

Stratégie nationale de santé,
ce que propose l'Ordre

p. 4

Le Desco enfin
reconnu dans l'UE

p. 7

Près de 160 CESP
signés en 2016 !

p. 10



ÉTUDES DE LA DREES

CE QU'EST LA PROFESSION AUJOURD'HUI, CE QU'ELLE SERAIT EN 2040

ACTUALITÉS

- 4 SANTÉ PUBLIQUE**
Stratégie nationale de santé :
les propositions de l'Ordre
- 7 CHIRURGIE ORALE**
Le Desco reconnu
dans l'Union européenne
- 8 SÉCURITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES**
Déclarer les agressions verbales
subies au cabinet dentaire
- 10 DÉMOGRAPHIE**
Près de 160 CESP signés en 2016
- 12 ACCÈS AUX SOINS**
Le Bus dentaire fête ses 20 ans !
- 14 EN BREF**
- 15 MERCURE**
Parution du décret
Convention de Minamata

16 DOSSIER

ZOOM SUR LA PROFESSION
Ce qu'elle est aujourd'hui,
ce qu'elle serait en 2040



JURIDIQUE

- 24 CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**
Sanction pour fraude : la voie étroite
du pourvoi devant le Conseil d'État



- 27 DROIT DU TRAVAIL**
Souffrance au travail dans un cabinet
dentaire : qui doit prouver quoi ?



- 32 RÉTROCESSION D'HONORAIRES**
Une décision sur la TVA
et le remplacement qui n'épuise
pas le sujet...

PORTRAIT

- 34 ALICE MODOLO**
En eau profonde

LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

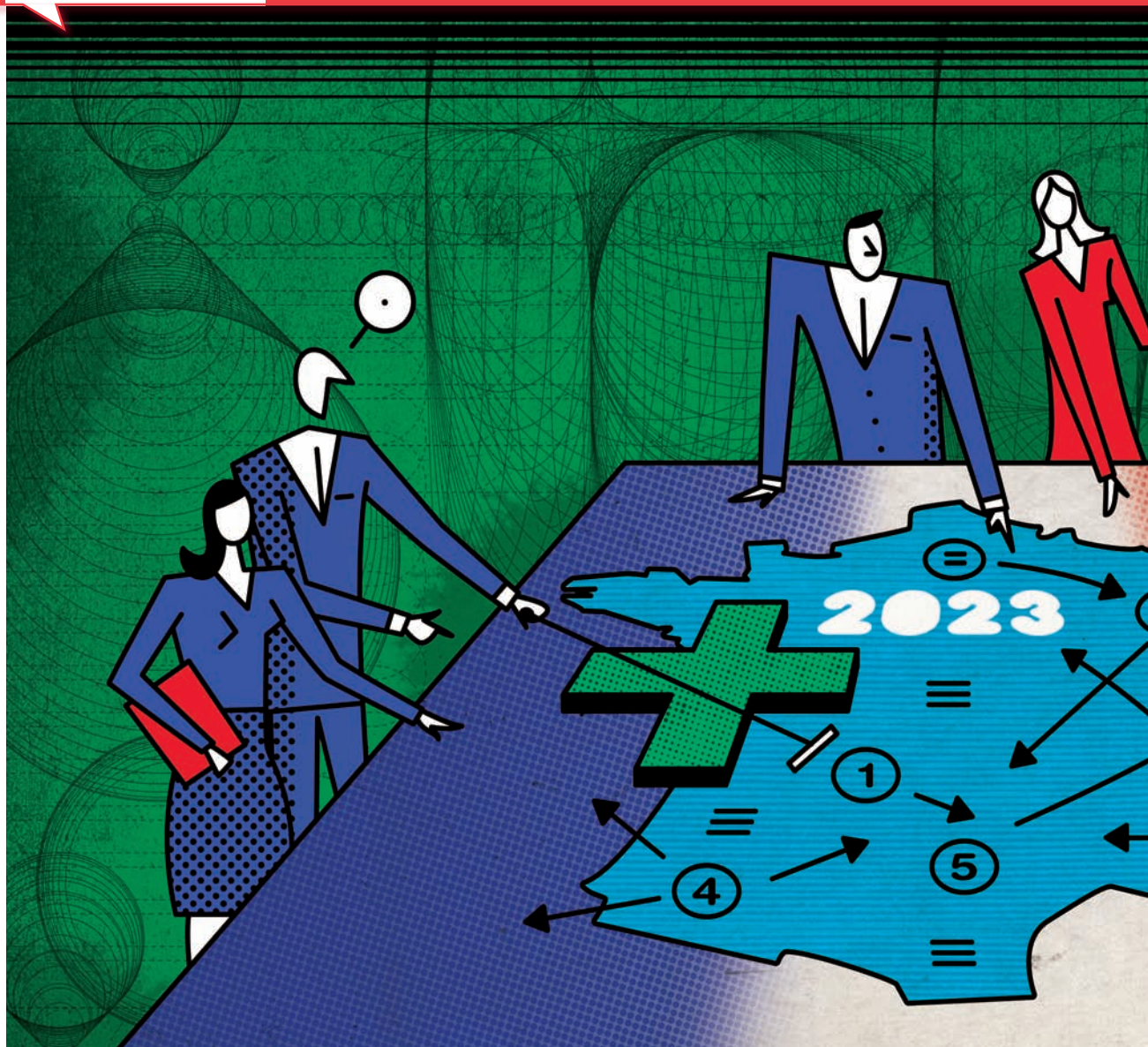




Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

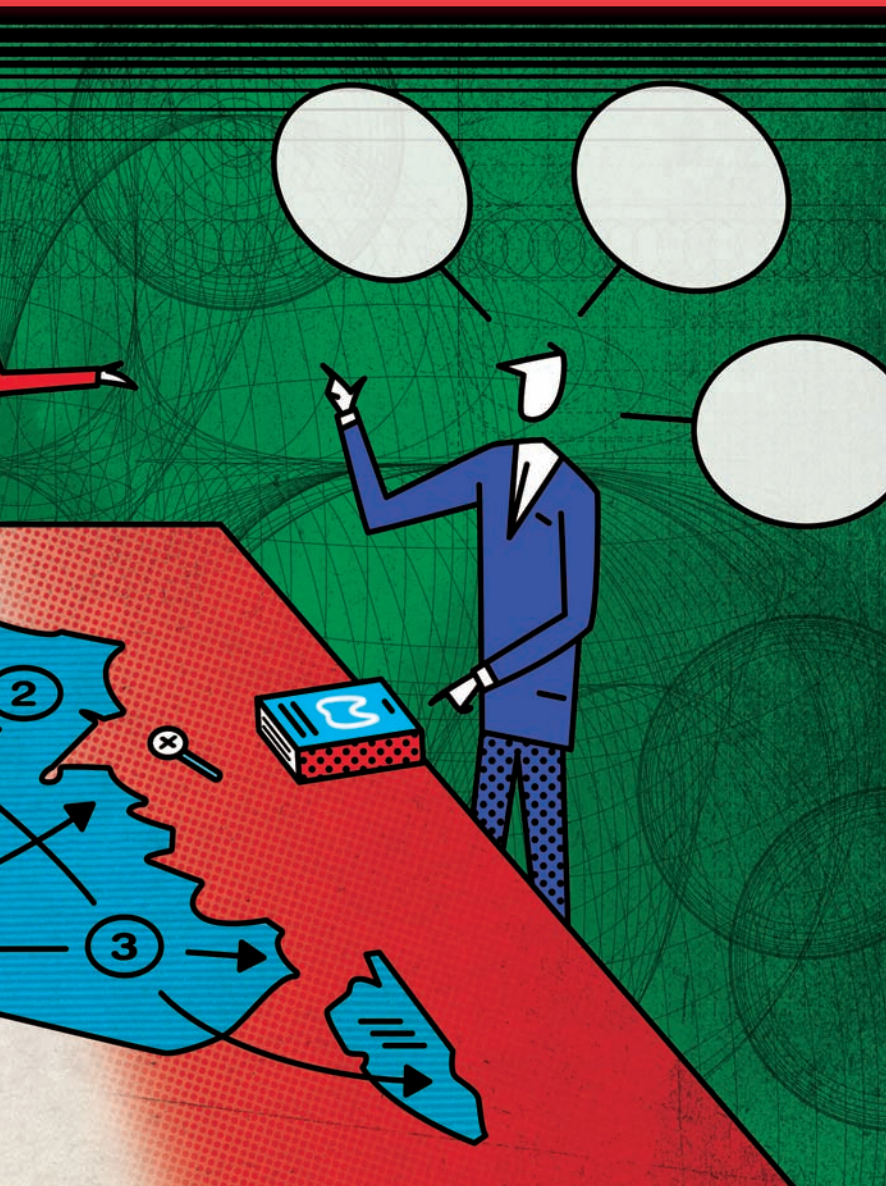
Prise de conscience

L'Ordre s'oppose à l'accès partiel à notre profession. Il ouvrirait la voie à une médecine bucco-dentaire à deux vitesses et mettrait en cause le pacte – dont l'Ordre est le garant – qui lie notre profession aux Français en termes de qualité et de sécurité des soins. Car qui est en jeu, aujourd'hui, s'agissant de la santé bucco-dentaire, ce n'est plus la médicalisation de notre pratique. Le combat a été gagné et l'on n'y reviendra pas. Ce qui prime désormais, c'est d'aboutir à un véritable changement de paradigme où tous les acteurs de la santé, publics comme privés, et, plus largement, du bien-être des Français, soient réellement conscients qu'une bonne santé générale est impossible sans une bonne santé bucco-dentaire. Les interactions qui les unissent sont connues et scientifiquement établies. Encore faut-il que chacun le sache, et la partie est loin d'être gagnée. Un exemple ? Il est encore possible, aujourd'hui, de produire des études sur l'obésité sans que la dimension bucco-dentaire soit ne serait-ce qu'effleurée, ce qui est une aberration. Cette conscientisation du lien entre santé générale et santé bucco-dentaire est un enjeu majeur car aucune politique publique de santé digne de ce nom ne peut désormais se concevoir sans la prise en compte de la dimension bucco-dentaire. C'est ainsi qu'il faut lire la contribution du Conseil national à la définition de la stratégie nationale de santé que le ministère de la Santé veut mettre en œuvre. On rappellera ici la définition de la santé bucco-dentaire donnée en 2016 par la Fédération dentaire internationale (FDI) : elle est « *multiforme et inclut, entre autres, la capacité de parler, sourire, sentir, goûter, mâcher, déglutir et exprimer des émotions [...] avec confiance [...]* ». On rappellera aussi, bien sûr, la dimension psychosociale de la santé bucco-dentaire. L'Ordre fait évidemment sienne cette définition dans son acception très large qui dépasse, et de loin, la simple mise en œuvre de thérapeutiques. Nous devons collectivement travailler à cette prise de conscience d'une santé bucco-dentaire comme l'un des déterminants fondamentaux de la santé générale. L'Ordre s'y emploie.



Stratégie nationale de santé : les propositions de l'Ordre

Prévention, promotion de la santé, lutte contre les inégalités sociales et territoriales... Dans le cadre de la mise en place d'une politique de santé planifiée sur cinq ans, qui sera lancée dès 2018, voici quelques propositions de l'Ordre.



Le ministère de la Santé a lancé en novembre dernier une concertation auprès du grand public et des organisations professionnelles dont le Conseil national de l'Ordre sur les priorités à mettre en œuvre en matière de santé. L'objectif consiste à élaborer une « *stratégie nationale de santé* » qui sera appliquée pour les cinq prochaines années. Quatre axes prioritaires ont ainsi été définis :

1. Mettre en place une politique

de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;

2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ;
4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Sont présentées ci-dessous les propositions du Conseil national adressées au ministère de la Santé.

1. LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

- Le Conseil national souhaite en premier lieu que soient reconnus le savoir, le savoir-faire, l'expérience de la profession qui s'expriment notamment à travers de nombreux organismes dont l'UFSBD, en institutionnalisant leurs actions dans les lieux de vie et d'enseignement, dans les Ehpad ainsi qu'auprès des institutions prenant en charge les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, le Conseil national milite pour la mise en place, non seulement d'un dispositif de prise en charge des troubles du comportement alimentaire, de l'alcoolisme, du tabagisme et des autres conduites addictives, mais aussi d'un mécanisme permettant d'assurer et de favoriser une prise en charge coordonnée des soins, dans laquelle le chirurgien-dentiste traitant occupe une place équivalente à celle du médecin traitant.

S'agissant de la prévention, l'Ordre émet les propositions suivantes :

- Favoriser des actions de proximité dans les crèches, les écoles, les collèges, les lycées, avec l'aide d'intervenants extérieurs permettant une plus grande liberté de langage ;
- Renforcer le dispositif de prévention à destination des étudiants ;
- Mettre en place des examens de prévention à l'âge adulte (à 35 ans, à 55 ans, puis tous les cinq ans).

- Concernant la prévention destinée aux personnes âgées dépendantes, l'Ordre expose les propositions suivantes :

- Instaurer un bilan bucco-dentaire obligatoire à l'entrée dans l'Ehpad ;
- Rendre obligatoire la création >>>



►►► d'un cabinet dentaire dans les Ehpad à partir d'un certain nombre de lits;

- Modifier les textes afin que les prescriptions de transports sanitaires par un chirurgien-dentiste soient prises en charge par l'assurance maladie;
- Favoriser les soins à domicile exceptionnels pour les personnes dans l'incapacité totale d'être déplacées par la création et la mise à disposition des professionnels de santé d'unités mobiles de soins bucco-dentaires.

- Le Conseil national milite aussi pour une meilleure coordination entre professionnels de santé et médico-sociaux avec les propositions suivantes :

- Reconnaître la place et le rôle du chirurgien-dentiste dans le parcours de santé du patient;
- Intégrer le chirurgien-dentiste dans les équipes des Ehpad et des établissements médico-sociaux;
- Intégrer des modules spécifiques et adaptés de santé dentaire dans la formation initiale et continue des autres professions de santé;
- Mettre en place un référent den-

taire dans les Ehpad et les établissements médico-sociaux;

- Favoriser l'accompagnement des aidants à domicile, professionnels ou familiaux, dans l'acquisition de connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire;
- Créer un niveau II pour la profession d'assistant dentaire.

2. LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCÈS À LA SANTÉ

- Afin de réduire les inégalités sociales, le Conseil national souhaite que la future politique de santé intègre :

- Une véritable, rapide et importante prise en charge, à leur juste valeur, des actes de prévention;
- La coordination des professionnels de santé, en mettant en avant la nécessité d'une bonne santé bucco-dentaire pour une bonne santé générale;
- Une meilleure information des personnes en situation de précarité sur l'offre de soins bucco-dentaires et sur l'importance de la prévention en la matière.

- S'agissant des inégalités territoriales d'accès à la santé, plusieurs

propositions ont été adressées à Agnès Buzyn, ministre de la Santé, parmi lesquelles :

- Le développement d'unités de chirurgie dentaire à ancrer dans les régions dépourvues d'UFR d'odontologie;
- Le renforcement de la coordination CHU/cabinets de ville;
- Le développement des contrats d'engagement de service public (CESP) en odontologie (*lire l'article pp. 10-11*);
- L'augmentation de la durée du stage actif des étudiants de sixième année en odontologie;
- Le développement de maisons de santé pluriprofessionnelles intégrant la présence d'un chirurgien-dentiste.

3. INNOVATION

Afin de favoriser l'utilisation du numérique dans le domaine bucco-dentaire, le Conseil national avance les quatre propositions suivantes :

- Donner au chirurgien-dentiste une place pleine et entière dans le dispositif de télémédecine, en y intégrant la prévention et les soins bucco-dentaires;
- Assouplir le dispositif de recours aux actes de télémédecine, notamment dans le domaine ambulatoire;
- Améliorer le financement par l'assurance maladie des actes de télémédecine lorsque les soins équivalents réalisés en présentiel sont pris en charge;
- Favoriser le développement d'objets connectés et d'applications mobiles dans le secteur bucco-dentaire. Gageons que les propositions du Conseil national seront entendues et, surtout, retenues pour, enfin, développer une politique de médecine bucco-dentaire efficace et adaptée à toutes les populations. ■

Le Desco reconnu dans l'Union européenne

Le diplôme d'études spécialisées en chirurgie orale est enfin reconnu à l'échelle européenne. C'est l'aboutissement d'un long combat de l'Ordre qui avait milité non seulement pour la création de cette spécialité, mais aussi pour sa reconnaissance au sein de l'Union.

Le diplôme français d'études spécialisées en chirurgie orale (Desco) est désormais reconnu par l'Union européenne. Les diplômés du Desco sont ainsi intégrés dans le système de reconnaissance automatique des diplômes en Europe et ont la possibilité d'exercer leur spécialité en chirurgie orale dans les 20 autres pays de l'Union européenne qui la reconnaissent. C'est une grande victoire pour le Conseil national de l'Ordre qui avait, dans un premier temps, et sous l'impulsion de

ses présidents Pierre-Yves Mahé et Christian Couzinou, obtenu la création de cette spécialité en France qui plaçait enfin notre pays au diapason des «grands» États de l'Union européenne reconnaissant cette spécialité. Restait à intégrer le Desco dans le système européen de reconnaissance des diplômes, l'un des dossiers phares que portait l'actuel président du Conseil national, Gilbert Bouteille.

Techniquement, la France figure désormais à l'annexe 5 de la directive 2005/36/CE (très exactement dans son point 5.3.3) établissant la liste de tous les pays de l'UE reconnaissant la spécialité en chirurgie orale. Tous les «grands» pays de l'UE figuraient dans cette annexe, sauf la France. C'en est donc fini de cette singularité qui excluait les titulaires du Desco du système de reconnaissance automatique de leur spécialité dans l'UE. Naturellement, cette reconnaissance s'applique aussi dans l'autre sens : les spécialistes en chirurgie orale des 20 autres pays reconnaissant cette discipline pourront automatiquement l'exercer en France sans passer par une commission de qualification *ad hoc*. ■

Une nouvelle maquette pour le Desco

Un arrêté du 18 octobre 2017 paru au *JO* du 26 octobre dernier modifie la réglementation concernant la formation commune à l'odontologie et à la médecine menant au Desco (organisation, suivi des étudiants, stages, évaluation, validation...) ⁽¹⁾. Ce diplôme est structuré autour d'une maquette figurant en annexe de l'arrêté, qui se substitue aux maquettes publiées les 12 avril 2017 et 31 mars 2011. La formation est structurée en trois phases. Les enseignements sont dispensés en stage et hors stage. L'arrêté définit les connaissances et compétences transversales et spécifiques à acquérir par phase.

(1) Arrêté fixant la réglementation applicable à la formation commune à la médecine et à l'odontologie délivrée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale et modifiant l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie.



Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire

Les actes de violence, même verbale, nuisent à la qualité du travail, mais aussi et surtout au bien-être des chirurgiens-dentistes et de leurs équipes. Ainsi, le Conseil national invite les praticiens à ne pas minimiser les incivilités et, lorsque nécessaire, à transmettre une fiche de signalement au conseil départemental compétent.

En 2016, l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) a traité 17 596 signalements d'atteinte aux personnes et aux biens effectués par 360 établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce triste score est tiré du rapport 2017 de l'ONVS publié en automne dernier⁽¹⁾. Ce document répertorie les régions, les types d'établissements déclarants, les événements signalés, les typologies des victimes, des auteurs et des violences... Au sein de ce recensement ne figure pas

de chapitre consacré aux chirurgiens-dentistes *stricto sensu*⁽²⁾. Cela étant, le Conseil national saisit l'occasion de la publication de ce document pour rappeler aux praticiens qui ont subi des faits de violence dans le cadre de leur exercice l'impérieuse nécessité de transmettre la « *fiche de signalement* » dûment remplie (en téléchargement sur le site Internet de l'ONVS et sur celui de l'Ordre) au conseil départemental dont ils dépendent (*lire l'encadré « Formulaire, mode d'emploi »*). Charge ensuite aux

conseils départements de transmettre ces pièces à l'ONVS et au Conseil national. Cette double transmission est primordiale pour que les signalements soient pris en compte et débouchent sur de réelles actions.

De quelles violences parle-t-on ?

L'ONVS rappelle qu'un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- à l'intégrité physique et/ou psychique des praticiens et de l'équipe dentaire;
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement du cabinet dentaire.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée, etc.);
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation, etc.);
- une contravention (insulte, menace, etc.).

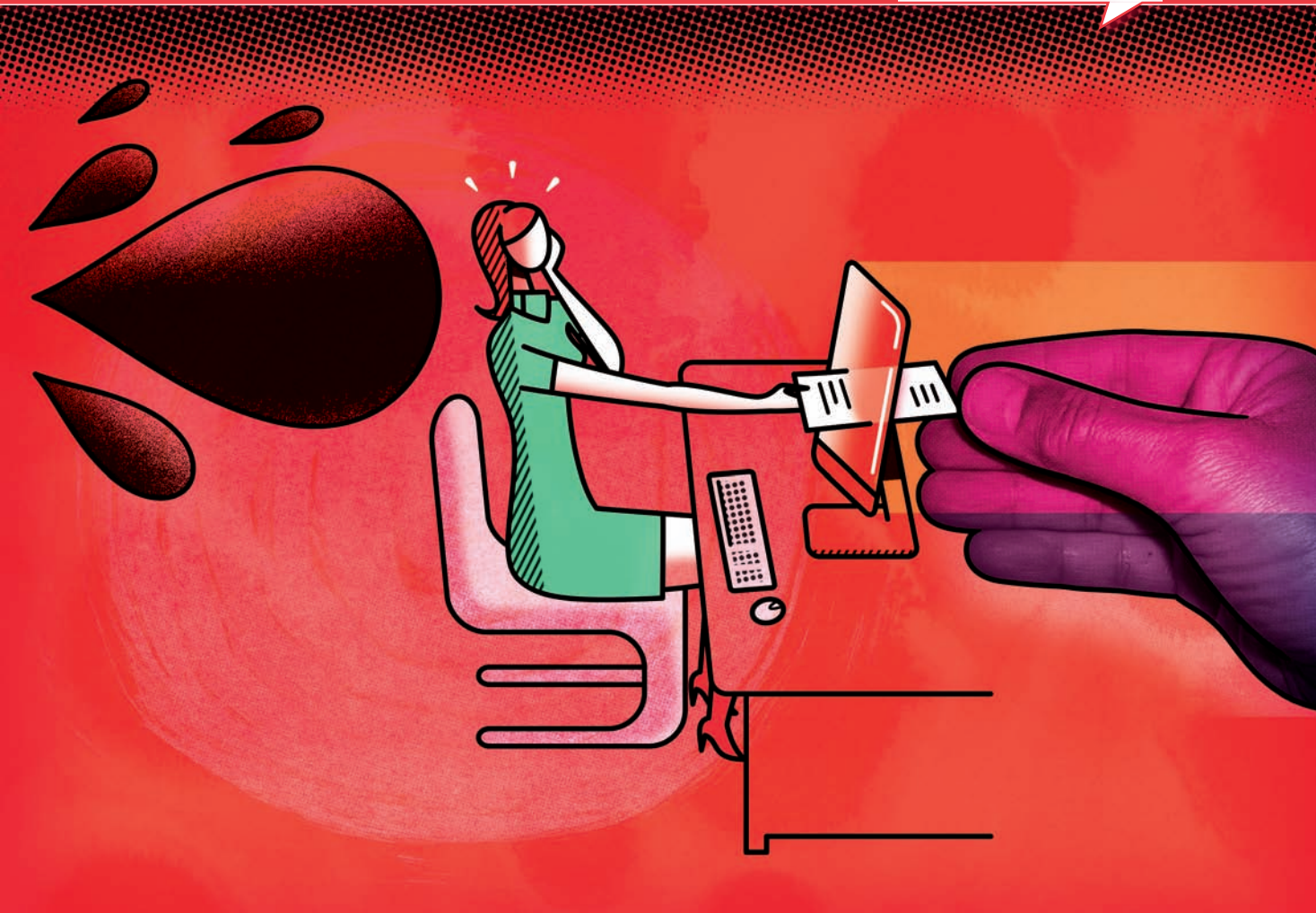
Le préjudice peut relever de trois ordres :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé ou à l'intégrité tant physique que mentale d'une personne);
- moral (préjudice non économique

Formulaire, mode d'emploi

En premier lieu, les conseillers départementaux sont à l'écoute des praticiens en cas de besoin. Par ailleurs, la « *fiche de signalement* » ne se substitue en aucune façon au dépôt d'une plainte devant les services de la gendarmerie ou de la police. Le conseil départemental peut s'associer à la plainte et se porter partie civile. S'agissant des termes employés dans le formulaire, précisons que :

- Le terme « *établissement* » vise également les cabinets dentaires libéraux;
- Il convient d'entendre espace d'accueil et/ou salle d'attente par « *espace d'accueil de l'IOA* » (infirmier organisateur de l'accueil);
- Le personnel de la structure correspond au « *personnel hospitalier* »;
- La formule « *médecins ou assimilés* » inclut bien entendu les chirurgiens-dentistes.



et non matériel subi par la victime) ;

- matériel (dégâts et dégradations tels que véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunettes détériorées...).

« Il ne faut pas banaliser les incivilités, les injures, les actes de malveillance qui pourraient être considérés comme mineurs, mais qui nuisent considérablement à l'ensemble de l'équipe dentaire et notamment aux assistants dentaires, en première ligne lors de l'accueil physique ou téléphonique », souligne Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national. Et l'ONVS d'ajouter : « Les incivilités sont une véritable nuisance sociale qui entrave les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, porte gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point

de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilitation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable. » Afin de prévenir ces actes de vio-

lence, l'Observatoire élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques tel le guide méthodologie intitulé « La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé ». Ce guide a pour but d'« aider les personnels à mener une réflexion préalable qui s'impose pour parvenir à mettre en place la meilleure prévention possible des atteintes aux personnes et aux biens dans le contexte de travail et environnemental qui leur est propre », expliquent ses auteurs. ■

(1) Le rapport est consultable à partir du lien <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs>

(2) Lire l'article « Notre sécurité est l'affaire de tous! », pp. 12-14, La Lettre n° 159, juillet-août 2017.

Près de 160 CESP signés en 2016

Le contrat d'engagement de service public (CESP) ne cesse de faire des adeptes chez les étudiants en chirurgie dentaire depuis sa création fin 2012. Les premiers bénéficiaires de ce dispositif concrétisent aujourd'hui leur projet professionnel.

« Le contrat d'engagement de service public (CESP) rencontre, depuis sa création en 2012, un véritable engouement de la part des étudiants en chirurgie dentaire », se félicite Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national de l'Ordre en charge de la démographie. « Chaque année, les CESP alloués aux étudiants de notre filière sont presque tous pourvus. En 2016, 48 contrats redistribués sont venus s'ajouter aux 112 initialement attribués par le ministère de la Santé, et la quasi-totalité d'entre eux a été signée. Ce dispositif est victime de son succès puisque certains candidats sont sur liste d'attente », poursuit-elle. Les premiers allocataires des CESP commencent à entrer dans la vie professionnelle. C'est le cas d'Émilien Coué, diplômé à Nantes en 2017 : « J'ai signé mon CESP en octobre 2014 sans que mon projet soit complètement défini ; je savais seulement que je voulais exercer en milieu rural où l'offre de chirurgiens-dentistes est faible. Mon projet s'est précisé au fur et

à mesure de mes études et au gré des remplacements que j'effectue depuis un an et demi en Maine-et-Loire, dont je suis issu. »

« Thésé » depuis novembre 2017, ce jeune chirurgien-dentiste de 26 ans a trouvé son futur lieu d'exercice : « Je m'installerai en janvier prochain dans un cabinet libéral à Doué-la-Fontaine, où je rejoindrai une équipe de trois chirurgiens-dentistes. » Même s'il souhaitait changer de région, il devra exercer un minimum de trois ans dans des zones sous-dotées du territoire : « Avec ma compagne, nous avons pensé à nous établir ailleurs, mais les ARS que j'ai sollicitées n'ont pas voulu me renseigner sur les lieux d'exercice hors du département de Maine-et-Loire, qui n'étaient pas initialement définis dans le cadre du dispositif CESP. C'est une contrainte à laquelle je ne m'attendais pas, mais finalement je me sens bien ici, mon futur projet me ravit et les confrères avec qui je vais travailler sont motivants. »

Au fond, quelles sont les motivations des candidats au CESP ?



Myriam Garnier relève qu'elles ne sont pas seulement d'ordre financier : « Les étudiants sont bien informés et conscients des obligations qu'ils devront respecter. Les entretiens en commission de sélection montrent qu'ils ont majo-



ritairement à cœur de venir en aide aux publics vulnérables et aux populations qui éprouvent des difficultés dans l'accès aux soins bucco-dentaires.»

Bien entendu, l'allocation mensuelle permet à beaucoup d'étu-

dants d'alléger la charge financière que représentent les études ou de se constituer une réserve financière pour monter leur projet professionnel futur, comme l'achat d'un cabinet dentaire, par exemple. ■

Qu'est-ce que le CESP ?

Le contrat d'engagement de service public (CESP) est un dispositif prévoyant une allocation mensuelle de 1 200 euros brut à partir de la deuxième année pour les étudiants en odontologie ⁽¹⁾.

En contrepartie, ils s'engagent à exercer à titre libéral ou salarié dans une zone où l'offre médicale est insuffisante, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation avec un minimum de deux ans.

En dernière année d'études, les étudiants choisissent leur futur lieu d'exercice au sein d'une liste nationale mise à disposition sur le site du Centre national de gestion (CNG) ⁽²⁾.

Cette liste est établie et actualisée par les Agences régionales de santé en fonction de leurs besoins dans les zones fragilisées. Tous les modes d'exercice (salarié, libéral, mixte...) peuvent être envisagés.

⁽¹⁾ Issus de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), les premiers contrats ont été conclus pour la rentrée 2013-2014.

⁽²⁾ <http://www.cng.sante.fr/Liste-des-lieux-d-exercice.html>



Le Bus dentaire fête ses 20 ans

Chaque année, plus de 2 000 patients sans couverture sociale sont soignés par les chirurgiens-dentistes bénévoles du Bus social dentaire. Ce cabinet itinérant, qui sillonne Paris et la petite couronne depuis 20 ans, est un rouage essentiel dans le mécanisme de l'accès aux soins pour tous.

Le 18 octobre dernier, au siège du Conseil national de l'Ordre, toute l'équipe du Bus social dentaire s'est rassemblée pour célébrer les 20 ans d'existence de l'association Bus social dentaire. C'est avec

beaucoup d'émotion que Paul Samakh, vice-président du Conseil national et président de cette association, a tenu à remercier « les représentants des organismes donateurs, les fournisseurs, les partenaires sociaux, la Mildeca [Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives], les experts-comptables, et Marcel Bailleul, qui a si souvent apporté son aide dans les moments de détresse où des pannes menaçaient le bus de périodes d'inactivité plus ou moins longues ». Et d'ajouter : « C'est dans ces lieux mêmes [les locaux du Conseil national, NDLR] que la décision de créer

ce Bus dentaire a été prise. En 1996, cette idée s'est concrétisée avec les trois objectifs suivants : promouvoir et favoriser l'accès aux soins dentaires pour les plus démunis, les informer de leurs droits sociaux, les accompagner dans leurs démarches administratives. »

Retour sur cette initiative qui redonne le sourire aux publics en grande difficulté économique depuis plus de 20 ans. À l'origine, il s'agissait d'un camion de la médecine du travail aménagé en cabinet dentaire itinérant et permettant à une équipe de 35 chirurgiens-dentistes bénévoles de dispenser des soins d'urgence



Paul Samakh (à droite) a rendu un vif hommage à tous ceux qui rendent possible l'action du Bus social.

gratuits aux personnes en situation de précarité dans Paris et sa petite couronne. «Des accords ont alors été conclus avec le Secours catholique, Médecins du monde, la Croix-Rouge, etc., afin de déterminer une cogestion de nos actions. Depuis, cette première unité a été renouvelée en 2003», précise Paul Samakh. Mais le Bus dentaire a dû, au fil des années, surmonter plusieurs difficultés, principalement d'ordre économique. «La situation s'est éclaircie, se félicite Paul Samakh. Il y a environ deux ans, de sérieux doutes nous avaient fait craindre sa disparition. Toute l'équipe du Bus dentaire s'est mobilisée afin de trouver de nouvelles subventions et de nouvelles idées de fonctionnement, notamment des partenariats pour réaliser de la prévention et du dépistage. Nous restons néanmoins vigilants sur l'ensemble de nos conventions», nuance-t-il. Chaque année depuis 20 ans, grâce à la mobilisation d'une équipe déterminée, le Bus accueille environ 2 000 patients. Paul Samakh a donc clôturé son discours en rendant un vif hommage «au Conseil national pour son aide, aux donateurs, à l'équipe organisatrice pour son travail efficace : à Valérie, à Katia, à David, et bien entendu à l'ensemble des praticiens et assistantes bénévoles». ■

Les chiffres 2016 du Bus dentaire social

- 2019 consultations
- 332 vacations
- 35 chirurgiens-dentistes bénévoles
- 2 assistantes dentaires
- 1 coordinatrice chargée de piloter et de gérer l'association
- 1 chauffeur de bus.

Trois questions à Valérie Maximin, coordinatrice du Bus dentaire



À qui s'adresse le Bus dentaire ?

À toutes les personnes dépourvues de couverture sociale. Ce sont des personnes en situation de grande précarité dont la majorité n'a pas de domicile fixe. 76 % des patients sont des hommes plutôt jeunes et 45 % d'entre eux sont âgés de 25 à 39 ans. Pour beaucoup, il s'agit de migrants qui ont fait une demande d'asile en attente d'une couverture sociale. D'autres, après avoir perdu leur travail, se retrouvent désocialisés et sans domicile. Nous sommes

la seule association humanitaire loi 1901 en Île-de-France à prodiguer des soins gratuits aux personnes sans couverture sociale, en nous rendant au plus près d'elles avec le cabinet ambulatoire.

Dans quels secteurs géographiques se rend le bus ?

Le Bus sillonne les rues de Paris et de sa petite couronne. Dans le détail, nous quadrillons Paris, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. Nous réalisons également des opérations de dépistage bucco-dentaire, de prévention et d'information auprès de publics fragiles dans des foyers de travailleurs migrants, de femmes battues, de femmes victimes de violences sexuelles et des centres accueillant des personnes déficientes mentales, des personnes victimes d'addictions, etc.

À quels types de difficultés le Bus dentaire est-il confronté ?

Elles sont multiples ! D'un point de vue logistique d'abord. Le camion est imposant, il pèse 10 tonnes et ne peut donc pas stationner partout. Il faut également qu'il soit raccordé à l'électricité. L'hiver, le gel pose problème pour les canalisations, et le bus est sujet à des pannes liées à sa vétusté. Il y a deux ans, l'association a été amputée d'une importante subvention, ce qui a mis en péril sa santé financière. Aujourd'hui, nous avons retrouvé un équilibre financier, mais nous devons œuvrer chaque année pour obtenir les fonds nécessaires à sa survie. Enfin, nous avons toujours besoin de renouveler notre vivier de bénévoles. Toutes les bonnes volontés sont les bienvenues, que les praticiens soient en activité ou à la retraite ⁽¹⁾.

(1) Pour devenir bénévoles, les confrères peuvent joindre Valérie Maximin, la coordinatrice aux 01 56 26 61 67 et 06 45 72 21 35 ou par mail : busdentaire@free.fr

Dasri : le pouvoir de contrôle des ARS

L'Agence régionale de santé (ARS) est-elle légitime pour contrôler sur pièces la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (Dasri) auprès des chirurgiens-dentistes libéraux ? La réponse est oui puisque l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques lui donne cette possibilité. Dans le détail, l'article 11 de ce texte prévoit que *« les bordereaux, les bons de prise en charge et les états récapitulatifs [relatifs à la gestion des déchets] sont conservés pendant trois ans et tenus à la disposition du directeur général de l'Agence régionale de santé et des services de l'État compétents territorialement. Les conventions [établies avec le prestataire de services auquel est confiée l'élimination des déchets] sont tenues à la disposition du directeur général de l'Agence régionale de santé et des services de l'État compétents territorialement ».*

Bientôt un guide sur le Méopa

En septembre dernier, le Conseil national de l'Ordre a participé à une réunion avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) qui planche actuellement sur un guide pratique à l'intention des structures utilisant du Méopa. L'objectif consiste à limiter l'exposition des professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, amenés à utiliser régulièrement ce produit. L'INRS réalise une étude scientifique sur l'efficacité des masques mis sur le marché européen, qui constituent – avec une bonne aération de la salle de soins – le seul moyen efficace pour limiter l'inhalation du Méopa par les professionnels. *La Lettre* reviendra sur le sujet dès que le guide sera publié.

Prélèvements sanguins en cabinet libéral

Un chirurgien-dentiste doit-il suivre une formation en vue de réaliser des prélèvements sanguins en cabinet dentaire libéral ? Absolument. Les chirurgiens-dentistes qui utilisent des concentrés plaquettaires doivent rigoureusement se conformer aux obligations déontologiques, c'est-à-dire *« être formés au prélèvement sanguin, à la préparation extemporanée et à l'utilisation du "PRF" ainsi obtenu ; ils doivent en outre respecter les règles de bonnes pratiques de soins, en particulier pour assurer la sécurité des patients vis-à-vis des risques infectieux »*, d'après les recommandations du *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie*, édité par la Direction générale de la santé ⁽¹⁾. Cela étant, le guide rappelle que parmi les *« produits d'origine humaine à visée thérapeutique utilisés en chirurgie dentaire, certains protocoles thérapeutiques font appel à des concentrés plaquettaires autologues (fibrine riche en plaquettes ou « PRF »)*. En l'état actuel des connaissances scientifiques, ces protocoles restent encore à évaluer et des études complémentaires sont donc nécessaires. La réglementation s'appliquant à ces produits est appelée à évoluer et le ministère de la Santé a entrepris de redéfinir l'encadrement juridique de l'utilisation péri-opératoire de tissus et cellules autologues, dont le "PRF" ».

(1) Le Guide est consultable à partir du lien http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/IP20_guideDGSprevention_infections_liees_aux_soins.pdf

Parution du décret *Convention de Minamata*

La France, signataire de la convention de Minamata, s'est engagée à prendre au moins deux des neuf mesures prévues par ladite convention afin d'éliminer progressivement l'utilisation des amalgames dentaires.

Un décret publié au *JO* en septembre dernier porte publication de la convention de Minamata sur le mercure, laquelle est entrée en vigueur le 16 août 2017 ⁽¹⁾. Contrairement aux dispositions qu'elle a adoptées pour d'autres produits contenant du mercure ajouté, la convention ne prévoit pas de date d'abandon définitif pour les amalgames dentaires. Toutefois, les signataires de la convention, dont la France, se sont engagés, afin d'éliminer progressivement l'utilisation des amalgames dentaires, à prendre au moins deux des neuf mesures suivantes :

- Définir des objectifs nationaux de prévention des caries et de promotion de l'hygiène dentaire pour réduire autant que possible le besoin de restauration dentaire;
- Définir des objectifs nationaux visant à réduire autant que possible leur utilisation;
- Promouvoir l'utilisation de matériaux de restauration dentaire économiques et cliniquement efficaces qui ne contiennent pas de mercure;
- Promouvoir les activités de recherche-développement axées sur des matériaux de restauration dentaire de qualité qui ne contiennent pas de mercure;



- Encourager les organisations professionnelles représentatives et les écoles de médecine dentaire à éduquer et à former les professionnels du secteur dentaire et les étudiants à l'utilisation de matériaux de restauration dentaire sans mercure et à la promotion des meilleures pratiques de gestion;
- Décourager les polices d'assurance et programmes qui privilégient les amalgames plutôt que les matériaux de restauration dentaire sans mercure;
- Encourager les polices d'assurance et programmes qui favorisent l'utili-

sation de matériaux de restauration dentaire de qualité sans mercure;

- Restreindre l'utilisation d'amalgames dentaires à leur forme encapsulée;
- Promouvoir l'utilisation des meilleures pratiques environnementales dans les établissements de soins dentaires afin de réduire les rejets de mercure et de composés du mercure dans l'eau et le sol. ■

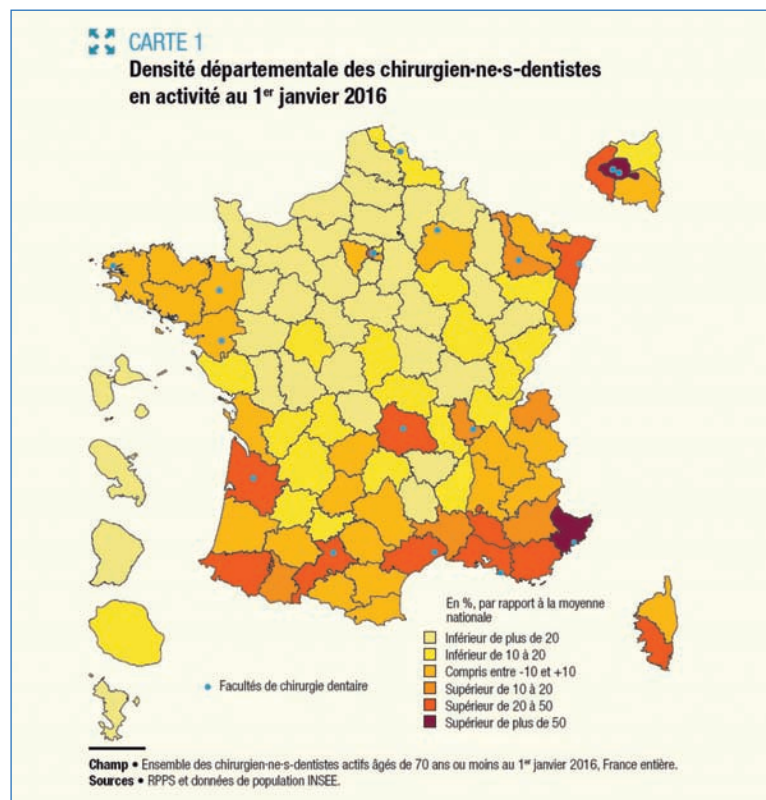
(1) Décret n° 2017-1345 du 18 septembre 2017 portant publication de la convention de Minamata sur le mercure (ensemble cinq annexes), signée à Kumamoto le 10 octobre 2013.



Ce qu'est la profession aujourd'hui, ce qu'elle serait en 2040

Augmentation du nombre de praticiens, progression potentielle du salariat, féminisation toujours en évolution, arrivée significative de confrères à diplôme étranger, répartition des praticiens sur le territoire... La Drees livre deux études consacrées à notre profession. La première propose une projection de la démographie d'ici à 2040, tandis que l'autre livre une photographie de notre profession en 2015.

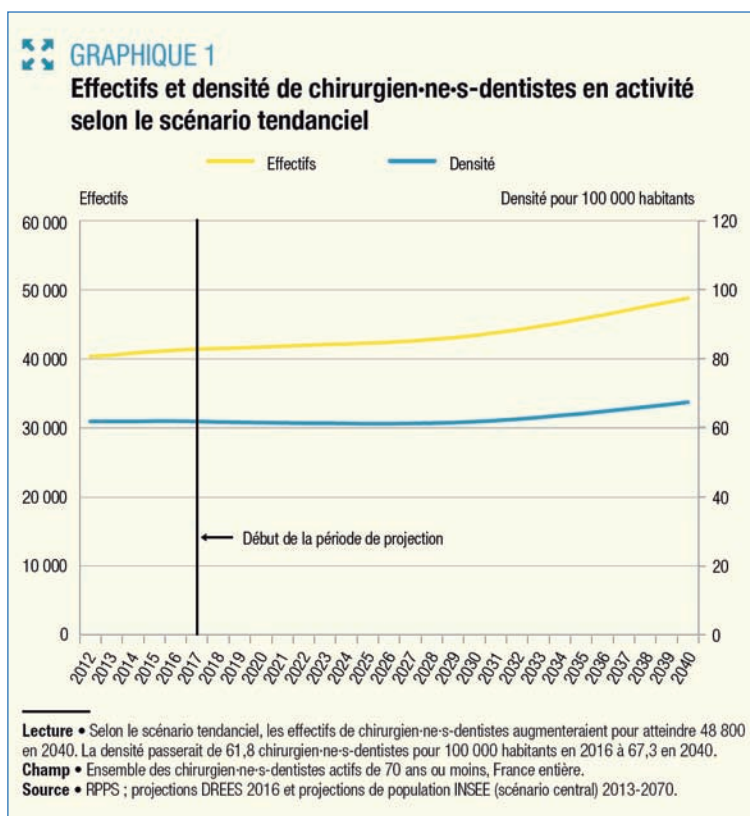
« **L**e nombre de chirurgiens-dentistes devrait augmenter de 18 % entre 2016 et 2040 pour atteindre 48 800 actifs en 2040 », avance la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), dans une étude intitulée « 8 000 chirurgiens-dentistes supplémentaires d'ici à 2040 », publiée en septembre dernier ⁽¹⁾. Dans cette analyse, le service statistique public a réalisé une projection de la démographie de notre profession à laquelle il ne s'était plus livré depuis 2007. La hausse annoncée de 8 000 praticiens, qui s'inscrit dans l'hypothèse de la constance des comportements et du maintien des politiques en vigueur, serait « plus importante que celle de la population française et entraînerait éga- >>>



»»» *lement une augmentation de la densité» des praticiens, expliquent les auteurs de l'étude. Une progression qui aurait pour effet, selon eux, d'une part de compenser la baisse de la densité de ces 15 dernières années et d'autre part de ramener le volume de la demande de soins à son niveau de 2000. Autres résultats de la Drees : «Entre 2016 et 2025, les professionnels seront plus nombreux à cesser leur activité, en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues de numerus clausus élevés. L'arrivée de nouveaux praticiens permettra de compenser ces départs.»*

Les auteurs estiment également que «la profession devrait rajeunir et le mouvement de féminisation commencé ces dernières années se poursuivre». Enfin, l'exercice libéral resterait majoritaire malgré une progression possible du salariat d'ici à 2040.

Dans une seconde étude intitulée «En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger», la Drees propose une photographie de la profession au 1^{er} janvier 2016 ⁽²⁾. Les thèmes embrassés par cette étude sont, entre autres, les effectifs de la profession, sa féminisation, l'arrivée des praticiens diplômés à l'étranger, les modes d'exercice, la répartition sur le territoire des praticiens. Globalement, la Drees constate en 2016 que la profession rajeunit via notamment l'accroissement du nombre de places disponibles au numerus clausus et l'arrivée



des professionnels diplômés à l'étranger. Autre tendance relevée par la Drees : «L'activité en groupe ou en société est de plus en plus fréquente. Les diplômés s'insèrent rapidement dans la vie active : 85 % d'entre eux sont en activité l'année d'obtention du diplôme ou la suivante. Les changements de mode d'exercice au cours de la carrière sont peu fréquents, et concernent surtout les salariés et les jeunes.»

Que doit-on retenir de ces deux études ? Nous reprenons, ci-dessous, sous forme d'items, les principales thématiques portant sur le présent et le futur de la profession développées par la Drees dans ses travaux.

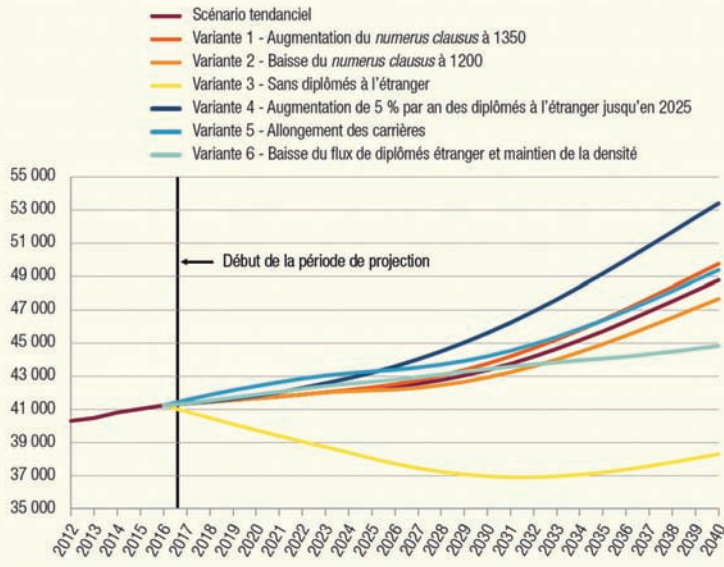
► LE SCÉNARIO D'UNE HAUSSE IMPORTANTE DES EFFECTIFS

L'étude prospective indique que d'après un scénario qui repose sur l'hypothèse de comportements constants, le nombre de praticiens de 70 ans ou moins augmenterait de 18 % entre 2016 et 2040 (soit une hausse de 1 % par an) pour atteindre 48 800 actifs en 2040. Au cours de cette période, la population française augmenterait moins rapidement (+9 % selon les projections de la Drees), ce qui produirait *in fine* une hausse de la densité de praticiens. Cependant, celle-ci diminuerait très légèrement entre 2016 et 2026 (elle passerait de 62 à 61 chirurgiens-dentistes pour



GRAPHIQUE 2

Effectifs des chirurgien-ne-s-dentistes en activité selon le scénario tendanciel et les différentes variantes



Lecture • Selon le scénario tendanciel, les effectifs de chirurgien-ne-s-dentistes augmenteraient pour atteindre 48 800 en 2040.
Champ • Ensemble des chirurgien-ne-s-dentistes actifs de 70 ans ou moins, France entière.
Source • RPPS ; Projections DREES 2016.

100 000 habitants), pour progresser ensuite modérément, puis plus rapidement jusqu'en 2040 pour atteindre 67 praticiens pour 100 000 habitants. La densité augmenterait de 9 % entre 2016 et 2040 (voir le graphique 1).

► IMPACT DU NUMERUS CLAUSUS

Toujours selon l'étude prospective, compte tenu du nombre d'années d'études et des délais d'installation, une modification du numerus clausus ne commence à « produire ses effets qu'une dizaine d'années plus tard », explique la Drees. Dans le détail, une hausse du numerus clausus à 1 350 places

à partir de 2018 conduirait en 2040 à une augmentation des effectifs de 2 % en raisonnant à partir de comportements et de trajectoires professionnelles inchangés. À l'inverse, une baisse du numerus clausus (complémentaire et passerelles inclus) de 1 280 places en 2016 et 2017 à 1 200 places à partir de 2018 conduirait à partir de 2026 à une diminution des effectifs.

► IMPACT DE L'ARRIVÉE DES PRATICIENS DIPLÔMÉS UE

Dans l'étude proposant une photographie de notre profession en 2015, la Drees note qu'au 1^{er} janvier 2016 31 % des praticiens inscrits à l'Ordre pour la première fois en 2015 ont obtenu

leur diplôme à l'étranger contre 5 % en 1999. Ce flux augmente régulièrement depuis 2008 : 308 praticiens diplômés hors de France se sont inscrits pour la première fois à l'Ordre en 2013, contre 500 en 2016. Par ailleurs, l'Europe est la principale pourvoyeuse de diplômés hors de France puisque, selon les chiffres de l'Ordre, 46 % des diplômés étrangers inscrits en 2015 ont obtenu leur diplôme en Roumanie, 22 % en Espagne, 17 % au Portugal. Du reste, en 2015, parmi les primo-inscrits, 11 % sont de nationalité roumaine. Les diplômés à l'étranger sont âgés en moyenne de 32 ans à leur entrée sur le territoire, et arrivent donc plutôt en début de carrière. Ils se différencient des diplômés en France par le mode d'exercice qu'ils choisissent au moment de leur installation dans l'Hexagone : 67 % des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger démarrent leur activité en tant que libéraux, contre 87 % des diplômés en France.

Dans son étude prospective, la Drees considère que « si l'évolution du nombre de praticiens diplômés à l'étranger est difficilement prévisible, elle est déterminante pour évaluer la démographie des chirurgiens-dentistes ». Ainsi, la projection des auteurs repose sur l'hypothèse que le nombre de diplômés à l'étranger se stabiliserait autour de 500 par an, soit le flux constaté ces dernières années qui a été porté de 4 %, en 2012, à 7 %, en 2016, la part de praticiens actifs de 70 ans ou moins ayant obtenu leur diplôme à l'étran-

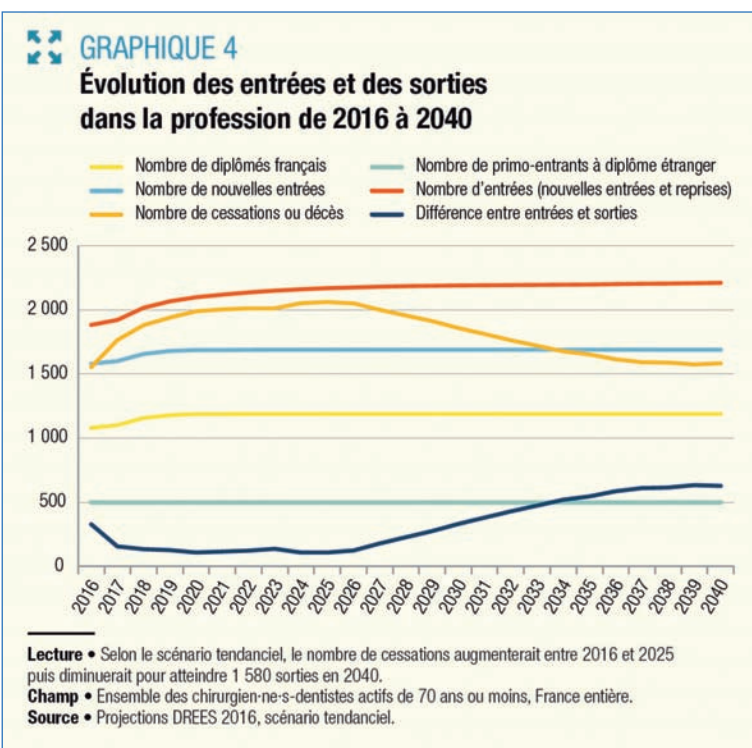


ger. Ainsi, «si le nombre de primo-entrants diplômés à l'étranger augmentait de 5 % chaque année jusqu'en 2025, pour atteindre au maximum 776 praticiens par an, le nombre de praticiens augmenterait alors de 30 % entre 2016 et 2040, soit un effectif total de 53 400».

À l'inverse, l'hypothèse d'un tarissement complet de ce flux, que la Drees juge «très improbable», permet de mesurer son incidence sur la démographie de la profession. D'après cette hypothèse, le nombre de praticiens diminuerait. En 2031, il atteindrait son point le plus bas, à un niveau inférieur de 10 % à celui de 2016 (voir le graphique 2, p. 19). Autre conséquence, la densité de praticiens diminuerait fortement et passerait de 61,8 praticiens pour 100 000 habitants en 2016 à 52,3 en 2031. Pour maintenir la densité de praticiens autour de 61,8 pour 100 000 habitants (densité de 2016), il serait «nécessaire que des praticiens diplômés à l'étranger continuent d'arriver jusqu'en 2035», avance la Drees. Ce flux devrait augmenter en moyenne de 4 % par an entre 2016 et 2020 pour compenser la baisse de la densité au cours de cette période.

► MOINS DE CESSATIONS D'ACTIVITÉ ET DES CARRIÈRES PLUS LONGUES

D'après les projections de la Drees, le nombre de praticiens qui cessent leur activité (définitivement ou non) devrait «augmenter entre 2016 et 2025 de 32 % sous l'effet des sorties qui



passeraient de 1 560 à 2 060 en neuf ans, puis diminuerait ensuite jusqu'en 2036 pour se stabiliser autour de 1 600 sorties par an». Les auteurs expliquent le maintien à un niveau élevé du nombre de cessations entre 2016 et 2025 par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations admises en études dentaires dans les années 1970 en période de nombreux clausus élevé. Cependant, depuis quelques années, le nombre de praticiens âgés de 62 ans ou plus a augmenté. La Drees note que «leur part parmi les actifs est passée de 12 % à 14 % entre 2012 et 2016, en raison de la réforme des retraites de 2010 et du cumul emploi-retraite qui commence à se développer sous l'effet de l'assouplissement des conditions d'éligibilité depuis 2009».

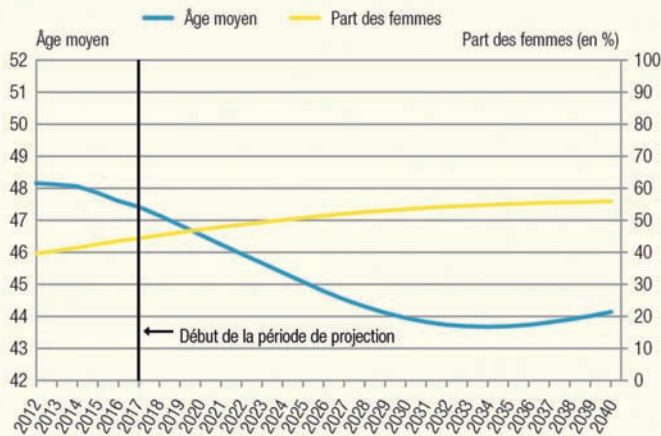
D'après les chiffres de l'Ordre exploités par l'institut de statistique, 269 praticiens à la retraite continuaient d'exercer au 1^{er} septembre 2016. L'allongement des carrières et l'essor du flux de diplômés à l'étranger expliquent pourquoi la baisse envisagée dans le précédent modèle élaboré par la Drees en 2007 ne s'est pas produite. «En effet, si l'on restreint le champ aux praticiens de moins de 60 ans, diplômés en France, l'évolution de leurs effectifs est proche de celle qui avait été projetée à l'époque», souligne l'étude.

D'après l'hypothèse qui prévoit dès 2017 un décalage d'un an des cessations d'activité après 60 ans et si l'allongement des carrières se poursuivait, les effectifs projetés seraient dès 2017 supérieurs



GRAPHIQUE 5

Évolution de l'âge moyen et de la structure par sexe des chirurgien-ne-s-dentistes de 2016 à 2040 selon le scénario tendanciel



Lecture • En 2040, selon le scénario tendanciel, l'âge moyen des chirurgien-ne-s-dentistes serait de 41 ans et 56 % d'entre eux seraient des femmes.

Champ • Ensemble des chirurgien-ne-s-dentistes actifs de 70 ans ou moins, France entière.

Sources • RPPS ; projections DREES 2016, scénario tendanciel.

de 1 % à ceux du scénario tendanciel. La différence serait de 2 % entre 2020 et 2034, puis s'établirait autour de 1 % jusqu'en 2040. Pour la Drees, l'allongement des carrières a donc un effet immédiat sur la démographie des praticiens, compte tenu des effectifs importants dans les tranches d'âge concernées.

En parallèle, les nouvelles entrées de praticiens dans la vie active devraient augmenter, selon une hypothèse de *numerus clausus* inchangé, en raison de l'arrivée de praticiens diplômés à l'étranger. Cette hausse serait visible jusqu'en 2022, puis se stabiliserait autour de 1700 nouvelles entrées jusqu'en 2040. L'augmentation du nombre global d'entrants (comprenant les reprises après une période d'inter-

ruption) compenserait les cessations pendant toute la période et expliquerait la hausse continue projetée du nombre de chirurgiens-dentistes d'ici à 2040.

► LE MAINTIEN DU RAJEUNISSEMENT ET DE LA FÉMINISATION DE LA PROFESSION

« En raison d'un nombre d'entrées important (lié au niveau du *numerus clausus* et à l'arrivée de professionnels formés à l'étranger) et supérieur à celui des sorties, l'âge moyen des chirurgiens-dentistes va baisser jusqu'en 2032 », projette la Drees. Et d'ajouter : « Il était de 48 ans en 2012, il serait de 44 ans en 2032. La part des 55 ans ou plus baisserait de 36 % en 2016 à 19 % en 2040, en particulier chez les hommes :

en 2040, 18 % des hommes actifs auraient 55 ans ou plus, contre 44 % en 2016. À l'inverse, la part des moins de 35 ans augmenterait : elle passerait de 20 % en 2016 à 23 % en 2040. » Parallèlement à ce rajeunissement, la féminisation de la profession se poursuivrait : 56 % des praticiens en activité seraient des femmes en 2040 contre 44 % en 2016 et les consœurs seraient majoritaires à partir de 2024 (voir le graphique 5). L'âge moyen des femmes et des hommes devrait cependant suivre des évolutions différentes. Celui des hommes devrait fortement baisser entre 2016 et 2032 (il passerait de 50 ans à 45 ans), puis se stabiliserait autour de 45 ans jusqu'à la fin de la période de projection. À l'inverse, l'âge moyen des femmes devrait baisser entre 2016 et 2032, mais de manière plus modérée que celui des hommes (il passerait de 44,5 ans à 43 ans), puis augmenterait légèrement jusqu'en 2040 pour atteindre 44 ans. L'écart d'âge devrait donc se réduire entre les femmes et les hommes de cinq ans en 2016 à un an en 2040.

► UNE INSERTION RAPIDE DES DIPLÔMÉS DANS LA VIE ACTIVE

La Drees observe dans son étude basée sur les données du RPPS que les diplômés s'engagent rapidement dans la vie active. Entre 2008 et 2012, parmi les praticiens diplômés en France, « 52 % ont commencé à exercer leur premier emploi dans l'année qui a suivi l'obtention de leur diplôme, »



»» 33 % deux ans après, 10 % trois ans après, 5 % quatre ans après», recense la Drees. Les entrées dans la vie active cinq ans ou plus après l'obtention du diplôme sont rares ⁽³⁾.

► DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE SALARIAL

Selon le scénario tendanciel établi par la Drees (qui prolonge les comportements récents observés), la part des praticiens libéraux ou mixtes diminuerait très légèrement au profit de celle des praticiens salariés : elle passerait ainsi de 89 % en 2016 à 88 % en 2040. Le nombre de praticiens libéraux ou mixtes serait stable jusqu'en 2026 avec une évolution moyenne de 0,2 % par an, avant d'augmenter de 1 % en moyenne par an. « *En revanche, l'augmentation du nombre de praticiens salariés serait plus importante, et ce jusqu'en 2020 (+1,7 % par an en moyenne), puis plus modérée (+1 % en moyenne par an). La féminisation de la profession serait moins marquée pour les salariés : la part des femmes parmi les salariés resterait stable entre 2016 et 2040 (respectivement 61 % et 62 %), alors qu'elle augmenterait fortement dans le secteur libéral (41 % à 55 %)* », soulignent les auteurs. Néanmoins, le modèle de projection de la Drees ne tient pas compte



de l'évolution de l'offre de postes salariés qui pourrait contraindre les praticiens dans le choix de leur mode d'exercice.

► DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE EN GROUPE

À partir des données du RPPS, la Drees relève que « *l'exercice en groupe ou en société se développe nettement chez les praticiens libéraux ou mixtes âgés de 70 ans ou moins, puisqu'il concerne 55 % d'entre eux en 2016 contre 33 % en 2001* ». Les raisons de ce développement sont multiples : mise en commun de moyens, possibilité d'acquiescer et de rentabiliser

des équipements coûteux, conditions de travail plus souples ⁽⁴⁾...

► DES CHANGEMENTS DE MODE D'EXERCICE PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES JEUNES ET LES SALARIÉS

« *Les chirurgiens-dentistes changent peu de mode d'exercice au cours de leur carrière : seuls 1,2 % des praticiens le font entre deux années consécutives* », indique la Drees dans son étude réalisée à partir des données RPPS, avant d'ajouter : « *Les changements sont plus fréquents en début de carrière : en moyenne, entre 2012 et 2016, 5,1 % des moins de 30 ans ont changé de mode d'exercice entre deux années consécutives, contre 0,4 % des praticiens de 50 à 59 ans. De plus, les changements s'effectuent plus fréquemment du salariat vers l'exercice libéral que dans l'autre sens : en moyenne, entre 2012 et 2016, 6,6 % des salariés*

Entre 2016 et 2040, la féminisation de la profession devrait se stabiliser dans l'exercice salarié et s'intensifier considérablement dans le secteur libéral.



une année donnée deviennent libéraux l'année suivante, alors que seuls 0,6 % des libéraux une année donnée deviennent salariés l'année d'après.»

► LA CESSATION D'ACTIVITÉ PLUS PRÉCOCE CHEZ LES SALARIÉS

Au 1^{er} janvier 2016, l'âge moyen de cessation d'activité est estimé à 64,7 ans par la Drees. La part de ceux qui prennent leur retraite à 62 ou 63 ans est de 10 %, alors qu'elle est de 26 % à 64 ans ou 65 ans, âges où cette part est maximale.

« À partir de 71 ans, la quasi-totalité des praticiens ont cessé toute activité », indiquent les auteurs. Les taux de cessation d'activité estimés varient en fonction du mode d'exercice et révèlent des « cessations légèrement plus précoces chez les salariés : en moyenne, 13 % des chirur-

giens-dentistes salariés âgés de 60 à 64 ans cessent leur activité d'une année sur l'autre, contre 11 % des chirurgiens-dentistes libéraux. Les taux varient également selon le sexe : 40 % des femmes salariées cessent leur activité à 66 ans contre 19 % des hommes salariés du même âge ».

► FOCUS SUR LES INÉGALITÉS TERRITORIALES

La Drees note, sans surprise, qu'en 2016 certains départements sont très bien dotés, comme les Alpes-Maritimes dont la densité est supérieure de 50 % à la moyenne nationale (109 praticiens pour 100 000 habitants). À l'inverse, les départements ultramarins ou de Normandie ont des densités très faibles, autour de 40 praticiens pour 100 000 habitants, la moyenne nationale étant établie à 62 pour 100 000 habitants. À titre de comparaison, les 10 % de départements les mieux dotés ont une densité de praticiens 1,9 fois supérieure à celle des 10 % des départements les moins dotés. Cependant, la situation est plus contrastée en Île-de-France : Paris et les Hauts-de-Seine sont bien pourvus (avec respectivement une densité de 134 et 78), contrairement à la Seine-Saint-Denis, l'Essonne, le Val-d'Oise et au département de Seine-et-Marne.

« Les inégalités territoriales sont restées stables entre 2001 et 2016 », relève la Drees qui poursuit : « Les praticiens s'installent davantage dans les grands pôles urbains que dans les communes

rurales : 31 % s'établissent dans des unités urbaines de plus de 200 000 habitants (hors agglomération parisienne), contre 6 % dans les communes rurales, alors que ces zones représentent respectivement 24 % et 22 % de la population nationale. »

En outre, la Drees relève que les densités départementales sont corrélées à la présence de lieux de formation : les 16 départements qui disposent d'une faculté dentaire sont ceux dont la densité de praticiens est la plus élevée. « À l'inverse, parmi les 40 départements qui ne disposent pas de faculté dentaire ou qui ne sont pas limitrophes d'un département en disposant, la densité moyenne est inférieure à la moyenne nationale, [soit] 49 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants contre 62 », indique-t-elle (voir la carte 1, p. 17). Ainsi, le 1^{er} janvier 2016, en moyenne, 38 % des diplômés entre 2008 et 2012 exercent dans le même département que celui où ils ont obtenu leur diplôme et 28 % dans un département limitrophe. ■

(1) L'étude est consultable à partir du lien <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/8-000-chirurgien-ne-s-dentistes-supplementaires-d-ici-a-2040>

(2) L'étude est consultable à partir du lien <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2015-un-tiers-des-nouveaux-chirurgien-ne-s-dentistes-ont-obtenu-leur-diplome>

(3) Ces chiffres ne tiennent pas compte des diplômés qui n'exercent jamais ou partent à l'étranger.

(4) Sophie Audric, Drees, « Études et résultats », n° 314, juin 2004.

Sanction pour fraude : la voie étroite du pourvoi devant le Conseil d'État

En résumé

Lorsqu'un chirurgien-dentiste est l'auteur de « fautes, abus, fraudes », il encourt une sanction, pouvant aller jusqu'à l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux. En cette hypothèse, le Code de la sécurité sociale détermine la juridiction compétente pour statuer ; il s'agit en première instance de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. La décision de cette dernière peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État. Mais un arrêt en date du 2 octobre 2017 laisse à croire que le Conseil d'État souhaite, dans ce genre d'affaires, n'être sollicité qu'exceptionnellement : il a refusé, en l'espèce, d'admettre le pourvoi intenté par un chirurgien-dentiste.

Le contexte

Nul n'ignore que la loi, en l'occurrence l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale, récrimine « les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre de chirurgiens-dentistes [...] ». De tels manquements, ajoute ce texte, « sont soumis en première instance à la [...] section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à la [...] section des assurances so-

ciales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ». Ces sections disposent, en vertu de la loi, du pouvoir d'infliger des sanctions. L'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale les énumère : « 1° l'avertissement ; 2° le blâme, avec ou sans publication ; 3° l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ; 4° dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est pronon-

cé aucune des sanctions prévues ci-dessus. »⁽¹⁾.

Dans une affaire jugée récemment, un praticien-conseil, relevant d'un service médical, a porté plainte contre M^{me} A (chirurgien-dentiste) devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance. Cette dernière, par une décision du 25 juin 2015, a prononcé la sanction suivante : « Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant dix-huit (18) mois, dont six (6) mois avec sursis » ainsi qu'une condamnation « à reverser à la caisse >>>



►►► *primaire d'assurance maladie (CPAM) la somme de 18 027,60 euros et à cinquante-six (56) assurés sociaux la somme de 15 723,18 euros.* » M^{me} A a interjeté appel, comme l'y autorise l'article L. 145-1 précité. La section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (SASCNO) a, le 2 mars 2017, adouci la sanction en diminuant la durée d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux à 12 mois au lieu de 18 mois, dont trois mois, au lieu de six, avec sursis; elle a également très légèrement réduit la somme à reverser à la CPAM, celle-ci étant égale à 17 765,56 euros au lieu de 18 027,60 euros; en revanche, elle n'a pas changé le montant dû aux 56 assurés sociaux.

Insatisfaite, le chirurgien-dentiste a saisi le Conseil d'État d'un pourvoi ⁽²⁾. Le praticien lui demande d'annuler la décision rendue par la SASCNO, et de condamner cette dernière à lui verser 5 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative (c'est-à-dire des frais exposés, notamment d'avocat).

L'analyse

Juridiquement, le chirurgien-dentiste a la possibilité de saisir le Conseil d'État. Mais encore faut-il avoir de véritables arguments. L'article L. 822-1 du Code de justice administrative prévoit, en effet,

que «le pourvoi en cassation devant le Conseil d'État fait l'objet d'une procédure préalable d'admission. L'admission est refusée par décision juridictionnelle si le pourvoi [...] n'est fondé sur

moyens n'est de nature à permettre l'admission du pourvoi.» Peut-être, mais l'on aurait aimé en savoir plus, notamment disposer de précisions sur la nature d'un moyen non sérieux dans ce

Si, aux yeux des hauts magistrats, le pourvoi doit se fonder sur des moyens sérieux pour passer le filtre de la procédure d'admission devant le Conseil d'État, la définition de la nature de tels moyens fait défaut.

aucun moyen sérieux». C'est en quelque sorte un «filtre». Le Conseil d'État s'est prononcé sur ce fondement en refusant d'admettre le pourvoi de M^{me} A.

Pourquoi? Avant de l'évoquer, reprenons les arguments du chirurgien-dentiste. Elle reproche à la SASCNO de n'avoir pas suffisamment motivé sa décision. Elle critique son silence, la SASCNO n'ayant pas répondu à son argument selon lequel «*les honoraires des chirurgiens-dentistes sont libres*». Elle considère que la décision ne lui permet pas d'identifier les actes fictifs (actes facturés non réalisés). Elle rejette la qualification juridique des faits retenue par la SASCNO : certaines de ses pratiques thérapeutiques et certaines de ses facturations ne sont pas, selon elle, constitutives de fautes, d'abus ou de fraudes. Enfin, elle oppose à la SASCNO une dénaturation des pièces du dossier, lesquelles ne prouvent pas la non-exécution de 30 *inlays-cores* et 46 couronnes (facturés).

La réponse du Conseil d'État est laconique : «*Aucun de ces*

genre d'affaires. Le pourvoi a pu sembler dilatoire, dépourvu de tout argument opérant aux yeux des hauts magistrats, mais pourquoi ne pas l'explicitier, même rapidement, afin que les justiciables tirent leçon de cet arrêt, et connaissent à l'avance ce que le Conseil d'État ne veut pas ou plus entendre? Une interrogation naît de cet arrêt : le Conseil d'État n'aurait-il pas voulu montrer que de telles affaires l'envahissent inutilement, que la section des assurances sociales du Conseil national, au sein de laquelle siège un magistrat professionnel, juge de manière satisfaisante? En définitive, le message est peut-être suivant : ne formez pas de pourvoi, sauf si vous disposez d'un argument « choc » (dont la consistance n'est pas à ce jour connue)... ■

David Jacotot

(1) Sachant que les sanctions doivent, dans le cas prévu au 3^o du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

(2) CE, 2 octobre 2017, n° 410197.

Souffrance au travail dans un cabinet dentaire : qui doit prouver quoi ?

En résumé

Il n'est pas rare que la presse juridique et non spécialisée se fassent l'écho de souffrances au travail. Le cabinet dentaire n'est pas épargné... Dans deux affaires différentes, des salariées ont reproché à leur employeur (chirurgien-dentiste) un mauvais comportement à leur égard, une souffrance au travail, voire un harcèlement. Elles avaient été licenciées avant de saisir les juridictions du travail de telles accusations. Les deux cours d'appel sollicitées n'ont pas condamné les praticiens, la preuve d'une souffrance due au travail et d'un comportement répréhensible n'ayant pas été rapportée. Il est un point de débat judiciaire très fréquent : qui doit prouver quoi ? Il est une solution usuelle : ne pas prouver, c'est perdre le procès...

Le contexte

Deux arrêts récents rendus par deux cours d'appel différentes ⁽¹⁾ traitent de la question du licenciement de salariés (dans un cas, une assistante dentaire, dans l'autre, une secrétaire) par un chirurgien-dentiste. La rupture du contrat de travail est intervenue dans un environnement particulier où les deux salariées

se plaignaient de mauvais comportements, de souffrance au travail dont le praticien employeur était à l'origine, voire de harcèlement moral dans l'une des deux affaires. Reprenons les faits.

Dans le premier différend, une secrétaire a été à plusieurs reprises en arrêt maladie au cours de la période de juillet à septembre 2014. Par ailleurs, le chirurgien-dentiste employeur lui a notifié un avertissement, une sanction disciplinaire, le >>>

»»» 24 juillet 2014. Ce dernier a été destinataire d'un courrier envoyé le 18 septembre 2014 par la salariée faisant état «des conditions de travail et [de] son mauvais comportement envers elle». Puis, après avoir respecté la procédure de licenciement (convocation à un entretien préalable avec faculté

claration d'inaptitude dont [elle a] fait l'objet est la conséquence du comportement fautif de [son] employeur». Elle expose ensuite que «le syndrome dépressif dont [elle a] souffert était réactionnel aux mauvaises conditions de travail établies par les certificats médicaux produits, la très petite

Les deux chirurgiens-dentistes ont apporté la preuve de l'existence d'un motif licite de licenciement. En revanche, les salariées n'ont produit aucun élément justifiant de la réalité d'un comportement déviant.

pour la salariée d'être assistée, déroulement de l'entretien préalable, notification de la rupture du contrat), le praticien l'a congédiée, motif pris d'une «insuffisance professionnelle», et ce par lettre recommandée avec accusé de réception en date du 20 octobre 2014 (lettre de surcroît signifiée également par acte d'huissier de justice). La secrétaire conteste non seulement le licenciement, mais aussi l'avertissement, invoquant le harcèlement moral dont elle se prétend victime; elle sollicite une indemnisation totale évaluée à 11 000 euros.

Dans le second différend, l'assistante dentaire a été déclarée inapte par le médecin du travail, qui a précisé : «Inapt[itu]de] définitive] à son poste de travail et à tout poste de l'entreprise.» Elle a donc été licenciée en raison de cette inaptitude, comme l'autorise le Code du travail. Cependant, elle critique la rupture du contrat et prétend que «la dé-

taille de l'entreprise ne lui permettant pas d'obtenir d'autres pièces probatoires, étant ajoutée que des éléments contextuels confirment la souffrance au travail dénoncée (changement des horaires de travail dix fois en six ans, incidents de paiement du salaire pendant l'arrêt maladie, refus sans raison valable de congés pendant la période d'un mois suivant le deuxième avis d'inaptitude, contenu critiquable d'une attestation produite par l'employeur, succession de six collaborateurs en six ans)».

Bref, l'inaptitude serait, selon elle, imputable au chirurgien-dentiste, ce qui justifierait l'octroi de plus de 25 000 euros.

Les deux salariées saisissent les juridictions du travail; elles ne convainquent cependant pas les deux cours d'appel de la réalité d'une souffrance au travail, de mauvais comportements, voire de harcèlement moral, qui, bien au contraire, jugent les licenciements bien fondés. Pourquoi ?



Avant de présenter l'analyse des magistrats, l'on peut avancer l'idée générale selon laquelle les deux chirurgiens-dentistes prouvaient l'existence d'un motif licite de licenciement, et que rien, en revanche, ne prouvait que leur comportement ait été déviant. Élément crucial : la preuve!



L'analyse

Dans la première affaire, concernant l'insuffisance professionnelle, il convient de rappeler que ce motif doit en tout état de cause reposer sur des

faits objectifs précis matériellement vérifiables et que, « si un doute subsiste, il profite au salarié »⁽²⁾. À cela s'ajoute que le motif doit être énoncé dans la lettre de licenciement, laquelle fixe les limites du litige. En l'espèce, le chirurgien-dentiste avait évoqué de nombreux points dans ladite lettre : « absence de mise à jour

de 28 dossiers, notamment relativement aux règlements effectués par les patients et non renseignés; pour le patient BCM, la feuille de soins n'a pas été réalisée et la transmission à la CPAM pas davantage; pour le patient VL, facturation erronée : une partie des soins n'a pas été facturée (lambeau); pour le pa- >>>

»» tient CR, réalisation d'un complet haut et bas, erreur de facturation, un seul complet y figure (le dossier a dû être régularisé en septembre); pour le patient MM, alors même que les soins relevaient d'une prise en charge directe par la sécurité sociale et la mutuelle (application du tiers payant), vous [les] avez encaissé[s] tout de même, la régularisation a été faite, et nous l'avons remboursé; pour plusieurs patients bénéficiant de la CMU, vous n'avez pas décoché les dossiers, les règlements de la sécurité sociale ont donc été adressés au patient et non au cabinet, les relances ont été faites en septembre, néanmoins deux d'entre eux ne veulent pas payer le cabinet; vous avez refusé un patient adressé par le D^r P. pour une intervention chirurgicale (freinectomie linguale) au motif que ce type d'intervention n'était pas fait par le cabinet: il s'agit d'un renseignement erroné et vous n'avez pas pris la peine de vous informer auprès d'un praticien ou d'une assistante dentaire avant de renvoyer le patient [...]». Si, incontestablement, les faits sont précis et objectifs, sont-ils exacts et vérifiables? Assurément, selon la cour d'appel, car ils sont étayés par divers documents (attestations de confrères, échanges de courriers avec la CPAM, etc.). Pour autant, le



chirurgien-dentiste n'est-il pas l'auteur d'un harcèlement qui serait à l'origine de tout cela? Non, répondent les juges: «La secrétaire se borne à affirmer que l'employeur aurait multiplié au cours de la période d'emploi des propos humiliants, racistes et menaçants, et ne présente aucun élément de fait suffisamment circonstancié laissant supposer l'existence d'un harcèlement.»

Sans le citer, ils visent l'article L. 1154-1 du Code du travail, qui prescrit un dispositif probatoire spécial. Dans un premier temps, le salarié présente des éléments de fait laissant supposer l'existence d'un harcèlement. Dans un deuxième temps, il incombe à l'employeur de prouver que ses agissements ne sont pas

constitutifs d'un tel harcèlement et que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à tout harcèlement. Enfin, le juge forme sa conviction. Ici, la cour d'appel a considéré que la secrétaire n'avait pas franchi la première étape avec succès en n'ayant présenté aucun fait «suffisamment circonstancié». Aussi n'est-il nul besoin de passer à la seconde étape. La tâche du praticien employeur est simplifiée puisqu'il n'est pas tenu de prouver un fait négatif (de démontrer que sa décision est justifiée par un objectif étranger au harcèlement). La preuve est belle et bien un point central.

Dans la seconde affaire, l'assistance dentaire produit un certificat médical établi par un médecin psychiatre ainsi rédigé: «À l'examen psychiatrique, elle présente un état anxieux, des pleurs faciles, des troubles de la concentration et de la mémorisation, une asthénie, des insomnies à réveils précoces, une perte d'estime de soi. Elle pré-

Le licenciement pour insuffisance professionnelle doit reposer sur des faits objectifs précis et vérifiables. Si un doute subsiste, il profite au salarié.

sente des problèmes rhumatologiques et des névralgies [...]; M^{me} C. relie cet état à une souffrance au travail évoluant depuis plusieurs années.» Elle fournit également un dossier médical reprenant le contenu de ses visites régulières à la médecine du travail. Il y est mentionné : «Dès mars 2008, problèmes avec employeur, relationnels [...]; en septembre 2008, les relations se sont améliorées, ambiance assainie [...]; en novembre 2009, bonne ambiance maintenant [...]; en octobre 2010, aucune mention à ce titre, arrêts de travail liés à des dorsalgies et un état dépressif avec évocation en février 2013 de problèmes relationnels avec l'employeur [...]; il y a eu six collaborateurs succésifs en peu de temps.»

La cour d'appel ne manque pas de remarquer qu'aucun de ces documents n'impute l'état dépressif aux conditions de travail. L'assistante y voit un lien de cause à effet; mais, les médecins, quant à eux, à tout le moins relatent ses propos, mais ne les reprennent pas à leur compte. Par ailleurs, le D^r V., qui a été collaborateur de novembre 2009 à mai 2011, atteste : «Je n'ai pas senti de synergie d'équipe au sein du cabinet, mais les relations entre nous étaient cordiales et respectueuses; la structure étant spacieuse, chacune pouvait travailler consciencieusement à son poste.» Une nouvelle fois, aucune preuve de la dégradation des conditions de travail causée par le praticien employeur. En outre, dans le certificat mé-

La plaignante établit un lien de causalité entre ses conditions de travail, son état dépressif et son inaptitude. Mais son dossier médical se contente de relater les faits rapportés sans les confirmer.

dical évoqué ci-dessus figure la mention suivante : «Dans ses antécédents, à noter une ingestion médicamenteuse volontaire il y a quelques années avec, à l'époque, des idées suicidaires.» Il n'est nullement établi que l'employeur et la médecine du travail connaissaient cet état, et encore moins le lien avec le travail. Bref, la cour d'appel constate l'absence de preuve : «Aucune trace d'un quelconque élément objectivant un contexte de brimade, d'isolement ou de manque de considération, de tels comportements ne pouvant se déduire d'une personnalité peu communicative ou empathique susceptible d'être prêtée à l'employeur.» Une conclusion alors : le lien de causalité entre les conditions de travail de l'assistante et la déclaration d'inaptitude n'est pas démontré.

Le point commun entre les deux affaires point nettement : un chirurgien-dentiste employeur ne peut être condamné pour mauvais comportement ou souffrance au travail qu'à la condition que la preuve soit établie. Celle-ci n'est pas admise aisément, ainsi que le montrent les deux arrêts étudiés.

S'agissant de la deuxième affaire, l'assistante dentaire invoque également la violation de l'obligation de reclassement.

En effet, en cas d'inaptitude constatée par le médecin du travail, tout employeur est tenu de rechercher l'existence d'un poste disponible susceptible d'être proposé au salarié inapte (poste en lien avec ses compétences et en fonction de son aptitude médicale). La cour d'appel considère que le chirurgien-dentiste n'a pas méconnu son obligation. D'une part, le médecin du travail a déclaré l'assistante «*inapte à son poste d'aide dentaire mais aussi à tout poste au sein de l'entreprise*»; l'inaptitude est en quelque sorte générale. D'autre part, le praticien a transmis un courrier à l'assistante pour qu'elle porte à sa connaissance l'existence éventuelle d'autres compétences que celles d'assistante dentaire; celle-ci a répondu qu'elle disposait uniquement de la formation pour laquelle elle était employée. De là, la cour conclut au respect de l'obligation de reclassement. ■

David Jacotot

(1) CA de Dijon, chambre sociale, 5 octobre 2017, RG n° 6/00162; CA de Toulouse, 4^e chambre sociale, 1^{re} section, 6 octobre 2017, RG n° 15/04968.

(2) Article L. 1235-1 du Code du travail. En cas de doute, le licenciement est injustifié.

Une décision sur la TVA et le remplacement qui n'épuise pas le sujet...

En résumé

Pas de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) pour les rétrocessions versées dans le cadre de contrats de remplacement, même s'ils se sont étendus sur une durée de presque deux ans. Telle est la solution adoptée l'an dernier par une cour administrative d'appel.

Le contexte

Le contrat de remplacement d'un chirurgien-dentiste dans le cadre duquel est opérée une rétrocession d'honoraires entre-t-il dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ? C'est à cette question, on le verra dans un contexte un peu particulier, que la cour administrative de Nancy

répond dans un arrêt du 20 décembre 2016 ⁽¹⁾.

En l'espèce, consécutivement à une grossesse gémellaire et à la naissance de jumeaux, une professionnelle de l'art dentaire a pris un congé maternité, puis un congé parental (elle avait d'autres enfants avant la naissance des jumeaux). Ce faisant, elle a réorganisé son activité ; elle a eu recours à des remplaçants (libéraux) en leur mettant à disposition son local professionnel et du matériel, et ce pendant une période de presque deux ans. Les honoraires souvent dénommés « *rétrocédés* » n'ont pas été assujettis à la TVA. Mais, à l'issue d'une vérification de compta-

Pour avoir statué en faveur de la décharge des rappels de TVA, le tribunal administratif voit sa décision frappée d'appel par le ministère des Finances et des Comptes publics.

bilité, l'administration fiscale lui reproche d'avoir méconnu les règles relatives à la TVA. Le chirurgien-dentiste redressé saisit le tribunal administratif afin qu'il prononce la décharge des rappels de TVA ainsi que des pénalités dont ils ont été assortis. Par jugement du 5 novembre 2015, le tribunal administratif a considéré que la mise à disposition par le chirurgien-dentiste titulaire du cabinet de son local et de son matériel donnait lieu à des prestations de service taxables; il a en revanche estimé que ce praticien pouvait se prévaloir de l'article L. 80 A du livre des procédures fiscales et du paragraphe 33 de l'instruction n° 3 A-31217 du 20 octobre 1999. Il a donc prononcé la décharge sollicitée par la redevable. Le ministère des Finances et des Comptes publics relève appel de ce jugement pour avoir statué en ce sens. *TVA or not TVA ?*⁽²⁾

L'analyse

Rappelons les textes applicables. Tout d'abord, l'article L. 80 A du livre des procédures fiscales dispose qu'il n'est procédé à « aucun rehaussement d'impositions antérieures si la cause du rehaussement poursuivi par l'administration est un différend sur l'interpré-

tation par le redevable de bonne foi du texte fiscal et s'il est démontré que l'interprétation sur laquelle est fondée la première décision a été, à l'épo-

ment la même activité dans les mêmes locaux. Dans ce cas, les redevances versées au propriétaire du cabinet en rémunération de la mise à disposition

À la différence des redevances versées au propriétaire d'un cabinet dans le cadre d'une collaboration exercée dans ses locaux, les honoraires rétrocedés pour un remplacement occasionnel ne sont pas assujettis à la TVA.

que, formellement admise par l'administration [...]».

Que dit, ensuite, la doctrine fiscale? Le fameux paragraphe 33 de la documentation administrative de base n° 3-A-31217 précise que : « *Les membres des professions médicales ou paramédicales qui demandent à un confrère de les remplacer, à titre occasionnel, sont autorisés à ne pas soumettre à la TVA les sommes perçues à ce titre qui sont, le plus souvent, qualifiées d'honoraires rétrocedés. Cette mesure s'applique quels que soient les motifs pour lesquels le titulaire du cabinet fait appel à un remplaçant (maladie, congé, formation post-universitaire, exercice d'un mandat électif auprès d'une organisation professionnelle, etc.), dès lors que ce remplacement revêt un caractère occasionnel. La situation est différente lorsque deux ou plusieurs praticiens ont conclu un contrat de collaboration et exercent conjointe-*

de ses installations doivent être soumises à la TVA.»

Tout le débat se concentre sur la signification de l'expression « à titre occasionnel ». Pour la cour administrative d'appel, les remplacements sont liés « à la survenance d'un événement précis qui ne s'est pas répété de manière régulière ». De là, elle conclut au caractère occasionnel et rejette le recours du ministère des Finances et des Comptes publics. Elle condamne également l'État à verser au chirurgien-dentiste la somme de 1 500 euros au titre des frais qu'elle a exposés. La conjugaison vie professionnelle-vie familiale s'est ici soldée par une non-soumission à la TVA. ■

David Jacotot

(1) N° 15NC02525.

(2) Expression empruntée à Jean-Claude Chocque, *Le Chirurgien-dentiste de France* n° 1772, 26 octobre 2017.

En eau profonde

Des mouvements libres, l'eau qui ruisselle sur la peau, le froid et la pression qui enveloppent le corps au fil de la descente. Créer le vide et chercher le lâcher-prise. Voilà ce qu'aime ressentir Alice Modolo lorsqu'elle plonge de longues minutes en apnée. À 33 ans, cette chirurgien-dentiste pratique la discipline à haut niveau. Un sport qu'elle a découvert un peu par hasard : «*J'ai commencé l'apnée tardivement, en 2007, après avoir essayé de nombreux sports sans conviction. Mes performances m'ont tout de suite permis d'aller au championnat de France, la même année, où j'ai terminé à la troisième place*», explique-t-elle. Une progression fulgurante liée à ses aptitudes physiques, à l'adrénaline des compétitions et à sa volonté de se surpasser. Son dada ? L'apnée dynamique. Alice Modolo détient plusieurs records de France, dont 81 mètres parcourus à la ver-

azurienne que cette Auvergnate a posé ses valises voilà quatre ans. Elle raconte : «*Je voulais me rapprocher de la mer et de mon sport, mais j'ai dû mettre entre parenthèses la compétition le temps de m'installer professionnellement.*» Plus de records à battre donc, mais de nouvelles opportunités avec une publicité et un clip aquatique. «*J'ai tourné dans une pub pour la marque Kusmi Tea puis j'ai incarné le rôle féminin du clip Runnin' de Naughty boy et de Beyoncé aux côtés de Guillaume Néry [apnéiste et producteur de films, NDLR]*», révèle-t-elle. Un clip hypnotique dans lequel Alice Modolo défie les lois de la gravité sous et sur l'eau ⁽¹⁾. Quand Alice Modolo n'est pas en combinaison néoprène, elle revêt sa blouse de chirurgien-dentiste. Un métier qui, lui, n'est pas dû au hasard : «*Mes parents et ma sœur sont chirurgiens-dentistes. Je voulais devenir pédiatre mais atavisme familial oblige, je*

J'ai dû mettre entre parenthèses la compétition le temps de m'installer professionnellement.

ticale en mer avec une monopalmes et 71 mètres à la seule force des bras. Elle est également dépositaire du titre de vice-championne du monde d'apnée par équipe, remporté à Nice en 2012. C'est d'ailleurs dans la capitale

suis devenue chirurgien-dentiste. Je ne regrette absolument pas», se confie-t-elle. Du reste, notre consœur pourrait bien revenir à ses premières amours puisqu'elle a validé un DU de pédodontie en septembre dernier. Alice Modolo



ALICE MODOLO

- 1984** : naissance
- 2007** : début de sa carrière d'apnéiste
- 2009** : docteur en chirurgie dentaire (mention très bien)
- 2012** : vice-championne du monde d'apnée par équipe
- 2017** : championne de France poids constant avec 70 mètres

revient depuis peu à la compétition et précise : «*C'est parce que je suis très bien entourée que je parviens à me surpasser aussi bien en apnée que dans ma vie professionnelle.*» Elle prépare ainsi les championnats du monde qui auront lieu en 2018 et rêve d'un nouveau record : «*Passer la barrière des 100 mètres. C'est un palier mythique qu'aucune Française n'a jamais atteint.*» À l'impossible nul n'est tenu. ■

(1) Le clip peut être visionné à partir du lien <https://www.youtube.com/watch?v=ejSik6ejkr0>

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ DESCO

Les chirurgiens-dentistes ayant validé leur diplôme d'études spécialisées en chirurgie orale (Desco) viennent d'entrer dans le système de reconnaissance automatique des diplômes au sein de l'Union européenne (UE). Ils ont donc la possibilité d'exercer leur spécialité en chirurgie orale dans les 20 autres pays de l'UE qui la reconnaissent.

✓ PRÉLÈVEMENT SANGUIN

Les praticiens qui utilisent des concentrés plaquettaire doivent rigoureusement se conformer aux obligations déontologiques, c'est-à-dire se former préalablement au prélèvement sanguin, à la préparation extemporanée et à l'utilisation du « PRF » ainsi obtenu. Ils doivent bien entendu respecter les règles de bonnes pratiques de soins, en particulier pour assurer la sécurité des patients vis-à-vis des risques infectieux.

✓ DASRI

L'Agence régionale de santé a le pouvoir de contrôler la conformité des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (Dasri) au sein des cabinets dentaires. L'objectif consiste à limiter les risques pour la santé

notamment de prévenir et de réduire les risques d'accidents d'exposition aux virus liés aux déchets de soins piquants ou coupants générés par les professionnels de santé.

✓ CESP

Les étudiants en chirurgie dentaire ont la possibilité de signer un contrat d'engagement de service public (CESP) et de recevoir ainsi une allocation mensuelle de 1 200 euros brut. En échange, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour une durée minimale de deux ans – à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.



La Lettre n° 163 – Décembre 2017

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. 1, 2, 16, 22-23, 36. William Rhamey : 34. Flore François : 12. DR : pp. 12, 13.

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

AGRESSIONS PHYSIQUES, VERBALES, INCIVILITÉS, VOLS

Praticiens ou équipe dentaire,
téléchargez et envoyez
une fiche de signalement
à votre conseil départemental.



www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr > [chirurgiens-dentistes](#) >
[securisez-votre-exercice](#) > [divers](#) > [securite-des-chirurgiens-dentistes](#)