

Accès aux soins : ce que prône l'Assemblée nationale

p. 16

Le juge peut-il réduire des honoraires ?

p. 20

Réorientation de l'Ordre : acte I

p. 10



**DÉMOGRAPHIE**

**LES CHIFFRES**

**2017**

**DE LA PROFESSION**



4

L'ÉVÈNEMENT

# Démographie, les chiffres 2017 de la profession

## ACTUALITÉS

11 EN BREF

12 RÉFORME

Réorientation de l'Ordre :  
acte I

SYSTÈME DE SANTÉ

16 Accès aux soins, ce que prône  
l'Assemblée nationale

## JURIDIQUE

20 DROIT DES CONTRATS

Le juge peut-il réduire  
des honoraires ? La réponse  
tout en tact et mesure...



24 CONTENTIEUX  
DISCIPLINAIRE

Recours devant le Conseil d'État :  
le couperet de l'admissibilité



Plus d'info sur

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





# Des réponses fortes

Trois semaines avant que l'affaire Dentexia ne prenne un spectaculaire tournant judiciaire, avec des sanctions – provisoires – connues de tous, le ministère de la Santé diffusait aux Agences régionales de santé (ARS) un guide sur les centres

de soins. Ce document donne la mesure du travail qui reste à accomplir par l'institution ordinaire pour accompagner les pouvoirs publics dans la mission consistant à assurer aux patients l'universalité, la sécurité et la qualité des soins, dans le cadre d'une relation basée sur la responsabilité et la confiance.

Après le désastre sanitaire Dentexia en effet, le temps est venu d'intensifier avec les pouvoirs publics notre partenariat à tous les échelons, qu'ils soient régionaux avec les ARS ou nationaux avec les ministères, en impliquant l'ensemble des élus ordinaires sur tout le territoire.

Rappelons que l'objectif central du législateur, via la création des centres de santé, consiste à favoriser l'offre de soins de premier recours et de proximité en créant une alternative à l'exercice purement libéral. Une solution devant répondre aux exigences de territorialité pour dispenser l'ensemble des soins dans toutes les disciplines de la médecine bucco-dentaire et à tous les patients.

« CONCILIER RENTABILITÉ  
SANS ESPRIT DE LUCRE  
AVEC RESPECT DE L'ÉTHIQUE  
ET DE LA DÉONTOLOGIE. »

Les souhaits récemment exprimés par le président de la République de voir les cabinets libéraux se regrouper et la volonté de Bruxelles comme des gestionnaires privés de « libérer » l'entrée de capitaux extérieurs dans les sociétés d'exercice des professionnels de santé appellent de notre part des réponses fortes à la mesure des enjeux. Le Conseil national a le devoir de conduire une réflexion sur les futures structures d'exercice des chirurgiens-dentistes et sur le développement de l'activité salariée. Mais il n'en cessera pas moins de rappeler aux décideurs que, en matière de santé publique, concilier rentabilité sans esprit de lucre avec respect de l'éthique et de la déontologie relève d'un pari audacieux...

Serge Fournier  
Président du Conseil national





## DÉMOGRAPHIE

# LES CHIFFRES 2017 DE LA PROFESSION

Effectif, parité, âge, mode et structure d'exercice, nationalité des praticiens et des primo-inscrits... Dans les pages suivantes sont présentées les données statistiques 2017 de l'Ordre sur les chiffres de la profession.



Les données statistiques 2017 de l'Ordre livrent plusieurs enseignements parmi lesquels la stabilisation du nombre de praticiens issus de l'Union européenne s'inscrivant en France. Une donnée qu'il convient d'interpréter avec prudence, le phénomène étant peut-être conjoncturel. Il faudra donc attendre les chiffres des prochaines années pour mieux le cerner. En revanche, le nombre de Français formés dans l'Union européenne (hors de l'Hexagone) et s'inscrivant au tableau de l'Ordre, lui, connaît une croissance qui ne se dément pas. Certes, cette progression était prévisible au vu des promotions en cours de formation dans les pays « ex-

portateurs » de diplômés. Un chiffre donne la mesure du phénomène que nous détaillons ci-après : depuis 2014, le nombre de Français formés en UE hors de France a augmenté de 225 %...

## UN RAJEUNISSEMENT DE LA PROFESSION

Dans le détail, pour 2017, l'Ordre recense 42 821 chirurgiens-dentistes en exercice, soit une très légère hausse de 0,5 % par rapport à 2016 (42 598 praticiens). Globalement, et depuis quelques années, l'effectif des chirurgiens-dentistes progresse de façon mesurée.

Autre phénomène qui s'inscrit dans le temps : la féminisation de la profession. En 2017, les

femmes représentaient 44,5 % de la profession (43,8 % en 2016). S'agissant de l'âge, la part de praticiens de moins de 65 ans reste constante : 92,6 % des praticiens ont moins de 65 ans contre 92,8 % en 2016. L'âge moyen passe de 47,8 ans en 2016 à 47,6 ans en 2017. La moyenne d'âge des femmes est de 44,3 ans, contre 50,2 ans pour les hommes. En 2017, 94 % de la population des chirurgiens-dentistes exercent en omnipratique, soit 40 191 praticiens. Les effectifs des trois spécialités sont les suivants :

- Orthopédie dento-faciale : 2 410 praticiens (+ 30 praticiens par rapport à 2016) ;
- Chirurgie orale : 152 praticiens (+ 22 praticiens) ;
- Médecine bucco-dentaire : 68 praticiens (+ 5 praticiens).



## TYPOLOGIE DES PRINCIPALES SOCIÉTÉS

- Sociétés civiles de moyens (SCM) : **6 620** (contre 6 517 en 2016)  
→ hausse de **1,5 %**
- Sociétés d'exercice libéral (Selarl) : **5 176** (contre 4 767 en 2016)  
→ hausse de **8,5 %**
- Sociétés civiles professionnelles (SCP) : **447** (contre 487 en 2016)  
→ baisse de **8,2 %**
- Sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées (Selas) : **68** (contre 50 en 2016)  
→ hausse de **36 %**
- Exercice professionnel à frais communs (EPFC) : **721** (contre 710 en 2016)  
→ hausse de **1,5 %**
- Sociétés de participations financières de profession libérale de chirurgiens-dentistes (SPFPL) : **222** (contre 155 en 2016)  
→ hausse de **43 %**



## L'ÂGE

39 641 ♂ + ♀  
de moins de 65 ans

3 180 ♂ + ♀  
de plus de 65 ans

çais en 2017, contre 58 en 2016. Viennent ensuite la Roumanie (81 Français diplômés), le Portugal (37 Français diplômés) et la Belgique (31 Français diplômés).

S'agissant des primo-inscrits étrangers, l'Ordre recense, entre autres, 156 praticiens roumains (164 praticiens en 2016), 72 praticiens portugais (93 praticiens en 2016), 65 praticiens espagnols (68 praticiens en 2016) et 18 praticiens italiens (16 praticiens en 2016).

## 67 REFUS D'INSCRIPTION

Autre donnée importante liée aux praticiens étrangers issus de l'Union européenne, l'Ordre recense en 2017 67 refus d'inscription pour non-maîtrise de la >>>

## L'EUROPÉANISATION DES DIPLÔMES

Venons-en à l'un des phénomènes qui impacte fortement le profil de la profession : 37 % des primo-inscrits inscrits au tableau en 2017 ont obtenu leur diplôme hors de France. Le chiffre est impressionnant, certes, mais le taux reste rigoureusement identique à celui de 2016. Reste donc à étudier à la loupe ces données. Sur 1 673 primo-inscrits en

2017, 620 praticiens ont obtenu leur diplôme à l'étranger, majoritairement dans les pays de l'Union européenne (UE). Parmi ces 620 praticiens, 260 sont Français, ce qui représente une hausse de près de 20 % par rapport à 2016 et de 225 % par rapport à 2014, comme déjà mentionné.

Où se sont formés ces 260 praticiens français ? En Espagne d'abord, qui caracole en tête avec 101 diplômes délivrés à des Fran-

## PART D'OMNIPRATICIENS ET DE SPÉCIALISTES

40 191 omnipraticiens (94 % de la profession)

2 410 spécialistes en ODF (+ 30 praticiens par rapport à 2016)

152 chirurgiens oraux (+ 22 praticiens par rapport à 2016)

68 spécialistes en MBD (+ 5 praticiens par rapport à 2016)





langue française. Rappelons que, malgré la reconnaissance automatique des diplômes européens via la directive 2005/36/CE, les praticiens à diplôme européen ne peuvent pas exercer en France sans inscription préalable au tableau de l'Ordre, auquel il incombe de vérifier la connaissance de la langue française. Les conseils départementaux de

l'Ordre ont prononcé 67 refus d'inscription, un chiffre en augmentation par rapport à 2016 (50 refus).

### DENSITÉ STABLE, MAILLAGE INÉGAL

S'agissant de la densité des praticiens, l'Ordre recense en 2017 62,2 chirurgiens-dentistes (tous

modes d'exercices confondus) pour 100 000 habitants.

Une densité en légère diminution après quatre années de hausse consécutive (64,5 en 2016, 63,9 en 2015, 62,9 en 2014, 62,7 en 2013). On observe en 2017, comme les années précédentes, d'importantes disparités entre les territoires.

La région qui compte la plus forte densité de praticiens, Provence-Alpes-Côte d'Azur, recense 92 praticiens pour 100 000 habitants, ce nombre culminant à 131,4 pour les seules Alpes-Maritimes. La région la moins bien couverte, la Normandie, compte en moyenne 44,5 praticiens pour 100 000 habitants (41,1 seulement dans le département de l'Eure). La Corse affiche pour sa part 86,8 praticiens pour 100 000 habitants, contre 43,8 pour les départements d'outre-mer (et 8,9 pour Mayotte). ■



## LA RÉPARTITION DES COLLABORATEURS LIBÉRAUX OU SALARIÉS ET DES PRATICIENS-CONSEILS

- 4 364** praticiens collaborateurs libéraux (contre 4 308 en 2016)
- 480** praticiens collaborateurs salariés (contre 492 en 2016)
- 3 690** praticiens salariés en collectivité<sup>(1)</sup> (contre 3 508 en 2016).
- 238** praticiens-conseils (contre 238 en 2016)

(1) Il s'agit de praticiens exerçant notamment au sein des centres de santé, des hôpitaux, des établissements de santé, d'autres organismes particuliers, par exemple, la Croix-Rouge, etc.



## LA NATIONALITÉ DES PRIMO-INSCRITS EN 2017

Parmi les **1 673** primo-inscrits, l'Ordre recense, entre autres

<b>1 300</b>	Français
<b>156</b>	Roumains
<b>72</b>	Portugais
<b>65</b>	Espagnols
<b>18</b>	Italiens.

## PRATICIENS LIBÉRAUX, PRATICIENS SALARIÉS

**15 945** ♀ exercent en libéral

**21 495** ♂ exercent en libéral

**3 036** ♀ exercent en tant que salariées

**2 103** ♂ exercent en tant que salariés

## LES PRATICIENS FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

**39 593** praticiens français  
(contre 39 645 en 2016)

**2 627** praticiens issus d'un pays  
de l'UE (contre 2 365 en 2016)

**598** praticiens issus d'un pays  
hors de l'UE (contre 579 en 2016)

## OÙ SE FORMENT LES FRANÇAIS À L'ÉTRANGER ?

• **260** primo-inscrits français formés à l'étranger contre (218 en 2016). Cela représente une hausse de près de 20 % de praticiens français formés à l'étranger et inscrits au tableau français.

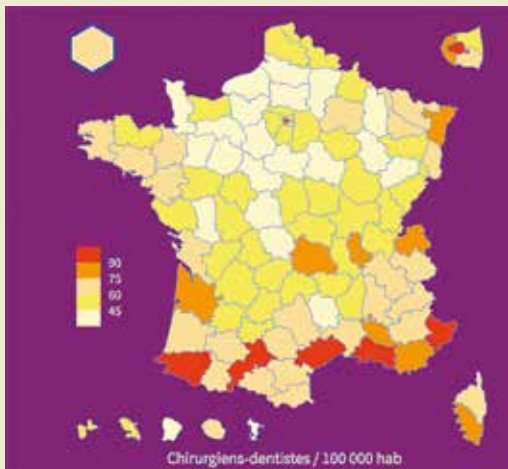
NB DE FRANÇAIS FORMÉS À L'ÉTRANGER	PAYS FORMATEUR
101	ESPAGNE
81	ROUMANIE
37	PORTUGAL
31	BELGIQUE
2	GRÈCE
2	SYRIE
1	ALGÉRIE
1	BULGARIE
1	ÉQUATEUR
1	HONGRIE
1	SUISSE
1	UKRAINE

## TOP 5 DES PAYS DÉLIVRANT DES DIPLÔMES

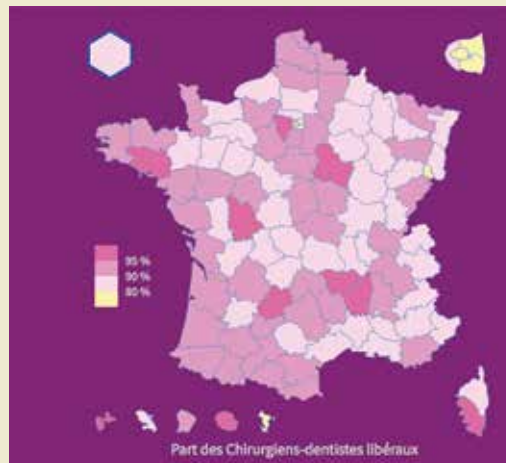
ORIGINE DU DIPLÔME	NOMBRE DE DIPLÔMES
FRANCE	1 053
ROUMANIE	253
ESPAGNE	169
PORTUGAL	108
BELGIQUE	46



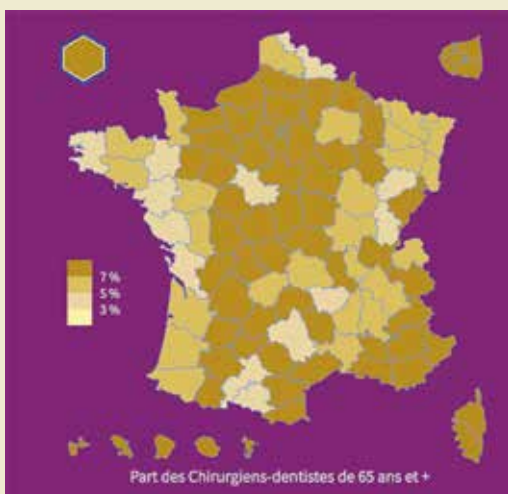
### DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES POUR 100 000 HABITANTS



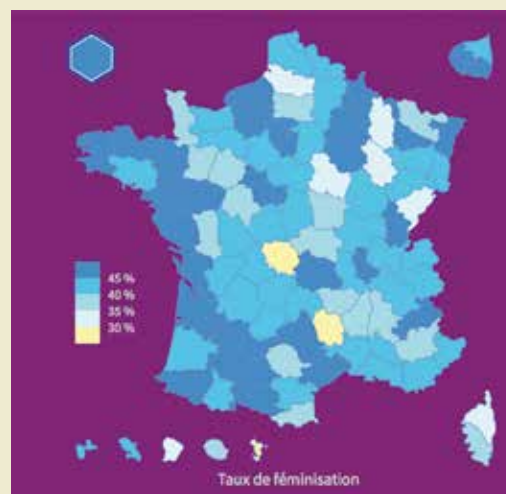
### PART DES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX



### PART DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE 65 ANS ET +



### TAUX DE FÉMINISATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES



## Conseil supérieur des personnels médicaux

Les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes exerçant au sein des établissements publics de santé disposent désormais par décret d'une instance nationale élue qui les représente officiellement auprès des pouvoirs publics. Cette instance est nommée « *Conseil supérieur des personnels médicaux* ». En pratique, le décret n° 2018-639 du 19 juillet 2018 relatif au Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé détermine sa composition, les modalités de désignation des représentants des personnels, son organisation et son fonctionnement.

### 1. Le conseil est composé

de 25 membres titulaires dont :

- 15 représentants élus des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques;
- 7 représentants des établissements publics de santé;
- 3 représentants des ministres concernés.

### 2. La représentation des personnels

est organisée en trois collèges distincts :

- Le collège des personnels hospitalo-universitaires titulaires composé de cinq membres;
- Le collège des praticiens hospitaliers titulaires composé de cinq membres;



- Le collège des praticiens non titulaires hospitalo-universitaires et hospitaliers composé de cinq membres.

La durée du mandat des représentants des personnels et des représentants des établissements publics de santé est de quatre ans renouvelables.

## La disparition d'Olivier Guastalla

Figure de la profession, très impliqué dans la formation, Olivier Guastalla est décédé brutalement à l'âge de 43 ans, le 26 août dernier.

À sa famille, à ses proches, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.

La Lettre n° 171 – OCTOBRE 2018

Directeur de la publication : Serge Fournier/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/](http://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 : Alexis Harnichard : pp. 3. Fotolia : pp. 1, 6-8, 28. DR : pp. 10, 12-15.

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

A photograph of Serge Fournier, an older man with white hair, wearing a dark blue suit, white shirt, and patterned tie. He is holding a microphone and speaking. A name tag is visible on his lapel. The background is slightly blurred, showing a presentation screen with some text and a logo.

# RÉORIENTATION DE L'ORDRE : ACTE I

C'est avec les présidents des départements de l'Ordre que Serge Fournier, président du Conseil national, et son équipe ont lancé le grand chantier de la mandature visant à une réorientation en profondeur de l'institution ordinale.

**P**arce qu'ils sont au contact quotidien des confrères et parce qu'ils ont des prérogatives étendues, les conseils départementaux sont au cœur du dispositif ordinal. La nouvelle équipe du Conseil national a fait de la centralité des départements l'un des axes majeurs de son action. C'est autour du pivot qu'ils représentent que doit s'articuler l'action de l'institution. Et, de fait, l'un des premiers actes du président, Serge Fournier, et de son bureau aura été d'organiser en urgence à Paris, en septembre dernier, trois séminaires successifs rassemblant tous les présidents des départements ordinaires de France <sup>(1)</sup>. Pour le Conseil national, il s'agissait d'abord d'écouter les retours des présidents, dans la mesure où personne n'est mieux à même de maîtriser la réalité de l'exercice et de l'offre de soins bucco-dentaires dans leur territoire. C'était le premier objectif de ces réunions, qui ont – >>>



1. Serge Fournier, président du Conseil national.
2. Séminaire du 5 septembre avec les présidents des départements de moins de 300 praticiens.
3. Séminaire du 19 septembre avec les présidents des départements de plus de 650 praticiens.
4. Séminaire du 12 septembre avec les présidents des départements dont le nombre de praticiens est compris entre 300 et 650.

»»» logiquement – vocation à devenir pérennes et régulières.

Le deuxième enjeu consistait à appréhender collectivement les sujets clés qui impactent – ou vont impacter – la profession : la publicité des professionnels de santé, les évolutions démographiques et la transposition en droit français des directives européennes touchant de près notre activité (l'accès partiel, le test de proportionnalité...). D'autres points importants comme le dialogue avec les Agences régionales de santé – sur la question des centres de santé, par exemple – ou encore la permanence des soins ont été abordés lors de ces trois séminaires.

C'est, on l'a compris, une nouvelle ambition que porte aujourd'hui l'institution. L'Ordre se met en mouvement. La nouvelle équipe du Conseil national a d'ailleurs très clairement exprimé cette nouvelle dynamique qu'elle entend impulser. Ainsi, se donne-t-elle les moyens, dès aujourd'hui, d'allier travail de fond sur des sujets prospectifs et capacité à répondre immédiatement et efficacement aux urgences imposées par l'actualité (la conception d'un modèle de contrat en télé-expertise, appliqué à notre profession, en est une illustration).

Viendra alors l'autre phase que le bureau du Conseil national entend déployer très rapidement et très concrètement : donner de la visibilité à cette réforme interne, refondre l'image de l'Ordre et réarmer sa communication. ■

(1) Une première réunion rassemblait les présidents des départements de moins de 300 chirurgiens-dentistes, la deuxième, ceux des départements comptant entre 300 et 650 praticiens et la troisième, ceux des départements de plus de 650 praticiens.



## MARC BARTHÉLEMY, CONSEILLER ORDINAL DE L'ISÈRE

*« La discussion sur le rapport du Conseil d'État relatif à la publicité des professionnels de santé a eu le mérite de dresser un constat commun : nous sommes à l'aube d'une évolution incontournable, avec notamment la percée du numérique dans les nouvelles pratiques de communication. Toiletter le Code de déontologie pour garantir des règles de communication équitables entre tous apparaît aujourd'hui indispensable. Plus largement, la réunion a été positive dans la mesure où une dynamique de changement s'est enclenchée de façon tangible. Globalement, cette journée a été l'occasion de faire le point sur ce que nous devons mettre en place pour accompagner au mieux les confrères dans leur exercice. »*



## GEORGES MOUNET, PRÉSIDENT DU GERS

« Nous avons obtenu des réponses claires et précises sur des problématiques que nous rencontrons au quotidien dans les départements, par exemple les conciliations ou encore les visites ordinaires de cabinets dentaires. Il est réconfortant pour un "petit" département de 110 praticiens de se savoir accompagné par le Conseil national. Les réponses apportées visent à nous aider à assurer nos missions dans les meilleures conditions. L'échange avec les présidents des autres départements à faible démographie est à la fois stimulant et enrichissant. »



## CHARLOTTE COSTA, PRÉSIDENTE DE LA DORDOGNE

« Il se dégage de cette réunion une volonté commune de faire avancer les choses de façon transversale, comme en témoignent les nombreuses discussions animées entre les conseillers. Je sens un réel changement ! J'ai, par ailleurs, obtenu des réponses pratiques, notamment sur le système de vérification des diplômes. Autre moment fort : l'intervention sur la démographie. Les chiffres présentés ont le mérite de cerner la réalité de nos territoires, ce que ne peuvent traduire les grandes moyennes nationales. Enfin, l'information sur les prochaines élections départementales par binôme (une femme/un homme) est précieuse. Nous devons à nos confrères une organisation parfaite de ce scrutin tel que le prévoit la réforme des Ordres. »



# Accès aux soins, ce que prône l'Assemblée nationale

Hasard du calendrier, peu de temps avant la présentation du plan Santé par Emmanuel Macron, une commission d'enquête de l'Assemblée nationale rendait public son rapport sur l'accès aux soins des Français sur le territoire national. Certaines pistes font d'ailleurs écho aux mesures avancées par le président de la République.

**E**n avril dernier, l'Ordre a été auditionné par la commission d'enquête parlementaire «sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain»<sup>(1)</sup>. Les travaux de cette commission ont abouti à la publication d'un rapport assorti de 27 propositions visant à nourrir le débat public pour améliorer l'accès aux soins.

Si, pour l'essentiel, le rapport traite de l'accès aux soins médicaux, deux pages sont consacrées à la médecine bucco-dentaire. Que dit le rapport sur notre profession? Dans un cha-

pitre intitulé «*Le cas particulier des chirurgiens-dentistes*», les auteurs relèvent que les effectifs sont stables depuis 15 ans, «notamment du fait d'un afflux important de diplômés à l'étranger». En effet, un tiers des praticiens inscrits pour la première fois à l'Ordre des chirurgiens-dentistes en 2015 ont obtenu leur diplôme à l'étranger, et ce flux n'a fait qu'augmenter au cours des dix dernières années. Autre constat de la commission : le *numerus clausus* «a chuté entre sa création et le début des années 1990, se stabilisant ensuite autour de 800 places par an. Depuis 2004, le *numerus clausus* a progressivement été relevé, bien que de manière moins marquée que le

*numerus clausus* médical. Ce relèvement commence aujourd'hui à produire ses effets».

Les auteurs notent qu'au-delà des effets du *numerus clausus* la dynamique démographique liée à la forte hausse du nombre de diplômés à l'étranger n'a, pour l'instant, pas «pour effet de corriger la répartition très inégalitaire» des praticiens. Mais le rapport reste muet sur les solutions *ad hoc* permettant de pallier ce problème de maillage territorial spécifiquement pour notre profession (lire l'encadré «L'audition du Conseil national», p. 19).

Il avance néanmoins des propositions dont une grande majorité serait directement applicable aux chirurgiens-dentistes. Plus largement, certaines de ces propositions font écho aux mesures du plan Santé présenté en septembre dernier par le président de la République. Mais d'autres s'en écartent. Au rang des pistes >>>

---

**LA FORTE HAUSSE DU NOMBRE DE DIPLÔMÉS À L'ÉTRANGER N'A PAS POUR EFFET DE CORRIGER LA RÉPARTITION TRÈS INÉGALITAIRE DES PRATICIENS SUR LE TERRITOIRE.**

---





» avancées par la commission de l'Assemblée nationale, on retiendra celles qui sont énoncées ci-après.

- **Favoriser un déploiement maximal du dispositif du CESP** (contrat d'engagement de service public) notamment en revalorisant de 25 % – de 1 200 à 1 500 euros – l'allocation mensuelle versée à ses bénéficiaires, au moins à titre temporaire, pour surmonter le grave déficit en offre médicale annoncé pour les dix prochaines années.

- **Réformer la Paces** (première année commune des études de santé) en s'inspirant de l'un des dispositifs alternatifs en cours d'expérimentation («Alter-Paces», «PluriPass»), l'objectif consistant à une sélection moins «mathématisée» et davantage «médicalisée».

- **Substituer au numerus clausus un «numerus apertus régionalisé»**, c'est-à-dire un nombre minimal de places en études médicales qui serait défini à l'échelle nationale et qui pourrait être augmenté par région, en fonction des besoins et des possibilités territoriales de formation, à la libre appréciation de chaque faculté.

- **Permettre un accès aux informations du dossier médical partagé (DMP)** à tous les professionnels qui en ont besoin en recourant à des codes cryptés et à des modes dégradés permettant une différen-

tion des modalités de consultation par catégorie de professionnels.

- **Créer une pratique avancée** pour d'autres professions que celle d'infirmier.

- **Modifier le statut des praticiens hospitaliers** pour permettre à l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital d'entrer dans le droit commun et déployer cet exercice mixte dans les deux prochaines années sur tout le territoire.

- **Prévoir le maillage de tout le territoire par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** d'ici à deux ans <sup>(2)</sup>. Parallèlement, mettre à la disposition de chaque CPTS un animateur chargé de l'ingénierie initiale du projet et du fonctionnement de la structure.

- **Exonérer les praticiens exerçant en situation de cumul emploi-retraite** dans les zones en tension de toute cotisation retraite, sans condition de plafond de revenu annuel. Il s'agit d'une mesure incitative visant à mobiliser des praticiens retraités disposés à travailler deux ou trois jours par semaine.

- **Créer un statut de «praticien-assistant de territoire»**. De quoi s'agit-il? Entre l'issue de la formation d'un praticien et son installation, il existe une zone grise qui peut durer de quatre à sept ans. L'idée, déjà en vigueur pour les assistants des hôpi-



taux, est que le praticien s'engage pendant deux ans à travailler dans un territoire sous-dense moyennant une incitation financière de 5 000 euros versés sur deux ans.

- **Créer un statut de «praticien volant»** qui permettrait à des chirurgiens-dentistes «thésés» de venir ponctuellement épauler d'autres confrères, en particulier ceux qui sont installés dans des zones sous-denses, en qualité de travailleurs non salariés (TNS). Dans le système en vigueur, les honoraires perçus par le remplaçant sont versés sur le compte du praticien qu'il remplace et qui, ensuite, les lui rétrocède. Aussi, grâce au statut de TNS, le praticien volant percevrait désormais une rémunération à l'acte et pourrait exercer en même temps que le confrère qu'il vient remplacer.

- **Revaloriser le tarif de la consultation** chez l'ensemble des omnipraticiens installés en zone sous-dense.

- **Mettre en place une plateforme** unique départementale pour la ré-

---

**UN « NUMERUS APERTUS RÉGIONALISÉ », QUI PRÉVOIRAIT UN NOMBRE MINIMAL DE PLACES EN ÉTUDES MÉDICALES SELON LES TERRITOIRES, POURRAIT SE SUBSTITUER AU NUMERUS CLAUSUS ACTUEL.**

---

gulation des soins non programmés (regroupant le 15, le 18 et le numéro de la permanence des soins), au sein de laquelle seraient intégrées des solutions de téléconsultation et de téléconseil médical personnalisé pour les situations non urgentes.

- **Renforcer la télémédecine** en développant une nomenclature dédiée, en premier lieu pour les pharmaciens et les infirmiers.

- **Supprimer les Agences régionales de santé (ARS)** et les remplacer par des Directions départementales de la santé publique, placées sous l'autorité du préfet.

- **Développer massivement les stages en dehors des CHU**, par exemple au sein d'établissements publics, mais aussi dans des structures hospitalières privées, à but lucratif ou non, et, en dehors du cadre hospitalier, dans des cabinets libéraux où les praticiens exercent individuellement, en groupe ou en réseau : maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.

- **Étendre aux chirurgiens-dentistes les dispositifs de conventionnement sélectif** déjà appliqués à d'autres professionnels de santé. ■

(1) Pour lire le rapport et ses 27 propositions : [http://www2.assemblee-nationale.fr/15/autres-commissions/commissions-d-enquete/commission-d-enquete-sur-l-egal-acces-aux-soins-des-francais/\(block\)/48311](http://www2.assemblee-nationale.fr/15/autres-commissions/commissions-d-enquete/commission-d-enquete-sur-l-egal-acces-aux-soins-des-francais/(block)/48311)

(2) « Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... », indique le ministère de la Santé sur son site Internet.

## L'audition du Conseil national

Lors de son audition – la seule à avoir été spécifiquement consacrée à la question bucco-dentaire –, Myriam Garnier, vice-présidente du Conseil national, a pu faire état, entre autres, de l'initiative lancée voilà une dizaine d'années qui a abouti à la création, dans des hôpitaux qui en étaient dépourvus, de « dix unités d'odontologie dans des régions n'abritant pas de faculté de chirurgie dentaire ».

Une initiative grâce à laquelle un nombre significatif d'étudiants se sont fixés dans ces territoires.

Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'Ordre plaiderait aussi devant la commission pour un « renforcement de la coordination entre les centres hospitaliers universitaires et les cabinets dentaires de ville, qui favoriserait une meilleure prise en charge des pathologies bucco-dentaires spécifiques et une meilleure régulation de l'accès aux soins ».

Myriam Garnier ajoutait : « Nous sommes favorables à la création des maisons de santé pluriprofessionnelles, dans la mesure où, actuellement, l'exercice isolé devient impossible pour le chirurgien-dentiste étant donné le plateau technique nécessaire. Il s'agit donc d'un mode d'exercice d'avenir. »

Autre solution envisagée par l'instance ordinale : améliorer l'efficacité du stage actif, déjà existant, destiné aux étudiants de sixième année qui exercent la profession dans un cabinet dentaire. Des pistes de réflexion sont en cours.

Enfin, depuis cinq ans, l'Ordre plaide pour la création d'un tutorat d'un an dans des zones peu denses afin de permettre l'exercice d'un praticien junior sous la supervision d'un senior. Il s'agirait, expliquait Myriam Garnier, d'« instaurer le principe d'une inscription provisoire au tableau, qui pourrait être liée au tutorat, pour tout nouvel arrivant, afin de déceler les situations d'insuffisance professionnelle préjudiciables et de permettre d'effectuer les stages obligatoires liés à l'obtention d'une autorisation ministérielle ».

Enfin, a conclu Myriam Garnier, l'Ordre attache une grande importance au développement des soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), où l'offre de soins bucco-dentaires est encore à ce jour déficiente. De même, le développement de la télémédecine, thème sur lequel travaille le Conseil national, pourrait constituer un levier important. ■

# Le juge peut-il réduire des honoraires ?

## La réponse tout en tact et mesure...

### En résumé

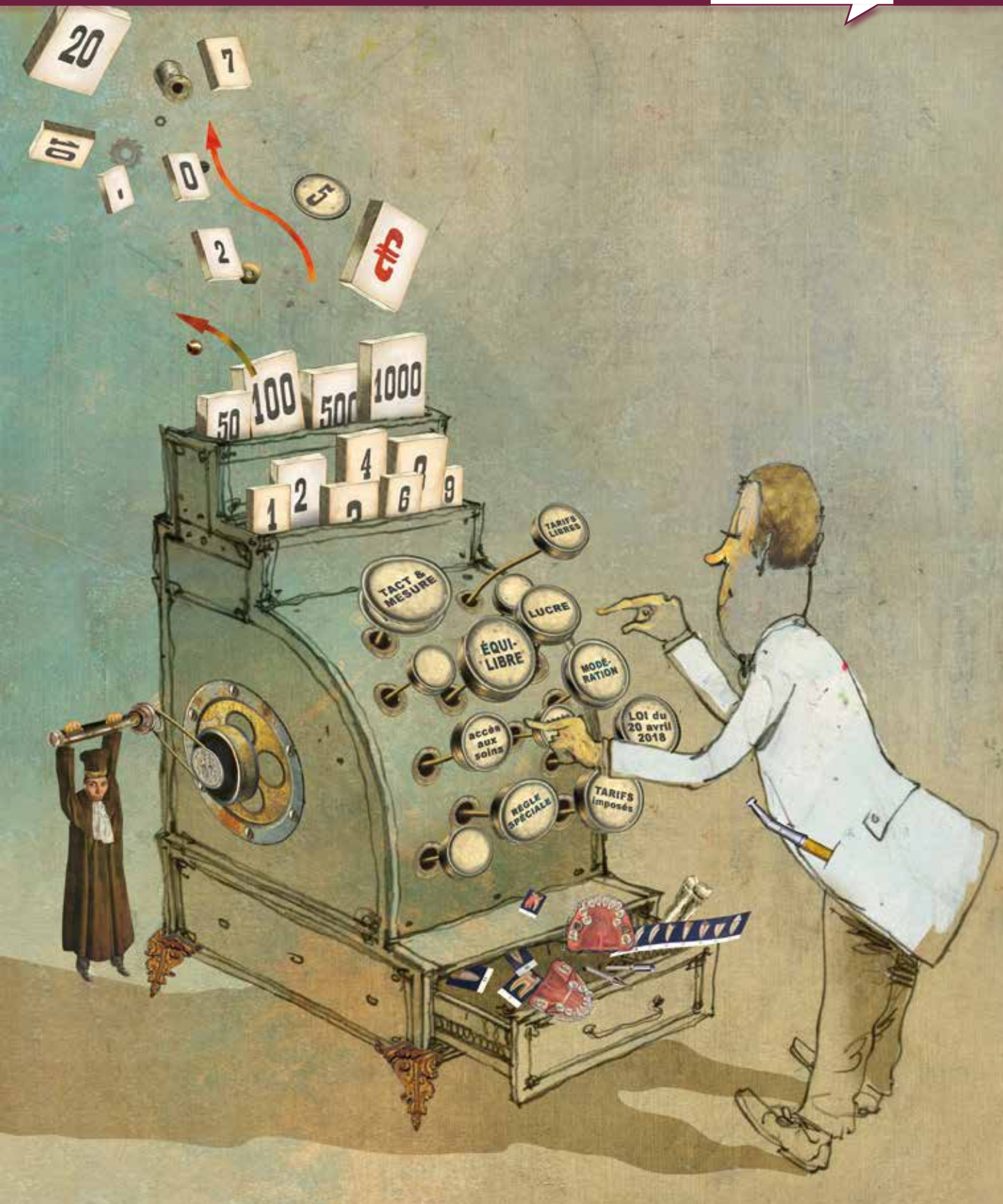
**L**e juge peut-il réviser (à la baisse) les honoraires des praticiens ? Cette question n'a de sens qu'en matière de tarifs libres, et non lorsque leur montant est fixé sans latitude par le droit. La réponse fut par le passé positive. La réforme du droit des contrats issue de la loi du 20 avril 2018 ne prévoit pas la révision judiciaire des honoraires ; cela suffit-il à la rendre impossible, donc à modifier le droit dorénavant applicable ? La réponse est incertaine. Cependant, selon nous, même si elle est admise, le caractère excessif des tarifs devrait être étudié à la lumière du tact et de la mesure, règle de nature déontologique.

### Le contexte

Pour bien comprendre la question, des précisions liminaires doivent être apportées. Le traitement juridique des honoraires des professionnels de santé est singulier en ce qu'il diffère de celui des autres professionnels libéraux. Les tarifs de la prestation de santé sont principalement régis par les Codes de la santé publique et de la sécurité sociale, donc

par des règles spécifiques (par exemple, le conventionnement, les tarifs imposés, l'exigence du tact et de la mesure, etc.).

À l'heure où le droit de l'Union européenne est souvent invoqué pour mettre fin à cette spécificité ou, à tout le moins, en réduire le champ afin d'harmoniser les règles applicables aux professionnels (considérés dans leur ensemble), il n'est pas inutile de rappeler les propos tenus par un avocat général près la Cour de Justice de l'Union >>>



»» européenne <sup>(1)</sup> : d'une part, «le législateur de l'Union autorise les États membres à adopter des restrictions particulières afin de garantir le respect des règles professionnelles visant, notamment, l'indépendance, la dignité et l'honneur de la profession ainsi que le secret professionnel et la loyauté envers les clients et les autres membres de la profession <sup>(2)</sup>». Et, d'autre part, «la relation de confiance entre le patient et le membre d'une profession de santé revêt un caractère essentiel; le patient doit pouvoir être convaincu que, lorsque ce praticien lui conseille ou lui recommande de recourir à une prestation de soins, ce conseil ou cette recommandation sont motivés uniquement par la protection de sa santé et non par le lucre <sup>(3)</sup>».

La protection de la santé, qui justifie la consécration de droits, notamment l'accès aux soins, d'une part, lesquels, d'autre part,

une pratique de qualité, laquelle participe de la protection de santé; la liberté ne peut et ne doit être totalement effacée. La prestation de santé, en vérité, est au centre de plusieurs logiques qui ne sauraient être négligées, mais qu'il est impératif de combiner pour parvenir à un équilibre (dont on n'ignore pas qu'il est plus facile à évoquer qu'à construire). L'équilibre nous a été opposé récemment par des conseils juridiques de patients, précisément en matière d'honoraires, uniquement s'agissant des domaines où ceux-ci ne sont pas fixés par le droit.

La réponse par référence à la règle déontologique du tact et de la mesure, qui renvoie à la proportionnalité (plus qu'à l'équilibre selon certains), n'a pas pleinement convaincu. Autrement dit, cette disposition qui a pour objet de limiter la liberté tarifaire est regardée comme une règle insuffisante, peu adaptée. La ré-

---

### **Le patient doit pouvoir être convaincu que, en lui recommandant une prestation de soins, le praticien est animé non par le lucre, mais par le souci de protéger sa santé.**

---

doivent être de qualité, explique la réduction des libertés des praticiens. Mais l'exercice d'une profession a aussi pour but d'en retirer des ressources (que l'on distingue du lucre) et de faire face à des investissements (en termes de matériels, d'équipements, de connaissances très souvent évolutives) nécessaires à

ponse par le consentement donné au travers d'un devis dûment signé duquel l'on peut déduire une contractualisation et, de là, une application de la force obligatoire de ce sur quoi l'on s'est entendu a laissé perplexe. Enfin, la réponse par une réflexion sur ce que recouvre la protection de la santé qui, en quelques mots,



ne peut être étudiée sous le seul angle des droits des patients, mais aussi sous celui d'une profession conçue par nature comme exigeante (avec toutes les conséquences induites) n'a pas non plus emporté une totale adhésion. Bref, les textes légaux et réglementaires ne suffiraient pas, selon eux, à dégager un équilibre. Les juristes – c'est un trait caractéristique de leur formation –, appellent alors en renfort le «*droit commun*» pour trouver l'argument décisif l'insuffisance du «*droit spécial*» (par exemple, le droit de la santé publique) devant être comblé par le «*droit commun*» (le plus souvent, le droit civil). De quoi s'agit-il? Le Code civil ne contient-il pas un texte qui permettrait de contester les honoraires (relativement, notamment, aux traitements prothétiques ou implantaires) devant le juge?



## L'analyse

Il est vrai que, au visa de l'article 1134 du Code civil, il était traditionnellement admis la possibilité pour le juge de réviser (en les diminuant) les honoraires excessifs, c'est-à-dire lorsque ceux-ci avaient été convenus avant la réalisation de la prestation par le professionnel et qu'ils apparaissaient ensuite disproportionnés au vu de la réalité de celle-ci <sup>(4)</sup>. Ainsi que l'exprime un auteur, « *cette jurisprudence, aussi certaine que discrète, constituait une entorse évidente au principe de force obligatoire des contrats* <sup>(5)</sup> ».

Dans le secteur de la santé, et plus particulièrement dans le domaine dentaire, les juges n'ont pas été saisis, à notre connaissance, de la question. Pourquoi ?

Il est difficile d'y répondre. Par ignorance ou en raison de patients soumis ! Parce que le patient sollicite davantage la responsabilité civile pour obtenir des dommages-intérêts (plus que la contestation du tarif, c'est la faute du praticien qui est mise en avant) ! Car les tarifs sont fixés, en pratique, avec modération. Un patient pourrait-il néanmoins saisir le juge d'une action en révision des honoraires ? Avant la réforme du droit des contrats issue de la loi n° 2018-287 du 20 avril 2018, ratifiant l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016, la réponse était incontestablement positive. Avec celle-ci, la réponse est plus incertaine. Le « nouveau » Code civil ne prévoit pas expressément la révision des honoraires.

De deux choses l'une : soit ce silence revient à anéantir pour l'avenir la solution jurisprudentielle, soit cette dernière subsiste malgré l'absence de texte car, après tout, les juges l'avaient fait naître sur le fondement de l'article 1134 lequel ne renfermait nullement une règle selon laquelle les honoraires pouvaient être révisés par le juge. Un auteur soulève un argument selon nous probant. La réforme ne se contente pas d'insérer dans le Code civil des solutions jurisprudentielles antérieures, elle « *constitue un nouveau départ* », elle « *restaure la primauté de la loi en matière de droit des obligations* », ce faisant, « *les solutions anciennes contraires à la loi nouvelle se trouvent abrogées à compter de l'entrée en vigueur des textes nouveaux, même si le*

*législateur n'a pas exprimé la volonté expresse d'y mettre fin* <sup>(6)</sup> ». Cet auteur considère alors qu'il s'agit de respecter la hiérarchie des normes. Il conclut que « *la solution jurisprudentielle traditionnelle relative à la révision des honoraires ne peut être maintenue sous l'empire des textes nouveaux. C'est cependant à la Cour de cassation qu'appartiendra le dernier mot. La position qu'elle adoptera sur ce point donnera une idée de la manière dont elle entend se situer face aux nouvelles dispositions et de la conception qu'elle a de son propre pouvoir* ».

Si la haute juridiction maintient sa jurisprudence, il sera nécessaire de s'intéresser à la mesure du caractère excessif des honoraires, laquelle pourrait être appréciée à la lumière du tact et de la mesure, règle de nature déontologique. Voilà le moyen d'articuler « *droit spécial* » et « *droit commun* ». ■

**David Jacotot**

(1) Conclusions de M<sup>e</sup> Yves Bot présentées le 8 septembre 2016, affaire C-339/15, Openbaar Ministerie contre Luc Vanderborght.

(2) Yves Bot, *ibid.*, n° 65.

(3) Yves Bot, *ibid.*, n° 106.

(4) Toutefois, il a été jugé que « *le client qui a payé librement des honoraires après service rendu ne peut solliciter du juge de l'honoraire la restitution des sommes versées* », Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 5 juin 2003, *Bull. civ. II*, n° 169 ; 18 septembre 2003, *Bull. civ. II*, n° 279 ; *Revue trimestrielle de droit civil*, 2004, p. 114, obs. P.-Y. Gautier.

(5) J. S. Borghetti, « *Fixation et révision du prix* », *Revue des contrats*, 2018, p. 25.

(6) J. S. Borghetti, *ibid.*

# Recours devant le Conseil d'État : le couperet de l'admissibilité

## En résumé

Classiquement, en matière de contentieux disciplinaire, il existe deux étapes singulières, propres aux chirurgiens-dentistes : en première instance, une décision est rendue par une chambre disciplinaire ; en appel, un jugement est prononcé par la Chambre nationale siégeant auprès du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Classiquement encore, un pourvoi peut être formé contre cette dernière décision devant le Conseil d'État qui, lui, est une juridiction « *de droit commun* » totalement détachable de l'Ordre (et plus généralement de tous les Ordres professionnels). Toutefois, le Conseil d'État procède à un filtre des pourvois, ce qui le conduit à ne pas tous les accepter. Récemment, celui d'un chirurgien-dentiste n'a pas été admis. La décision de la Chambre nationale est donc devenue définitive.

## Le contexte

Les lecteurs des chroniques juridiques n'ignorent pas que les sanctions disciplinaires, lesquelles sont légalement énumérées<sup>(1)</sup>, infligées par les juridictions de première instance (connues sous le sigle CDPI pour «chambres

*disciplinaires de première instance*») sont susceptibles de voies de recours.

Tout d'abord, l'article L. 4122-3-I du Code de la santé publique énonce : « *La Chambre disciplinaire nationale, qui connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance, siège auprès du Conseil national.* » Ce texte précise le nom

de la deuxième juridiction saisie ainsi que sa fonction (juridiction d'appel d'une décision rendue préalablement).

Ensuite, après l'appel, il est possible de saisir le Conseil d'État, juridiction totalement détachée des deux chambres précitées (de première instance et nationale), que l'on qualifiera « *de droit commun* », et donc non spécifique à la profession





dentaire. Aux termes de l'article L. 4234-8 du même code, «les décisions juridictionnelles de la Chambre de discipline du Conseil national peuvent être portées devant le Conseil d'État par la voie du recours en cassation». Cette même disposition prévoit que les décisions prononcées par la Chambre nationale «ont force exécutoire, le pourvoi en cassation n'étant pas suspensif».

Le recours en cassation, dernière étape procédurale, n'est cependant pas toujours possible

dans les faits : il est parfois fermé en raison de la règle de non-admission des pourvois. C'est ce que rappelle le Conseil d'État dans un arrêt récent <sup>(2)</sup> par lequel il conclut que le pourvoi du chirurgien-dentiste «n'est pas admis». De quoi s'agit-il ?

Avant de répondre à cette question, présentons les données factuelles à l'origine du différend. Une sanction a été prononcée contre un chirurgien-dentiste : interdiction d'exercer sa profession pendant un mois, dont 15 jours avec sursis. Il

lui a été reproché des manquements déontologiques visés aux articles R. 4127-215 et R. 4127-225 du Code de la santé publique relatifs à deux prohibitions : celle de pratiquer la profession comme un commerce et celle de faire de la publicité <sup>(3)</sup>. Le praticien a formé un pourvoi aux fins d'obtenir l'annulation de la sanction. Il reprochait aux juridictions disciplinaires l'insuffisance de leur motivation : en cela, il s'appuie juridiquement sur l'article L. 4124-7-IV, qui exige des >>>

»»» juridictions de première instance de motiver leurs décisions, et sur l'article L. 4122-3-IV, qui commande également à la juridiction nationale de motiver ses décisions de nature disciplinaire.

En quoi la motivation était-elle regardée comme insuffisante par le praticien ? Selon lui, elle ne répondait pas à son argumentation selon laquelle, d'une part, l'article de presse objet du litige n'était pas destiné à d'éventuels patients et, d'autre part, sa mise en ligne sur Internet n'était pas de son fait, ce pour quoi il a d'ailleurs cherché à y mettre fin. Le chirurgien-dentiste prétendait également que la sanction était disproportionnée par rapport aux faits reprochés. Évoquons maintenant pourquoi son pourvoi n'a pas été admis.

## L'analyse

Le Conseil d'État appelle à l'article L. 822-1 du Code de justice administrative, règle encore dénommée « *filtre* ». Ce texte dispose 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 est irrecevable ou n'est fondé sur aucun moyen sérieux* ». Il n'est pas propre au contentieux disciplinaire des chirurgiens-dentistes, mais d'application générale.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, cette procédure préalable et systématique de filtrage est réalisée par chaque chambre de la section du contentieux du Conseil d'État, sous l'autorité de son président. Il s'agit d'écarter les pourvois irrecevables ou non fondés sur un moyen sérieux. Le président de chambre peut décider de l'admission directe du pourvoi ou l'inscrire à une audience de la chambre qui décidera de manière collégiale son admission ou son rejet. L'irrecevabilité peut par exemple résulter d'un dépassement du délai de pourvoi en cassation. L'absence de moyen sérieux peut être constatée notamment lorsque les moyens du pourvoi reposent sur une argumentation trop peu étayée ou entrent en contradiction avec une jurisprudence établie du Conseil d'État.

Si la chambre décide la non-admission du pourvoi, la procédure prend fin. En revanche, si le pourvoi est admis, l'avocat du requérant ou ce dernier, s'il est dispensé du ministère d'avocat, en est immédiatement informé. Pour assurer une instruction contradictoire, le pourvoi est alors transmis au défendeur. En l'espèce, le Conseil d'État conclut de manière laconique « *qu'aucun de ces moyens [insuffisance de motivation et disproportion de la sanction] n'est de nature à permettre l'admission du pourvoi* ». N'est-ce pas le signe que le Conseil d'État entend statuer sur le contentieux disciplinaire uniquement si le différent le mérite véritablement ? L'avenir nous dira ce

qui obtient grâce aux yeux de la haute juridiction en matière disciplinaire (certainement le respect par les juridictions disciplinaires des droits de la défense ou de règles essentielles). ■

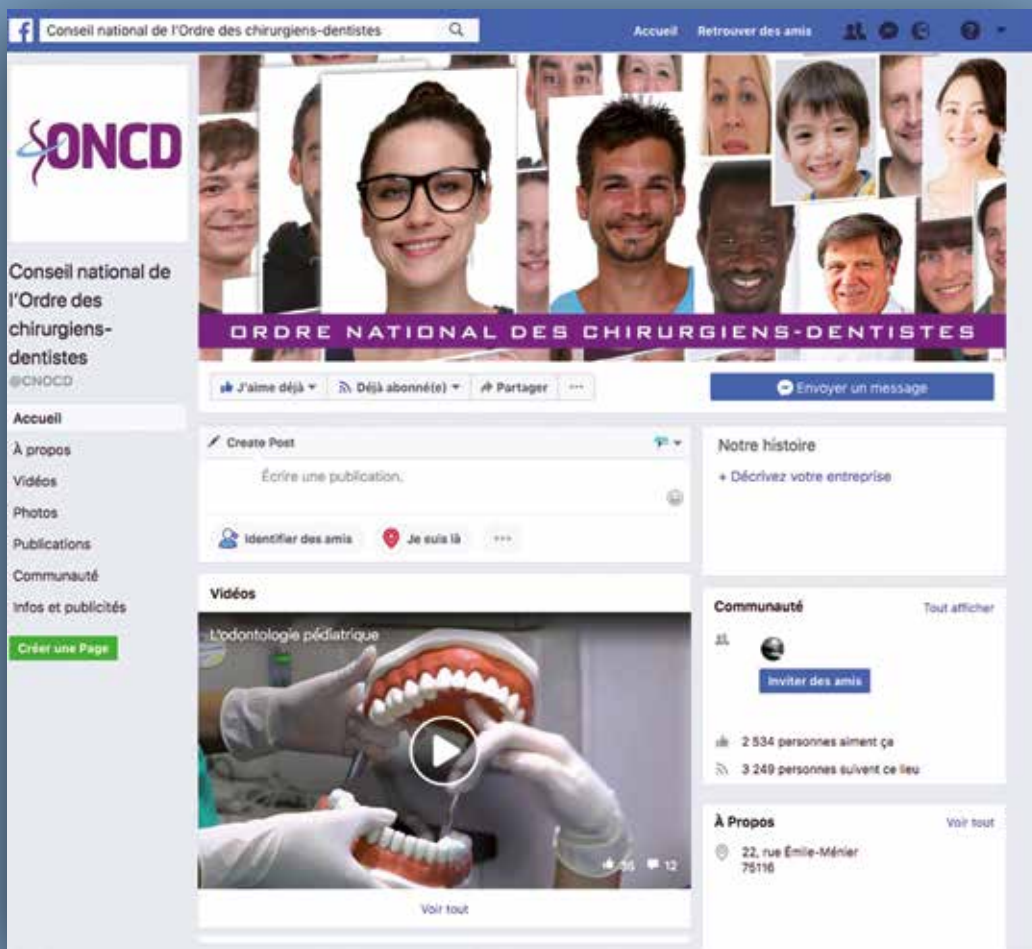
**David Jacotot**

(1) « *Les peines prévues sont les suivantes : 1° L'avertissement ; 2° Le blâme ; 3° L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions, de chirurgien-dentiste ; 4° L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis, cette interdiction ne pouvant excéder trois années ; 5° La radiation du tableau de l'Ordre.* »

(2) Conseil d'État, 4<sup>e</sup> chambre, n° 419917, 18 juillet 2018, inédit au *Recueil Lebon*.

(3) Plus précisément, le premier texte édicte la règle suivante : « *La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont notamment interdits : 1° L'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale ; 2° Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial ; 3° Tous procédés directs ou indirects de publicité ; 4° Les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.* » Le second texte prescrit également au chirurgien-dentiste d'« *éviter dans ses écrits, propos ou conférences toute atteinte à l'honneur de la profession ou de ses membres. Sont également interdites toute publicité, toute réclame personnelle ou intéressant un tiers ou une firme quelconque. Tout chirurgien-dentiste se servant d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'Ordre.* »

# Rejoignez l'Ordre sur sa page Facebook



 Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

# CHIRURGIENS-DENTISTES, ÉQUIPE DENTAIRE, PENSEZ À VOUS FAIRE VACCINER



**L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES  
EST SIGNATAIRE DE LA CHARTE D'ENGAGEMENT  
POUR LA PROMOTION DE LA VACCINATION  
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.**

En vous faisant vacciner, vous vous protégez et protégez vos patients, les personnes fragiles et celles qui ne peuvent se faire vacciner contre des maladies particulièrement transmissibles comme la grippe, la coqueluche ou la rougeole pour lesquelles une couverture vaccinale élevée est indispensable.