-ete-victime-des-centres-dentexia_rhone.php)

2. Une **fiche de liaison** a été conçue par les ARS en lien avec l'Ordre et les URPS afin de garantir le suivi du parcours du patient. Il est demandé aux praticiens, à qui cette fiche est destinée, de la remplir et de l'adresser à l'ARS de la région du centre Dentexia où le patient a été initialement pris en charge. Cette fiche, dématérialisée, est accessible pour chaque professionnel sur le site Internet des ARS Auvergne–Rhône-Alpes, Île-de-France, Bourgogne–Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

3. Des **fiches destinées aux praticiens et aux patients** ont été également élaborées. Elles ont pour objet de répondre aux différentes questions qu'ils auront à se poser à l'occasion de la reprise des soins. Elles seront accessibles sur les sites Internet des ARS concernées.

« *Les professionnels qui auront à assurer la reprise des soins des anciens patients de Dentexia ne seront pas obligatoirement installés dans la région du lieu d'implantation du centre Dentexia qui aura initialement pris en charge le patient. Ainsi, il paraît utile que l'ensemble des praticiens soient informés de la reprise des soins et de l'existence des différentes mesures constitutives du dispositif* », précise la DGOS.

## DISTINCTIONS honorifiques

Pour son dévouement et son engagement au service de l'Ordre, s'est vu décerner la médaille de vermeil du Conseil national : **Agnès LORDIER-BRAULT**.

Médecin pédiatre, elle a siégé plusieurs années en qualité de représentante du ministère auprès du Conseil National.

*Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes lui adresse ses félicitations les plus vives.*

## 112 CESP pour 2016-2017

L'arrêté fixant le nombre d'étudiants en odontologie pouvant signer un contrat d'engagement de service public (CESP) au titre de l'année universitaire 2016-2017 a été publié au JO du 30 novembre dernier. Il fixe à 112 le nombre d'étudiants éligibles à ce contrat. Le nombre de CESP par UFR est réparti comme suit : Paris V (10), Paris VII (12), Lorraine (9), Reims (14), Strasbourg (4), Lille (10), Clermont-Ferrand I (10), Lyon I (3), Brest (5), Nantes (5), Rennes (8), Aix-Marseille (5), Montpellier (3), Nice (4), Bordeaux II (4), Toulouse III (6).

## Fondation « Gueules Cassées »

La Fondation des « Gueules Cassées » lance un appel à projets auprès des services hospitaliers et centres de recherche universitaires sur le thème « *Pathologie cranio-faciale traumatique : prise en charge et réparation de lésions traumatiques et tumorales, prise en charge de pathologies l'accompagnant de séquelles fonctionnelles d'origine traumatique ou dégénérative* ».

Toutes les informations sur <http://www.gueules-cassees.asso.fr/>

# Acte fautif : quand le doute profite aux praticiens

En résumé

**U**n arrêt de la Cour de cassation du 3 novembre 2016 répond à une question délicate : en l'hypothèse d'un patient soigné successivement par un praticien puis un autre, et en présence d'un acte fautif dont on ne peut déterminer lequel des professionnels de santé l'a commis, les deux doivent-ils être déclarés responsables civilement et tenus en conséquence d'indemniser le patient ? La Cour répond par la négative : dès lors *« qu'aucun comportement fautif de tel ou tel médecin exerçant à titre libéral n'est démontré, la cour d'appel n'a pu qu'en déduire que leur responsabilité ne pouvait être engagée »*. Aucun des deux praticiens n'engage donc sa responsabilité ; bien qu'une faute ait été commise, le patient n'est pas indemnisé en raison de l'impossibilité d'identifier l'auteur du fait répréhensible. Un président de chambre honoraire à la Cour de cassation estime cette solution justifiée : *« Les modulations de la charge de la preuve ne doivent pas devenir des manipulations transformant la justice en un jeu de hasard ne distinguant pas l'innocent du coupable [...] »*

## Le contexte

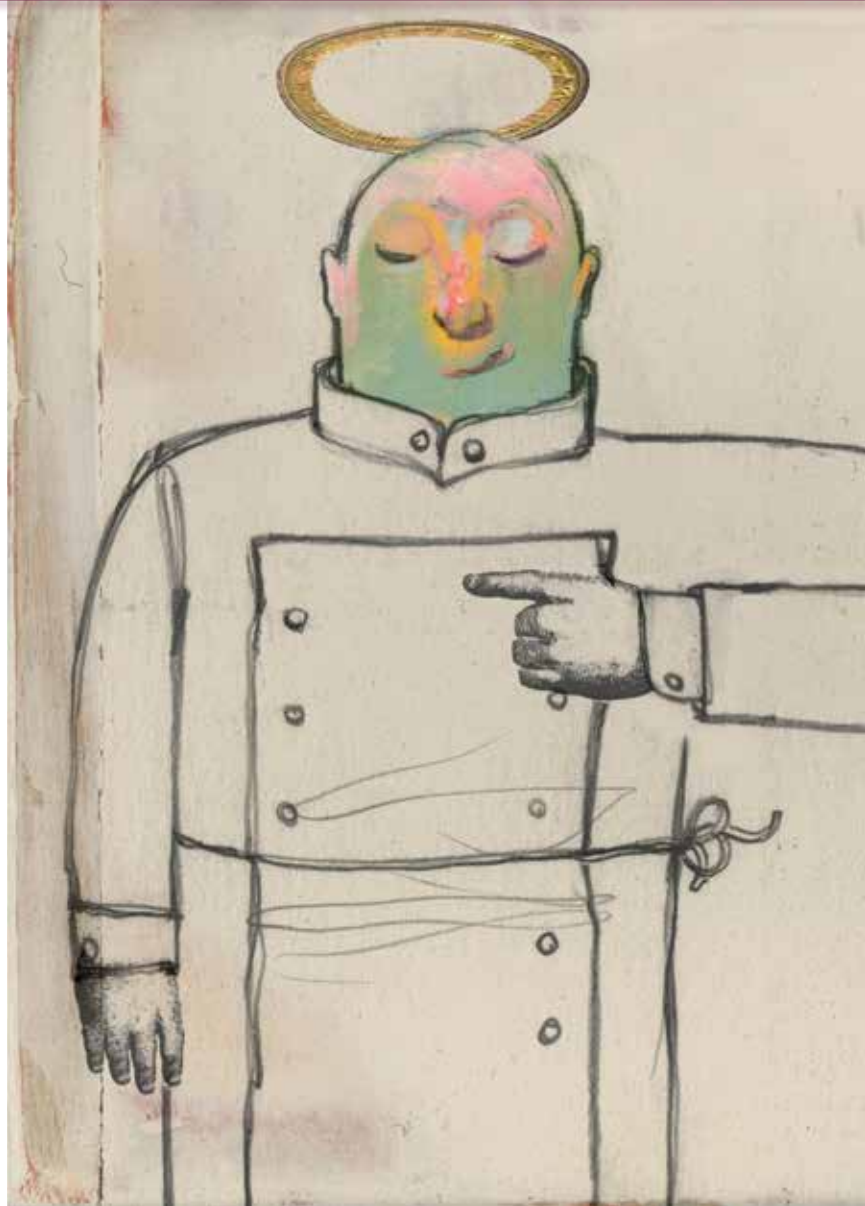
Lorsqu'un patient est soigné par un praticien, puis un autre (praticiens successifs) et qu'une faute est commise sans que l'on puisse déterminer avec certitude qui, du premier ou du second professionnel de santé, en est l'auteur,

comment mettre en œuvre le droit de la responsabilité civile ? Les deux praticiens sont-ils responsables civilement (donc condamnés à verser des dommages-intérêts), ou doit-on conclure qu'aucun d'entre eux ne l'est ? Dans cette dernière hypothèse, le patient n'obtient aucune indemnisation, alors qu'il est victime d'une faute lui ayant causé

des préjudices. Cette situation, loin d'être rare en pratique, soulève une difficulté concrète majeure : la preuve de l'identification de l'auteur des faits fautifs en cas de pluralité d'intervenants. À cet égard, citons M. P. Sargos, président de chambre honoraire à la Cour de cassation, fin analyste des problématiques de la responsabilité médicale : *« En droit »»*

»» de la responsabilité, la question la plus importante et la plus difficile dans les litiges n'est pas celle des concepts qui la gouvernent, mais celle de la preuve des faits [que s'est-il exactement passé?], de leur origine, de l'identification de leur auteur, de leurs conséquences dommageables et de leur imputabilité à une personne physique déterminée <sup>(1)</sup>. »

La Cour de cassation répond à l'interrogation posée ci-dessus dans un arrêt récent <sup>(2)</sup> marqué du sceau P et B <sup>(3)</sup>. Cette décision n'a certes pas été rendue dans le cadre d'un différend qui opposait un patient à des chirurgiens-dentistes, mais sa portée est telle qu'elle concerne les hypothèses où plusieurs professionnels de santé interviennent successivement. En l'espèce, M<sup>me</sup> A a subi des opérations, sachant qu'à l'occasion de l'une d'elles une compresse a été oubliée. Une telle omission « constitue par définition une négligence, et une faute d'inattention » depuis un arrêt de principe de la Cour de cassation rendu en 1984 <sup>(4)</sup>. Point central : aux termes de l'avis de l'expert désigné par le tri-



lidum <sup>(5)</sup> des deux chirurgiens ainsi que de leurs assureurs. Elle est déboutée tant par le

### Dans son pourvoi en cassation, la patiente invoque une présomption simple d'imputation de la faute aux deux praticiens, charge à chacun d'établir qu'il n'en est pas l'auteur.

bunal, « il n'est pas possible d'établir à l'occasion de quelle opération la faute a été commise ». M<sup>me</sup> A demande néanmoins la condamnation *in so-*

tribunal d'instance que par la cour d'appel. Elle forme alors un pourvoi en cassation et soutient qu'en présence d'une faute (ce qui n'est pas contes-

table) il appartient à chaque professionnel de santé mis en cause de prouver qu'il n'en est pas à l'origine. Bref, la patiente invoque ici une présomption simple d'imputation de la faute aux deux praticiens, à chacun d'établir qu'il n'en est pas l'auteur. Elle puise son inspiration, semble-t-il, dans plusieurs arrêts : dans l'affaire du Distilbène, en cas d'exposition de la victime à la molécule litigieuse, c'est à chacun des laboratoires qui a mis sur le mar-



ché le produit qu'il incombe de prouver qu'il n'est pas à l'origine du dommage <sup>(6)</sup> ; en présence d'une infection nosocomiale, lorsque celle-ci a pu être contractée dans un ou plusieurs établissements de santé, c'est à chacun d'eux d'établir qu'il n'est pas à l'origine de la contamination <sup>(7)</sup>. L'on voit ici que la charge de la preuve n'est pas supportée par le patient. Mais la Cour de cassation ne retient pas une telle argumentation dans son arrêt de 2016.

## L'analyse

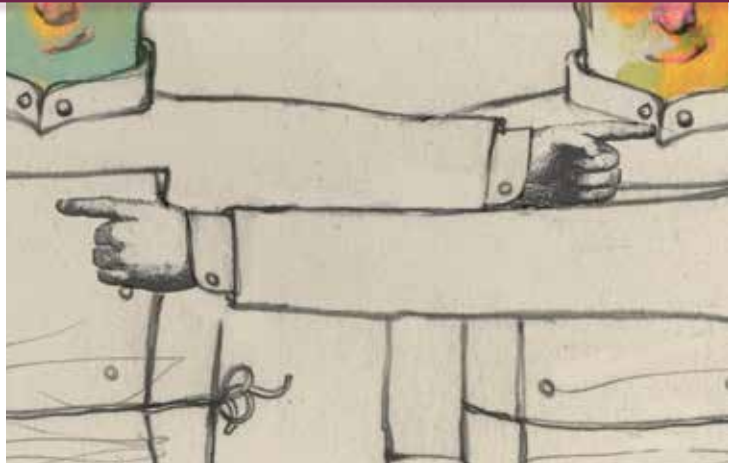
Tout d'abord, rappelons la règle légale applicable. L'article L. 1142-I, I, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code de la santé publique dispose que, hors les cas où la responsabilité est encourue en raison du défaut d'un produit de santé, «*les professionnels de santé ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de dia-*

*gnostic ou de soins qu'en cas de faute*». Ce texte ne précise pas le régime juridique de la preuve : ainsi n'indique-t-il pas qui (du praticien ou du patient) doit démontrer quoi (la faute et l'auteur de celle-ci) ? La Cour de cassation va alors combler l'incomplétude de l'article L. 1142-I, I, alinéa 1<sup>er</sup>, en deux temps.

- Premièrement, elle affirme avec clarté et concision que «*la preuve de la faute incombe au demandeur*»; le fardeau (dit-on) pèse sur les épaules du patient.
- Deuxièmement, elle ajoute que «*s'agissant d'une responsabilité personnelle [c'est-à-dire une hypothèse où il est demandé au praticien de répondre de ses propres actes], elle implique que soit identifié le professionnel de santé ou l'établissement de santé auquel elle est imputable ou qui répond de ses conséquences*»; partant, elle retient «*qu'aucun comportement fautif de tel ou tel médecin exerçant à titre libéral n'est démontré, [et] que la cour d'appel n'a pu qu'en déduire que leur responsabilité ne pouvait être engagée*».

Cette formulation est ambiguë. La Cour de cassation ne dit pas en effet expressément qu'il appartient au patient de prouver qu'untel est l'auteur de la faute. Elle n'affirme donc pas que pèse sur la victime le poids de l'identification du professionnel fautif. À n'en pas douter, le rôle de l'expert est et restera primordial, son avis étant utile au juge afin qu'il forge sa conviction. Il est une technique juridique susceptible d'être mobili- ➤➤➤

» sée : celle de «*la présomption du fait de l'homme*» ; il s'agit de déduire de certains faits connus un fait inconnu : au regard de tel élément, l'on ne peut qu'en déduire tel résultat. À tout le moins, le doute – je ne sais pas qui a commis la faute – profite aux praticiens, et non au patient, la Cour de cassation considérant que l'indétermination de l'auteur empêche de les déclarer tous les deux responsables. Du reste, c'est en ce sens que cette même juridiction s'est déjà prononcée par le passé : une personne avait subi des infiltrations effectuées par deux médecins différents ; une arthrite septique en relation certaine et directe avec l'une des infiltrations



surtout lorsque la loi ne résout pas la question de droit posée, la nécessité de bien maîtriser la jurisprudence, parfois très subtile dans la mesure où une solution s'applique à un cas, et une autre à un cas certes proche mais non semblable. Sur un autre plan, d'aucuns trouveront cet arrêt critiquable puisqu'il rend le droit de la responsabilité ineffectif : alors qu'une faute ayant causé des

sur la nécessité de ne pas céder à une tentation de la facilité, [il faut] approfondir la recherche sur l'identification [...]»<sup>(10)</sup>. ■

**David Jacotot**

### L'indétermination de l'auteur de la faute empêche de déclarer les deux praticiens responsables et fait obstacle à la réparation de la patiente.

était apparue, mais en raison de l'impossibilité de déterminer quel praticien était responsable de l'infiltration dommageable, la demande de réparation formulée par la victime avait été rejetée<sup>(8)</sup>. Dans le rapport annuel de la Cour de cassation de 2007, l'on peut ainsi lire qu'«*il demeure des situations dans lesquelles l'impossibilité d'attribuer l'origine d'une infection à un acte accompli par un praticien déterminé fait obstacle à la réparation*»<sup>(9)</sup>. »

Sur le plan de l'analyse juridique, il convient de remarquer,

préjudices existe indiscutablement, il n'y a pas d'indemnisation, pas de responsable. Il n'en demeure pas moins que cette solution évite de condamner un praticien qui n'a commis aucun acte répréhensible ; il ne nous apparaît pas satisfaisant de «*déclarer un innocent responsable*». Ainsi que le souligne M. P. Sargos, «*les modulations de la charge de la preuve ne doivent pas devenir des manipulations transformant la justice en un jeu de hasard ne distinguant pas l'innocent du coupable [...]. On doit insister*

(1) P. Sargos, « Les limites du recours à la modulation de la charge de la preuve en matière d'identification de l'auteur d'une faute médicale », *La Semaine juridique*, édition générale, n° 46, 14 novembre 2016, p. 2076.

(2) Cass. 1<sup>re</sup> chambre civile, 3 novembre 2016, n° 15-25348, PB.

(3) P : publication au *Bulletin des arrêts* de la Cour de cassation (édité désormais uniquement en version numérique), signe de l'importance de l'arrêt. B : publication au *Bulletin d'information* de la Cour de cassation, signe que la Cour estime nécessaire de porter rapidement la solution à la connaissance des magistrats, voire de la communauté juridique.

(4) Cass. 1<sup>re</sup> chambre civile, 9 octobre 1984, n° 83-12287, *Bull. civ. I*, n° 251.

(5) Schématiquement, une obligation *in solidum* est une obligation de plusieurs personnes tenues chacune responsable pour le tout envers le créancier, ici la patiente, M<sup>me</sup> A.

(6) Cass. 1<sup>re</sup> chambre civile, 24 septembre 2009, n° 08-16305 ; 28 janvier 2010, n° 08-18837.

(7) Cass. 1<sup>re</sup> chambre civile, 17 juin 2010, n° 09-67011, *Bull. civ. I*, n° 137.

(8) Cass. 1<sup>re</sup> chambre civile, 23 novembre 2004, n° 03-16865.

(9) Rapport annuel 2007, in [www.courdecassation.fr](http://www.courdecassation.fr), p. 266.

(10) P. Sargos, préc., p. 2079.

# Prestation de retraite : le texte le plus récent s'applique

## En résumé

**L**orsque des textes relatifs à la retraite ont été modifiés, quand faut-il appliquer les anciens ou les nouveaux textes ? Dit autrement, à partir de quel moment les derniers textes se substituent-ils à ceux qui les ont précédés ? C'est à cette interrogation que la Cour de cassation a répondu dans un litige qui opposait un chirurgien-dentiste à la Caisse autonome de retraite. Cette juridiction casse l'arrêt d'appel qui avait donné raison au praticien au motif que « *les règles qui déterminent les conditions d'ouverture et le calcul de la prestation de retraite sont celles en vigueur au jour de l'entrée en jouissance de celle-ci* ».

## Le contexte

La retraite d'un chirurgien-dentiste, telle est la thématique de l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 26 mai 2016 <sup>(1)</sup>, qui opposait un praticien à la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (CARCDSF). En l'espèce, le praticien – l'assuré, dira-t-on –, né en 1951, est père de quatre enfants. Il sollicite la Caisse pour faire valoir son droit à pension, et ce bien avant d'en avoir rempli les conditions. Selon les termes de l'arrêt, le praticien a demandé à la CARCDSF en novembre 2006 (à l'âge de 55 ans)

à faire liquider sa retraite complémentaire par anticipation sans coefficient d'anticipation. Son argumentation est intéressante : il entendait être traité comme les chirurgiens-dentistes de sexe féminin ayant élevé des enfants, et ainsi pouvoir obtenir sa retraite à l'âge de 61 ans. Sa demande présentait, chacun l'a compris, un caractère prématuré dans la mesure où elle ne devait produire effet qu'en 2012 (soit six ans plus tard, dans l'année de ses 61 ans). Sans entrer dans le détail de la procédure, sa demande n'a pas été satisfaite ainsi qu'en atteste la décision qui lui a été notifiée en janvier 2007. Le chirurgien-dentiste ne semble pas avoir répliqué pendant

près de trois ans. Puis, en février 2010, il adresse à la Caisse une nouvelle demande ; il invoque notamment l'article 20 des statuts du régime d'assurance vieillesse complémentaire de la section professionnelle des chirurgiens-dentistes relatif aux femmes chirurgiens-dentistes ayant élevé un ou plusieurs enfants qui bénéficient d'une mesure de départ anticipé en retraite sans coefficient d'anticipation. Sans surprise, la Caisse refuse. Le praticien saisit la commission de recours amiable puis le tribunal des affaires de sécurité sociale, seule juridiction compétente. Celle-ci le déboute. Le chirurgien-dentiste interjette appel. La cour lui donne raison : elle estime >>>

» que les dispositions statutaires précitées caractérisent, au détriment des pères, une discrimination prohibée; elle conclut que le chirurgien-dentiste peut faire valoir ses droits à retraite complémentaire à partir de 61 ans sans coefficient de minoration <sup>(2)</sup>. La CARCDSF forme un pourvoi structuré autour de plusieurs moyens de cassation; sur l'un d'entre eux, elle obtient cassation de l'arrêt d'appel <sup>(3)</sup>.

## L'analyse

Précision importante avant d'évoquer la solution de la Cour de cassation : le chirurgien-dentiste entend obtenir sa pension à 61 ans, en application de l'article 20 des statuts du régime d'assurance vieillesse complémentaire de la section professionnelle des chirurgiens-dentistes; ce texte prévoyait la possibilité pour les adhérentes (ie pour les femmes) chirurgiens-dentistes ayant élevé un ou plusieurs enfants pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire, à leur charge effective ou à celle de leur conjoint, de faire valoir leurs droits à pension entre 60 et moins de 65 ans selon le nombre d'enfants élevés, sans coefficient de minoration. Compte tenu de l'âge de ce praticien (né en 1951), il ne pouvait bénéficier d'une pension avant janvier 2012. Or, antérieurement à l'année 2012, les statuts de la caisse ont été modifiés et

approuvés par arrêté ministériel du 13 avril 2011 <sup>(4)</sup>. Dorénavant, le nouvel article 19-II offre aux femmes chirurgiens-dentistes la possibilité de demander, au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement, la liquidation de leur retraite complémentaire par anticipation sans coefficient de minoration. Bref, une succession dans le temps de deux textes au contenu différent. Dans ces conditions, la cour d'appel pouvait-elle fonder son arrêt sur l'article 20 (ancien texte) des statuts, le considérant comme seul applicable? La Cour de cassation répond par la négative : « *Qu'en statuant ainsi, alors que les règles qui déterminent les conditions d'ouverture et le calcul de la prestation de retraite sont celles en vigueur au jour de l'entrée en jouissance de celle-ci, la cour d'appel a violé les textes susvisés.* » Elle a déjà été amenée à se prononcer non pas sur une affaire similaire, mais sur une problématique identique. Une telle solution, bien qu'importante, n'est pas nouvelle. Hors ce contexte propre aux chirurgiens-dentistes, nul n'ignore la succession de textes en matière de retraite, ayant notamment pour objet de durcir les conditions requises pour bénéficier d'une pension, d'où la question cruciale de l'application des textes dans le temps. En effet, lorsque la règle nouvelle est défavorable à l'assuré, ce dernier souhaite l'application des anciennes dispositions afin que



ses prévisions ne soient pas malmenées. Ce que, cependant, le droit ne lui accorde pas. Tout d'abord, le Conseil constitutionnel dénie toute valeur constitutionnelle au principe de l'intangibilité des droits liquidés <sup>(5)</sup>; aussi tant que la pension n'est pas liquidée, l'assuré n'est pas titulaire d'un droit, mais d'une simple vocation aux prestations <sup>(6)</sup>, nuance subtile mais essentielle. Ensuite, et dans le prolongement, la Cour de cassation quant à elle écarte éga-





lement « toute intangibilité des prestations »<sup>(7)</sup>. Ainsi que le relève un spécialiste de la protection sociale<sup>(8)</sup> à propos des régimes de retraite par points (par exemple l'Arrco – Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés), si les institutions « ne peuvent remettre en cause, quel que soit leur mode d'acquisition, le nombre des points acquis par les participants dont la retraite a été liquidée avant l'entrée en vigueur de la révision »<sup>(9)</sup>, il

n'en demeure pas moins que « le nombre de points est cristallisé, mais pas la valeur du point ». De là, les règles de liquidation de la pension sont celles en vigueur au moment de sa mise en paiement. Ajoutons que, toujours selon la Cour de cassation, c'est à la date d'entrée en jouissance qu'est déterminée l'application des règles relatives au cumul de la pension et des avantages personnels de retraite et d'invalidité de son bénéficiaire<sup>(10)</sup>.

L'arrêt du 26 mai 2016 s'inscrit dans le mouvement jurisprudentiel précédemment décrit<sup>(11)</sup>. Le litige opposant le chirurgien-dentiste à la CARCDSF ne pouvait pas être tranché sur le fondement de l'ancien article 20. C'est pourquoi la Cour vise l'article 19 des statuts (donc le nouveau texte) et l'article 2 du Code civil<sup>(12)</sup>. L'arrêt d'appel est donc cassé. L'argument de la discrimination entre les pères et les mères également... ■

**David Jacotot**

(1) Décision n° 15-16094, PB, *La Semaine juridique*, édition sociale, n° 39, 4 décembre 2016, 1335, note A. Bouilloux.

(2) Cour d'appel de Nîmes, chambre sociale, 10 mars 2015, n° 13/02491.

(3) Nous n'évoquerons pas l'argument selon lequel la Caisse prétend à l'irrecevabilité de l'action en justice intentée par le praticien.

(4) NOR : ETSS1110749A, *Journal officiel* du 27 avril 2011.

(5) Conseil constitutionnel, 3 août 1994, n° 94-348 DC, *Droit social*, 1995, pp. 306 et 411, article de P. Laigre; *Revue française de droit constitutionnel* 1994, p. 832, obs. P. Gaïa.

(6) Conseil constitutionnel, 13 août 1993, n° 93-325 DC.

(7) Cass. soc., 31 mai 2001, n° 98-22510, *Bull. civ. V*, n° 200.

(8) A. Bouilloux, préc.

(9) Cass. soc., 23 novembre 1999, nos 97-21393, 97-18980, 97-19055, 97-20248 et 97-21053, *Bull. civ. V*, n° 453.

(10) Cass., 2<sup>e</sup> chambre civile, 11 octobre 2007, n° 06-18765, *Bull. civ. II*, n° 229.

(11) En ce sens, A. Bouilloux, préc.

(12) « La loi ne dispose que pour l'avenir; elle n'a point d'effet rétroactif. »

# De l'ouverture et de l'humain

**C**hirurgien-dentiste, ou plutôt médecin de la bouche comme disent les Canadiens, experte judiciaire, militaire, enseignante, artiste... «*Ce qui est certain, c'est que mon parcours est atypique*», explique l'intéressée. Et pour cause : le D<sup>r</sup> Manoutcheri est la première femme chirurgien-dentiste en France diplômée de l'École supérieure des officiers de réserve spécialistes d'état-major et à avoir, de surcroît, intégré l'École de guerre. Cette omnipraticienne installée à Bordeaux détaille : «*En tant qu'officier d'état-major, j'ai exercé des fonctions de haut commandement en santé lors de missions à l'étranger. Il s'agissait d'exercices à l'issue desquels des accords de coopération ont été établis entre différentes nations.*» On n'en saura pas plus, «*haut secret-défense*» oblige.

## Dans le domaine dentaire, on est à la fois architecte, scientifique, ingénieur, artiste et médecin.

Dominique Manoutcheri est donc une femme d'engagement et d'action : «*La vraie difficulté a été l'énorme travail qu'il a fallu fournir pour arriver à ces compétences internationales.*»

«*Honneur, éthique et ouverture au monde.*» Tels sont les mots de Dominique Manoutcheri pour

expliquer ses engagements internationaux pris dès ses premières publications. Quand elle revient sur les motivations qui l'ont conduite à devenir chirurgien-dentiste, on comprend qu'il s'agit aussi d'ouverture. «*Je voulais intégrer une profession qui soigne l'humain. Dentaire m'a plu. C'est un domaine complet où l'on est à la fois architecte, scientifique, ingénieur, artiste et médecin*», explique-t-elle.

Ce personnage atypique par son parcours, l'est aussi par ses nombreuses facettes : «*J'ai totalement oublié de vous dire que je parle plusieurs langues!*», glisse-t-elle. En insistant un peu, elle en décompte sept, mais regrette de s'éloigner de certaines d'entre elles faute d'avoir le temps de les pratiquer. Elle a d'ailleurs obtenu son diplôme d'allemand de façon rocambolesque :

«*L'Institut allemand se situait alors en face de mon cabinet dentaire. J'ai traversé la rue pour présenter l'oral de l'examen du ministère de la Coopération en annonçant : «J'ai un patient dans 40 minutes!» C'était un peu cavalier, mais les Allemands sont très respectueux des médecins et, 40 minutes plus tard,*



DOMINIQUE MANOUTCHERI

**1987-1988 :** Certificat d'études supérieures d'odontologie légale; Certificat d'études supérieures de biomatériaux.

**1988 :** Installation en libéral au cœur de Bordeaux.

**2004 :** Assistante hospitalière universitaire à l'université de Bordeaux II.

**2008 :** Première mission internationale Otan/Onu

**2014 :** Première mission internationale en tant que *Medical Advisor*

*j'étais avec mon patient avec mon diplôme!*», s'amuse-t-elle.

On s'en doutera, ses nombreuses activités lui laissent peu de temps pour elle. «*Depuis 2011, je ne peux plus me consacrer à la peinture, même si je reprends de temps en temps le crayon pour me rassurer. C'est un exercice au cours duquel je me retrouve avec moi-même. C'est une force qui me permet d'avoir un regard sur le beau*», se confie Dominique Manoutcheri qui a exposé ses pastels en technique mixte fusain/sanguine à Bruxelles, Barcelone et Paris. ■

# Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

## ✓ EX-PATIENTS DENTEXIA

Lorsqu'un praticien reçoit un ex-patient Dentexia, il doit remplir une fiche de liaison, conçue par les ARS avec l'Ordre, qui garantit le suivi du parcours du patient. Il doit ensuite l'adresser à l'ARS de la région du centre Dentexia où le patient a été initialement pris en charge. Cette fiche, dématérialisée, est accessible sur le site Internet des ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Une autre fiche à destination des praticiens permet de répondre aux différentes questions liées à une reprise des soins.



## ✓ VACCINATIONS

Le Haut Conseil pour la santé publique (HCSP) recommande fortement la vaccination des chirurgiens-dentistes contre la grippe. S'agissant de l'hépatite B, le HCSP recommande le maintien de la vaccination obligatoire pour les professions médicales dont celle de chirurgien-dentiste. Quant à la vaccination contre la diphtérie et la poliomyélite, actuellement obligatoire, elle reste obligatoire.

## ✓ STAND DE L'ORDRE À L'ADF

Cœur battant de la profession, le congrès annuel de l'ADF constitue le moment clé pour interroger l'Ordre sur les contrats et les formes d'exercice. Bien entendu, l'Ordre via les conseils départementaux reste à l'écoute des consœurs et des confrères tout au long de l'année.



Le président, Gilbert Bouteille,  
et les membres du Conseil national  
de l'Ordre des chirurgiens-dentistes  
vous présentent leurs  
meilleurs vœux pour 2017

