

Briser le silence sur les violences faites aux femmes

p. 22

Quels outils pour combattre les refus de soins ?

p. 18

Une refonte de l'Unifé d'identification

p. 14



L'EUROPE RÉAFFIRME LA SPÉCIFICITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ



Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

Le sens de l'histoire

2018 commence à peu près là où s'est achevé 2017 : sur une immense interrogation quant à l'avenir de la médecine bucco-dentaire en France. Le cours de l'histoire, le sens de l'histoire, s'agissant de notre discipline, va-t-il s'inverser ? Il faut en effet rappeler que, depuis des décennies, notre pratique n'a cessé d'accomplir des pas de géant. Non pas seulement en termes d'avancées techniques, diagnostiques et thérapeutiques – et, de fait, elles ont été spectaculaires – mais aussi et peut-être surtout en termes d'approche médicale. En 2018, un chirurgien-dentiste ne traite pas des bouches : il soigne des patients. En cela, il appartient et il interagit au sein de la communauté des professions médicales. Et nos patients le savent. Ils sont parfaitement conscients de ces formidables progrès que la médecine bucco-dentaire a accomplis. Ils n'accepteraient pas un retour en arrière. Dès lors, et même s'il n'est pas partie à cette négociation, l'Ordre a le droit et le devoir de s'interroger sur ce qu'il ressortira des discussions conventionnelles qui devraient s'achever au début du printemps prochain. Vont-elles confirmer le retour en arrière, celui qui avait été promis par le règlement arbitral – heureusement suspendu ? L'Ordre n'aura de cesse d'expliquer la nécessité qu'il y a aujourd'hui à articuler la prise en charge financière des soins dentaires à une pratique médicale orientée sur les actes de prévention et les soins conservateurs. Une pratique moderne, innovante, qui valorise l'intégrité de la personne, la santé bucco-dentaire étant une question de justice sociale. C'est ce discours médical et de bon sens que tient et tiendra le Conseil national. Il aura aussi à cœur de défendre sa position s'agissant de l'encadrement des centres de santé, de l'accès partiel à notre profession dans le cadre du « marché » européen, de l'évaluation des formations en Europe et des flux migratoires professionnels.

En attendant, nous vous souhaitons, à toutes et à tous, une excellente année 2018.



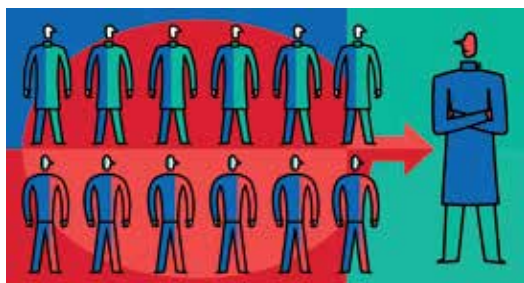
4

L'ÉVÉNEMENT

Les professions de santé épargnées par le Parlement européen !

ACTUALITÉS

- 14 MÉDICO-LÉGAL
Une refonte de l'Unité d'identification
- 17 ÉCHANGES SÉCURISÉS
La messagerie MSSanté devient Mailiz
- 18 LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS
Quels outils pour combattre les refus de soins ?



- 20 ADF
Retour sur le Congrès 2017

- 21 EN BREF



22

Briser le silence sur les violences faites aux femmes

JURIDIQUE

- 26 RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
Les quatre leçons d'un traitement prothétique non fautif



- 29 COUR DE CASSATION
Avis de forte influence jurisprudentielle de la déontologie sur les contrats

PORTRAIT

- 34 JACQUES MARGERIT
Compagnonnage

LA LETTRE EXPRESS

- 35 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr







L'EUROPE RÉAFFIRME LA SPÉCIFICITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Test de proportionnalité,
mécanisme d'alerte, Brexit.
Nous proposons dans les pages
suivantes un point d'étape
sur les grands dossiers
européens qui impactent
ou impacteront la profession
de chirurgien-dentiste.



Les professions de santé épargnées par le Parlement européen !

Un projet de directive vise à obliger les États membres à justifier de la « proportionnalité » des dispositions applicables aux professions réglementées. Dans le viseur de la Commission : l'insuffisance de concurrence en matière de services. Après d'intenses négociations, le Parlement européen vient de poser des garde-fous concernant le secteur de la santé. Reste à savoir si le texte définitif les confortera ou les affaiblira.

À partir de 2020, les quelque 6 000 réglementations qui régissent les professions en Europe vont devoir balayer devant leur porte et justifier de leur nécessité. À Paris, c'est ce que l'on a connu avant la loi Macron avec la préparation du rapport Ferrand ; à Bruxelles, c'est ce que l'on appelle « *le test de proportionnalité* ». Les professions de santé sont concernées. Mais le Parlement européen vient toutefois d'encadrer incroyablement leur spécificité. La fin du Code de déontologie n'est donc pas pour demain.

De quoi parle-t-on ? Pour mémoire, aux débuts des années 2000,

la directive Bolkestein – encore appelée « *directive Frankenstein* » – rendait les rues bruyantes en soumettant, entre autres choses, toutes les professions réglementées à la même obligation de justification. Forte était la crainte que les systèmes de soins finissent par être remis en cause.

AUTRES TEMPS, AUTRES MŒURS

Les esprits ont depuis lors évolué, les rues se sont calmées, *o tempora, o mores*, mais les inquiétudes sont néanmoins revenues en janvier 2017, quand la Commission européenne a soumis au législateur son projet de directive « *re-*

lative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions ». Résultat : ces derniers mois, deux sujets successifs ont occupé le législateur européen et les représentants des professions de santé.

Premier sujet : pourquoi soumettre les professions de santé à cette évaluation tous azimuts ? N'est-ce pas un moyen détourné de les déréglementer ? Le contexte, après tout, n'est pas innocent. Qu'on en juge. Selon la Commission, « *la concurrence sur le marché pour les professions réglementées tend à être plus faible en France que dans l'UE en général* ». Pour elle, l'accès « *aux professions et aux services du secteur des soins de santé n'est pas optimal* ». Le Conseil européen en a conclu que la France, pour 2017 et 2018, devait s'attacher à « *continuer à lever les barrières à la*

Soumettre les professions de santé à une évaluation tous azimuts ne constituerait-il pas un moyen détourné de les déréglementer ?



concurrence dans le secteur des services, y compris dans les services aux entreprises et les professions réglementées »⁽¹⁾.

Les rencontres bruxelloises, privées et publiques, entre lobbyistes, députés européens et représentants de la Commission se sont multipliées depuis septembre dernier. Des dialogues de sourds en sont nés. Des incompréhensions aussi, dont celles des députés européens qui, tous partis confondus, n'ont pas compris pourquoi les professions de santé devaient faire exception à cette évaluation

généralisée. En cela, ils ont suivi le Conseil, qui a adopté la même approche. Il a bien fallu en prendre acte. Du coup, si l'exception des services de santé n'est pas une solution envisageable, alors pourquoi ne pas songer à un encadrement ?

Tel a été, en novembre dernier, le second sujet de débat législatif : comment marquer la particularité des professions de santé ? Les débats ont été nourris, et la santé aura été le seul secteur à les polariser autant. Il a fallu à la fois réunir les députés autour d'un projet

consensuel et défendre la particularité de la santé dans l'économie du marché intérieur. Le 4 décembre 2017, la version finale de la trentaine d'amendements parlementaires défendus notamment par M. Schwab (PPE, Allemand) et M. Juvin (PPE, Français) a été entérinée : finalement, le secteur de la santé fait l'objet de garde-fous. On la distingue nettement des 6 000 autres réglementations professionnelles.

LA JURISPRUDENCE PROTECTRICE DU JUGE EUROPÉEN RÉINTRODUITE

D'abord les obligations du traité sont rappelées à son sujet dans la directive. La jurisprudence du juge européen est aussi réintroduite, sachant qu'elle est nuancée et protectrice. Ces rappels conduisent à formuler noir sur blanc que, lors de cette évaluation, « *il convient [...] de prendre en compte la nécessité d'assurer l'indépendance professionnelle des professionnels de la santé* ».

L'accès au capital bénéficie du même éclairage : « *Lorsque l'indépendance d'une profession ne peut être garantie de manière adéquate par d'autres moyens, les États membres peuvent envisager l'application de garanties telles que la limitation de la participation de personnes extérieures à la profession ou la détention de la majorité des droits de vote, tant que ces garanties ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour protéger l'objectif d'intérêt public.* »

Quant à l'adhésion aux Ordres, voilà ce qui est mentionné : « *L'adhésion obligatoire à une or- >>>*

»»» *ganisation professionnelle peut être considérée comme appropriée lorsque les organisations professionnelles sont chargées par l'État de sauvegarder les objectifs d'intérêt public pertinents, par exemple en supervisant l'exercice légitime de la profession [...]», les actes tarifés, le numerus clausus à l'installation, etc., du moment que l'accès aux soins est garanti.*

Autant de limites pour adapter l'impératif de la concurrence libre, non faussée, et prévenir la tentation d'abuser du test de proportionnalité. L'église a été remise au milieu du village, juge-t-on à l'assemblée européenne.

DES DIZAINES DE RÉUNIONS POUR TOILETTER LE CODE DE DÉONTOLOGIE

À l'heure où nous écrivons ces lignes, nul ne sait si cette nette amélioration de la directive quant aux professions de santé sera maintenue dans le texte définitif. Car les amendements parlementaires sont désormais soumis à la discussion des États réunis au Conseil. De plus, la Commission, loin d'être absente du débat, veillera à ce que son texte ne soit pas dénaturé. Alors, la particularité des professions de santé sera-t-elle conservée? On n'en doute pas. La question est plutôt de savoir si ce elle sera renforcée ou affaiblie. Tel est l'enjeu de ces négociations bruxelloises. Début 2018, elles seront menées à huis clos.

Une fois la directive votée (les États la réclament) et mise en place vers 2020, faudra-t-il s'attendre à un chamboulement? On rappellera que, fin 2015 et début 2016, des dizaines de réunions entre élus ont

Le Parlement calme les ardeurs de la Commission

La directive sur le test de proportionnalité établit une liste « à surveiller » des différents éléments réglementant l'accès et l'exercice d'une profession. Concrètement, au rang de ces composantes : l'adhésion à un Ordre ou l'accès au capital, la publicité, la vigilance thérapeutique, etc. Il convient ainsi de les justifier, par exemple au nom de la protection de la santé publique. Selon la formule consacrée, « les États membres veillent à ce que, avant d'introduire ou de modifier des dispositions législatives, réglementaires ou administratives existantes restreignant l'accès aux professions réglementées ou leur exercice, la réalisation de l'objectif poursuivi n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif ». Les amendements parlementaires indiquent le cap à garder : « Dans cette évaluation, les États membres doivent prendre en considération l'acquis communautaire [c'est-à-dire tout le droit et non pas la partie qui serait la plus avantageuse au test], notamment en ce qui concerne la nature spécifique des professions fournissant des services de santé, comme le reconnaissent le législateur européen et la jurisprudence de la Cour de justice [ce que ne disait pas assez la directive]. » Pour la réglementation de ces professions, « les États membres devraient disposer d'une marge d'appréciation » suffisante pour assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine. Tel est le périmètre d'action proposé en Europe aux Codes de santé publique.

eu lieu à l'Ordre pour toiletter le Code de déontologie. Les juristes ont accompagné les réflexions relatives aux nouvelles technologies, aux évolutions de la profession, etc. Depuis mars 2016, le projet est soumis à l'avis du ministère de la Santé avant d'être revu, au final, par le Conseil d'État qui le promulguera sous forme de décret. Pas de passe-droit, donc, pour la profession réglementée de chirurgien-dentiste. Mais l'introduction d'une

évaluation ou d'un test – quelle que soit la qualification retenue une fois la future directive traduite en droit français –, avant de maintenir, de répéter et d'argumenter que la profession ne peut s'exercer comme un commerce. ■

(1) Recommandation du 12 juin 2017 du Conseil concernant le programme national de réforme de la France pour 2017 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la France pour 2017 : <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9295-2017-INIT/fr/pdf>

400 alertes pour les chirurgiens-dentistes

Le mécanisme d'alerte est enfin sur le point d'être opérationnel en France. Ce dispositif consiste à informer systématiquement toutes les autorités compétentes en charge du registre national lorsqu'une sanction – professionnelle ou pénale – de suspension ou de radiation est retenue à l'endroit d'un professionnel de santé.

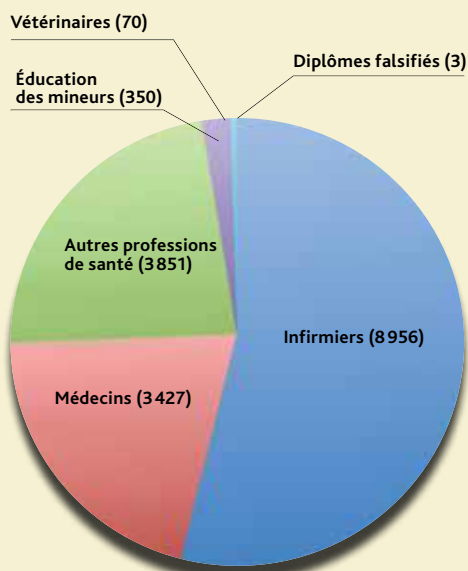
Pour alerter simultanément les pays d'une sanction professionnelle prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé qui interdit ou limite sa pratique, un mécanisme *ad hoc* existe en Europe depuis janvier 2016. Chaque pays dispose d'un délai de trois jours seulement pour informer le reste de l'UE du prononcé d'une telle sanction.

En France, ce mécanisme deviendra enfin effectif en 2018, et c'est

le Conseil national de l'Ordre qui sera compétent pour prévenir ses homologues européens des interdictions et suspensions retenues à l'encontre des chirurgiens-dentistes.

Depuis janvier 2016, près de 9 000 alertes ont été envoyées

NOMBRE D'ALERTES PAR CATÉGORIE



concernant des infirmiers, et plus de 3 000 se rapportent à des médecins (voir le diagramme ci-dessus extrait de la base de données de la Commission européenne), indiquait un représentant de la Commission invité à la réunion d'automne

de la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar), à Paris, en décembre dernier. La majorité des alertes est d'origine... britannique. Dans le détail, le quart d'entre elles est de nature administrative (des retards de cotisation, par exemple), le reste ayant trait aux compétences du professionnel ⁽¹⁾.

L'on se réjouira d'apprendre que les chiffres connus pour les chirurgiens-dentistes sont bien plus modestes. En effet,

l'an passé, l'Ordre britannique des chirurgiens-dentistes recevait seulement 58 alertes de l'ensemble de l'UE à l'encontre de ses ressortissants et en émettait lui-même 320. Au total, moins de 400 alertes relatives aux chirurgiens-dentistes au- >>>

La grogne des Luxembourgeois

Les Luxembourgeois parlent aux Luxembourgeois : le mécanisme d'alerte est leur sujet. Agacé par des professionnels de santé français qui s'établissent au grand-duché avant le prononcé d'une sanction professionnelle, le Collège médical a pris sa meilleure plume et adressé ses regrets au président de la Commission européenne, Jean-Claude Juncker. Pourquoi, demande le collège, ne pas exécuter au grand-duché une sanction professionnelle prononcée en France ? Les astucieux en seraient pour leur frais. À l'époque de la révision de la directive 2005/36, le législateur avait réfléchi à la possibilité d'une liste noire de praticiens, à la fois publique et de taille européenne. Impossible, avaient diagnostiqué les gardiens du régalién. On se contenta d'un mécanisme d'alerte, partageant entre États l'information d'une sanction professionnelle retenue à l'encontre d'un professionnel de santé (pour des raisons relatives à sa compétence ou à sa pratique). Le système est efficace (quand les Ordres y ont accès), sauf quand l'indélicat profite de l'inachèvement de la procédure pour changer de pays. L'exaspération des confrères luxembourgeois les conduit à aller plus loin : proposer la reconnaissance mutuelle de la sanction professionnelle (pourvu qu'elle existe dans les deux pays concernés). Ce système existe déjà pour les jugements civils, commerciaux et pénaux. Pourquoi ne pas l'étendre aux décisions des instances professionnelles dans un nouveau texte de droit ? La question est posée au président de la Commission européenne.

►►► raient donc été échangées en Europe en 2016.

Depuis janvier 2016, 593 alertes ont été émises à l'encontre de chirurgiens-dentistes contre 339 cas répertoriés pour les pharmaciens. À noter que 22 dossiers concernent des hygiénistes dentaires, 122 des assistants dentaires et 47 des techniciens dentaires ⁽²⁾.

Encore faut-il préciser deux choses. Tout d'abord, la France n'a pu

alimenter cette base de données faute de décret adéquat. Par ailleurs, dans ce mécanisme, une même sanction de suspension, de restriction ou d'interdiction d'exercice peut faire l'objet de plusieurs alertes en fonction de la procédure interne (lors d'une confirmation en appel, par exemple, ou lorsque la sanction est adaptée après son prononcé), ce qui est souvent le cas au

Royaume-Uni (ce qui explique en partie la prolifération de leurs alertes). La base de données ne permet donc pas de connaître le décompte du nombre exact de sanctions professionnelles. En tout état de cause, un des enjeux du Brexit consistera à conserver ce dispositif d'information et de surveillance une fois que le Royaume-Uni aura finalisé sa sortie de l'UE. ■

Le nombre de sanctions est faussé par le fait qu'une même condamnation peut faire l'objet de plusieurs alertes, si elle est confirmée en appel, par exemple.

(1) http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/_docs/statistics/2017/06/pq-alerts-reasons.pdf

(2) Source : base de données de la Commission européenne http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/_docs/statistics/2017/06/pq-alerts.pdf

Brexit : *deep impact* ?

Alors que le Royaume-Uni peine à évaluer les départs des professionnels de santé dus au Brexit, les 27 pays membres demandent le maintien de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles et du mécanisme d'alerte.

Les ministres de la Santé publique des pays membres de l'Union européenne ont reçu en décembre dernier un courrier soucieux de ne pas laisser le Brexit sans indications sur les enjeux de santé publique (*voir nos encadrés*). Une douzaine d'associations européennes représentants hôpitaux, patients et industries l'ont signé avec la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar), qui réunit quant à elle les Ordres européens des chirurgiens-dentistes. L'un des messages est simple : demander le maintien de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles ainsi que sa contrepartie, le mécanisme d'alerte.

12 000 MÉDECINS DU NHS TITULAIRES D'UN DIPLÔME DE L'UE

Le système national de santé publique du Royaume-Uni, le National Health Service (NHS), est à la peine pour évaluer les départs des professionnels de santé dus au Brexit, et donc les besoins de recrutement. Entre 30 000 et 40 000 infirmiers manqueraient au système de soins britannique. S'agissant des mé- >>>



»»» decins, 12 000 de ceux qui travaillent au NHS ont un diplôme européen. Selon leur syndicat, près d'un médecin de l'UE sur cinq (18 %) prévoirait de quitter le Royaume-Uni. Les 17 % de chirurgiens-dentistes continen-taux enregistrés au Royaume-Uni se gardent pour l'instant de telles déclarations.

Au Royaume-Uni, ce n'est pas le marc de café mais les feuilles de thé que l'on fouille pour dire le futur ! Et le Brexit les a épaissies. À ce jour, ni le sort des professionnels de santé ni celui des patients n'ont été abordés par les négocia-

Le Brexit & les patients

Environ 1,2 million des citoyens de Sa Majesté vivent sur le continent et environ trois millions de citoyens européens résident au Royaume-Uni. On compte 190 000 Britanniques savourant leur retraite sur le continent et 5 800 courageux pensionnés de l'UE sur le sol du Royaume-Uni. Aujourd'hui, en Europe, tout retraité n'a pas à cotiser auprès du système de santé de l'État qui l'accueille pour bénéficier des mêmes soins que les autres patients du pays où il a décidé de vivre. Le Brexit ne rend plus ce droit acquis.

consulte maintenant ses profes-sions réglementées pour connaître leurs besoins créés par le Brexit. La Fedcar, qui se réunira en avril

La question du Brexit se pose aussi dans l'industrie médicale. Plus de 2 600 dispositifs médicaux sont fabriqués au Royaume-Uni et 45 millions de médicaments sont fournis chaque mois par le Royaume-Uni à d'autres pays de l'Union européenne. Réciproquement, plus de 37 millions de médicaments sont mensuellement importés du continent au Royaume-Uni.

La fluidité des échanges commerciaux qui transitent par la Manche est donc un réel sujet de pré-occupation pour l'industrie des dispositifs médicaux. Le nouveau règlement du 5 avril 2017 entrera en vigueur au printemps 2020. Contraignant et coûteux, il permet d'accéder à des technologies médicales sûres et efficaces. Si, après le Brexit, le niveau de certification devait baisser au Royaume-Uni, les échanges à travers la Manche ne pourront plus avoir lieu puisque ne sont mis sur le marché européen – par Internet comme en magasin – que les matériels certifiés CE. Aussi les futurs échanges commerciaux supposent-ils le maintien d'une convergence réglementaire. ■

La fluidité des échanges commerciaux qui transitent par la Manche préoccupe l'industrie des dispositifs médicaux.

tions préparant le retrait britannique. Les discussions à ce sujet vont enfin commencer en 2018. D'ailleurs, chaque État membre

prochain à Dublin, fera le point au sujet des chirurgiens-dentistes et s'assurera du suivi du courrier adressé aux ministres de la Santé.

Les hygiénistes en Belgique

Deux écoles néerlandophones forment depuis deux ans des hygiénistes dentaires. Depuis septembre 2017, les étudiants abordent leur troisième et dernière année de formation sous forme de stage. La profession d'hygiéniste devrait bientôt être créée à l'échelle nationale d'ici à la rentrée de 2018. Les jeunes diplômés exerceront en Flandres comme à Bruxelles ou en Wallonie, possiblement sous le titre d'« assistants bucco-dentaires ». Même si les problèmes rencontrés par la profession d'hygiéniste dentaire aux Pays-Bas avec le commerce des bars à sourire ne sont pas ignorés à Bruxelles, le projet de loi nationale pourrait cependant autoriser l'exercice en mode libéral et hors supervision d'actes limitativement énumérés.

La réunion d'automne de la Fedcar

Le 1^{er} décembre 2017 s'est tenue l'assemblée d'automne de la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar), au siège du Conseil national, à Paris. Une trentaine de personnes ont participé à cette réunion organisée par Jean-Marc Richard, vice-président du Conseil national et secrétaire général de la

Fedcar. Étaient invités Alphonse Kourouma, président de l'Ordre de Guinée récemment créé, ainsi que Barry Dolman, président de l'Ordre du Québec et de l'International Society of Dental Regulators (ISDR).

UN ORDRE DU JOUR CHARGÉ

Monaco – qui vient également de créer son Ordre des chirurgiens-

dentistes – était représenté par Thomas Blanche, le trésorier du Conseil de l'Ordre de la principauté. De nombreux sujets comme l'application de la directive 2005/36, avec notamment le mécanisme d'alerte, le test de proportionnalité et l'impact du Brexit dans le secteur de la santé, ont fait l'objet de discussions nourries. ■



Une refonte de l'Unité d'identification

L'Unité d'identification odontologique (UIO) entend devenir la clé de voûte de l'identification en France. Pour ce faire, elle se dote de moyens techniques et compte recruter de nouvelles ressources humaines et densifier le « club » des experts envoyés sur le terrain.

« **L'**Unité d'identification odontologique (UIO) entend devenir la clé de voûte de l'identification odontologique en France », annonce Serge Fournier, conseiller national et président de la commission d'odontologie médico-légale (OML), organe auquel est rattachée l'UIO. Pour ce faire, l'UIO a décidé de se renforcer et de s'ouvrir à de nouveaux talents. Sur ce dernier point, il s'agit de mobiliser tous les experts en identification et non plus un groupe plus ou moins fermé d'entre eux, et ce par une formation en binôme permettant à toutes les compétences de s'exprimer. Outre cette richesse humaine aujourd'hui mal exploitée, l'UIO a décidé de s'équiper en matériels, comme l'explique le président de la commission OML : « *Indépendamment d'un meilleur recours aux ressources humaines et aux compétences, nous vou-*

lions nous doter de moyens techniques à la pointe de la technologie. » En pratique, l'UIO vient de faire l'acquisition d'un appareil radiologique portable et de gilets d'intervention. S'agissant de l'appareil radiologique portable, Serge Fournier explique qu'« *il en existe désormais deux en France en matière d'identification, l'un détenu par l'UIO, et l'autre par l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale (IRCGN). Il s'agit très concrètement de répondre immédiatement aux besoins des autorités compétentes en matière d'identification de victimes lors de catastrophes* ». Les membres de l'UIO possèdent donc aussi et désormais des gilets arborant le nouveau logo de l'UIO ainsi que prochainement des cartes professionnelles. Ces éléments peuvent apparaître comme des points de détail, mais ils sont essentiels lorsque



Candidater à l'UIO

Pour déposer sa candidature auprès de l'Unité d'identification odontologique, le praticien doit constituer un dossier comprenant :

- « la fiche administrative de candidature » dûment remplie, téléchargeable depuis le site Internet de l'Ordre;
- un extrait de casier judiciaire (bulletin n° 3) datant de moins de trois mois;
- un engagement par écrit :
 - de répondre à la demande de l'autorité judiciaire en cas de besoin,
 - de se rendre disponible sous 24 heures pour une mission hors du cabinet dentaire qui peut durer de quelques jours à quelques semaines,
 - d'accomplir la mission dans son intégralité (rédaction du rapport comprise),
 - de suivre une formation continue en odontologie médico-légale dans le cadre de l'UIO,
 - d'être apte à intégrer une équipe pluridisciplinaire.

Ce dossier peut être envoyé soit par voie postale (22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16), soit par voie électronique (courrier@oncd.org).

les experts de l'UIO doivent être identifiés rapidement par les autorités pour passer les barrages de sécurité afin d'intervenir sur zone. Mais ce n'est pas tout. L'UIO a lancé le chantier d'une vaste mise à jour de ses membres. « *Le maillage territorial n'est pas homogène*, explique Serge Fournier. *Nous manquons notamment d'experts en Bretagne, Aquitaine, Bourgogne, Guyane et aux Antilles. Nous venons d'intégrer un expert à la Réunion. Par ailleurs, la liste des experts doit être réactualisée en temps réel, ce qui n'était pas le cas auparavant.* » Cette mise à jour est d'autant plus

importante que la liste est adressée, chaque année, aux préfets de région et aux autorités judiciaires compétentes.

On ne s'étonnera pas que l'UIO est aujourd'hui en phase de recrutement de nouveaux experts. Quelles compétences et aptitudes sont requises pour intégrer l'UIO ? Serge Fournier répond : « *Être passionné est le maître mot. Car au-delà de la volonté de faire partie d'une équipe d'identificateurs et des qualités nécessaires, une fois inscrits sur la liste de l'UIO, les praticiens sont mobilisables 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour des missions* >>>



»»» qui peuvent durer de quelques jours à quelques semaines.» Faut-il le préciser, les praticiens qui souhaitent présenter leur candidature doivent être en activité et aptes à servir dans le cadre de missions d'identification tant physiquement que psychologiquement. Ils doivent en prime avoir validé un DU d'identification en odontologie médico-légale (*lire l'encadré « Candidater à l'UIO », p. 15*).

Enfin, Serge Fournier rappelle la nécessité pour tous les chirurgiens-dentistes de fournir à l'Ordre leur adresse mail afin de pouvoir répondre aux alertes d'identification. Sur demande des autorités judiciaires, ces alertes déclenchées par le Conseil national sont diffusées

La formation 2018 de l'UIO

Créée il y a 15 ans par le Conseil national via sa commission d'odontologie médico-légale, l'Unité se donne pour mission de répondre rapidement et à tout moment aux besoins d'identification dans un contexte de catastrophe. Pour maintenir le lien avec ses 70 chirurgiens-dentistes membres, l'UIO organise une journée de formation et de débriefing par an. La formation 2018 aura pour thème, entre autres, la carbonisation, et le nouveau matériel de radiologie sera présenté. Une conférence sur la prise en charge psychologique des praticiens après leur intervention sur une scène de catastrophe sera par ailleurs animée par une équipe de psychiatres.

aux praticiens selon un ciblage géographique, dès que l'identité de la personne recherchée est présumée connue. « À la demande du Quai des Orfèvres, nous avons identifié à ce jour plusieurs personnes en

quelques heures. Les recherches effectuées dans les départements de l'Île-de-France, du Gard, du Vaucluse et récemment d'Ille-et-Vilaine ont donné les mêmes résultats », conclut Serge Fournier. ■



Le Congrès de l'Afio à Toulouse

Près d'une centaine de personnes ont participé au dernier Congrès de l'Afio qui s'est tenu à Toulouse, en octobre dernier. Le thème de cette édition était « Violence à autrui », développé sous deux aspects. « Des conférences ont été livrées sur le plan du dommage corporel et sur le plan de l'identification. Je suis, par exemple, intervenu pour traiter de la violence lors du crash de l'A320

de Germanwings survenu le 24 mars 2015 », explique Jean-Marc Hutt, vice-président de l'Afio. Pour lui, les objectifs de ce type d'événements sont nombreux : « Il s'agit de former les chirurgiens-dentistes qui seront peut-être appelés à intervenir sur un terrain de crime ou de catastrophe, ou encore dans le cadre de dommages corporels. Il s'agit aussi de créer de la cohésion entre les praticiens mais aussi entre les magistrats, les médecins légistes, les policiers, les gendarmes, les militaires et les conseillers ordinaires, car nous sommes tous partie prenante dans la chaîne d'identification. » Le prochain Congrès de l'Afio se tiendra à Marseille en septembre 2018 avec les thèmes suivants « La détermination de l'âge dentaire » et « l'indemnisation postaccident dans le cadre de dommages corporels ».

La messagerie MSSanté devient Mailiz

La messagerie sécurisée MSSanté se nomme désormais Mailiz. Ce changement de nom ne modifie en rien les messageries existantes ni la façon de créer sa boîte mail professionnelle.



La messagerie sécurisée MSSanté – développée par l'Asip Santé avec le concours de l'Ordre – change de nom et s'appelle désormais Mailiz. Cependant, ce changement de dénomination n'impacte pas les 800 messageries déjà créées par les chirurgiens-dentistes. Cette modification s'explique par le fait que l'Asip Santé a souhaité lever la confusion qui est née, depuis le lancement du dispositif, entre l'espace de confiance « MSSanté » hébergeant de nom-

breuses messageries sécurisées et le service mail propre aux Ordres de santé. C'est désormais chose faite.

SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ DANS L'ÉCHANGE DE DONNÉES

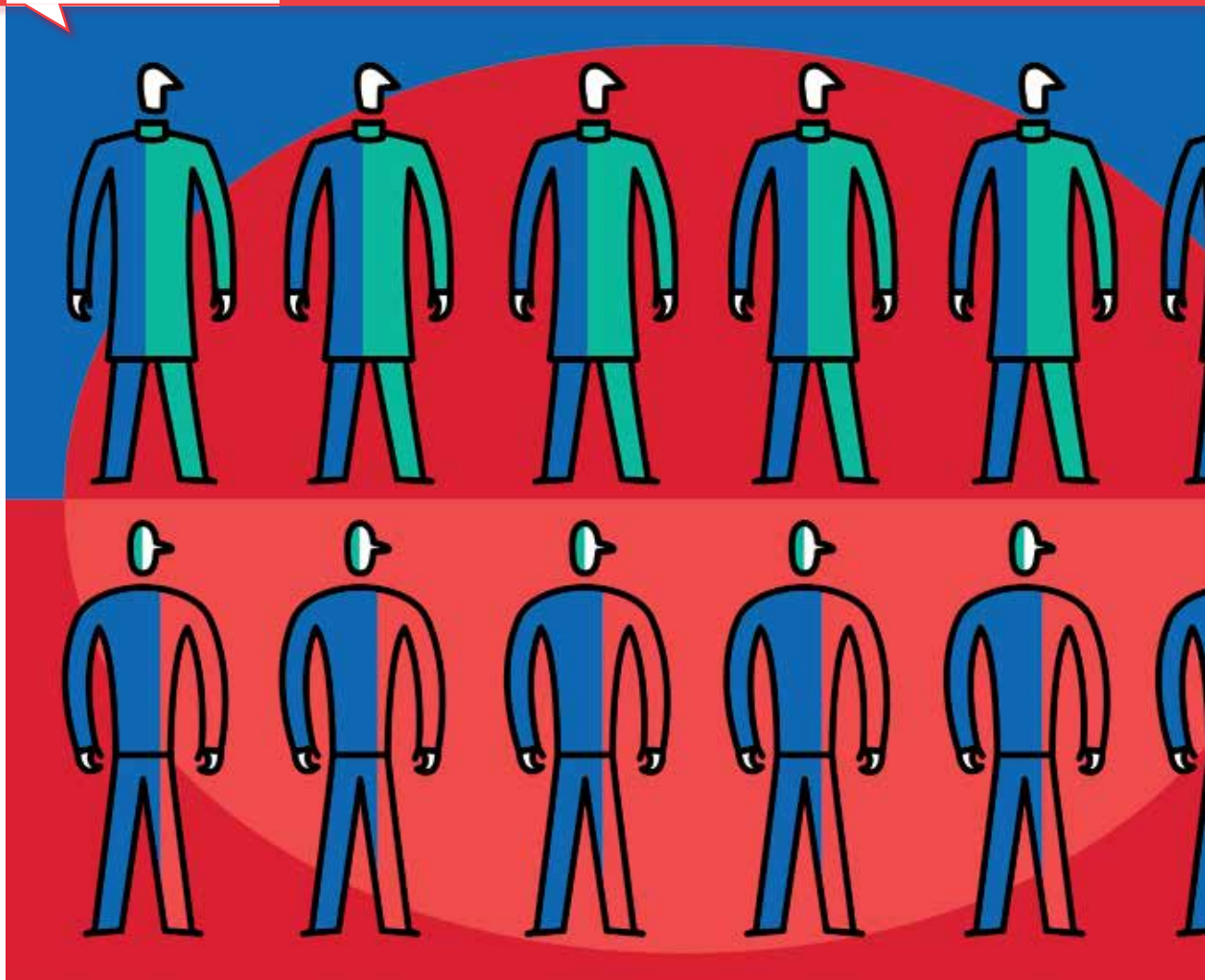
Rappelons que Mailiz est un système de messagerie électronique permettant aux professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, de communiquer entre eux et surtout de s'adresser des données médicales en toute sécurité et en

toute confidentialité. La messagerie Mailiz peut également s'utiliser à distance *via* une application mobile installée sur les smartphones et les tablettes. Ce dispositif offre un autre avantage : un annuaire qui permet aux professionnels de santé de rechercher rapidement un confrère ou un établissement disposant d'une messagerie Mailiz. À noter que la messagerie Mailiz peut être un canal de diffusion des alertes sanitaires.

On l'aura compris, plus le nombre de praticiens adhérant au système croît, plus la messagerie sécurisée gagne en efficacité. À ce jour, seulement 800 messageries Mailiz ont été créées par les chirurgiens-dentistes. C'est pourquoi l'Ordre invite l'ensemble de ses ressortissants à utiliser Mailiz. ■

Pour créer sa boîte mail, quatre étapes suffisent :

- se rendre à l'adresse <https://cms.mssante.fr/>;
- se munir de sa carte CPS;
- insérer la carte dans le lecteur;
- cliquer sur le bouton « J'active mon compte ! » et se laisser guider.



Quels outils pour combattre les refus de soins ?

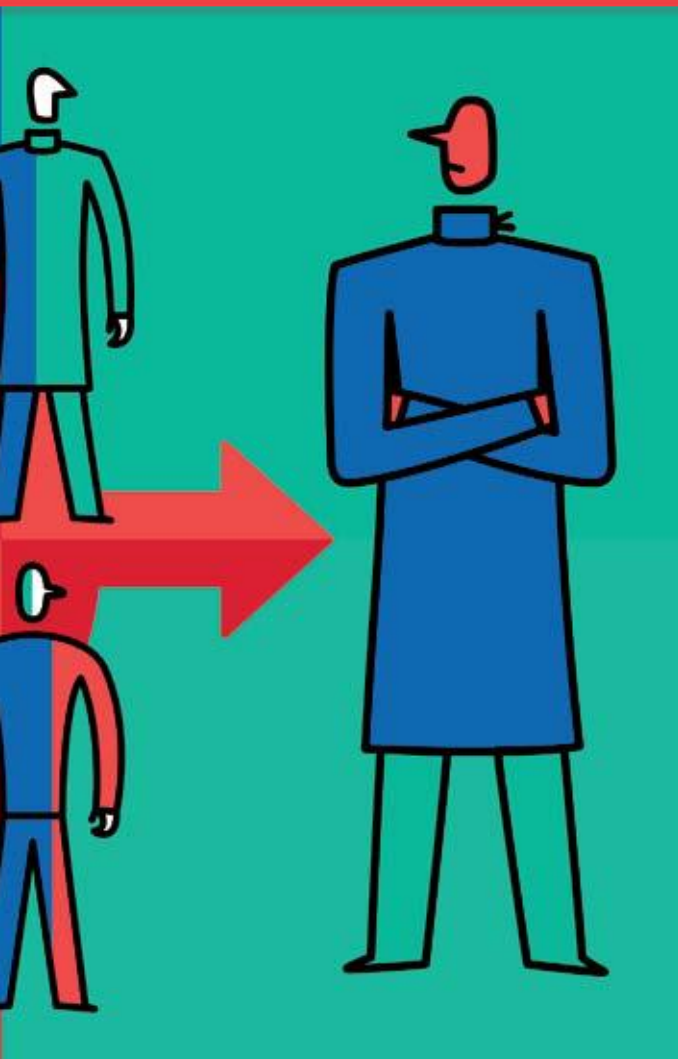
La commission Refus de soins placée sous l'égide du Conseil national souhaite s'attacher les services d'un représentant du défenseur des droits. Elle travaille sur la formulation de recommandations à l'adresse des praticiens.

La Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins a publié son premier rapport en novembre dernier. Avant d'entrer dans le détail de son contenu, rappelons que la loi Santé – promul-

guée en janvier 2016 – confie au Conseil national la mission d'évaluer les pratiques de refus de soins des chirurgiens-dentistes. Pour mettre en musique cette nouvelle prérogative de l'Ordre, un décret a créé

une commission spécifique placée auprès du Conseil national. Ce décret précise l'ensemble de ses missions ⁽¹⁾.

- Elle évalue «le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par



Composition de la commission

La commission Refus de soins est composée comme suit :

- Christian Winkelmann, chirurgien-dentiste, président de la commission ;
- Jean Molla, Franck Mouminoux, Pascal Paloc, Jean-Marc Richard, Michel Sévalle, Geneviève Wagner, chirurgiens-dentistes ;
- Un représentant de l'association Aides ;
- Un représentant de l'Association des paralysés de France (APF) ;
- Un représentant de France Assos Santé ;
- Un représentant du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) ;
- Un représentant de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei) ;
- Un représentant du défenseur des droits (avec voix consultative).

les moyens qu'elle juge appropriés».

- Elle peut «notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients».
- Elle analyse ces «pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution».
- Elle produit des «données statistiques sur la base de ces analyses».
- Elle émet des «recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients».

Il faut noter que la commission n'a pas le pouvoir de statuer sur les situations individuelles. Les textes prévoient que la commission produise un rapport annuel que le Conseil national doit rendre public. Voilà pour le cadre réglementaire. La première réunion de la commis-

sion, qui s'est tenue en septembre 2017 et à l'issue de laquelle a été rédigé le premier rapport annuel, a été l'occasion de définir les travaux à engager afin que la commission remplisse ses missions.

Une première évidence a été soulignée par l'ensemble des membres : les difficultés pour quantifier le nombre de refus de soins discriminatoires opposés par les chirurgiens-dentistes. Ainsi, les prochains travaux auront pour objectif «de rechercher et de définir une méthodologie pour faire cesser les pratiques répréhensibles. Une fois ce travail préliminaire achevé, la commission formulera des recommandations à destination des chirurgiens-dentistes», explique

Christian Winkelmann, conseiller national de l'Ordre et président de la commission. Et d'ajouter : «*Il nous est apparu pertinent d'inviter le représentant du défenseur des droits à prendre part aux réunions de la commission par souci d'efficacité et pour plus de cohérence.*» Ce délégué aurait une voix consultative.

S'agissant de la composition de la commission, elle est constituée de six chirurgiens-dentistes et de six représentants d'associations d'utilisateurs du système de santé (lire l'encadré). La commission se réunira dès ce mois de janvier 2018. ■

(1) D'après l'article D. 4122-4-2 du Code de la santé publique.

Retour sur le Congrès ADF 2017

Le stand de l'Ordre au Congrès de l'ADF a permis à beaucoup de praticiens et d'étudiants d'exposer leurs diverses interrogations à l'Ordre, qui ont notamment porté sur les contrats.

La 45^e édition du Congrès de l'ADF, qui s'est tenue du 28 novembre au 2 décembre dernier à Paris, aura été marquée par un taux important de fréquentation. Le stand de l'Ordre n'aura pas échappé à cet afflux de chirurgiens-dentistes. En effet, au cours des quatre jours du Congrès ouvert au public, de nombreux praticiens et étudiants en chirurgie dentaire ont été accueillis non seulement par les conseillers et les conseillères nationaux, mais aussi par les juristes et les collaborateurs de l'Ordre. Les échanges directs qui caractérisent cet événement contribuent à entretenir le lien indispensable entre l'instance ordinale et les praticiens. Pour l'Ordre, c'est aussi l'occasion de connaître plus précisément les préoccupations de ses ressortissants. Les contrats ont occupé une place de choix dans ces échanges.

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, de



même que la mise en conformité de l'accessibilité des cabinets dentaires.

Cette année encore, le stand de l'Ordre aura permis à nombre 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. Par ailleurs, des outils pratiques étaient proposés en libre service tels que le *Guide des contrats 2017* ou encore le *Guide pratique à destination des pra-*

ticiens à diplômés européens.

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

Enfin, une place spéciale sur le stand était réservée aux représentants de l'association Bus social dentaire pour leur permettre de présenter les actions de l'association aux congressistes et susciter des vocations. ■

7 000 praticiens ont répondu à l'enquête sur le *burn out*



7 000. C'est le nombre de chirurgiens-dentistes qui ont répondu à une enquête sur le *burn out* lancé par le Conseil national de l'Ordre. En effet, en octobre dernier, l'Ordre invitait les praticiens à renseigner un questionnaire, envoyé par mail, visant à évaluer le stress lié à leur activité, à identifier et à prévenir les risques de *burn out*. Que les praticiens soient ou non concernés, plus le nombre de réponses sera élevé, plus les résultats seront pertinents. L'Ordre remercie ceux et celles qui ont déjà répondu et invite les autres praticiens à faire de même. Ils ont jusqu'à la fin du mois de février pour consacrer au questionnaire les quelques minutes nécessaires.

La disparition de Michel Chabre

Le Conseil national de l'Ordre a l'immense tristesse de vous faire part du décès du Docteur **Michel Chabre**, ancien secrétaire général de l'ADF, survenu le 28 novembre dernier. *Le Conseil national rend un hommage à cette grande figure de notre profession et présente à sa famille et ses proches ses plus vives condoléances.*

Une nouvelle formation à la radioprotection d'ici à deux ans

La formation continue à la radioprotection des patients fait l'objet d'une actualisation via l'élaboration d'un guide professionnel destiné aux chirurgiens-dentistes. Ce guide – qui sera validé par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) au plus tard d'ici à deux ans – vise à dépeussier les textes réglementaires et, surtout, à améliorer la formation des praticiens en intégrant les spécificités de notre profession. Cependant, l'ASN autorise d'ores et déjà les organismes de formation à dispenser des formations incluant le nouveau programme de formation. Rappelons que les chirurgiens-dentistes doivent renouveler cette formation tous les dix ans.


Le bureau de l'UNECD

Le nouveau bureau de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire se compose comme suit :

- **Lucie Bertagnolio**, présidente
- **Camille Leprettre**, secrétaire générale
- **Arthus Laleu**, trésorier

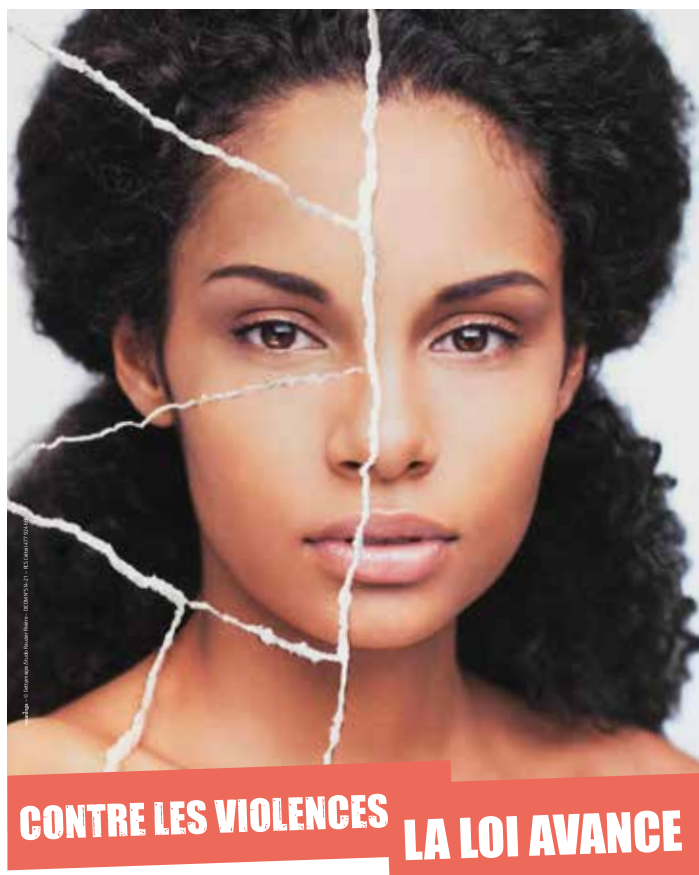


BRISER LE SILENCE SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES



120 «*référents Violences*» ont été formés au sein de la profession afin d'orienter les praticiens vers les bons interlocuteurs en cas de violences subies par leurs patients ou détectées. L'Ordre a fait de cette problématique l'un de ses combats.

En novembre 2017, le Conseil national de l'Ordre par la voix de sa secrétaire générale, Geneviève Wagner, a présenté les actions actuelles et futures destinées à lutter contre les violences faites aux femmes lors d'un colloque organisé par la Miprof (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains). Il s'agit d'une problématique que nul ne peut ignorer, comme en témoignent les statistiques ministérielles : en 2016, 123 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les trois jours. Un autre chiffre en dit long sur le silence qui persiste sur la question puisqu'un peu moins d'une femme sur cinq victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple a déposé plainte ⁽¹⁾. Les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, sont donc en première ligne pour tenter de détecter les patientes victimes de violences. Depuis deux ans, l'Ordre a fait sien ce combat contre les violences faites aux femmes en collaborant étroitement avec la Miprof.



Cofinancé par le programme PROGRESS de l'Union Européenne



Patientes victimes : que faire ?

Le chirurgien-dentiste doit être en mesure de délivrer, au-delà d'un certificat médical, un certain nombre de conseils et d'informations aux femmes victimes de violences.

Il peut se rapprocher du conseil départemental pour obtenir les coordonnées du référent Violences faites à autrui qui l'orientera. En parallèle, il doit ou peut :

- affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de leur auteur ;
- conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services ou encore le 112 à partir d'un téléphone portable ;
- inviter la victime à appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme qui n'est repérable ni sur les téléphones ni sur leurs factures ;
- informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;
- informer la victime de la possibilité de porter plainte.

Concrètement, fin 2016, l'Ordre a créé des référents Violences faites à autrui dans chaque département. « *Véritable personne ressource pour les consœurs et les confrères, les référents ont pour mission d'organiser des temps de sensibilisation et d'information auprès des praticiens en présentant notamment des outils pédagogiques* ⁽²⁾ *mis à disposition par la Miprof* », explique Geneviève Wagner. En effet, la formation des chirurgiens-dentistes (comme de tous les autres professionnels de santé et de la justice, des forces de police, des pompiers, etc.) a été rendue obligatoire par la loi en ce qui concerne les violences faites aux femmes.

En 2016, 120 référents chirurgiens-dentistes ont été formés à la détection et à la prise en charge des femmes victimes de violences, mais aussi à toutes les formes de violences que peuvent subir les patients ⁽³⁾. En pratique, lorsqu'un praticien s'interroge sur le cas d'un(e) patient(e), il peut se rapprocher du conseil départemental dont il dépend afin d'obtenir les coordonnées du référent Violences faites à autrui qui, à son tour, l'orientera vers les bons interlocuteurs.

D'autre part, et rappelons-le, il est à noter que les chirurgiens-dentistes ne sont pas les seuls professionnels de santé formés par la Miprof : les médecins, les sages-femmes, les infirmiers le sont également. Toutes ces initiatives ont fait l'objet d'une présentation lors du colloque de novembre dernier. ■

(1) Sources : ministère de l'Intérieur et enquête *Cadre de vie et sécurité* 2012-2017, Insee-ONDRP-SSMSI.

(2) Des courts-métrages, livrets de formation, fiches réflexes et clips pédagogiques pour la formation des professionnels sont ainsi disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr et sur demande adressée par mail à formation@miprof.gouv.fr

(3) À noter que des formations destinées aux référents sont programmées ces prochains mois.

L'engagement de l'État

Voilà un extrait du discours du président de la République, Emmanuel Macron, à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, prononcé le 25 novembre 2017 : « *Les professionnels de santé sont souvent sans le savoir les premiers à être en contact avec des femmes victimes de violence, soit qu'elles arrivent en urgence, soit qu'elles arrivent régulièrement blessées. Je sais votre sensibilité là aussi, madame la ministre, et les pratiques des professionnels de santé seront ainsi réinterrogées. Je souhaite que soit généralisé le questionnement systématique des femmes sur le sujet du harcèlement et des violences par tous les professionnels de santé. Ces derniers devraient interroger les femmes qu'ils reçoivent pour la première fois, en leur demandant si elles sont ou ont été victimes de violence ou de harcèlement, avec le libre exercice du jugement qui est celui d'un médecin ou d'un professionnel de santé. Et ce peut être le point de départ, le déclic, l'espace de parole et de reconnaissance essentiel à toute démarche à entreprendre pour les victimes.* »

Pour aller plus loin

- **Signalement des maltraitances**
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/signalement-des-maltraitances.html>
- **Violences faites aux femmes**
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/violences-faites-aux-femmes.html>
- **Outils à la disposition des praticiens**
La note explicative sur les violences faites aux femmes et le certificat initial, le modèle de certificat médical initial et de certificat médical d'aggravation, une affiche pour le cabinet dentaire.

Les quatre leçons d'un traitement prothétique non fautif

La cour d'appel de Versailles, dans un arrêt du 21 septembre 2017 relatif à la responsabilité d'un chirurgien-dentiste en matière prothétique, livre plusieurs enseignements. Premièrement, elle rappelle que le praticien est responsable uniquement en cas de faute. Deuxièmement, l'inadaptation des prothèses n'est pas constitutive d'une faute dans certaines circonstances (ici en raison d'un mauvais état bucco-dentaire dû à la gravité de la pathologie antérieure), mais pourrait l'être dans d'autres (non précisées par la cour d'appel). Troisièmement et quatrièmement, c'est au patient de prouver la faute (et non au professionnel de santé d'établir qu'il n'en a pas commis), et donc de présenter au juge des données factuelles en ce sens. Le patient est tenu de jouer un « rôle actif » et non de s'en remettre au juge. S'il reste « passif », il sera débouté de sa demande. Tout dépendra, néanmoins, du contenu du rapport de l'expert judiciaire.

En résumé

Le contexte

La responsabilité civile d'un chirurgien-dentiste a été engagée par un patient en raison d'un « traitement prothétique défectueux ». Ce dernier a été débouté par la juridiction de première instance (le tribunal de grande instance de Versailles), dont le jugement a ensuite été confirmé par la cour

d'appel ⁽¹⁾. Voici donc un différend ayant pour thématique la responsabilité médicale en matière prothétique. La solution retenue est intéressante, mais, on le verra, à nos yeux assez peu surprenante ; partant, l'on pourra en retirer plusieurs « leçons juridiques ». Tout d'abord, à la lecture de l'arrêt rendu par la cour d'appel, l'on apprend le déroulement des événements (de manière sommaire, il est >>>



vrai, tant le rédacteur de l'arrêt livre assez peu de données factuelles) : « À la suite d'une importante parodontopathie, le patient - M. B. - s'est vu proposer l'extraction de toutes les dents qui lui restaient, la pose de prothèses amovibles complètes transitoires, et la pose de prothèses amovibles définitives quelques mois plus tard. Or les prothèses définitives, qui ont été posées le 10 mars 2011, se sont révélées défectueuses [sans que l'on en sache plus, on suppose que le patient se plaint seulement du caractère inadapté de la prothèse], et M. B. n'a eu ses prothèses définitives que 18 mois plus tard. » Partant, le patient reproche à son praticien un manquement et sollicite une indemnisation. Très précisément, il demande la condamnation du chirurgien-dentiste (et de son assureur) à lui payer les sommes suivantes : 2700 euros au titre

du déficit fonctionnel temporaire, 1350 euros au titre du déficit esthétique temporaire, 3000 euros pour les souffrances endurées, 4600 euros aux fins de remplacement des prothèses défectueuses (un autre praticien serait intervenu), enfin 3000 euros au titre de l'article 700 du Code de procédure civile (les frais exposés pour sa défense en justice). Au total, 14650 euros ! Il ne les obtiendra pas... Pourquoi ?

du déficit fonctionnel temporaire, 1350 euros au titre du déficit esthétique temporaire, 3000 euros pour les souffrances endurées, 4600 euros aux fins de remplacement des prothèses défectueuses (un autre praticien serait intervenu), enfin 3000 euros au titre de l'article 700 du Code de procédure civile (les frais exposés pour sa défense en justice). Au total, 14650 euros ! Il ne les obtiendra pas... Pourquoi ?

L'analyse

Les juges se situent juridiquement sur le terrain de la responsabilité pour faute. Certes, la cour d'appel ne cite pas le texte applicable, ce qui ne manque pas de surprendre, mais elle semble appuyer son raisonnement sur l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique. Cette disposition pose un principe : « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ».

Première leçon : la « *défectuosité des prothèses définitives* » (dont on ignore la substance, ce qui est regrettable) n'est pas regardée comme le « *défaut d'un produit de santé* ». La conséquence est importante. L'énoncé législatif précité est clair : « *Hors [...] défaut d'un produit de santé* », la responsabilité est fondée sur la faute du praticien.

Deuxième leçon : l'existence d'une faute peut être reconnue par le juge, mais il a besoin d'être éclairé par un sachant, d'où la nécessité d'une expertise. L'arrêt reprend un extrait du rapport de l'expert : « *La parodontite terminale non traitée au préalable, avec de nombreuses dents mobiles et une perte osseuse généralisée, indiquait l'extraction de toutes les dents restantes, la réalisation de prothèses complètes*

transitoires, puis la pose de prothèses d'usage, ce qui correspond à une technique de référence totalement acceptée par la communauté scientifique. » L'appréciation porte sur le traitement le plus adéquat à mettre en place au regard de l'état de santé bucco-dentaire du patient ; il n'est pas question d'un « défaut » propre à la prothèse elle-même. En l'espèce, selon ce sachant, aucune faute n'a été commise. L'équation est alors simple : pas de faute, pas de responsabilité, donc pas d'indemnisation due au patient. Il est un passage de l'arrêt d'appel qui mérite également attention. Il est écrit : « *Le seul fait que les premières prothèses posées n'aient pas été adaptées, et qu'il ait fallu les refaire, ne suffit pas à démontrer cette faute, l'état de santé du patient, la gravité de sa pathologie antérieure pouvant expliquer le délai important qui a été nécessaire pour parvenir à un résultat satisfaisant.* » L'inadaptation, dans un premier temps, de la prothèse n'est pas constitutive d'une faute, du moins dans certaines circonstances (le très mauvais état bucco-dentaire antérieur qui rend délicate la pose de la prothèse).

Troisième leçon : l'inadaptation peut être une faute en fonction des circonstances, ici non définies !

Il est aussi souligné par la cour d'appel : « *En tout état de cause, rien ne démontre le contraire [c'est-à-dire que l'inadaptation serait une faute], alors que la charge de la preuve de la faute du chirurgien-dentiste incombe à l'appelant, et la cour ne peut que constater que le patient n'a pas mis à*



profit le délai afférent à l'instance d'appel pour étoffer son dossier et clarifier ses explications. »

Quatrième leçon : la faute doit être prouvée par le patient. Ce n'est donc pas au praticien de prouver qu'il n'en a pas commis. Il incombe ainsi au plaignant d'étayer son « dossier », de le solidifier. Sa « légèreté » aura pour effet l'absence de réparation, qui se traduit par la non-condamnation du chirurgien-dentiste.

Pour conclure, un menu soulagement pour le patient : la cour d'appel ne l'a pas condamné à dédommager le praticien au titre des frais de justice que ce dernier a exposés (le fameux article 700 du Code de procédure civile). La cour d'appel aurait pu juridiquement le condamner à lui verser une somme qu'elle aurait fixée, mais elle en a décidé autrement... ■

David Jacotot

(1) Cour d'appel de Versailles, 3^e chambre, 21 septembre 2017, enregistré au répertoire général sous le numéro 15/07921.

Avis de forte influence jurisprudentielle de la déontologie sur les contrats

En résumé

L'objet de cette chronique est de montrer que les Codes de déontologie influencent de plus en plus le contrat dans son contenu et sa validité. Tel est l'enseignement général qui ressort d'arrêts récents rendus par la Cour de cassation. Il s'agit d'une évolution ; par le passé en effet, la tendance était plutôt de cantonner le Code de déontologie à la réglementation de la profession, sans qu'il régit outre mesure les contrats. Illustrons ce mouvement nouveau. La Cour de cassation impose un préalable de conciliation (avant toute saisine du juge) sur le fondement du Code de déontologie, alors même que le contrat ne stipule aucune conciliation. La liberté contractuelle s'efface devant le Code. Autre exemple : la Cour admet implicitement la nullité d'un contrat non respectueux d'une norme déontologique jugée importante. Ces arrêts concernent certes des architectes, mais leur portée dépasse largement cette seule profession.

Le contexte

L'intitulé de cette chronique peut surprendre, et son sens apparaît quelque peu mystérieux. Que signifie-t-il exactement ? Plusieurs arrêts récents rendus par la Cour de cassation invitent à vérifier si les Codes de déontologie ne régiraient pas de plus en plus fortement les

relations contractuelles nouées entre professionnels de santé, ou entre ces derniers et d'autres contractants ⁽¹⁾.

Avant d'ausculter les trois arrêts de la haute juridiction et de procéder à ladite vérification, posons tout d'abord le «*décor juridique*».

Lorsque le Code de déontologie est en quelque sorte «repris» dans un décret, qui est un acte émanant du pouvoir exécutif, il acquiert une valeur juridique contraignante, celle

de l'instrument qui l'accueille, ici une valeur réglementaire. Tel est le cas du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes. Aussi son contenu s'impose-t-il à tout professionnel qui entre dans son champ d'application ; s'y écarter, c'est prendre le risque d'être sanctionné. En revanche, certains Codes de déontologie ne sont dotés d'aucune force contraignante parce qu'ils ne sont «repris» ni par un >>>

»»» décret (absence de valeur réglementaire) ni par une clause de contrat (absence de valeur contractuelle), ou plus généralement parce qu'ils ne sont pas réutilisés par une source de droit. Le Code des psychologues entre dans cette catégorie ⁽²⁾.

Revenons à la déontologie des chirurgiens-dentistes, dont le Code édicte des devoirs, mais ne fixe pas les conditions de validité ni le contenu des contrats, domaine qui relève du droit civil, du droit des sociétés, etc., Bref, le contrat échappe *a priori* au Code de déontologie. Certes, certaines des dispositions du code « touchent » au contrat, notamment l'article R. 4127-279 qui prévoit la communication des contrats, encore que la « source primaire » de cette obligation de communiquer soit en vérité la loi ⁽³⁾ et non le Code de déontologie. Il est d'autres exemples que l'on n'évoquera pas dans cette chronique. Mais à proprement parler ce code ne régleme-
 nte pas les contrats conclus par les praticiens, mais bien la profession. La nuance est d'importance. Ces frontières sont-elles vraiment aussi étanches ? Les contrats et la profession ne se rejoignent-ils pas très souvent (songeons aux contrats d'exercice de la profession) ? Le débat est bel et bien là : enchevêtrement, cloisonnement, ou plus subtilement influence du second sur le premier (donc

des normes déontologiques sur le contrat) ?

D'une part, une influence certaine : la faute déontologique a parfois été qualifiée de faute civile, à ce titre susceptible d'engager la responsabilité de son auteur. Il a été jugé que la faute civile était caractérisée du seul fait du manquement déontologique ⁽⁴⁾. D'autre part, une influence écartée : la faute déontologique n'est pas nécessairement constitutive de concurrence déloyale ⁽⁵⁾. On voit à travers ces exemples que la réponse à la question posée n'est pas simple. Chacun le sait : le droit n'est pas limpide... mais n'est-ce pas aussi parce que la société est complexe ? Revenons aux trois arrêts évoqués ci-dessus.

L'analyse

Premièrement, l'arrêt rendu le 29 mars 2017 par la Cour de cassation ⁽⁶⁾ concerne une clause de conciliation, un mode alternatif au juge pour tenter de mettre fin à un litige. Cette affaire intéressait le Code de déontologie des architectes, plus précisément son article 25 qui impose la conciliation préalable devant un conseil de l'Ordre pour tout litige entre architectes. Or, en l'espèce, un architecte a

Si le Code de déontologie édicte des devoirs, il ne détermine pas les conditions de validité ni le contenu des contrats.



saisi le juge sans avoir antérieurement sollicité une conciliation ordinaire. Les premiers juges déclarent son action irrecevable. Elle n'est donc pas étudiée au fond, mais écartée pour des raisons procédurales. L'architecte mécontent forme un pourvoi en cassa-



tion et soutient qu'une conciliation doit dériver d'une clause contractuelle et non d'un Code de déontologie. La Cour de cassation rejette le pourvoi : «L'absence de saisine préalable du conseil régional de l'Ordre des architectes constituait une fin de non-recevoir [...], peu

important qu'aucune stipulation contractuelle instituant une procédure préalable de conciliation n'ait été conclue entre les architectes, ni que ceux-ci ne relèvent pas du même conseil régional de l'Ordre des architectes.»

Cet arrêt est intéressant. On au-

rait pu croire, à tort, que le Code de déontologie allait en quelque sorte au-delà de son champ naturel en régissant la relation contractuelle ; dit autrement, d'aucuns pourraient penser qu'il appartient aux seuls architectes de choisir ou non un mode alternatif de règlement des litiges professionnels. La Cour de cassation retient une solution inverse ; la conciliation est exigée par le code, lequel possède une valeur réglementaire, et s'impose donc, indépendamment de sa mention ou non dans le contrat. La méconnaissance de l'obligation réglementaire de conciliation emporte les mêmes effets que la violation d'une clause contractuelle de conciliation, soit l'irrecevabilité de l'action en justice.

Si l'on en revient au Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, l'article R. 4127-259 est ainsi rédigé : «*En cas de dissentiment d'ordre professionnel entre praticiens, les parties doivent se soumettre à une tentative de conciliation devant le président du conseil départemental.*» Même situation, même solution. Si deux chirurgiens-dentistes contractent, alors la conciliation doit avoir été menée avant la saisine du juge, sinon l'action est irrecevable, et ce même si le contrat ne prévoit pas de conciliation. Le Code influence – fortement – le contrat. Il est impossible de prévoir une clause par laquelle les parties renoncent à la conciliation, tout comme il n'est pas autorisé de désigner un autre conciliateur que celui fixé par le Code de déontologie ; la liberté contractuelle s'efface là où le Code s'impose. >>>

Contrevenir à l'obligation réglementaire de conciliation emporte les mêmes effets que la violation d'une clause contractuelle, soit l'irrecevabilité de l'action en justice.

»» En sus, il s'agit d'un manquement déontologique qui pourrait justifier une sanction...

Par ailleurs, une règle déontologique ne peut-elle pas être qualifiée de principe d'ordre public de direction, dont le non-respect entraîne en conséquence la nullité du contrat ? C'est donner énormément de « poids juridique » aux normes déontologiques. La Cour de cassation, par le passé, s'y est refusée : elle affirme que « les règles de déontologie, dont l'objet est de fixer les devoirs de la profession, ne sont assorties que de sanctions disciplinaires et n'entraînent pas à elles seules [soulignons-le] la nullité des contrats conclus en infraction à leurs dispositions »⁽⁷⁾. Il nous semble que la jurisprudence évolue⁽⁸⁾.

Par un arrêt en date du 27 avril 2017⁽⁹⁾, la Cour de cassation se révèle de plus en plus sensible aux règles déontologiques, lors de l'analyse de la licéité d'un contrat, ce qui traduit une forme de « montée en puissance ». Dans l'affaire jugée, relative encore une fois à l'activité d'un architecte, une société civile immobilière (SCI) avait confié une mission ayant pour ob-

jet l'extension d'un bâtiment industriel à une société, mais soustraite l'établissement du dossier de permis de construire à un architecte. Une telle sous-traitance est prohibée par l'article 37 du Code de déontologie. La société maître d'œuvre a rétribué l'architecte, mais a demandé remboursement à la SCI. Celle-ci a refusé. Il s'ensuivit une action en justice. Les premiers juges du fond ont condamné la SCI à rembourser, et considéré que l'illicéité de la sous-traitance ne privait pas l'architecte de son droit à rémunération. La Cour de cassation a cassé l'arrêt au visa notamment du Code de déontologie (dont on rappelle qu'il a valeur réglementaire) aux motifs que « le maître de l'ouvrage n'est pas redevable des sommes exposées par le maître d'œuvre pour rémunérer un sous-traitant lorsque le recours à la sous-traitance est interdit ». Elle en a conclu que « la cour d'appel [avait] violé les textes sus-visés ». Sans l'écrire, de manière implicite, elle autorise le maître de l'ouvrage à soulever la nullité absolue du contrat passé entre la SCI et l'architecte⁽¹⁰⁾. Autrement dit, dès lors qu'une règle déontologique est

importante, structurante, sa méconnaissance entraîne, à elle seule (cette fois-ci, contrairement à l'attendu de l'arrêt de 1991 que nous avons précédemment souligné), la nullité du contrat. Bien évidemment, cette sanction n'est pas encourue en cas de violation de toute norme déontologique. Reste ainsi à déterminer, parmi celles qui régissent les chirurgiens-dentistes, les dispositions susceptibles de justifier la nullité... À ce jour, à notre connaissance, aucune jurisprudence n'existe relativement au Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, du moins pour le moment...

Le dernier arrêt que nous étudierons est bien connu des lecteurs de *La Lettre*. Il s'agit de l'arrêt du 26 avril 2017 duquel il a été dit que la Cour de cassation a veillé à limiter le champ d'application du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes uniquement aux personnes qu'il vise expressément. Pour le dire autrement, la Cour retient une interprétation stricte du champ d'application des Codes de déontologie⁽¹¹⁾. Une association dont l'objet réside dans la création et la gestion de centres de santé dentaires a mené une politique de promotion offensive en ouvrant des centres de soins à grand renfort de publicité, dans la presse notamment, et a également créé un site Internet ainsi que des plaquettes de présentation. Elle a réalisé des actes que réprouve le Code de déontologie et auxquels tout chirurgien-dentiste se voit interdit de procéder. La Cour de cassation a néanmoins adopté une vision restrictive, considérant que « les dispositions du

Dès lors qu'une règle déontologique est structurante, sa méconnaissance entraîne à elle seule, désormais, la nullité du contrat.

Code de déontologie des chirurgiens-dentistes s'imposent à tout chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'Ordre et à tout chirurgien-dentiste exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du même code ou par une convention internationale, quelle que soit la forme d'exercice de la profession, et s'appliquent également aux étudiants en chirurgie dentaire; [...] ces dispositions ne régissent que ces professionnels et ne peuvent être opposées aux personnes morales qui les emploient».

Cela étant, les mêmes juges critiquent la cour d'appel dans la mesure où elle n'a pas pris en compte d'autres dispositions, d'origine légale (et non réglementaire), qui interdisent indirectement les procédés de publicité; ils visent l'article 1382 du Code civil⁽¹²⁾ et l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique. Ils



Dans l'arrêt visant un centre de santé qui s'était livré à une politique de promotion offensive, les juges ont cherché à faire respecter l'esprit du Code de déontologie, pourtant inapplicable.

relèvent que «s'il incombe à un centre de santé, régi par les dispositions de l'article L. 6323-1 du code susvisé et soumis pour son activité aux conditions de fonctionnement prévues aux articles D. 6323-2 et suivants du même code, de délivrer des informations objectives relatives, notamment, aux prestations de soins dentaires qu'il propose au public, il ne peut, sans exercer de concurrence déloyale, recourir à des procédés publicitaires concernant ces prestations, de nature à favoriser le développement de l'activité des chirurgiens-dentistes qu'il emploie, dès lors que les chirurgiens-dentistes sont soumis, en vertu de l'article R. 4127-215 du code précité, à l'interdiction de tous procédés directs ou indirects de publicité». Ainsi les juges ont-ils trouvé dans ces dispositions légales de quoi faire respecter l'esprit du Code de déontologie pourtant inapplicable. Nous partageons l'analyse du P^e H. Barbier : «Nul doute en effet que le Code de déontologie a pesé dans cette cassation finale, en dépit de son inapplicabilité. Il constitue un droit contraignant pour les professionnels, mais aussi un droit souple pour les personnes morales qui, bien que n'y étant pas soumises directement, ont à respecter leurs obligations légales à la lumière de la déontologie applicable à leurs membres.»

En conclusion, un vent jurisprudentiel souffle en faveur d'une influence des Codes de déontologie sur les contrats. ■

David Jacotot

(1) H. Barbier, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2017, p. 636.

(2) H. Barbier, préc.

(3) L'article L. 4113-9 du Code de la santé publique énonce que les contrats ayant pour objet l'exercice de la profession doivent être transmis au conseil départemental de l'Ordre.

(4) Voir Cour de cassation, Com., 22 mai 2001, n° 95-14909 et la jurisprudence citée par H. Barbier, préc.

(5) Voir Cour de cassation, Com., 10 sept. 2013, n° 12-19356; 7 juillet 2015, n° 14-16.307, D. 2015. 2526, obs. Centre de droit de la concurrence Y. Serra.

(6) H. Barbier, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2017, p. 653.

(7) Cour de cassation, 1^{re} ch. civ., 5 novembre 1991, n° 89-15179, *Revue trimestrielle de droit civil*, 1992, p. 383, obs. J. Mestre; 3^e ch. civ., 11 juin 1986, *Dalloz*, 1987, p. 285, note A. Gourio.

(8) Lire H. Barbier, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2017, p. 653.

(9) 3^e ch. civ., n° 16-15.958.

(10) H. Barbier, préc.

(11) H. Barbier, préc.

(12) Article devenu, depuis l'ordonnance de 2016 qui réforme le droit des contrats, l'article 1240.

Compagnonnage

Chef de la sous-section Prothèses de la faculté de Montpellier pendant 16 ans, Jacques Margerit laisse «*un service de prothèse en état de marche*». Chirurgien-dentiste libéral, professeur des universités, *past president* du Collège national des enseignants en prothèses odontologiques, *past president* du Conseil national des universités, membre associé de l'Académie nationale de chirurgie dentaire... Au cours de sa carrière, Jacques Margerit s'est bâti un CV entièrement consacré à la prothèse. Il raconte : «*J'ai eu la chance de vivre une période au cours de laquelle la prothèse a connu beaucoup d'évolutions, pour ne pas dire de révolutions.*» D'où son activité de recherche orientée vers le domaine de la prothèse.

Pour être un enseignant, il faut pouvoir à la fois poser le bon diagnostic et montrer comment réaliser le plan de traitement.

En 1989, il soutient sa thèse de troisième cycle intitulée «*Étude comparée de l'adhérence des prothèses fixées, scellées, collées*» sous la direction d'une figure de la dentisterie, Michel Degrange. Il étudie

ensuite le vieillissement *in vivo* et *in vitro* des ciments destinés à assurer l'interface dento-prothétique pour sa thèse d'université soutenue en 1994. Enseigner n'est pas un vain mot pour cet anticonformiste un peu provocateur, mais toujours avec bienveillance. «*L'échange avec les étudiants et la transmission sont les facettes de mon activité qui m'ont le plus passionné. J'ai toujours intégré la notion de compagnonnage dans ma pédagogie, car un enseignant, c'est quelqu'un qui est capable de poser le bon diagnostic, puis de montrer comment réaliser le plan de traitement. Par ailleurs, j'accorde beaucoup d'importance à la relation "clinique - labo de prothèse" d'où mon opposition à la réalisation des prothèses à l'étranger*», dit-il.

Aujourd'hui, Jacques Margerit est professeur émérite de l'université de Montpellier et s'est engagé auprès de son ami et doyen Philippe Gibert, à «*pérenniser la prothèse maxillo-faciale en formant*



JACQUES MARGERIT

1949 : naissance à Rosières

1975 : diplômé en chirurgie dentaire

1996 : maître de conférences – praticien hospitalier

2001 : responsable de la sous-section Prothèses à Montpellier

2003 : professeur des universités

2006 : diplômé en implantologie

2008 : président du Collège national des enseignants en prothèses odontologiques

2012 : président du Conseil national des universités

un praticien qui exercera au sein de la sous-section Prothèses». À côté de son activité hospitalo-universitaire, il a longtemps gardé un exercice libéral : ses cinq premières années d'exercice se sont déroulées à Sallèles-d'Aude, puis à Narbonne de 1981 à 2003. Mais la fac n'est jamais très loin : il y donne encore quelques cours pour le CES de prothèse maxillo-faciale. Il consacre l'autre partie de son temps à sa famille. Il transmettra, peut-être, à ses petits enfants sa passion pour les encyclopédies anciennes, et sa curiosité pour les bonnes bouteilles. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ BURN OUT

Les chirurgiens-dentistes ont jusqu'à la fin février 2018 pour répondre à une grande enquête sur le *burn out* lancée par le Conseil national de l'Ordre. Ce questionnaire, envoyé par mail et anonymisé, vise à identifier et à prévenir les risques de *burn out*. Quelques minutes suffisent pour y répondre.



✓ VIOLENCES

Un praticien doit être en mesure de délivrer, au-delà d'un certificat médical, un certain nombre de conseils et d'informations aux femmes victimes de violences. Pour obtenir les renseignements nécessaires, il peut se rapprocher de son conseil départemental afin d'obtenir les coordonnées du référent Violences faites à autrui.



✓ IDENTIFICATION

Pour déposer sa candidature auprès de l'Unité d'identification odontologique, le praticien doit constituer un dossier téléchargeable depuis le site de l'Ordre et l'envoyer par voie postale au Conseil national de l'Ordre ou par mail (courrier@oncd.org). Les membres de l'UIO sont mobilisables 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour des missions qui peuvent durer de quelques jours à quelques semaines.

✓ ALERTE

Le mécanisme d'alerte est sur le point d'être opérationnel en France. Ce dispositif consiste à informer systématiquement toutes les autorités compétentes en charge du registre national lorsqu'une sanction – professionnelle ou pénale – de suspension ou de radiation est retenue à l'endroit d'un professionnel de santé.



La Lettre n° 164 – Janvier 2018

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, 17, 21, 35, 36. Flore François : pp. 13, 20. DR : pp. 16, 24, 34.

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

Le président, Gilbert Bouteille,
et les membres
du Conseil national
vous présentent
leurs meilleurs vœux

2018

BONNE ANNÉE !

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

